



Salud mental en Europa: políticas y práctica

Líneas futuras en salud mental

MARTIN KNAPP
DAVID McDAID
ELIAS MOSSIALOS
GRAHAM THORNICROFT

Salud mental en Europa: políticas y práctica.
Líneas futuras en salud mental



Salud mental en Europa: políticas y práctica

Líneas futuras en salud mental

MARTIN KNAPP

DAVID McDAID

ELIAS MOSSIALOS

GRAHAM THORNICROFT

Traducción: Santiago Madero García, para Oknos Biomedical
Revisión científica: Observatorio del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo

Nota. Las opiniones que se expresan en este libro se corresponden con los análisis realizados por los expertos técnicos que han escrito sus capítulos, pero no necesariamente representan la opinión ni la política del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, ni del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de la propiedad intelectual.

© 2007 Ministerio de Sanidad y Consumo
ISBN 10 84-7670-684-7
ISBN 13 978-84-7670-684-8
NIPO 351-07-058-0

Versión española de la primera edición de la obra original en lengua inglesa *Mental Health Policy and Practice across Europe*, de Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos y Graham Thornicroft, publicada por Open University Press en nombre del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios.

Published by Open University Press on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies in 2007 under the title Mental Health Policy and Practice across Europe (European Observatory on Health Systems and Policies Series).

© World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
ISBN-10 0 335 21467 3 (pb) 0 335 21468 1 (hb) Edición original
ISBN-13 978 0 335 21467 9 (pb) 978 0 335 21468 6 (hb) Edición original

Translation rights for an edition in Spanish have been granted to the Ministry of Health and Consumer Affairs, Spain by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

The Publisher alone is responsible for the accuracy of the translation.

The views expressed in this publication are those of the editors and contributors and do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the participating organizations of the European Observatory on Health Systems and Policies, nor of the Ministry of Health and Consumer Affairs of Spain, in the Spanish language edition.

Coordinador de la edición: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació
Diseño gráfico: estudi jordi sàrries comunicació gràfica
Depósito legal: B-47.411-2007
Composición y compaginación: AUVI, Serveis Editorials, S.L.
Impresión: Gràfiques 92, S.A. – Avda. Can Sucarrats, 91 – 08191 Rubí (Barcelona)

Printed in Spain

Colaboradores

Francesco Amaddeo es Profesor Asociado de Psiquiatría en el Departamento de Medicina y Salud Pública, Sección de Psiquiatría y Psicología Clínica, Universidad de Verona, Italia.

Peter Anderson es Consultor de Salud Pública y ejerce un cargo honorífico en el Departamento de Atención Primaria, Universidad de Oxford, Inglaterra, Reino Unido.

Robert Anderson es Coordinador del Programa Living Conditions de la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublín, Irlanda.

Thomas Becker es Profesor de Psiquiatría en el Departamento de Psiquiatría II, Universidad de Ulm, Alemania.

Kathryn Berzins es Investigadora Asociada en el Departamento de Salud Pública y Política Sanitaria, Universidad de Glasgow, Escocia, Reino Unido.

Peter Bower es Investigador Sénior en el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo en Atención Primaria, Facultad de Medicina, Universidad de Manchester, Inglaterra, Reino Unido.

Traolach Brugha es Profesor de Psiquiatría y Consultor Honorario de Psiquiatría, Universidad de Leicester, Sección de Psiquiatría Social y Epidemiológica, Departamento de Psiquiatría y Unidad de Salud Mental Brandon, Hospital General de Leicester, Inglaterra, Reino Unido.

Lorenzo Burti es Profesor Adjunto de Psiquiatría en el Departamento de Medicina y Salud Pública, Sección de Psiquiatría y Psicología Clínica, Universidad de Verona, Italia.

Claire Curran es Investigadora Asociada en Tendencias Sanitarias en Lilly y Estudiante de Doctorado en la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres. Durante la redacción de este libro, ejerció como Investigadora en la Unidad de Investigación en Servicios Sociales de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Paul Cutler es Cofundador y Miembro del Consejo de Administración de la organización benéfica británica de ámbito internacional InterAction y Ex Director Delegado de la organización benéfica británica Hamlet Trust.

Natalie Drew pertenece al Cuerpo Técnico del Equipo de Desarrollo de Política y Servicios en Salud Mental en el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

Antonio Espino Granado es Médico Psiquiatra, Asesor Técnico del Comité Científico de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y Ex Secretario de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.

Angelo Fioritti es Psiquiatra y Director Médico de Azienda ASL, Rimini, Italia.

Michelle Funk coordina el trabajo de Desarrollo de Política y Servicios en Salud Mental en el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

Simon Gilbody es Conferenciante Sénior en Investigación de Servicios de Salud Mental, en la Universidad de York, Inglaterra, Reino Unido y Editor del Grupo Cochrane de Depresión y Ansiedad.

David Goldberg es Profesor Emérito, Departamento de Investigación de Servicios Sanitarios, Instituto de Psiquiatría, King's College, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Robert Hayward es Psicólogo y ha trabajado como Consultor de Desarrollo para Organizaciones no Gubernamentales desde hace más de 15 años. Es Cofundador y Director de la organización benéfica británica de ámbito internacional InterAction.

Eva Jané-Llopis pertenece al Cuerpo Técnico de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales, Oficina Regional para Europa de la OMS. Anteriormente ejerció en el Departamento de Psicología Clínica, Universidad Radboud, Nimega, Holanda.

Rachel Jenkins es Directora del Centro Colaborador de la OMS y Directora de la Sección de Política en Salud Mental, Instituto de Psiquiatría, King's College, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Heinz Katschnig es Profesor de Psiquiatría y Director del Departamento de Psiquiatría, Universidad Médica de Viena, además de Director del Instituto de Psiquiatría Social Ludwig Boltzmann de Viena, Austria.

Rob Keukens es Consultor en Salud Mental en la Iniciativa Mundial para la Psiquiatría y Conferenciante Sénior en la Universidad HAN, Nimega, Holanda.

Susan Kirkwood es familiar de un paciente con problemas mentales; anteriormente fue Tesorera y Vicepresidenta de Eufami (The European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness) entre 1998 y 2004.

Martin Knapp es Profesor de Política Social y Director de la Unidad de Servicios Sociales Personales en la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, y Profesor de Economía Sanitaria y Director del Centro de Economía de la Salud Mental en el Instituto de Psiquiatría, King's College, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Viviane Kovess-Masféty es Profesora y Directora de la Fundación MGEN por la Sanidad Pública, París, Francia.

Ville Lehtinen es Profesor en el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo por el Bienestar y la Salud (STAKES), Grupo de I + D en Salud Mental, Turku, Finlandia.

Jo Lucas es Consultor Independiente en Salud Mental, Asistencia Social, Organizaciones no Gubernamentales y Desarrollo Comunitario, fundamentalmente en países de Europa central y oriental, y Director de Kastanja Consulting.

Lorenza Magliano es Profesora Adjunta en el Departamento de Psiquiatría, Universidad de Nápoles, Italia.

David McDaid es Investigador en Política Sanitaria y Economía de la Salud en la Unidad de Investigación de Servicios Sociales Personales, Salud y Asistencia Social, en la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, y en el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Elias Mossialos ocupa la Cátedra Brian Abel-Smith de Política Sanitaria; también es Director de Salud en la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres y Codirector del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Camilla Parker es Consultora de Derechos Humanos y Salud Mental para la Open Society Mental Health Initiative.

Dainius Puras es Profesor Adjunto de Salud Mental Pública y de Psiquiatría Infantil y del Adolescente en la Facultad de Medicina, Universidad de Vilnius, Lituania.

Diana Rose es Coordinadora de SURE, Organismo de Investigación sobre Personas Usuaras de Servicios perteneciente al Instituto de Psiquiatría, King's College, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Nikolas Rose es Profesor de Sociología y Director del Centro BIOS para el Estudio de Biociencias, Biomedicina, Biotecnología y Sociedad en la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Benedetto Saraceno es Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en la Organización Mundial de la Salud.

Liz Sayce es Directora de Política y Comunicación en la Comisión de Derechos de Personas con Discapacidad de Gran Bretaña.

Edward Shorter ocupa la Cátedra Hannah de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, Canadá.

Michele Tansella es Profesor de Psiquiatría en el Departamento de Medicina y Salud Pública, Sección de Psiquiatría y Psicología Clínica, Universidad de Verona, Italia.

Graham Thornicroft es Profesor de Psiquiatría Comunitaria y Director del Departamento de Investigación en Servicios Sanitarios, en el Instituto de Psiquiatría, King's College, Londres, Inglaterra, Reino Unido, además de Consultor de Psiquiatría en el South London and Maudsley NHS Trust.

Toma Tomov es Profesor de Psiquiatría Comunitaria en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sofía y Director del Instituto Búlgaro de Relaciones Humanas en la Nueva Universidad Búlgara, Sofía, Bulgaria.

Robert Van Voren es Consultor de la Global Initiative on Psychiatry, Hilversum, Holanda.

Charles Watters es Director del Centro Europeo de Migraciones y Asistencia Social y Conferenciante Sénior en Salud Mental en la Universidad de Kent, Inglaterra, Reino Unido.

Richard Wynne es Director del Centro de Investigación Laboral, Dublín, y Conferenciante a tiempo parcial en el University College, Dublín, Irlanda.

Introducción a la serie española

El Observatorio del SNS nace con el objetivo de ofrecer un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud. Las experiencias de observatorios de otros países y organismos internacionales respaldan la utilidad de una institución de esta naturaleza. La generación y difusión de conocimiento, que tan importante papel está representando en la toma de decisiones clínicas, resulta también esencial en el ámbito de las reformas sanitarias. En un contexto de completa descentralización, es necesario disponer de instrumentos que faciliten la comunicación y el intercambio de conocimientos, siguiendo el espíritu de colaboración entre todos los agentes que componen el Sistema Nacional de Salud: políticos, profesionales, académicos y ciudadanos.

El Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios es una sociedad compuesta por organizaciones internacionales, gobiernos e instituciones de investigación.

Con este libro se inicia una serie de publicaciones en colaboración con el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. La intención es contribuir a la difusión de conocimiento sobre experiencias en otros países de Europa con los cuales compartimos principios como universalidad, calidad, equidad, investigación e innovación, que aplican diferentes estructuras sanitarias y modelos de gestión. Esta diversidad de realidades es una oportunidad única para el aprendizaje.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se desea que esta serie se convierta en un instrumento que promueva y potencie el intercambio de conocimiento entre todos los agentes del sistema sanitario. La reflexión conjunta nos ayudará a promover la innovación orientada hacia la mejora de la calidad en la atención y el sostenimiento de nuestro sistema sanitario.

José Martínez Olmos
Secretario General de Sanidad

Introducción de los directores de la serie

En líneas generales, la clase política nacional europea está de acuerdo en los objetivos básicos que deben perseguir sus sistemas sanitarios. La lista de estos objetivos es sorprendentemente sencilla: acceso universal para todos los ciudadanos, atención efectiva para conseguir los mejores resultados en los aspectos sanitarios, uso eficiente de los recursos, aplicación de servicios de alta calidad y sensibilidad frente a las preocupaciones de los y las pacientes. Es una fórmula que resuena en todo el espectro político y que, de diversas formas y en ocasiones con gran inventiva, ha desarrollado un papel importante en la mayor parte de las campañas electorales nacionales europeas.

Sin embargo, este rotundo consenso sólo puede ser contemplado a un nivel político abstracto. Una vez que la clase política elabora sus objetivos respecto a los aspectos prácticos de la organización del sistema sanitario, los principios comunes se transforman rápidamente en abordajes divergentes y ocasionalmente contradictorios. Por supuesto, éste no es un fenómeno nuevo en el sector sanitario. Los distintos países, con diferentes antecedentes históricos, culturas y experiencias políticas, han recorrido un largo camino en la financiación y la provisión de los servicios asistenciales a partir de sus configuraciones institucionales tan distintas entre sí.

La diversidad de los esquemas básicos de los sistemas sanitarios que se ha producido en respuesta a objetivos genéricamente comunes conduce de forma natural a una serie de interrogantes respecto a las ventajas y desventajas inherentes a cada uno de dichos esquemas y también lleva a determinar qué enfoque es «mejor» o, incluso, «el mejor» según un contexto y un conjunto de prioridades políticas concretas. Estas preocupaciones se han intensificado a lo largo de la última década a medida que la clase política ha tratado de mejorar el rendimiento del sistema sanitario mediante lo

que se ha convertido en una auténtica «marea» europea de reformas de los sistemas sanitarios. La búsqueda de las ventajas comparativas ha llevado a considerar con mayor detenimiento la base de conocimientos, tanto en política sanitaria como en medicina clínica, y también ha planteado la posibilidad de una superación, al menos parcial y con una política sanitaria más basada en la evidencia, de las divergencias institucionales existentes.

Los volúmenes publicados en la serie del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios pretenden ofrecer, precisamente, este tipo de análisis transnacional de la política sanitaria. Redactados por una amplia red de personas expertas y relacionadas con la política que ejercen en diversos contextos académicos y administrativos, estos estudios persiguen la síntesis de la evidencia disponible en aspectos clave del sector sanitario, utilizando para ello una metodología sistemática. Cada volumen explora el contexto conceptual y los evoluciones y lecciones aprendidas respecto al desarrollo de sistemas sanitarios más equitativos, eficientes y efectivos en Europa. Con este objetivo, la serie pretende contribuir, en el sector de la salud, a la evolución de una formulación política más basada en la evidencia. Al mismo tiempo que se mantiene la sensibilidad frente a las diferencias culturales, sociales y políticas existentes entre los distintos países, en estos estudios se evalúa una amplia gama de alternativas políticas que deben considerarse en los procesos futuros de toma de decisiones. Con el estudio detallado de las ventajas y desventajas de los diferentes planteamientos políticos, estos volúmenes cumplen uno de los mandatos básicos del Observatorio: actuar como un puente entre la investigación académica pura y las necesidades de la política, así como estimular el desarrollo de respuestas estratégicas acomodadas al mundo de la política real en el cual deben implementarse las reformas en el sector sanitario.

El Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios es una estructura de carácter asociativo en que participan tres organismos internacionales, siete gobiernos nacionales, una región de Italia, tres centros de investigación y una organización no gubernamental internacional. Las partes citadas son las siguientes: la Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud, que ofrece la Secretaría del Observatorio; los gobiernos de Bélgica, Finlandia, Grecia, Noruega, Eslovenia, España y Suecia; la región de Véneto; el European Investment Bank; el Open Society Institute; el Banco Mundial; CRP-Santé Luxembourg; la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

Además de los estudios comparativos analíticos y transnacionales publicados en esta serie, el Observatorio elabora perfiles de sistemas sanitarios en transición para una amplia gama de países y publica la revista EuroHealth y el boletín informativo político EuroObserver. Hay más información acerca de las publicaciones y actividades del Observatorio en su página web (www.euro.who.int/observatory).

**Josep Figueras, Martin McKee,
Elias Mossialos y Richard B. Saltman**

Prólogo

Posiblemente, la salud mental sea el área más descuidada de la salud pública. En la mayor parte de Europa, continúa siendo tabú discutir abiertamente acerca de las dificultades que la salud mental plantea a gobiernos, sociedades y, especialmente, a las propias personas que sufren problemas mentales. El estigma, el prejuicio y la discriminación están muy extendidos y profundamente arraigados de manera que pueden impedir cualquier progreso hacia un cambio positivo en caso de no ser abordados. También existen barreras legales y políticas significativas que dificultan la participación plena en la sociedad de las personas con problemas mentales y para cuya resolución, las iniciativas han sido escasas. Dado que todavía hay muchos gobiernos que no consideran que el tratamiento de las personas que sufren problemas mentales sea una cuestión de derechos humanos, el impulso político para la reforma no es especialmente aparente.

Salud mental en Europa: políticas y práctica es un paso importante para situar la salud mental en la vanguardia del debate político público. Su análisis del contexto histórico, los factores sociales, la perspectiva legal y de los derechos humanos, la provisión de los servicios asistenciales comunitarios y la función que pueden desempeñar las personas que sufren problemas mentales en la defensa de sus derechos hacen de este volumen una referencia para todas las personas que trabajan en la transformación de la política de salud mental, así como un auténtico programa para el cambio. Los directores han realizado un notable trabajo para conseguir la participación de figuras eminentes de la salud mental europea en la redacción de los distintos capítulos y también para aunar de manera cohesionada esta amplia gama de expertos. De la misma manera que destaca las dificultades a las cuales se enfrentan las personas que trabajan en el campo de la defensa de la salud mental, este libro también nos recuerda que hay muchos ejem-

plos de práctica idónea en Europa, tanto oriental como occidental, y que todavía tenemos que aprender mucho unos de otros.

Durante los últimos 10 años he tenido el privilegio de trabajar para el Open Society Institute en la promoción de los derechos de las personas con problemas mentales y cuadros de discapacidad intelectual residentes en los países de Europa central y oriental, y en los países de la antigua Unión Soviética. Nuestro trabajo ha estado centrado en la provisión de apoyo técnico y económico a organizaciones que ofrecen alternativas de carácter comunitario a la atención en grandes centros institucionales, y que persiguen la inclusión social de las personas que sufren problemas mentales o cuadros de discapacidad intelectual con la introducción de cambios políticos y la implementación de campañas de concienciación pública. Durante mi desarrollo profesional en la Iniciativa en Salud Mental del Open Society Institute, he tenido la oportunidad de colaborar con muchos de los autores y autoras de este libro. Su compromiso con el desarrollo de políticas de salud mental que promocionan los derechos de las personas que sufren problemas mentales queda demostrada por las iniciativas de práctica idónea que ya están funcionando en la región geográfica en que trabajamos.

Dice mucho del Open Society Institute el hecho de que sea el único organismo donante que ha abordado de forma continuada el problema de la salud mental en los países de Europa central y oriental, y en los países de la antigua Unión Soviética. Los problemas de la salud mental continúan teniendo una prioridad baja entre los organismos donantes internacionales y también entre la clase política. Un ejemplo conmovedor de ello es el hecho de que en los nuevos Estados miembros de la Unión Europea correspondientes a la zona central y oriental de Europa todavía se están construyendo grandes hospitales destinados a las personas que sufren problemas mentales y cuadros de discapacidad intelectual a pesar de que los gobiernos de algunos de estos países ya han expresado su intención de cerrar este tipo de instituciones a lo largo del tiempo. En los países de la antigua Unión Soviética, la transición desde sociedades dominadas por el Estado ha generado condiciones que han provocado un sufrimiento incalculable por parte de las personas con problemas mentales y cuadros de discapacidad intelectual. Las crisis económicas permanentes y los recortes introducidos por los gobiernos en los presupuestos de sanidad y asistencia social han causado un deterioro adicional de las condiciones en que están estas personas en los grandes centros institucionales y también han incrementado el aislamiento de las personas con problemas mentales que residen en sus domicilios.

Hay una gran necesidad de promoción de la salud mental desde distintos ángulos, incluyendo el aspecto esencial de la solución de las situaciones de exclusión social. Además de promover la calidad de la atención sanitaria y la asistencia social, las políticas de salud mental deben proteger los derechos humanos de las personas que sufren problemas mentales en lo relativo a su educación, vivienda, empleo y actividades culturales y de ocio. Las políticas que fomentan el desarrollo de alternativas asistenciales de carácter comunitario frente a la atención en grandes centros institucionales también son esenciales para garantizar que las personas que sufren problemas mentales puedan tener una participación plena y equitativa en la sociedad. Sin embargo, en muchas partes de Europa, las alternativas asistenciales de base comunitaria están en un estadio de desarrollo muy incipiente. Para avan-

zar, el primer paso consiste en que los gobiernos reconozcan los derechos de las personas que sufren problemas mentales mediante la elaboración de políticas que se ajusten a los estándares internacionales de derechos humanos y mediante la implementación de mecanismos económicos que permitan la transferencia de los recursos desde los grandes centros institucionales hacia una atención comunitaria realista y posible. Quizá, lo más importante es que las personas que utilizan los servicios de salud mental y sus familias tengan voz en la planificación, implementación y revisión de las nuevas políticas.

Judith Klein

Directora de la Iniciativa en Salud Mental del Open Society Institute

Prólogo de la Ministra de Sanidad y Asuntos Sociales de Noruega

Estamos en una época importante para el desarrollo de políticas y práctica de salud mental en Europa. Nunca han existido una concienciación y un reconocimiento tan importantes de la necesidad de abordar los problemas de la salud mental y de promocionar un buen nivel de salud mental. En toda Europa, muchas personas sufrirán problemas de salud mental a lo largo de su vida y otras muchas se sentirán afectadas por los problemas de salud mental experimentados por sus familiares, amistades y compañeros y compañeras de trabajo. Tal y como se demuestra en este magnífico volumen, las consecuencias de los problemas de la salud mental son amplias y persistentes a diferencia de lo que ocurre con la mayor parte de las enfermedades físicas. Por ejemplo, los problemas de la salud mental pueden influir en la calidad de la vida familiar de otras relaciones sociales, pueden reducir las posibilidades de empleo, pueden ser causa de exclusión social y pueden incrementar el contacto de los pacientes con el sistema judicial.

Otro aspecto importante, que hace que los problemas de salud mental sean distintos de otros muchos aspectos sanitarios, es la necesidad de limitar la libertad individual de las personas o de aplicar tratamientos obligatorios en circunstancias especiales. La importancia de la protección y el respeto de los derechos humanos para evitar que estos poderes sean motivo de abuso es evidente por sí misma. Los costes económicos que para la sociedad conllevan los problemas mentales también son elevados y en este libro se demuestra que estos costes no se limitan únicamente a los sistemas asistenciales sanitario y social; los costes económicos más elevados a menudo se deben a la pérdida de oportunidades de empleo tanto en lo que se refiere a las personas que sufren problemas mentales como, en ocasiones, a los familiares que las cuidan y apoyan.

La enfermedad mental a menudo se asocia con un estigma, una ignorancia y una discriminación fuertemente arraigados y que influyen en todos los ámbitos de la vida de los pacientes. En varios capítulos de este libro se expone la necesidad de abordar el estigma y mejorar la concienciación pública en todos nuestros países. Este estigma puede estar fuertemente arraigado y, además, puede influir en las actitudes sociales no solamente en lo que se refiere a las personas que sufren problemas mentales, sino también en lo relativo al hecho de si la enfermedad mental debe ser considerada una prioridad de inversión por parte del sector público o no.

Una experiencia muy notoria que se llevó a cabo en Noruega puede arrojar luz sobre ello. En 1998, nuestro entonces primer ministro, Kjell Magne Bondevik, hizo público que tomaba una baja laboral de 3 semanas debido a depresión. La enfermedad mental apareció en los titulares de las portadas de todos los medios de comunicación y fue contemplada en términos generales de forma positiva y comprensiva por parte de la sociedad. Indudablemente, la divulgación de este hecho actuó como un catalizador tanto para incrementar los conocimientos de la sociedad acerca de los problemas mentales como para destacar la necesidad de la aplicación de iniciativas de mejora de la salud mental en muchos sectores, como el ámbito laboral, el sistema escolar y la comunidad local, así como en el propio sistema asistencial sanitario.

A lo largo de sus páginas, en este libro se insiste en un enfoque de la política y la práctica de salud mental a nivel holístico, multisectorial, multidimensional y basado en la evidencia. Al mismo tiempo que se demuestra que hay una base de evidencia creciente y sólida relativa a las intervenciones efectivas, también hay a menudo lagunas en la provisión de los servicios. Nuestro Programa Nacional de Promoción de la Salud Mental, iniciado en 1998 y con un horizonte de 10 años, recogía una serie importante de inversiones y de actividades de expansión y reorganización de los servicios. La capacitación de las personas usuarias de los servicios y de sus familias para participar en todos los niveles del proceso de toma de decisiones ha sido un elemento clave de este programa. Los servicios se deben desarrollar de manera apropiada para cubrir las necesidades de los pacientes y de sus familias. Otros objetivos clave han sido el incremento de la concienciación social acerca de las cuestiones relacionadas con la salud mental, mediante programas educativos; el reforzamiento de la prevención de base comunitaria y de los servicios de intervención temprana; la ampliación de los servicios especializados de salud mental dirigidos hacia las personas adultas, la adolescencia y la infancia; la mejora de la salud mental entre los trabajadores; el incremento en la accesibilidad a la vivienda por parte de las personas usuarias de los servicios de salud mental, y el fomento de la educación y la investigación.

Este libro centra correctamente el objetivo, no sólo en las medidas adecuadas de tratamiento y rehabilitación, sino también en la promoción del bienestar mental. En Noruega, también se ha intentado promocionar el bienestar mental de la población, por ejemplo, mediante iniciativas, como el Programa Nacional de Promoción de la Salud Mental en el Puesto de Trabajo o la Red de Promoción de la Salud Mental en el Sistema Escolar.

En enero de 2005, los ministros y las ministras de Sanidad de toda Europa reunidos en Helsinki junto con la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y el Consejo de Europa, aprobaron una Declaración y un Plan de acción para la salud mental. En 2006, la

Unión Europea también publicó un Libro verde y realizó una encuesta pública sobre su estrategia futura respecto a la salud mental. Ya se han llevado a cabo numerosas acciones en Noruega y en otros países. En nuestro programa de gobierno propuesto en octubre de 2005 se priorizaban los servicios dirigidos hacia los niños y los adolescentes con problemas de salud mental y por consumo de drogas. En toda Europa hay un reconocimiento creciente de que debemos colocar la salud mental en los puestos más destacados de nuestra agenda política.

Este libro ofrece una información muy valiosa acerca de muchas de las dificultades políticas más apremiantes a las cuales se enfrentan los sistemas de salud mental europeos hoy día. También puede constituir una gran ayuda para comprender los diferentes contextos en que se llevarán a cabo las reformas de los sistemas y también puede ayudar a fomentar las iniciativas para conseguir que las buenas intenciones y las acciones potenciales se concreten en políticas y prácticas en toda Europa.

Sylvia Brustad

Ministra de Sanidad y Asuntos Sociales, Noruega

Agradecimientos

Este volumen forma parte de una serie de libros publicados por el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Estamos muy agradecidos a los autores y autoras, que redactaron los capítulos y que posteriormente los corrigieron tras las rigurosas discusiones y comentarios ofrecidos por los colegas y tras la revisión realizada por expertos externos.

Queremos destacar especialmente los comentarios detallados y muy constructivos de los directores de revisión, Norman Sartorius y Richard Warner. También queremos dar las gracias a Pierre Alexandre, Dan Chisholm, Christine Godfrey, David Goldberg, Marijke Gijswijt-Hofstra, Walter Holland, Clemens Huitink, Judith Klein, Judy Laing, Oliver Lewis, Joanna Murray, Steve Platt, Luis Salvador y Kristian Wahlbeck por sus comentarios respecto a capítulos concretos. Además, queremos reconocer la útil información ofrecida por Roxana Radulescu y Jarno Habicht, y agradecer a Ingrid Zechmeister y Vidar Halsteinli la provisión de material para el estudio de casos en el capítulo 4.

El Observatorio está especialmente agradecido al Consejo Noruego de Sanidad y Asuntos Sociales por acoger la Conferencia de Autores celebrada los días 12 y 13 de septiembre de 2003. También se agradece de forma especial la participación de Bjorn Inge Larsen, director general del Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, y de Christine Furuholmen y Olav Valen Slättebrekk, coordinadores principales de la conferencia citada, así como los esfuerzos clave desplegados por Brit Torill Gutbier y Berit Kolberg Rossiné en la organización de la conferencia.

Además de los autores y autoras que participaron en la conferencia y que comentaron los capítulos de otros autores y autoras, queremos ampliar nuestro agradecimiento a Arlid Gjertsen, Reinhold Killian, Thorleif Ruud y Arman Vardanyan por sus útiles comentarios.

Para la Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se celebró en 2005 en Helsinki, se prepararon tres resúmenes políticos a partir del material contenido en este libro; estamos agradecidos a nuestros colegas de la oficina regional para Europa de la OMS y del gobierno de Finlandia por facilitar todo este proceso.

Nos gustaría reconocer y agradecer especialmente el trabajo de Anna Maresso, que editó las versiones sucesivas de los capítulos, cerró los originales y contribuyó a la gestión y coordinación del proyecto. Su proverbial eficiencia y su apoyo cariñoso y sostenido durante todo el proceso de preparación, revisión y edición, fueron de gran ayuda para los directores de este libro.

Finalmente, aunque este libro se ha beneficiado enormemente de las contribuciones de numerosos colaboradores, la responsabilidad de cualquier error que pueda existir en él recae únicamente sobre los directores.

Los directores

Mayo de 2006

Índice

- V Colaboradores
IX Introducción a la serie española
XI Introducción de los directores de la serie
XIII Prólogo
XVII Prólogo de la Ministra de Sanidad
 y Asuntos Sociales de Noruega
XXI Agradecimientos
- 1 Capítulo 1**
Política y práctica de salud mental en Europa:
panorámica general
*Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos
y Graham Thornicroft*
- 17 Capítulo 2**
Desarrollo histórico de los servicios de salud mental
en Europa
Edward Shorter
- 39 Capítulo 3**
Intervenciones frente a la exclusión social en Europa
Liz Sayce y Claire Curran
- 69 Capítulo 4**
Presupuestos y financiación de los servicios asistenciales
de salud mental
Martin Knapp y David McDaid

- 113 Capítulo 5**
Base de evidencia en la política y la práctica de salud mental
*Rachel Jenkins, David McDaid, Traolach Brugha,
Paul Cutler y Robert Hayward*
- 141 Capítulo 6**
Avances en el tratamiento de las enfermedades mentales
Ville Lehtinen, Heinz Katschnig, Viviane Kovess-Masféty y David Goldberg
- 163 Capítulo 7**
Psicofármacos en Europa
Nikolas Rose
- 209 Capítulo 8**
Marco político para la promoción de la salud mental
y la prevención de los trastornos mentales
Eva Jané-Llopis y Peter Anderson
- 235 Capítulo 9**
Problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria:
objetivos políticos y base de evidencia
Simon Gilbody y Peter Bower
- 257 Capítulo 10**
Reformas en atención comunitaria: equilibrio
entre atención psiquiátrica hospitalaria y comunitaria
*Francesco Amaddeo, Thomas Becker, Angelo Fioritti,
Lorenzo Burti y Michele Tansella*
- 275 Capítulo 11**
Adicción al alcohol y trastornos relacionados con su consumo
Peter Anderson
- 309 Capítulo 12**
Vivienda y empleo
Robert Anderson, Richard Wynne y David McDaid
- 341 Capítulo 13**
Política de salud mental: una perspectiva
desde los derechos humanos
Camilla Parker

- 373 Capítulo 14**
Movimiento de las personas usuarias y supervivientes en Europa
Diana Rose y Jo Lucas
- 397 Capítulo 15**
Atención psiquiátrica de las personas solicitantes de asilo y refugiadas
Charles Watters
- 417 Capítulo 16**
Cuidadores y familias de las personas con problemas mentales
Lorenza Magliano, David McDaid, Susan Kirkwood y Kathryn Berzins
- 441 Capítulo 17**
Política de salud mental en los países del antiguo bloque soviético
Toma Tomov, Robert van Voren, Rob Keukens y Dainius Puras
- 473 Capítulo 18**
Perspectiva mundial de la política de salud mental
y del desarrollo de los servicios: el punto de vista de la OMS
Michelle Funk, Natalie Drew y Benedetto Saraceno
- 489 Capítulo 19**
Reformas de la salud mental en España
Antonio Espino Granada

Capítulo 1

Política y práctica de salud mental en Europa: panorámica general

MARTIN KNAPP, DAVID McDAID, ELIAS MOSSIALOS
Y GRAHAM THORNICROFT

MORBILIDAD, NECESIDAD Y CONSECUENCIAS

Durante los últimos años ha habido un incremento significativo en la consideración de la política de salud mental tanto en Europa como en el resto del mundo. El informe *The World Health Report 2001* estuvo dedicado por completo a la salud mental (WHO, 2001). En su lista de prioridades, el Banco Mundial ha hecho hincapié en mejorar la salud mental como parte de su estrategia para potenciar las economías desfavorecidas (World Bank, 2002). Los 52 Estados miembros de la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Unión Europea (UE) y el Consejo de Europa, aprobaron en 2005 una *Declaración* y un *Plan de acción* acerca de la salud mental (World Health Organization, 2005a y 2005b). La UE publicó en 2005 su *Libro verde sobre la salud mental*, siguiendo la línea de otras publicaciones relacionadas con el estado de la salud mental en Europa y de las actividades realizadas por la UE para la promoción de la salud mental y la lucha contra la depresión (Commission of the European Communities, 2004; G. Henderson y cols., 2004; Jané-Llopis y Anderson, 2005).

El interés por estas cuestiones a nivel internacional está muy retrasado respecto a la situación europea. Una de cada cuatro personas sufre un episodio significativo de enfermedad mental a lo largo de su vida, pero la «brecha de tratamiento» entre la necesidad de los servicios asistenciales apropiados y su disponibilidad continúa siendo muy grande (Kohn y cols., 2003). El suicidio es una de las 10 causas principales de muerte prematura en Europa y representa el 2 % en el conjunto de la carga global representada por las enfermedades (WHO, 2005c). La tasa de suicidio es mucho mayor en los hombres que en las mujeres y, después de los accidentes de tráfico, el suicidio es la principal causa de muerte entre los hombres de

15 a 35 años de edad residentes en la región europea. En Europa, los problemas de salud mental constituyen aproximadamente el 30 % del problema total de la discapacidad secundaria a otras enfermedades (WHO, 2004), pero reciben una proporción muy baja del presupuesto sanitario total (v. cap. 4), a menudo inferior al 5 %. Así, los cálculos de este tipo respecto a la carga económica representada por la discapacidad podrían constituir una estimación gravemente insuficiente ya que no contemplan el importante impacto que los problemas de la salud mental pueden ocasionar sobre numerosos aspectos de la vida, como la salud física, las relaciones familiares, las relaciones sociales, la situación laboral, los ingresos económicos y otras cuestiones más generales relacionadas con el nivel económico. Además, estos cálculos no consideran el impacto de la enfermedad mental sobre otros miembros de la familia que, en ocasiones, es sustancial (v. cap. 16). El estigma que con mucha frecuencia acompaña a los problemas mentales puede generar discriminación y este factor podría explicar el aparente rechazo de algunos políticos a la aprobación de inversiones en el campo de la salud mental (v. cap. 13).

A pesar de la creciente atención política y de los avances que se han efectuado en el diagnóstico y el tratamiento, existe preocupación por la posibilidad de que la situación existente en algunos países europeos pudiera empeorar más que mejorar. Los rápidos cambios económicos y sociales que han acaecido en los países de Europa central y oriental han estado acompañados de un deterioro de la salud mental de la población, con un aumento en la incidencia de problemas con el alcohol, la violencia y el suicidio (v. caps. 11 y 17). Las necesidades de tratamiento de la salud mental de las personas desplazadas a consecuencia de conflictos de guerra, persecución o problemas económicos conllevan dificultades adicionales (v. cap. 15). Claramente, los cambios demográficos de Europa van a incrementar las necesidades de la población de edad avanzada a lo largo de las próximas décadas. En términos generales, aunque no se espera un aumento en la prevalencia de la mayor parte de las enfermedades mentales en ningún grupo de edad específico (Kessler y cols., 2005), la inestabilidad socioeconómica de algunos países puede estar acompañada de presiones inexorables en este sentido.

Hay una relación estrecha entre los problemas que generan la salud mental y la privación social de manera que las influencias entre estos dos factores actúan en ambas direcciones (Social Exclusion Unit, 2004; v. cap. 3). Por ejemplo, las personas que residen en áreas con elevados niveles de paro laboral muestran un aumento en el riesgo de sufrir problemas mentales al tiempo que el estigma fuertemente enraizado, la ignorancia profunda y la discriminación practicada de manera genérica limitan de forma muy importante las oportunidades educativas y laborales de las personas que utilizan los servicios de salud mental, arrastrándolas a menudo a una situación de pobreza (Thornicroft, 2006a). Las personas que sufren problemas mentales crónicos corren mayor riesgo de convertirse en mendigos (*homeless*) que la población general. Los contactos con el sistema judicial tienden a ser muy frecuentes en lo que se refiere a las personas que presentan psicosis (como los perpetradores o, lo que es mucho más frecuente, las víctimas). El impacto a largo plazo sobre los hijos de las personas que sufren problemas mentales también puede ser significativo; estos niños pueden experimentar situaciones de abandono con deterioro de su desarrollo escolar y limitación de sus perspectivas a largo plazo.

Tal y como se podría esperar, el coste económico que acompaña a los problemas mentales es muy elevado; hace pocos años se estimó de manera conservadora que éste podría oscilar entre el 3 y el 4 % del producto interior bruto (PIB) correspondiente a la antigua UE de 15 miembros (Gabriel y Liimatainen, 2000). Este coste económico está muy repartido y, en efecto, gran parte del impacto económico que acompaña a los problemas mentales afecta a sectores distintos del sanitario (Knapp y cols., 2004). Las pérdidas de productividad pueden ser especialmente importantes, sobre todo las relacionadas con el absentismo laboral a corto y largo plazo, con un rendimiento inferior en el puesto de trabajo (el denominado «presentismo»), con la jubilación anticipada, con otros recortes laborales, con la disminución de oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional, con los días «fuera de onda» en las personas que no realizan ningún trabajo remunerado y con la disminución de la productividad a lo largo de la vida debido a la mortalidad prematura. Al parecer, los costes económicos relacionados con la productividad están aumentando en muchos países europeos (McDaid y cols., 2005). Otros costes económicos potencialmente importantes y no relacionados con el sector sanitario son los relativos a la asistencia social, a los organismos estatales de vivienda y justicia penal (v. cap. 4) y, por supuesto, a los familiares y los propios usuarios de los servicios de salud mental (v. caps. 14 y 16). Muchos de estos impactos económicos persisten hasta bien entrada la edad adulta (Scott y cols., 2001; Healey y cols., 2004).

Todo lo expuesto constituye un importante catálogo de necesidades, consecuencias y dificultades. Quizá más que en lo que se refiere a otros aspectos de la salud, la salud mental requiere un planteamiento concertado, coordinado y multisectorial para la definición e implementación de actuaciones políticas. Por supuesto, Europa está formada por un conjunto de países de gran heterogeneidad y esta variedad se refleja en las necesidades de las personas que sufren problemas mentales, en sus circunstancias materiales y sociales, en sus posibilidades de acceso a tratamiento y apoyo, así como en su calidad de vida. Lógicamente, toda esta variedad debería traducirse en una heterogeneidad en las respuestas políticas.

Por todo lo expuesto, a lo largo del libro se exploran los puntos en común relativos a las necesidades, las experiencias, las respuestas y los resultados, y se intentan definir las razones de las diferencias y sus consecuencias respecto al diseño e implementación de las actuaciones políticas. Por supuesto, es casi imposible cubrir todas las cuestiones relativas a la política o la práctica de salud mental en un conjunto de más de 50 países que muestran tanta diversidad en un abanico tan importante de dimensiones. Por ejemplo, hemos prestado menos atención a los problemas de la salud mental durante la niñez, la adolescencia y la edad avanzada (así como a las respuestas políticas frente a éstos), en comparación con aquella que se ha prestado a lo que en ocasiones se denomina «personas adultas en edad laboral» (aunque esta expresión conlleva en sí misma diversas asunciones fuertemente controvertidas). Hemos estudiado con mayor detalle la organización y configuración de los servicios, en comparación con los detalles de los tratamientos concretos que ofrecen estos servicios, es decir, no hemos intentado redactar un libro de texto de psiquiatría, psicología o enfermería. En este libro se habla poco de la etiología de las enfermedades y del campo en rápido desarrollo de la investigación sobre la relación entre genes y entorno. Indudablemente, hay otras omisiones que van a decepcionar en cierta medida a algunos lectores, pero el objetivo de este libro es la identificación, el análisis y la discusión acerca de muchas de las dificultades políticas más básicas y

acuciantes a las cuales se enfrentan hoy día los «arquitectos» del sistema de salud mental europeo. En el resto de este capítulo se exponen dichas dificultades.

RESPUESTAS POLÍTICAS

Dadas las abundantes y graves consecuencias que conllevan los problemas de salud mental, se podría esperar que la promoción del bienestar mental y la intervención para abordar las consecuencias de la enfermedad mental fueran prioridades importantes para los políticos. Sin embargo, tanto el desarrollo de actividades políticas nacionales como el nivel de financiación de los servicios o iniciativas de salud mental han sido decepcionantes a lo largo y ancho de casi toda Europa. En consecuencia, la promoción de la salud mental continúa recibiendo una atención muy escasa en la mayor parte de los países (v. cap. 8) y las estrategias terapéuticas se ponen en marcha de manera desigual e inconstante (v. caps. 5, 6 y 9). Además, parece que algunas iniciativas terapéuticas pasen por alto las importantes ramificaciones funcionales y sociales de un grupo diverso de trastornos que incluye los cuadros de malestar psicológico crónico, las fobias desestabilizadoras e incapacitantes, y los episodios de psicosis aguda.

Los servicios prestados en las instituciones hospitalarias continúan dominando la mayor parte del panorama europeo de la salud mental al tiempo que los sistemas de apoyo de base comunitaria presentan una disponibilidad y una calidad muy irregulares. Continúan existiendo situaciones de abusos básicos de los derechos humanos, quizá de manera más visible en el interior de las instituciones hospitalarias de los países de Europa central y oriental, pero claramente no limitados a estos contextos ni a estas zonas del continente (v. caps. 3, 13 y 17). La capacitación de los usuarios de los servicios, con su implicación en la toma de decisiones y con una ampliación general de sus posibilidades de elección, todavía tiene un largo camino que recorrer en la mayor parte de los países (Mental Disability Advocacy Center, 2005a; v. cap. 14).

La implementación de una política nacional sobre salud mental se considera un elemento clave en la tarea de potenciar la concienciación y los recursos económicos que, a su vez, son necesarios para la aplicación de tratamientos efectivos, equitativos y sostenibles (WHO, 2005a y 2005b). Obviamente, una política de ámbito nacional puede proporcionar el marco en que tendrían lugar las acciones coordinadas de múltiples organismos gubernamentales y sectores que podrían responder a las numerosas necesidades de las personas con problemas mentales. Por tanto, el desarrollo y el refuerzo de una política de salud mental en Europa continúa siendo un objetivo clave y, actualmente, la mayor parte de los países europeos aplica políticas de salud mental a niveles nacional o regional. Este tipo de política de salud mental tiene una larga tradición en algunos países (v. cap. 2), está siendo revisado y modificado de manera regular en otros países y está claramente desfasado en otros países, con necesidad de reformas. En muchos países es necesaria una actualización de estas políticas respecto a las normas sociales, las aspiraciones y otros elementos predominantes hoy día.

Algunos marcos de política nacional no llegan más allá de los confines del sistema sanitario y dejan de lado la necesidad de una atención concertada por parte de los campos de actuación contiguos correspondientes a la vivienda, la educación, la asistencia social, el sistema

judicial y el ámbito laboral (v. cap. 12). Todavía es poco frecuente que la legislación recoja declaraciones explícitas de los derechos (v. cap. 13). Un hecho notable, teniendo en cuenta las elevadas tasas de suicidio existentes en muchos países, es la escasez de estrategias nacionales para la prevención de éste (Beautrais, 2005). Incluso en los países en que se ha propugnado este tipo de política, no se ha llegado a implementar realmente (v. cap. 17).

Continúa siendo necesaria la adopción de medidas para abordar de manera más genérica las violaciones de los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la exclusión social. Aparte de los problemas mentales, muy pocos problemas de salud se enfrentan a estas dificultades. Las violaciones de los derechos humanos han sido denunciadas en toda Europa, pero son más frecuentes en las instituciones psiquiátricas, los dispensarios y los hogares de acogida por motivos sociales, que continúan representando el elemento principal de los sistemas de salud mental en diversos países de Europa central y oriental. En algunos países, las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos todavía tienen una probabilidad muy baja de volver a la comunidad. También se han publicado informes detallados, por parte de grupos de derechos humanos y por parte del Consejo de Europa, respecto al hecho de que las personas son mantenidas en «camas enjauladas» o son sometidas a terapia electroconvulsiva sin anestesia y sin administración de relajantes musculares, contraviniendo así las directrices internacionales (v. cap. 13).

Los instrumentos legislativos tienen funciones obvias. Naciones Unidas, el Consejo de Europa y la UE ya han redactado declaraciones relativas a los derechos humanos con el objetivo de proteger a las personas que sufren problemas mentales; los fundamentos de estas declaraciones deben apoyar el desarrollo de legislaciones nacionales. Sin embargo, cualquier legislación de este tipo sólo será efectiva si se llega a implementar y controlar, con aplicación de las sanciones adecuadas para conseguir los cambios. Por ejemplo, la legislación puede conseguir que los tratamientos obligatorios y las detenciones involuntarias sólo se utilicen como último recurso y estén sometidas a mecanismos de salvaguarda, como el acceso a una revisión periódica independiente de las personas tratadas o atendidas involuntariamente por estos servicios.

FINANCIACIÓN

En términos generales, hay una sencilla relación entre la financiación, la contratación de personal sanitario y de otros recursos, su combinación para el ofrecimiento de servicios, los tratamientos y el apoyo, y el alcance de objetivos a niveles individual, familiar y social en lo relativo a la salud mental. En la realidad, por supuesto, estas relaciones están lejos de ser sencillas, pero el desarrollo de un marco político sólido debe ir acompañado del establecimiento de una financiación adecuada.

Los niveles y las vías de la financiación de los servicios de salud mental muestran variaciones entre los distintos países y también en cada país, en respuesta a una plétora de influencias políticas, económicas, culturales y de otro tipo. Algunas vías de financiación pueden crear incentivos para una práctica asistencial mejor mientras que otras generan barreras para el logro de objetivos mejores tanto a nivel individual como a otros niveles

(v. cap. 4). Está manifiestamente claro que, a medida que los países europeos se alejan de los sistemas de salud mental caracterizados por el «tratamiento en manicomios» y se acercan a sistemas centrados en el «tratamiento comunitario», el equilibrio de la financiación también debe pasar desde una fundamentación casi exclusiva en los sistemas sanitarios hasta una economía más heterogénea de los recursos. A medida que se desarrollen los modelos comunitarios, los servicios y sistemas de apoyo externos al sistema sanitario tendrán una participación cada vez mayor para ayudar a las personas a acceder a una vivienda apropiada, a las posibilidades de financiación, a la pertenencia a asociaciones, al acceso a puestos de trabajo y a todo el resto de los ingredientes «ordinarios» que, en conjunto, influyen de manera tan importante en la calidad de vida. La burocracia, las limitaciones presupuestarias de carácter inmutable, la indiferencia oficial, la ignorancia profesional, el estigma persistente y, en ocasiones, simplemente la escasez apremiante de recursos pueden combinarse para negar a las personas que sufren problemas mentales las libertades, oportunidades y logros de los cuales disfruta el resto de las personas.

Por tanto, una de las dificultades más importantes existentes en toda Europa y, por desgracia, una dificultad que todavía no ha sido abordada por muchos gobiernos, es la creación de los incentivos necesarios para la movilización de los recursos apropiados y, en las situaciones en que sea necesario, su flujo entre los distintos organismos y las agencias de servicios gubernamentales de manera que las personas puedan acceder a los sistemas de apoyo que necesitan en relación con los dominios vitales relevantes. En países como Reino Unido, en el cual el acceso a los servicios de asistencia social es selectivo y está determinado por los recursos a disposición de quien los solicita, al tiempo que el acceso al sistema sanitario es universal y gratuito desde la óptica asistencial, hay claramente dificultades de órdenes ideológico y práctico que deben superarse. En países como Austria, que ha adoptado un sistema de financiación fundamentado en los grupos relacionados de diagnóstico (GRD), los problemas son de índole distinta y tienen que ver más con la escasez de la financiación de los servicios de salud mental. En los países en que los usuarios de los servicios deben realizar aportaciones sustanciales de su bolsillo para sufragar el coste de su propio tratamiento, una barrera importante será la asequibilidad, especialmente si se tiene en cuenta que muchos de estos usuarios de los servicios sobreviven con ingresos muy bajos. En diversos países de Europa oriental, la dificultad relativa a los recursos radica en el hecho de que los gobiernos no tienen la voluntad o la capacidad de priorizar los servicios de salud mental y mantienen los sistemas de apoyo fundamentados en prácticas completamente desfasadas y dominadas por las propias instituciones hospitalarias.

INSTITUCIONES Y COMUNIDADES

En los primeros apartados de este capítulo se ha insistido en la heterogeneidad de las políticas y las prácticas relativas a la salud mental en Europa. Esta variabilidad es más evidente en lo que se refiere a la asistencia prestada en las instituciones hospitalarias: relegada prácticamente a la historia en unos pocos países europeos occidentales, en los cuales la línea de actuación política actual está cambiando (aunque de manera gradual) hacia objetivos

como la inclusión social, la desestigmatización y la capacitación de las personas, en otros países todavía representa el objetivo principal de la iniciativa oficial y aún se lleva «la parte del león» del presupuesto sanitario.

Los antiguos manicomios fueron promocionados por distintas razones. Se asumía en términos generales que el mantenimiento de las personas en grupos grandes, controladas por un personal sanitario al cual se le suponía buena voluntad, pero que en gran medida carecía de cualquier tipo de cualificación profesional, era el método más efectivo para contener e, incluso, «curar» a las personas que sufrían problemas mentales. Las economías de escala eran atractivas. La preferencia de las familias a menudo consistía en el hecho de que los miembros de aquéllas que estuvieran «enfermos» fueran recluidos, lejos de la vergüenza y el peligro sociales (con frecuencia, con el objetivo sobreañadido de que fueran olvidados). Indudablemente, estos manicomios también se utilizaban como instrumentos de control social, en muchos casos no de la forma horrorosa con que se abusó de los servicios de psiquiatría en la antigua Unión Soviética (v. cap. 17), sino simplemente como un método conveniente, barato y discreto para controlar a «imbéciles», «lunáticos», mujeres jóvenes promiscuas y otros «pervertidos».

El impulso para el cierre de los manicomios procedió de argumentos equivalentes, si bien diametralmente opuestos (v. cap. 10). Se comenzó a reconocer gradualmente que los servicios de tipo comunitario eran más efectivos para incrementar la calidad de vida de la mayor parte de las personas (Thornicroft y Tansella, 2004), así como el hecho de que estos servicios no tenían que ser necesariamente más caros (Knapp y cols., 1997). En esta nueva situación se tenían en cuenta los puntos de vista de los usuarios de los servicios individuales, que eran escuchados y sobre los cuales se comenzó a actuar (de manera progresiva, si bien lentamente), al tiempo que maduraban los puntos de vista de las familias y de la sociedad en su conjunto, con un rechazo progresivo de la supuesta necesidad de ocultar a las personas «raras». Los contextos comunitarios pueden ser hoy día menos hostiles aunque hay que tener cuidado para no sobrevalorar la intensidad de los cambios que se han producido. De la misma manera, el fundamento del control social ejercido por los manicomios también ha presentado cierta erosión a pesar de que no ha desaparecido por completo debido a una lenta marea creciente de apoyo a los derechos humanos.

En la actualidad se reconoce de manera genérica que es necesario un planteamiento de «asistencia equilibrada», en el cual los servicios de primera línea deben estar fundamentados en el contexto comunitario y en el cual los hospitales y otros contextos asistenciales institucionales desempeñan funciones importantes en forma de servicios de especialidad (Thornicroft y Tansella, 2004). Cuando se requiere, la hospitalización debe ser lo más breve posible y se debe llevar a cabo en instalaciones sanitarias integradas y «normalizadas», más que en instalaciones aisladas y especializadas. Por ejemplo, excepto unos pocos, los países de la UE de 25 miembros han presentado una disminución progresiva en el número de camas hospitalarias psiquiátricas a lo largo de los 30 últimos años o más, aunque esta disminución ha sido generalmente más lenta en los nuevos Estados miembros (McDaid y Thornicroft, 2005). En el exterior de la UE, este alejamiento de la asistencia hospitalaria ha sido, en general, más lento y a menudo ha tenido que pelear con la complicación sobreañadida de una larga tradición en el uso de hogares sociales de acogida a largo plazo (*internats*). En ocasiones, los incentivos económicos de carácter perverso han vinculado

directamente la financiación con el grado de ocupación de las camas, lo que ha ofrecido un estímulo y una flexibilidad muy escasos a los políticos locales para el desarrollo de alternativas de carácter comunitario.

Los nuevos retos pueden tener gran envergadura. Algunos de los países que han cerrado con buenos resultados la mayor parte de los hospitales psiquiátricos pueden estar entrando en una fase que algunos analistas han denominado de «reinstitutionalización», en la cual las personas que anteriormente eran recluidas en los antiguos hospitales tienen, en la actualidad, grandes probabilidades de ser recluidas en cárceles, unidades forenses de seguridad u hogares asistenciales (Priebe y cols., 2005).

INCLUSIÓN SOCIAL Y CAPACITACIÓN

Al mismo tiempo que en una gran parte del continente europeo se ha producido un movimiento de alejamiento respecto a los servicios centrados en hospitales, especialmente en los países con mayores ingresos económicos, ha tenido lugar una «reconceptualización» gradual de las necesidades, con mayor hincapié en los derechos humanos y en la inclusión social, tal y como ya se ha señalado previamente, una dificultad de enorme importancia a la cual se enfrentan muchas personas con problemas y pérdida de derechos. Incluso, los profesionales de la salud mental que utilizan para sí mismos los servicios de salud mental pueden experimentar discriminación por parte de los empresarios y organizaciones patronales, los compañeros y los educadores (Rooke-Matthews y Lindow, 1998). En un informe bien acogido elaborado por la Social Exclusion Unit (2004: 4) en Inglaterra se señalaba que:

«Hay cinco razones principales por las cuales los problemas mentales causan y refuerzan la exclusión social con mucha frecuencia: el estigma y la discriminación [...], las bajas expectativas respecto a las capacidades de las personas que sufren problemas mentales [...], la falta de responsabilidad clara para la promoción de los desarrollos profesionales y sociales [...], la inexistencia de apoyo continuado que permita trabajar a estas personas[...] y las barreras para su integración en la comunidad.»

Estas razones fueron identificadas en el contexto de Inglaterra, pero podrían tener sus equivalentes en otros países (v. cap. 3).

Podemos considerar un ejemplo ilustrativo. Dado que el trabajo remunerado es tan importante para el bienestar económico del individuo, así como para su nivel social y su integración, hoy día algunos gobiernos están prestando atención a las oportunidades laborales y a las necesidades de las personas con problemas mentales. El detallado *Plan de acción* aprobado por los ministros de Sanidad en 2005, en Helsinki, abogaba específicamente por la implementación de iniciativas para «crear puestos de trabajo saludables mediante la introducción de medidas concretas, como el ejercicio físico, los cambios en los patrones de trabajo, la exigencia de un número apropiado de horas, la implementación de estilos de dirección saludables», así como por «la inclusión de la salud mental en los programas de salud y seguridad laborales» (WHO, 2005b: 2). No sabemos si estas declaraciones positivas se convertirán en hechos reales aplicados a gran escala, pero podemos observar algunos sig-

nos prometedores de ello en unos pocos países (Berkels y cols., 2004; Henderson y cols., 2005). Se han llevado a cabo iniciativas en algunos Estados para la reforma de las estructuras de los subsidios sociales con el objetivo de estimular a las personas para que vuelvan a la actividad laboral (Teague, 1999). Estas iniciativas tendrán un impacto en las personas que reclaman subsidios por discapacidad, entre las cuales hay un número cada vez mayor de personas con problemas mentales (Jarvisalo y cols., 2005).

Al tiempo que todas estas reformas pueden actuar como un incentivo para que las personas busquen trabajo, las modificaciones en el sistema de bienestar social no serán suficientes en sí mismas para promocionar una actitud de búsqueda y mantenimiento a largo plazo de un puesto de trabajo por parte de las personas que tienen problemas mentales. La reforma de la asistencia social debe formar parte de un paquete más amplio de medidas que incluya la aplicación de la legislación antidiscriminación, la participación en esquemas de rehabilitación laboral o de apoyo del empleo, la mejora en los sistemas de apoyo aplicados en el puesto de trabajo, la introducción de medidas de flexibilidad en el empleo y un acceso más adecuado a los tratamientos efectivos. Los profesionales sanitarios pueden tener pobres expectativas respecto a los logros que pueden alcanzar los usuarios de los servicios de salud mental, de manera que es posible que no se preocupen demasiado por sus aspiraciones laborales. En el informe ya mencionado relativo a la exclusión social en Inglaterra se señalaba la inexistencia de una responsabilidad clara para la mejora de los resultados sociales y laborales, la falta de apoyo continuado para que estas personas pudieran trabajar y la existencia de barreras estructurales para su integración en la comunidad (Social Exclusion Unit, 2004). En este informe se recomendaba mayor capacidad de decisión y mayor capacitación de los usuarios de los servicios de salud mental, así como la aplicación de medidas para ayudarles a mantener sus puestos de trabajo, para su vuelta a la actividad laboral tras un episodio de enfermedad y para facilitar el desarrollo de sus carreras profesionales. Ayudar a las personas a conseguir y mantener su empleo en un mercado laboral abierto puede ser una medida útil para reducir el estigma y la discriminación por parte de los empresarios, aunque no es fácil romper este círculo vicioso (Bond, 1998).

La capacitación de las personas está relacionada con la inclusión social. Por ejemplo, se ha demostrado que muchas organizaciones de usuarios de servicios (así como de otras partes implicadas) existentes en Reino Unido apoyan el uso de «directivas de avance o testamentos vitales» en que una persona que goza de buena salud especifica la forma con que quiere ser tratada en caso de sufrir una enfermedad (Atkinson y cols., 2004; C. Henderson y cols., 2004). Estas directivas de avance fueron contempladas como herramientas de capacitación y de posible desestigmatización, aunque se ha demostrado que todavía es necesario superar muchos problemas para su implementación. El apoyo a las directivas de avance también ha procedido de diversos grupos de pacientes holandeses (Varekamp, 2004). Las «tarjetas de crisis» pueden generar capacitación (Sutherby y cols., 1999). Los servicios dirigidos al consumidor, como las disposiciones que permiten a las personas poseer el dinero suficiente para adquirir parte de los servicios que necesitan, llevan el control del usuario de los servicios a otro plano distinto. Sin embargo, la mayor parte de estas disposiciones en la actualidad tiende a excluir a la asistencia sanitaria y también hay numerosas complicaciones potenciales que deben ser allanadas en lo que se refiere a los roles de los familiares, a la

forma de utilización de la financiación y a la intensidad con que deben ser capacitados los individuos para que asuman riesgos (Ungerson, 2004). De hecho, la adopción de estas disposiciones en Inglaterra ha sido decepcionantemente lenta (Fernández y cols., 2006).

CONCLUSIÓN: DIFICULTADES ACTUALES

Así pues, ¿cuáles son las cuestiones clave que los políticos europeos deben abordar y cuáles son las dificultades mayores a las cuales se tienen que enfrentar en el desarrollo de estrategias y de sistemas de servicios adecuados para los objetivos planteados en el nuevo milenio, con el objeto de cerrar una etapa ya superada de puntos de vista estrechos, actitudes de estigmatización y prioridades estancadas?

Lucha contra la discriminación

El estigma diferencia a los trastornos mentales de la mayor parte del resto de enfermedades y es la razón principal para la discriminación y exclusión social. La solución de esta discriminación continúa siendo un problema político de gran importancia (Thornicroft, 2006b). En algunos países de Europa central y oriental se continúa atentando contra los derechos humanos fundamentales en las instituciones psiquiátricas y en los hogares de asistencia social, que representan el componente principal de los sistemas de salud mental (Mental Disability Advocacy Center, 2005b). No obstante, el abuso se manifiesta de muchas maneras; incluso en los casos en que la atención de tipo comunitario es el planteamiento asistencial predominante, el abandono y el aislamiento pueden estar fuertemente enraizados. El temor a la estigmatización disminuye la voluntad del individuo en la búsqueda de tratamiento (Corrigan y Calabrese, 2005). Los políticos no tienen a su disposición soluciones sencillas, pero las iniciativas a largo plazo, como la intervención en el sistema escolar para incrementar la concienciación acerca de la salud mental (Pinfold y cols., 2003, 2005) y el compromiso de carácter constructivo con los medios de comunicación (que pueden reforzar las actitudes sociales negativas gracias a una presentación sensacionalista e inexacta de la enfermedad mental), al parecer resultan eficaces cuando se aplican de manera concertada y sostenida (Hickie, 2004; Jorm y cols., 2005).

Cierre de las instituciones psiquiátricas

Claramente, una de las dificultades más importantes a las cuales se enfrentan varios países europeos es alejar la línea asistencial de las instituciones psiquiátricas antiguas. Los grandes manicomios aislados pueden haber tenido su utilidad, pero incorporan y refuerzan actitudes completamente negativas (incluyendo las de estigmatización) respecto a la salud mental. Tal y como se expone en los capítulos 4 y 10, es relativamente fácil cerrar manicomios, pero existen problemas importantes para sustituirlos por medidas asistenciales de carácter comunitario que ofrezcan un apoyo mejor y oportunidades mayores para la aplicación de servicios asis-

tenciales de calidad alta, del tipo de los que solicitan realmente las personas con problemas mentales. Es necesario contrarrestar los puntos de vista fuertemente arraigados tanto en la sociedad como en muchos profesionales de la salud mental, y hay que llevar a cabo iniciativas reales para sacar de los manicomios a las personas recluidas en ellos.

Desarrollo de comunidades asistenciales

Por tanto, un conjunto relacionado de problemas que los políticos deben abordar es el que se refiere al fomento de mejores sistemas de apoyo y tratamiento en el contexto comunitario. Ello significa algo más que la simple sustitución de los manicomios por visitas ambulatorias ocasionales. Los políticos deben valorar las necesidades reales de las personas y definir las configuraciones apropiadas de los servicios comunitarios con el objetivo de solucionar dichas necesidades. ¿Son necesarios los servicios de especialidad para abordar las necesidades de especialistas tal y como las que se relacionan con la aparición de signos prodrómicos de enfermedades graves, con la aparición de situaciones de crisis o con la necesidad de mantener a las personas en contacto con los servicios? ¿Ha ayudado, en este sentido, el desarrollo y crecimiento rápidos en la introducción de nuevos tratamientos farmacológicos, o bien se ha sobervalorado el papel de estos tratamientos? (V. cap. 7; Knapp y cols., 2005.)

Promoción de una calidad de vida genérica

La inquietud prioritaria de cualquier sistema asistencial de salud mental debería ser la definición de la mejor forma de promocionar la calidad de vida en las personas y las familias afectadas por problemas psiquiátricos o con riesgo de desarrollar enfermedades mentales. El concepto de calidad de vida es nebuloso, inherentemente subjetivo, de carácter cultural y notoriamente difícil de cuantificar. Sin embargo, lo que está claro es la frecuencia y la regularidad con que los usuarios de los servicios insisten en ciertas dimensiones de la calidad de vida, como el acceso a un puesto de trabajo y a otros roles sociales valorados, la eliminación de las barreras de discriminación y la integración social mayor. Todo ello implica una necesidad acuciante de sistemas de salud mental que vayan más allá del «simple» alivio de los síntomas o de la reducción de la probabilidad de recidiva y que, en vez de ello, contemplen la aplicación de servicios y tratamientos con objetivos de carácter más holístico y más ambiciosos.

Desarrollo de un planteamiento de toma de decisiones basado en la evidencia

¿Qué tipo de tratamientos, servicios y medidas de apoyo permiten alcanzar los resultados de mejora solicitados por los usuarios de los servicios y por sus familiares? Si hay más de

una opción adecuada, ¿cuál es la de mayor rentabilidad económica? Poseemos herramientas validadas para cuantificar los resultados relativos al bienestar y a su declaración (Thorncroft y cols., 2006), y se está desarrollando manifiestamente una base de evidencia relativa a la efectividad y a la rentabilidad económica (p. ej., v. caps. 4-9). Sin embargo, la cantidad y la calidad de la evidencia de evaluación podrían ser claramente mejores. Son necesarias iniciativas para garantizar que los políticos utilizan realmente la información existente y que esta información llega a los políticos de una manera que les permite comprenderla y revisarla y, por supuesto, que los políticos tienen en consideración dicha información. Todavía se puede trabajar mucho por la mejora de los canales de comunicación entre los políticos, los profesionales «de primera línea», los investigadores y otras partes implicadas. Es necesario preguntarse si la evidencia es suficientemente sólida para que en cada país los servicios de salud mental puedan competir con otras necesidades a la hora de repartir los escasos recursos sanitarios y de otro tipo. Además, si hay una base de evidencia suficiente para la aplicación de tratamientos de intervenciones mejores, ¿poseen los profesionales las habilidades necesarias y es posible la contratación de las personas poseedoras de estas habilidades para que lleven a cabo las tareas necesarias?

Decisiones y control

Recientemente se ha prestado gran atención a la promoción de la propia determinación mediante la capacitación de los usuarios de los servicios (v. caps. 3 y 14) en relación con la protección de sus derechos humanos (cap. 13). ¿Tienen los usuarios de los servicios de salud mental los mismos derechos y oportunidades para ejercer sus decisiones y asumir el control en comparación con el resto de los miembros de la sociedad? En lo que se refiere a los políticos, una de las dificultades principales es equilibrar las necesidades de contacto de las personas vulnerables con los servicios asistenciales y el peligro de interferir de una forma excesivamente asertiva en sus vidas. Otra dificultad es el diseño de medidas políticas y prácticas que equilibren la necesidad de proteger a los individuos y las comunidades frente a los distintos riesgos (incluyendo el riesgo de autolesiones), y el riesgo de negar a las personas su derecho a la libertad y la autodeterminación.

La importancia del dinero

Ya se ha aludido anteriormente a las dificultades de la financiación. Por su propia naturaleza, muchos problemas de la salud mental son múltiples, complejos y (en su mayor parte) crónicos. En lo que se refiere a las personas que padecen los problemas mentales más graves, la consecuencia es que a menudo necesitan el apoyo de una amplia gama de servicios y agencias diferentes. Los políticos deben comprender la gran variación existente en los costes que acompañan a los problemas de la salud mental, creando el contexto de financiación adecuada y definiendo una estructura correcta de incentivos que garantice que los recursos de los distintos organismos gubernamentales se combinan de la mejor forma

posible para potenciar la calidad de vida. El problema de la inversión en salud mental posiblemente es de los más difíciles. En la actualidad hay pruebas abundantes de que el incremento en la inversión en muchas de las áreas de la salud mental no sólo está justificado en función del alivio de los síntomas y de la promoción de la calidad de vida de los pacientes, sino que también representa un uso más eficiente de los recursos sanitarios (y de otros sectores) que permite que los individuos consigan, mantengan o recuperen roles sociales valorados.

Combinación de las decisiones políticas

Incluso si existiera nivel suficiente de compromiso político para la inversión en intervenciones efectivas de promoción de la salud mental, la implementación de dichas intervenciones continuaría siendo problemática. La existencia de responsabilidades y costes múltiples puede erigir diversas barreras (Knapp y cols., 2006). Uno de los peligros es el hecho de que las iniciativas o reformas mejor intencionadas pueden estar gravemente infrapresupuestadas e infracoordinadas. Algunos de estos problemas se pueden abordar mediante la creación de presupuestos conjuntos de asistencia sanitaria, asistencia social y vivienda en relación con la salud mental o mediante el establecimiento de acuerdos que faciliten el trasvase del dinero entre los presupuestos de las distintas administraciones nacionales o locales, con el objetivo de eliminar algunos de los problemas de desincentivación (o de incentivación perversa) que pueden distorsionar o inhibir las iniciativas apropiadas.

Promoción de la promoción

En muchos capítulos de este libro queda claro que hay mucho camino por recorrer en lo que se refiere a la promoción de la salud mental. Pocos gobiernos han prestado una atención adecuada a las políticas que pueden promocionar el bienestar de la sociedad y la salud mental individual. ¿Son reconocidas las posibilidades de promoción? ¿Hay una respuesta frente a éstas? ¿Están llevando a cabo los gobiernos las iniciativas correctas en el contexto de la salud mental pública? Una de las dificultades obvias es el hecho de que el desarrollo y la implementación de estrategias para la promoción de la salud mental pública requiere la participación de muchos organismos gubernamentales y sectores diferentes, así como un esfuerzo continuado a lo largo de la vida de los pacientes. Son ejemplos de ello los programas e intervenciones de formación de los padres para la identificación temprana de los problemas de salud mental en los niños en edad escolar, la flexibilidad en las prácticas y en el acceso a los sistemas de evaluación y apoyo en los puestos de trabajo, los consejos acerca de las situaciones de duelo y las actividades sociales para reducir el aislamiento y el riesgo de depresión en las personas de edad avanzada. A su vez, estos esfuerzos requieren el compromiso de los políticos con una amplia gama de partes implicadas, como los profesores, los asistentes sociales, las asociaciones de empresarios, los sindicatos y los grupos comunitarios locales, incluyendo las organizaciones religiosas.

De la contención a la oportunidad

El reto general de mayor dificultad es continuar el cambio de los sistemas de salud mental europeos desde la época de la contención y la reclusión hasta una época de oportunidades y decisiones. La Declaración de Helsinki de 2005 fue claramente un avance manifiesto en este sentido ya que estableció una amplia gama de iniciativas y los países que la firmaron se comprometieron a aplicar esos ámbitos de acción. Las organizaciones supranacionales que firmaron la Declaración de Helsinki (la UE, la OMS y el Consejo de Europa) tendrán que trabajar con los gobiernos nacionales para apoyar la implementación del *Plan de acción*. Se vislumbra la posibilidad de crear nuevas oportunidades para la inclusión social de las personas afectadas por problemas mentales y para sustituir las estructuras aparentemente obsesionadas por la contención por políticas centradas en oportunidades de estilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson JM, Garner MC, Gilmour WH. Models of advance directives in mental health care: stakeholder views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (8): 673-680.
- Beautrais A. National strategies for the reduction and prevention of suicide. *Crisis* 2005; 26 (1): 1-3.
- Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhn K, Lavikainen J, Lehtinen V y cols. *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe (2001–2003)*. Research report 1001. Bremerhaven: Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2004.
- Bond GR. Principles of individual placement and support. *Psychiatr Rehab J* 1998; 22 (11): 23.
- Commission of the European Communities. *The State of Mental Health in the European Union*. Luxemburgo: Commission of the European Communities, 2004.
- Corrigan PW, Calabrese JD. Strategies for assessing and diminishing self-stigma. En: Corrigan PW, ed. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
- Fernández JL, Kendall J, Davey V, Knapp M. Direct payments in England: factors linked to variations in provision. *J Soc Pol* 2006; 36 (1): 1-25.
- Gabriel P, Liimatainen M-R. *Mental Health in the Workplace*. Ginebra: International Labour Organization, 2000.
- Healey A, Knapp M, Farrington D. Adult labour market implications of antisocial behaviour in childhood and adolescence: findings from a UK longitudinal study. *Applied Economics* 2004; 36 (2): 93-105.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 136-138.
- Henderson G, Henderson J, Lavikainen J, McDaid D. *Actions Against Depression: Improving Mental Health and Well Being by Combating the Adverse Health, Social and Economic Consequences of Depression*. Luxemburgo: Commission of the European Communities, Health and Consumer Protection Directorate General, 2004.
- Henderson M, Glozier N, Holland Elliot K. Long term sickness absence. *BMJ* 2005; 330: 802-803.
- Hickie I. Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Aust Psychiatry* 2004; 12 Supl: 38S-46S.
- Jané-Llopis E, Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nimega: Radboud University Nijmegen, 2005.
- Jarvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, eds. *Mental Disorders as a Major Challenge in the Prevention of Work Disability: Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden*. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, 2005.
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39 (4): 248-254.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE y cols. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352: 2.515-2.523.

- Knapp M, Chisholm D, Astin J, Lelliott P, Audini B. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychol Med* 1997; 27 (3): 681-692.
- Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30 (2): 279-293.
- Knapp M, Kanavos P, King D, Yesudian HM. Economic issues in access to medications: schizophrenia treatment in England. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28 (5): 514-531.
- Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Gibbs M, McDaid D. Mental health in low- and middle-income countries: economic barriers to better practice and policy. *Health Policy and Planning* 2006; 21 (3): 157-170.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2003; 82: 858-866.
- McDaid D, Curran C, Knapp M. Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17 (5): 365-373.
- McDaid D, Thornicroft G. Balancing Institutional and Community Based Care. Policy brief. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- Mental Disability Advocacy Center. The Right to Vote at Risk in Bulgaria. Budapest: Mental Disability Advocacy Center, 2005a.
- Mental Disability Advocacy Center. Russia's Guardianship System Challenged at the European Court of Human Rights. Budapest: Mental Disability Advocacy Center, 2005b.
- Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 342-346.
- Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17 (2): 123-131.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F y cols. Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123-126.
- Rooke-Matthews S, Lindow V. The Experiences of Mental Health Service Users as Mental Health Professionals. Findings 488. York: Joseph Rowntree Foundation, 1998.
- Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001; 323: 191-194.
- Social Exclusion Unit. Mental Health and Social Exclusion. Londres: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
- Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, Alexander M, Thornicroft G, Johnson, C y cols. A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100 (1): 56-61.
- Teague P. Reshaping employment regimes in Europe: policy shifts alongside boundary change. *J Publ Policy* 1999; 19 (1): 33-62.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press, 2006a.
- Thornicroft G. Actions Speak Louder: Tackling Discrimination against People with Mental Illness. Londres: Mental Health Foundation, 2006b.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
- Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene AH, Tansella M y cols. International Outcome Measures in Mental Health: Quality of Life, Needs, Service Satisfaction, Costs and Impact on Carers. Londres: Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 2006.
- Ungerson C. Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on cash for care schemes. *Ageing and Society* 2004; 24: 189-212.
- Varekamp I. Ulysses directives in the Netherlands: opinions of psychiatrists and clients. *Health Pol* 2004; 70 (3): 291-301.
- World Bank. World Development Report 2002: Building Institutions for Markets. Washington, DC: World Bank, 2002.
- World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra: World Health Organization, 2001.
- World Health Organization. The World Health Report 2004. Changing History. Ginebra: World Health Organization, 2004.
- World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Copenhagen: World Health Organization, 2005a.
- World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Copenhagen: World Health Organization, 2005b.
- World Health Organization. Suicide prevention website. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html. [Consultado en: 2005c.]

Capítulo 2

Desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Europa

EDWARD SHORTER

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se expone la evolución que ha sufrido la atención psiquiátrica desde principios del siglo XIX hasta el momento actual en los países que posteriormente formarían la Unión Europea (UE) y en aquellos que presentaron en 2004 su candidatura para pertenecer a ella. ¿Cuáles son las fuerzas básicas que han dirigido los cambios? ¿Qué patrones se han acabado implementando en los diferentes Estados? Si tenemos en cuenta que en Europa y en Estados Unidos las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 43 % de los cuadros totales de discapacidad por enfermedad (Thornicroft y Maingay, 2002), éstas realmente son preguntas importantes.

Los grandes cambios que han ocurrido nos llevan a considerar los sistemas de atención psiquiátrica desde dos puntos de vista: el vertical y el horizontal. La dimensión vertical se refiere al grado de integración del sistema, en el sentido de la provisión de una asistencia psiquiátrica continuada desde el contexto comunitario hasta el hospital psiquiátrico y, de nuevo, desde este último hacia la comunidad o bien, desde el contexto comunitario hasta el servicio de psiquiatría de un hospital general y, de nuevo, de vuelta a la comunidad. La dimensión horizontal se refiere al grado de cobertura que proporciona el sistema, es decir, si además de las especialidades de medicina de familia y psiquiatría, los equipos asistenciales que ejercen en centros de carácter comunitario incluyen psicólogos y psicólogas, profesionales de enfermería con especialización en psiquiatría y asistentes sociales, e incluso nutricionistas y terapeutas ocupacionales. (Se podría contemplar esta

El autor de este capítulo desea agradecer a la profesora Marijke Gijswijt-Hofstra sus útiles sugerencias editoriales.

dimensión horizontal como un modelo funcional de discapacidad más que como un modelo de enfermedad. Tal y como señaló Bob Grove [1994: 431], «en el abordaje terapéutico de la discapacidad, el médico y la médica o los y las especialistas en psiquiatría son sólo algunas y algunos entre muchos de las personas expertas que deben participar».) Ambas dimensiones, la vertical y la horizontal, han presentado sus propios patrones de cambio.

¿Por qué hay que comenzar a principios del siglo XIX? De hecho, podríamos comenzar la historia mucho antes (Porter, 1987). No hace falta señalar que las personas que sufren enfermedades psiquiátricas han existido siempre y que la sociedad ha creado en todas las épocas medios para abordar este problema. Sin embargo, en Europa, antes de los primeros años del siglo XIX, las estrategias de abordaje de dicho problema no eran de tipo médico, sino que estaban basadas en las confesiones religiosas y en las autoridades locales. Un sistema de atención psiquiátrica o de salud mental presupone un abordaje multidisciplinario a la enfermedad psiquiátrica y asume que la hospitalización en un establecimiento psiquiátrico debe tener objetivo terapéutico más que penitenciario, y que hay psicofármacos efectivos y tratamientos físicos convincentes que pueden facilitar la atención psiquiátrica en el contexto comunitario. Aunque hoy día prevalecen los modelos asistenciales biopsicosociales, en que intervienen numerosas disciplinas, históricamente el triunfo de la especialidad médica sobre la religión en lo que se refiere al tratamiento de la enfermedad mental acarreo de manera implícita el triunfo del modelo sanitario (Shorter, 1997: 1-22).

Por tanto, la historia de la atención psiquiátrica en los territorios que posteriormente se convirtieron en la UE se podría clasificar en tres períodos. El período I, desde principios del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, representa la época de asistencia psiquiátrica institucional, en la cual a lo largo de toda Europa se creó una red de hospitales psiquiátricos de ámbito regional y los balnearios y los sanatorios privados se convirtieron en los lugares preferidos para el tratamiento de las enfermedades «nerviosas» entre las clases socioeconómicas media y alta.

El período II, desde el final de la segunda guerra mundial hasta la década de 1970, representa el inicio de la creación constante de sistemas de atención psiquiátrica comunitaria en forma de una importante psiquiatría privada, de la introducción de medicamentos psicoactivos eficaces y del establecimiento de consultas ambulatorias en la mayor parte de los hospitales psiquiátricos. Este período representa realmente el inicio de la atención psiquiátrica de base comunitaria.

El período III, que se inicia con el «programa a largo plazo» de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1970 y que llega hasta el momento actual (Freeman y cols., 1985: 5), representa una expansión sistemática de la asistencia vertical, en forma de dessectorización y de desinstitucionalización, así como también de la asistencia horizontal en forma de una amplia expansión continental de los patrones asistenciales globales que se iniciaron tras la segunda guerra mundial.

PERÍODO I: ÉPOCA DE LOS MANICOMIOS

El legado de este período inicial de la historia moderna de la atención psiquiátrica fue el impulso institucional (Porter y Wright, 2003). Representó un reflejo cultural, político y social que convirtió a la hospitalización psiquiátrica en el paradigma de la atención psiquiátrica de

calidad. Indudablemente, en una situación en que la atención psiquiátrica comunitaria era inexistente para la mayor parte de las personas, la hospitalización psiquiátrica representaba el tratamiento apropiado de las enfermedades graves, sobre todo si se tiene en cuenta la inexistencia de psicofármacos efectivos. No obstante, como legado de una época en que existen alternativas farmacológicas, el reflejo institucional es inapropiado ya que vincula estrechamente la atención psiquiátrica con las gigantescas estructuras asistenciales de ladrillos y hormigón.

No obstante, en este punto puede tener utilidad una mirada con cierta perspectiva. Se ha puesto de moda lamentar la «reclusión» de los pacientes psiquiátricos en hospitales mentales y exigir, en vez de ello, una asistencia de carácter comunitario. Sin embargo, debemos recordar que, en el contexto de la historia de la psiquiatría, los primeros manicomios terapéuticos representaron un primer y decidido paso hacia delante, si se tiene en cuenta la situación a menudo terrible de las personas que sufrían enfermedades mentales graves y que residían en la «comunidad». Por ejemplo, en Dinamarca, todavía a finales de 1840 las personas con enfermedades mentales eran encerradas en jaulas de madera en los pueblos o encadenadas en los establos junto con los animales; los funcionarios conocían la existencia de 142 de estas jaulas. Todavía en 1908, este tipo de «asistencia comunitaria» era habitual en las áreas rurales de Suecia y Finlandia (Pandy, 1908: 3n.). En estas circunstancias, el ingreso en un hospital psiquiátrico limpio y ordenado con frecuencia era un objetivo deseado tanto por los pacientes como por sus familias.

Aunque en Europa existieron manicomios de tipo carcelario desde la Edad Media, la historia de la psiquiatría dio un paso hacia delante con la introducción de los primeros manicomios de tipo terapéutico. Posiblemente, el primero de estos establecimientos se creó en la década de 1780 en Florencia, gracias a la iniciativa de Vincenzo Chiarugi; después, se crearon otros de características similares en París, en la década de 1790, por la iniciativa de Philippe Pinel, y más adelante se incrementó el número de manicomios de carácter terapéutico en otros muchos países a lo largo de los años siguientes (Shorter, 1997: 8-21). No obstante, los objetivos terapéuticos de estos primeros centros psiquiátricos quedaron pronto completamente desfasados debido al elevado número de pacientes. Asimismo, desde el punto de vista de los sistemas asistenciales psiquiátricos, el acontecimiento clave durante esta primera fase fue el establecimiento de una red de manicomios de ámbito regional, cada uno de ellos con su propia área de influencia. Este acontecimiento se inició en Inglaterra con la ley County Asylums Act de 1808, en Francia con la ley de 1838 y en otros países en fechas posteriores (Pichot, 1983: 17, 33-34; Jones, 1993).

Hacia finales del siglo XIX, toda Europa occidental se vio poblada por un impresionante número de manicomios. La tabla de contenidos de uno de los directorios estándar de manicomios describe exhaustivamente el número de este tipo de establecimientos: la edición de 1890 del directorio de Heinrich Laehr relativo al mundo de la psiquiatría de habla alemana recoge la existencia de 19 manicomios públicos y de 14 clínicas psiquiátricas privadas sólo en las ciudades cuya primera letra era la «B». Ésta es sólo una letra del alfabeto y en este directorio no se incluían las instituciones para personas con retraso mental, alcohólicos o pacientes con epilepsia, así como tampoco las instituciones basadas fundamentalmente en un sistema de «puertas abiertas», todas las cuales se recogían por separado

(Laehr, 1891: vii-xi). En el continente, estas instituciones psiquiátricas poseían cientos de miles de camas. Sin embargo, estos manicomios tendían a constituirse en pequeños mundos autocontenidos y los pacientes a menudo eran ingresados por órdenes judiciales o por mandato de los funcionarios sanitarios. Así, durante estos años en Europa no hubo prácticamente ninguna integración vertical de la asistencia. Los pacientes que recibieron el alta en los manicomios *grosso modo* dependían de sus propias posibilidades y, como mucho, eran supervisados por los funcionarios regionales de sanidad.

No obstante, antes de la primera guerra mundial hubo tres excepciones a esta regla que fueron pioneras a pesar de su carácter rudimentario. Una fue la práctica del hospedaje, es decir, la colocación de pacientes psiquiátricos hospitalizados en los hogares de particulares. Este sistema se llevó a cabo de manera sistemática en los manicomios de toda Europa. Los hogares de acogida de este tipo pertenecían a personas del mismo pueblo o ciudad que el paciente, o bien a sus amigos. La acogida en los hogares de particulares se inició en 1764 por parte de la familia Engelken, que poseía una clínica psiquiátrica privada en Rockwinkel, cerca de Bremen.

Esta práctica se extendió con mayor o menor velocidad a casi la totalidad de los países europeos, con excepción de España, Portugal e Inglaterra. Pueblos como Dun-sur-Auron en Francia, Gheel en Bélgica y Uchtsprunge en Alemania eran sinónimo de acogida familiar y en 1876 el General Board of Commissioners in Lunacy de Escocia promulgó una ley para ingresar directamente a los pacientes en hogares de acogida sin necesidad de que pasaran previamente por el manicomio (Pandy, 1908: 524-572). En Escocia, aproximadamente la quinta parte de todos los «locos» era atendida mediante este tipo de alojamiento (Letchworth, 1889: 130). Así, el traslado de un paciente desde el manicomio hasta una residencia privada era una forma de sistema asistencial en dos fases que anunciaba la integración más sistemática que tuvo lugar tras la segunda guerra mundial.

La segunda excepción al predominio de los grandes manicomios fueron las clínicas psiquiátricas urbanas, propuestas inicialmente por Wilhelm Griesinger (1868), profesor de psiquiatría en Berlín, que hacia finales del siglo XIX florecieron en diversas ciudades. Dirigidas fundamentalmente al tratamiento de los casos agudos, las clínicas urbanas generalmente tenían menos de 100 camas y su objetivo principal era la atención de pacientes en estancias cortas de manera que pudieran recuperarse o bien ser trasladados con posterioridad a un manicomio grande. En este sentido, muchos hospitales psiquiátricos universitarios también funcionaron como clínicas de corta estancia (Sérieux, 1903: 22-24, 31-33, 675-686). Sin embargo, en la práctica estas clínicas urbanas en miniatura no siempre eran tan pequeñas; por ejemplo, aproximadamente en el año 1900 la única existente en Frankfurt tenía 300 camas.

La última excepción era la existencia de instituciones de carácter comunitario para la asistencia tras el alta, casi siempre dirigidas por organizaciones de beneficencia y fundaciones privadas. Estas instituciones no tenían carácter universal, pero se podían encontrar en las ciudades más grandes. En Francia, la primera *Oeuvre de patronage pour les aliénés convalescents* fue fundada en París en 1843. En Inglaterra, la Mental Aftercare Association se creó en Londres, en 1869 (Bennett, 1991: 323). De las 15 fundaciones de este tipo que existían en Alemania hacia el año 1900, la primera fue inaugurada en Wiesbaden en 1829 y

las otras lo fueron en las décadas de 1870 y 1880 (Sérieux, 1903: 650). En Italia se creó en 1874 una sociedad para la ayuda a la reintegración de los «locos pobres» que recibían el alta en el manicomio de Reggio-Emilia que, además, se basaba en ideas muy avanzadas para la época (Sérieux, 1903: 671-674).

Además, aunque los hospitales psiquiátricos continuaron siendo la institución pública predominante en la época de los manicomios, no fueron la única. En épocas relativamente tempranas, los hospitales generales comenzaron a ingresar a pacientes con enfermedades mentales en sus salas de psiquiatría. Después de la segunda guerra mundial, el paso de los manicomios a los hospitales generales se llevó a cabo sobre un trasfondo de carácter positivo y progresista; tal y como se afirmaba por entonces, era la punta de lanza de la «desmanicomización». Sin embargo, no fue siempre así. Por ejemplo, en Hungría los «anexos» de psiquiatría existentes en los hospitales generales fueron concebidos, en un principio, como un método para quitarse de encima rápidamente a los pacientes crónicos que presumiblemente no tenían acceso a los tratamientos psiquiátricos y a la psicoterapia que ofrecían los manicomios estatales. Hacia 1900, sólo había cuatro manicomios estatales en Hungría (con 2.300 pacientes), pero existían 12 hospitales generales con plantas de psiquiatría, en cada una de las cuales eran atendidos más de 100 pacientes, además de otras salas de psiquiatría más pequeñas existentes también en los hospitales generales, con un total de más de 5.000 pacientes. En los años posteriores, estas unidades de psiquiatría de los hospitales generales comenzaron a ingresar casos agudos de todo tipo, no sólo pacientes crónicos que habían recibido el alta en los manicomios de carácter progresista; además, en los hospitales generales comenzó a ser relativamente frecuente el hecho de que su director fuera un psiquiatra (Pandy, 1908: 439-440; Nyiro, 1968: 77-78). De todas maneras, el caso de Hungría es un recordatorio de que el eslabón formado por el hospital general en la cadena vertical de remisión de los pacientes no siempre se ha llevado a cabo con vistas al futuro.

Antes de la segunda guerra mundial, el mejor ejemplo de atención psiquiátrica integrada tuvo lugar no en el sector público, sino en el sector privado: el amplio mundo de los tratamientos en los balnearios y en los sanatorios privados, utilizados fundamentalmente por las personas de clase media y alta (Shorter, 1990). A menudo se olvida que en el pasado los europeos de nivel socioeconómico medio y alto recibían su asistencia sanitaria en clínicas privadas, sobre todo en balnearios. Era un secreto a voces el hecho de que la clientela principal de los balnearios (aparte de los pacientes con tuberculosis en balnearios especializados en esta enfermedad, como el de Davos) eran los pacientes «nerviosos», un eufemismo de pacientes psiquiátricos (Shorter, 1997: 119-128). Por ejemplo, la clínica de hidroterapia de Boppard am Rhein, que aparentemente estaba especializada en los pacientes con dolores articulares que buscaban la curación mediante las aguas, era de hecho una institución psiquiátrica. Las estadísticas de los ingresos de 1.185 pacientes entre 1883 y 1888 demuestran que sólo la quinta parte de ellos padecía enfermedades ajenas al espectro psiquiátrico. El 52 % de los pacientes que se atendieron en esta clínica presentaba cuadros de «neurosis» (neurastenia, histeria e hipocondría); el 5 % sufría enfermedades orgánicas del sistema nervioso central (SNC), como «parálisis progresiva» (es decir, neurosífilis); el 13 % correspondía a personas alcohólicas, y el 9 % presentaba cuadros «psicóticos» (es de-

cir, sobre todo depresión y trastornos obsesivo-compulsivos) (Hoestermann, 1889: 29-30). La clínica de hidroterapia de Boppard am Rhein representaba un microcosmos del amplio mundo de los balnearios y los sanatorios.

En el área de salud mental básicamente había tres tipos de estas clínicas: los manicomios privados que eran reconocidos abiertamente como tales, las clínicas de hidroterapia, como la de Boppard am Rhein, especializadas en enfermedades «nerviosas», y los sanatorios médicos generales, que estaban dedicados preferentemente a lo que al parecer eran enfermedades orgánicas (aunque a menudo no lo eran), como los «problemas de la nutrición», «problemas del metabolismo» y «cuadros de debilidad y fatiga». Entre 1880 y 1930, el número de manicomios privados en la Europa de habla alemana se incrementó el 60 %, el de los servicios de hidroterapia para los pacientes con enfermedades nerviosas se triplicó y el de las clínicas de medicina general (cuyos pacientes principales sufrían enfermedades nerviosas) se multiplicó por más de 25 (Shorter, 1995: 291; tabla 1). Por todo ello, el crecimiento que tuvo lugar en el área de la atención psiquiátrica sobre todo se basó de manera eufemística en el lado orgánico más que en el lado psiquiátrico explícito.

En cualquier caso, lo importante es el hecho de que tanto los balnearios como los sanatorios privados eran realmente instituciones psiquiátricas integradas horizontal y verticalmente, pero –por supuesto– sólo para las personas de recursos. Estaban integrados verticalmente en el sentido de que el mecanismo de remisión de los pacientes estaba perfectamente engranado desde la especialidad de medicina de familia o la de psiquiatría de las ciudades grandes hasta la especialidad en «hidroterapia» de los balnearios. También lo estaba el mecanismo de retorno; a medida que los pacientes recibían el alta en los balnearios, volvían a sus médicos de la ciudad con informes elaborados en los balnearios acerca del buen resultado del tratamiento de su «neurastenia» y todos los participantes esperaban que al año siguiente se volviera a repetir el mismo ciclo. El sistema también estaba integrado horizontalmente en el sentido de que los balnearios y sanatorios ofrecían una amplia gama de tratamientos físicos y dietéticos, además de un intenso programa social. En el fondo, todo ello no era muy diferente de la panoplia de psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, especialistas en biorretroactivación, etc., que atienden hoy día a los pacientes psiquiátricos como parte de los equipos asistenciales de salud mental. En efecto, los balnearios y los sanatorios podrían haber constituido un modelo espléndido del mundo de la asistencia integrada imperante actualmente si no hubieran estado reservados para un pequeño segmento de la población.

En lo que se refiere a la financiación de la atención psiquiátrica, la ley de seguridad social sanitaria promulgada en 1883 bajo el gobierno de Bismarck y sus enmiendas posteriores cubrieron todos los cuadros orgánicos «nerviosos» y los pacientes que eran atendidos por médicos bajo la cobertura de esta ley de financiación no tenían que pagar nada de su bolsillo. Sin embargo, había dos limitaciones importantes. En primer lugar, la cobertura sólo tenía una duración de 26 semanas a pesar de que muchas enfermedades psiquiátricas tendían a ser crónicas. En segundo lugar, muchos psiquiatras extrahospitalarios (*Nervenärzte*) no trabajaban con estos fondos de cobertura y cobraban de manera privada, por lo que sus servicios asistenciales no podían ser costeados por los pacientes de la clase trabajadora y sus familias. (No se ha llegado a demostrar que Sigmund Freud, un típico *Nervenarzt*

extrahospitalario, tratara nunca a un solo paciente de la clase trabajadora.) Los costes de la hospitalización por razones psiquiátricas eran asumidos por los fondos del seguro estatal o bien, en caso de los pacientes indigentes, por la comunidad local. Después de 1889, la Oficina de Seguros del Reich cubrió algunos trastornos de somatización de origen psiquiátrico (Eghigian, 2000: 106). Diversos aspectos de este sistema alemán fueron asumidos e implementados por la monarquía austrohúngara (y los Estados posteriores), Gran Bretaña, Holanda, Noruega, Serbia, Rumanía y Yugoslavia. Durante las décadas de 1920 y 1930, Francia y Suecia adoptaron una legislación similar¹. Tras la primera guerra mundial, también participaron en el sistema diversos tipos de balnearios y sanatorios terapéuticos de manera que la integración de la atención psiquiátrica en los sistemas de seguridad social ya había recorrido un largo camino antes de la segunda guerra mundial.

PERÍODO II: NACIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL

La tendencia básica de los años posteriores a la segunda guerra mundial fue la inclusión gradual de la atención psiquiátrica en los planes de seguridad social sanitaria y en el estado del bienestar. En lo relativo a los hospitales psiquiátricos, las décadas de 1950 y 1960 fueron épocas de gran crecimiento. Todos los países de la entonces Europa comunitaria, excepto Reino Unido e Irlanda, poseían en 1970 un elevado número de camas psiquiátricas, en comparación con las de 1950 (Mangen, 1985: 21-2, tabla 1-2). Hacia 1971, la cuarta parte de los hospitales psiquiátricos de la región europea de la OMS tenía más de 1.000 camas. En un informe de la OMS se señalaba que «los regímenes carcelarios impersonales, la falta de privacidad y de [...] estímulos conducen a la apatía y al agravamiento de los síntomas» (1975: 37). No obstante, un drástico cambio de rumbo estaba cercano. Durante la década de 1970 se inició la desinstitucionalización: no hubo ningún país en que el número de camas de psiquiatría no se redujera entre 1970 y 1979 (Mangen, 1985: 21-2, tabla 1-2).

Esta tendencia a la desinstitucionalización se produjo bajo los auspicios de la integración de la atención psiquiátrica, lo que significaba eliminar las fronteras entre el manicomio y la comunidad. En 1948, el National Health Service (NHS) de Reino Unido dio el primer paso para esta eliminación, asumiendo la responsabilidad plena de los manicomios que hasta entonces habían estado dirigidos por las autoridades locales. Tal y como señaló Charles Webster, «el NHS marcó el final de una campaña de 25 años de duración al asumir la administración de los servicios de salud mental... La “integración” fue contemplada como el concepto clave para la modernización y el desarrollo de servicios de salud mental libres del estigma de la pobreza y de la locura» (1991: 104). Debe recordarse que los grandes «basureros», tal y como se conocía a los hospitales psiquiátricos ingleses, comenzaron en aquella época el proceso de puertas abiertas al exterior. Como ejemplos de iniciativas aisladas de este tipo, el Maudsley Hospital de Londres comenzó a ingresar a pacientes psi-

¹ La historia convencional de la seguridad social (Köhler y cols., 1982) contiene muy pocos datos relativos a la salud mental. En Elster (1923: 932-942) se recoge una panorámica general bastante detallada de esta cuestión.

quiátricos en 1923 y aceptaba pacientes ambulatorios de ambos sexos (en días alternos) mientras que en la ley Mental Treatment Act de 1930 se introdujo el concepto de la voluntariedad de los tratamientos (Bennett, 1991: 324-325).

Más tarde, en 1959, se promulgó la ley Mental Health Act para iniciar la desinstitucionalización en Reino Unido, que hacía hincapié en la asistencia extrahospitalaria. El Hospital Plan for England and Wales, elaborado por el Ministerio de Sanidad en 1961, perseguía una reducción importante del número de camas en los manicomios con el aumento correspondiente en el número de camas de psiquiatría en los hospitales generales, junto con la potenciación de los servicios hospitalarios de día y ambulatorios. Tal y como comentó en 1965 un norteamericano respecto a los hospitales psiquiátricos británicos que había visitado, «se promociona activamente la libertad personal. Al parecer, los pabellones privados y las puertas con cerrojo son un mínimo irrenunciable. Los pacientes utilizan su propia ropa y se les anima a que salgan de paseo al exterior y a que reciban visitas. Se fomentan las buenas relaciones con la comunidad exterior al hospital» (Furman, 1965: 2). Así, la experiencia británica ya contaba con todos los elementos de la reforma que se acercaba.

Tal y como señaló Sylvan Furman (1965: 4-5), hacia mediados de la década de 1960, en Europa occidental se habían definido cinco modelos de organización de los servicios locales de salud mental:

1. *Modelo basado en el hospital psiquiátrico*: el hospital procuraba la atención a los pacientes tras el alta y podía no estar relacionado con la comunidad. Los hospitales Graylingwell y Littlemore, en Inglaterra, respondían a este modelo, así como también la mayor parte de los manicomios existentes en Italia hasta 1978.
2. *Asociación entre el hospital psiquiátrico y la autoridad sanitaria extrahospitalaria*: York, en Inglaterra, era un modelo de este tipo (Furman, 1965: 24-28).
3. *El departamento de psiquiatría de un hospital general poseía su propia área de captación*: por ejemplo, el Glostrup State Hospital, en Dinamarca, un gran servicio de psiquiatría adyacente a un hospital general de 850 camas, así como los servicios de psiquiatría de los hospitales generales de Hungría (Furman, 1965: 124-9; Tringer, 1999).
4. *Atención psiquiátrica extrahospitalaria controlada por una autoridad de la sanidad pública*: Holanda era uno de los ejemplos en la década de 1960, con los grandes servicios de salud pública de Amsterdam y Rotterdam, en los cuales se integraban la asistencia en salud mental de la población local cubierta por la seguridad social nacional (Furman, 1965: 104-116). La hospitalización era básicamente voluntaria y la llevaban a cabo organizaciones de carácter religioso, cuya financiación estaba dictada por la normativa acerca de los indigentes de las distintas corporaciones municipales. En este momento todavía no se había alcanzado la integración con los hospitales mentales, que sobre todo tuvo lugar en los grandes núcleos urbanos.
5. *Sistemas transicionales, desde los grandes hospitales psiquiátricos hasta la atención de tipo comunitario centrada en los hospitales generales*: Suecia adoptó este modelo durante las décadas de 1960 y 1970, con financiación de los manicomios grandes y con el inicio de la sectorización (WHO, 1978: 7).

En este segundo período, la utilización de los tratamientos ofrecidos en los balnearios y de la fisioterapia frente a los trastornos «nerviosos» y mentales continuó siendo muy intensa entre los miembros continentales de la UE y también entre los Estados candidatos con una fuerte tradición en lo relativo a los balnearios. Por ejemplo, en una guía de balnearios editada en 1985 en Rumanía se recogían las enfermedades del SNC y la «neurosis asténica» como indicaciones para el tratamiento en la mayor parte de los establecimientos que se mencionaban en ella (Teleki y cols., 1985: 292-294). Respecto al balneario Sliac, localizado en lo que hoy día es Eslovaquia, las indicaciones principales para el tratamiento eran «las enfermedades del sistema nervioso y la médula espinal, la neuralgia, la neuritis, la tabes dorsal, la neurastenia, la fatiga mental y las enfermedades orgánicas del sistema nervioso. Los síntomas nerviosos de las enfermedades de origen gotoso» (Simon, 1954). En Sliac, así como en otros muchos balnearios similares de la República Checa y de Eslovaquia, todavía hay una tradición importante de balnearios dedicados a la salud mental que llega hasta los primeros años del siglo XIX.

En resumen, durante este segundo período se produjo un incremento de las integraciones horizontal y vertical de la atención psiquiátrica, bajo la bandera del estado del bienestar y de los programas de seguridad social de cobertura universal. Las tímidas iniciativas que se habían llevado a cabo en el primer período alcanzaron la política estatal en casi todos los países de la UE.

PERÍODO III: DESDE LA DÉCADA DE 1970 HASTA LA ACTUALIDAD

Este período se caracterizó por la extensión vertical de la atención psiquiátrica y durante éste se produjo una transición sin sobresaltos desde los hospitales psiquiátricos hasta la asistencia comunitaria; además, también se llevó a cabo una extensión horizontal de la atención psiquiátrica dado que los equipos de salud mental que ejercían en contextos extrahospitalarios recogieron el testigo de los equipos de psiquiatría comunitaria con ejercicio privado y de la medicina de familia. La atención psiquiátrica comenzó a presentar una desmedicalización en el sentido de que comenzaron a participar en ella numerosos y numerosas especialistas que no eran médicos. No obstante, es necesario subrayar el hecho de que en esta época la atención psiquiátrica continuó estando firmemente anclada en el terreno de la medicina en función de su relación con la psicofarmacología y con tratamientos como la terapia electroconvulsiva (TEC). En cualquier caso, la atención extrahospitalaria se convirtió en un objetivo loable que no implicaba la exclusión de la medicina.

¿Hasta qué punto los avances de la atención psiquiátrica comunitaria se deben a la introducción de la psicofarmacología? Los tratamientos con medicamentos están sustituyendo claramente a la psicoterapia como método predominante de tratamiento en psiquiatría. Por ejemplo, en Estados Unidos el porcentaje de pacientes con depresión que reciben tratamiento ambulatorio con farmacoterapia aumentó desde el 44,6 % en 1987 hasta el 79,4 % en 1997 (Olfson y cols., 2002). ¿Significa esto que la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria descansa sobre la sólida base proporcionada por los psicofármacos? Realmente no es así.

Hay claramente cierto solapamiento dado que las fenotiacinas de liberación prolongada facilitan la integración en la vida comunitaria de los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, lo uno no implica lo otro. Por una parte, la desinstitucionalización traducida en una política de puertas abiertas y otras medidas de carácter similar se inició antes de la introducción de los antipsicóticos en 1954. La desaparición de los manicomios realmente no se debió a la prescripción de clorpromacina, sino al desarrollo y la mejora de la psiquiatría social y comunitaria que se inició a partir de la década de 1940 (Shorter, 1997: 229-239). El uso creciente de la TEC a principios de los años cuarenta del siglo pasado y más adelante también desempeñó un papel de gran importancia. Por otra parte, la existencia de cierta antipatía subyacente ha separado las orientaciones filosóficas de la psiquiatría biológica y de la atención comunitaria: la primera contempla la enfermedad mental como un problema neuroquímico cerebral tributario de tratamiento con medicamentos, mientras que la segunda considera que el origen de la enfermedad mental es un enigma y que su tratamiento no se debe basar únicamente en las prescripciones medicamentosas de los psiquiatras, sino en un trabajo en equipo junto con la influencia beneficiosa de la vida comunitaria. Tal y como señaló un experto de la OMS en 1977 (los comentarios fueron publicados en 1978), «la formación psiquiátrica y los servicios de psiquiatría comunitarios son como barcos que se cruzan de noche, que no se comunican entre sí y que sólo tienen una percepción débil de la existencia del otro» (WHO, 1978: 17).

No obstante, hay un aspecto en que la psicofarmacología potenció las incipientes reformas de la atención psiquiátrica: la introducción de los antipsicóticos de liberación prolongada. El decanoato de flufenacina de Squibb (Ayd, 1991: 75) fue introducido en 1973 al mismo tiempo que en Gran Bretaña se estaba poniendo en marcha una red asistencial psiquiátrica por distrito. El incremento en el grado de cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes abrió la posibilidad de una atención comunitaria mejor. Tal y como se señalaba en un informe del World Rehabilitation Fund publicado en 1986, «las consultas fácilmente accesibles en las cuales se prescriben neurolépticos de liberación prolongada ofrecen estos medicamentos a los pacientes que viven en el contexto comunitario y a los pacientes que al parecer presentan una resistencia menor frente al tratamiento de mantenimiento con fármacos» (Jansen, 1986: 3).

Si no es la psicofarmacología, ¿cuáles son las tendencias principales que están dirigiendo la atención psiquiátrica hoy día en Europa? La búsqueda de un índice único de asistencia progresiva ha resultado claramente inútil. Algunos expertos han propuesto la reducción de la duración de la hospitalización como índice de la asistencia comunitaria progresiva (Uffing y cols., 1992). Además, el fenómeno del «institucionalismo» que acompaña a las hospitalizaciones realmente prolongadas es un efecto indeseable. Sin embargo, David Healy y cols. han descubierto, en el área de captación de un hospital psiquiátrico del norte de Gales, que las hospitalizaciones más prolongadas de épocas anteriores se asociaban con tasas menores de suicidio que las hospitalizaciones más breves de la actualidad (Healy y cols., 2005). Por tanto, en general, la disminución media de la estancia hospitalaria no es, al parecer, un parámetro sustitutivo razonable de la modernización de la asistencia (Rössler y cols., 1994) dado que las hospitalizaciones más breves implican generalmente intentos terapéuticos más intensivos y una vuelta del paciente al contexto

comunitario. Sin embargo, no todos los países poseen datos relativos a la duración media de la estancia hospitalaria.

En este capítulo se propone un parámetro, el porcentaje de camas psiquiátricas hospitalarias respecto al total de camas psiquiátricas, como posible elemento para cuantificar el grado de alejamiento de las formas asistenciales clásicas. En la tabla 2-1 se sugieren ciertas tendencias a lo largo de las tres últimas décadas entre los Estados miembros antiguos y recientes de la UE, en función del parámetro propuesto. Estas cifras ofrecen cierta indicación de la progresión del alejamiento asistencial respecto a los manicomios. Puesto que se han establecido camas de psiquiatría en hospitales generales, contextos psicogeriátricos, sanatorios privados y hospitales psiquiátricos de beneficencia, entre otros ámbitos de asistencia en régimen de internado distintos de los manicomios, puede considerarse que la atención psiquiátrica está presentando una «desmanicomización». (De los tres estudios realizados por la OMS con presentación de datos estadísticos respecto a las camas psiquiátricas durante estos años, el efectuado por Anthony R. May en 1972 es el menos fiable [WHO, 1979: 18]. Sin embargo, incluso los datos relativos al número de camas contenidos en este estudio cuestionable podrían ser más o menos útiles para el análisis de las modificaciones a lo largo del tiempo en un país determinado. En cualquier caso, las diferencias en la obtención de datos entre los distintos países posiblemente indica que no es conveniente llevar demasiado lejos las comparaciones finas entre los distintos países.)

Es necesario subrayar el hecho de que la asistencia «desmanicomizada» en régimen de internamiento no implica necesariamente una desinstitucionalización dado que lo único que se está cuantificando es el número de camas en otros contextos de internamiento, no el grado de la asistencia ambulatoria. En cualquier caso, el alejamiento respecto a los manicomios tiene un carácter progresivo en términos históricos, y las cifras que aparecen en la tabla 2-1 ofrecen una medida global acerca de dicha tendencia.

Básicamente, en la tabla 2-1 se pueden observar tres patrones:

1. Países en que los manicomios nunca tuvieron un carácter predominante. Entre ellos, Hungría y otros países de Europa oriental en los cuales, tal y como se comenta más adelante, los ámbitos asistenciales distintos de los manicomios, como los hospitales generales, ofrecieron atención en régimen de internamiento desde principios del siglo xx.
2. Países en que la tendencia comenzó a cambiar con mucha rapidez después de la década de 1970 en forma de iniciativa política y cultural masivas frente al simple concepto de asistencia hospitalaria psiquiátrica pública. Entre ellos, los casos mejor conocidos son: Italia, un país en que la Ley 180 de 1968, promulgada en función de factores ideológicos, promovió la abolición de los manicomios (Barbato, 1998); Finlandia, donde la atención psiquiátrica en régimen de internamiento fue sustituida en gran medida por los hospitales generales comunitarios², y Dinamarca, donde los fundamentos de

² Según Ville Lehtinen, un especialista en salud mental finlandés, en Finlandia todavía hay aproximadamente 6.000 camas psiquiátricas, casi todas ellas en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, más que en manicomios estatales. En una reforma llevada a cabo en 1991, simplemente se decidió que varios manicomios antiguos pasaran a constituirse en anexos de psiquiatría de los hospitales generales cercanos, en lo que constituyó un cambio de definición más que una modificación estructural básica (comunicación personal). En Finlandia todavía hay dos hospitales psiquiátricos estatales en funcionamiento (tabla 2-1).

la atención psiquiátrica comunitaria presentaron un crecimiento muy rápido después de la promulgación en 1976 de la ley que transfería la responsabilidad de los hospitales psiquiátricos del Estado a los gobiernos locales. En Dinamarca, el número de camas psiquiátricas se redujo el 43 % entre 1980 y 1991 mientras que el número de visitas psiquiátricas ambulatorias aumentó el 74 % durante el mismo período (EOHSP, 2001b: 15-16, 50). Las experiencias que se han llevado a cabo en estos tres países demuestran lo injustificado del pesimismo respecto a la abolición de los manicomios expresado por los directores nacionales de psiquiatría en la reunión de la OMS que tuvo lugar en Bielefeld en 1979: «Hay poca confianza en la idea de que los servicios de psiquiatría hospitalaria ofrecidos únicamente por los hospitales generales de distrito puedan solucionar todas las necesidades de un sector respecto a la atención psiquiátrica hospitalaria» (WHO, 1979: 9). Así, la experiencia danesa sugiere que el desmantelamiento precipitado de la asistencia en régimen de internamiento puede tener efectos adversos. En respuesta a una duplicación en la tasa de suicidio en Dinamarca durante el período 1970-1987, la Danish Psychiatric Society solicitó en 1997 que el gobierno incrementara el número de camas de psiquiatría (Munk-Jorgensen, 1999).

3. Países en que el cambio de la atención hospitalaria única por la atención comunitaria ha sido más lento, con un proceso progresivo. Entre ellos, Reino Unido y la práctica totalidad de los restantes de la UE de 15 países. Por ejemplo, los cambios que tuvieron lugar en la República Federal de Alemania tras la publicación en 1975 de un informe sobre la reforma psiquiátrica han sido impresionantes: el número de unidades psiquiátricas de los hospitales generales pasó de 21 en 1971 a 165 en 2001 (Bauer y cols., 2001). En 1992, el número de servicios psicosociales ambulatorios se había incrementado hasta 250 y, a lo largo de la década de 1990, el número de psicoterapeutas médicos privados aumentó el 215 %. Sin embargo, en Alemania todavía se considera que no hay suficientes servicios asistenciales psiquiátricos globales de carácter comunitario (EOHSP, 2000b: 61, 71-72).

En Reino Unido, los logros de la psiquiatría comunitaria han sido espectaculares. A pesar de que sus defensores continúan quejándose de la falta de recursos, la extensión de la atención psiquiátrica comunitaria en la ciudad y la región de Londres, por ejemplo, suscitaba la envidia de los profesionales de la salud mental que ejercen en Polonia o Eslovaquia. Tal y como se demuestra en un estudio reciente acerca de los Primary Care Trusts en la ciudad y la región de Londres, en las dos terceras partes de las unidades asistenciales primarias hay un psiquiatra que ofrece servicios de enlace con los servicios de urgencias de los hospitales generales; muchos gobiernos locales municipales mantienen equipos de urgencias y equipos de intervención en situación de crisis, «equipos asertivos móviles» y «equipos de salud mental comunitaria», por no hablar de los «servicios de vigilancia y control» y de los «programas de tipo laboral» (Greater London Authority, 2003: 85).

Los resultados obtenidos en áreas geográficas previamente deprimidas desde un punto de vista socioeconómico, como Portugal, han sido espectaculares; en lo que se refiere a la atención psiquiátrica en este país, la promulgación de una ley en 1963 provocó la sustitución de seis grandes hospitales psiquiátricos por 18 nuevos centros de salud mental. En 1984, toda

Tabla 2-1 Número de camas públicas en hospitales psiquiátricos en forma de porcentaje sobre el total de camas psiquiátricas: Estados de la UE y Estados candidatos, 1972-2001

	1972	1982	2001
UE-15			
Alemania ¹	–	92	63
Austria	96	94	90
Bélgica	98	96	66
Dinamarca	89	80	26
España	99	92	84
Finlandia ²	90	–	0
Francia	80	76	64
Grecia	98	99	49
Holanda	70	54	82
Irlanda	99	93	85
Italia ³	–	96	0
Luxemburgo	88	87	71
Portugal ⁴	96	100	27
Reino Unido	95	86	–
Suecia	75	58	–
Estados candidatos (en 2001)			
Bulgaria ⁵	39	–	49
Eslovaquia	–	–	66
Eslovenia	–	–	57
Estonia	–	–	78
Hungría	15	15	24
Letonia	–	–	97
Lituania	–	–	91
Malta	83	89	99
Polonia	79	74	79
República Checa ⁶	49	44	86
Rumanía	65	77	77

De los datos de 1972 y 1982, Freeman y cols. (1985: 32-35, tablas 1-2); de los datos de 2001, *Atlas* de la OMS (2001), *passim*.

¹ Los datos de 1982 sólo se refieren a la República Federal de Alemania. En 1982, el porcentaje de camas psiquiátricas públicas del total de camas en la República Democrática Alemana fue prácticamente el mismo que en la República Federal de Alemania. No hay datos correspondientes a 1972. No se ofreció información en 1982 ni en 2001 respecto a los hospitales psiquiátricos privados ni respecto a otros hospitales distintos de los generales. En 1990 se promulgó una ley que redujo artificialmente el denominador al dejar de considerar en el conjunto de las camas psiquiátricas parte de las camas de los hospitales de rehabilitación y de algunos establecimientos sanitarios (Haug y Rössler, 1999).

² Finlandia omite el grupo de otras camas psiquiátricas en 1982. El número de camas psiquiátricas públicas en 1982 fue de 19.095, es decir, casi la misma cifra que en 1972. La cifra de «0» en 2001 respecto a las «camas psiquiátricas en los hospitales psiquiátricos» puede ser cuestionable ya que otra fuente indica que «el Estado [...] posee dos hospitales psiquiátricos» (EOHSP, 2001c: 26).

³ En Italia, en 1972, no se realizó ninguna comparación entre las camas psiquiátricas públicas y el resto de las camas psiquiátricas.

⁴ Portugal indicó en 1982 que no existían otras camas psiquiátricas (a diferencia de las 420 indicadas en 1972).

⁵ Bulgaria no informó en 1982 acerca del elevado número de otras camas psiquiátricas que existían de manera evidente.

⁶ Checoslovaquia en 1972 y en 1982.

Nota bene. Todas las cifras de 2001 están calculadas a partir de las tasas ofrecidas en la fuente (número de camas hospitalarias psiquiátricas públicas por cada 10.000 habitantes/número de camas hospitalarias psiquiátricas totales/10.000 habitantes); las cifras correspondientes a 1972 y 1982 están calculadas en función del número absoluto de camas. No existen datos de Suecia ni Reino Unido correspondientes a 2001. El grupo de «Otras camas psiquiátricas» incluye, además de los hospitales psiquiátricos públicos, los siguientes: plantas de psiquiatría de los hospitales generales, instituciones psicogeriatricas, hospitales psiquiátricos de beneficencia y hospitales psiquiátricos privados, entre otros hospitales.

la atención psiquiátrica estaba integrada en un único departamento ministerial (Caldas de Almeida, 1991). Todavía tenemos la interesante excepción de Holanda, que se distingue del resto de los países de la UE, pues su número de manicomios ha aumentado recientemente debido a un gran incremento en el número de camas psicogerítricas y a la falta de financiación de los servicios comunitarios de psiquiatría³. La psiquiatría comunitaria todavía no ha influido de manera importante en la asistencia en régimen de internamiento en Austria, a pesar de algunos experimentos prometedores en psiquiatría social que se llevaron a cabo en la zona de Viena (Marksteiner y Danzinger, 1985; WHO, 1987: 169; Haug y Rössler, 1999). En psiquiatría, al igual que en la mayor parte de las otras áreas de la medicina en Austria, se utiliza con mucha frecuencia la hospitalización. Aunque el plan de inversión hospitalaria de 1999 pretendía reforzar los servicios de psiquiatría ambulatoria, Austria es el país de la UE en que menos se ha hecho en esta cuestión hasta el momento. Esta afirmación es cierta a pesar del incremento del 450 % del número de psicoterapeutas (muchos de ellos, psicólogos con ejercicio profesional privado) durante el período 1991-2001 (EOHSP, 2001a: 52-53, 68, 99).

Los vientos de cambio han sido más lentos en los países de Europa oriental, en los cuales los reformadores todavía deben luchar contra los masivos aparatos burocráticos que favorecen la atención en los manicomios. Así, con la abolición de los otros tipos de camas psiquiátricas, la proporción de camas en los hospitales psiquiátricos estatales realmente se ha incrementado en los países de Europa oriental. En una reunión conjunta OMS-Comisión Europea celebrada en 1999, el consenso respecto a los países de Europa oriental consistió en la afirmación de que «en muchos casos, las iniciativas de reforma provinieron del campo del ejercicio profesional privado, más que del área gubernamental; los gobiernos permanecieron prácticamente indiferentes o, incluso, se mantuvieron hostiles al cambio». Por ejemplo, en la República Checa, los cambios han sido «principalmente el resultado del trabajo realizado por profesionales entusiastas que, a menudo, han trabajado de forma voluntaria». En la citada reunión se consideró que el espíritu de la psiquiatría oficial todavía impregnaba los manicomios (WHO/EC, 1999: 6).

Una última observación acerca de Europa oriental. El parámetro utilizado en la tabla 2-1, el porcentaje de camas psiquiátricas totales de los manicomios estatales, no permite contemplar las importantes modificaciones que han tenido lugar en la asistencia ambulatoria; por ejemplo, el notable crecimiento de la psiquiatría comunitaria en Polonia (Puzynski y Moskalewicz, 2001).

INSUFICIENCIA DE LOS DATOS EXISTENTES A NIVEL NACIONAL

Los estudios transnacionales relativos a la provisión de servicios de salud mental tienen una importancia extrema. La armonización adecuada de la asistencia requiere información

³ El número de camas de psicogeriatría en Holanda pasó desde 8.680 en 1980 hasta 26.332 en 1996 mientras que, durante este mismo período, el número de camas en los manicomios disminuyó de manera escasa y el número de camas psiquiátricas en los hospitales generales se redujo el 19 % (Mangen, 1985; Wiersma, 1991: 198-199; Schene y Faber, 2001: 76; tabla 1).

precisa acerca de la situación real, así como cierto respeto por las diferentes tradiciones históricas a partir de las cuales se ha originado la situación actual. La principal fuente de datos relativos a los distintos países es, en la actualidad, el *Atlas OMS* (WHO *Atlas*, 2001)⁴. Aun teniendo en cuenta las dificultades a las que se enfrentan los epidemiólogos de la OMS en su trabajo, los resultados ofrecen a menudo una imagen incompleta de la situación real.

El problema principal radica en el hecho de que los datos de la OMS contienen poca información respecto a lo que se podría considerar como la política asistencial, tal y como son las actitudes nacionales hacia cuestiones a menudo fuertemente politizadas como la legitimidad de la TEC, el método de psicoterapia preferido (cognitivo-conductual o psicodinámica) y la idoneidad de cualquier forma de asistencia en régimen de internado. Las cifras ofrecidas por la OMS respecto a la morbilidad son tan globales que es necesario considerar la tasa de suicidio como un «indicador sustituto del nivel global de la asistencia psiquiátrica» (EC/WHO, 2001: 15). Podría ocurrir que el suicidio fuera el único parámetro estadístico del que disponen los epidemiólogos de la OMS. Sin embargo, el suicidio no puede ser un parámetro sustitutivo de la «salud mental» global; por ejemplo, muchas víctimas de suicidio no sufren ninguna enfermedad psiquiátrica diagnosticable⁵.

Los contextos nacionales también son importantes. La monografía de la OMS relativa a Italia no contiene ninguna información acerca de la antipatía existente a nivel nacional respecto a la TEC; acerca de la aversión al internamiento psiquiátrico de cualquier tipo (en la monografía citada se señala, sin ningún tipo de explicación, que en Italia el número de camas psiquiátricas es cero), ni acerca de la importante afición que existe en Italia por el psicoanálisis freudiano (WHO, 2001: 333-334). Por estas preferencias nacionales, Italia es tremendamente diferente de Alemania, Reino Unido o la República Checa, por ejemplo, a pesar de que el lector poco avezado podría pasar por alto la existencia de estas importantes variaciones nacionales. Los nuevos Estados de la UE, a la búsqueda de un modelo asistencial establecido para su incorporación, podrían obtener finalmente resultados muy diferentes si adoptan un modelo de tipo italiano más que un modelo de tipo inglés.

En otras palabras, son necesarios datos comparativos entre los distintos países para conocer los elementos menos tangibles de un sistema asistencial, no sólo el número de camas o el número de personal de enfermería de psiquiatría (Van Os y Neeleman, 1994). También es importante estandarizar los métodos de tratamiento y los contextos estructurales básicos en los cuales se aplican los tratamientos, así como armonizar los métodos

⁴ Una iniciativa prometedora fue la reunión que se llevó a cabo en el año 2000 en Alemania, con ocasión del 25 aniversario de la revista alemana *Psychiatrie Enquete*, que facilitó el inicio de la reforma en este país. No obstante, los datos comparativos presentados se limitaron a nueve países y no se abordaron los aspectos relativos al tratamiento (Becker y Vázquez-Barquero, 2001).

⁵ Véase, por ejemplo, Power y cols., 1997. No es necesario señalar que la mayor parte de las víctimas de suicidio sufre una enfermedad psiquiátrica; sin embargo, el pequeño porcentaje de personas que cometen suicidio y que no presentan ninguna enfermedad psiquiátrica parece suficientemente significativo para desvirtuar la utilidad de la tasa de suicidio como indicador transnacional de la «salud mental». Por supuesto, la modificación súbita de la tasa de suicidio en un país obliga a cuestionar los aspectos asistenciales.

terapéuticos en función de los datos científicos de la situación real respecto a la psiquiatría basada en la evidencia, más que en función de modas o prejuicios anticuados⁶.

FALTA DE CONTINUIDAD HISTÓRICA

Visto retrospectivamente, es sorprendente el hecho de que el cambio histórico haya tenido una repercusión tan escasa. Normalmente, se espera que los patrones que se iniciaron en los siglos XVIII o XIX hubieran continuado hasta su florecimiento de alguna manera en el siglo XXI. Sin embargo, en lo que se refiere a la atención psiquiátrica no parece que éste haya sido el caso. Con excepción de singularidades, como el aumento en el número de internamientos en hogares en Bélgica, una herencia de la colonia de Gheel (EOHSP, 2000a: 48-49), pocos métodos utilizados en el siglo XIX han sobrevivido hasta del siglo XXI:

1. La uniformidad del antiguo Imperio austrohúngaro se ha disuelto en el umbral del siglo XXI. Austria continúa ofreciendo una proporción importante de su atención psiquiátrica en manicomios, con pocas perspectivas respecto a la psiquiatría comunitaria. Hungría presenta el patrón contrario.
2. Hoy día, muchos países europeos orientales muestran un gran excedente de camas clínicas, muchas de las cuales son innecesarias y constituyen una herencia del énfasis soviético en el hecho de que «cuanto más, mejor». Un observador ha señalado, «lo que tienen en común los distintos países de Europa oriental no es tanto su historia y sus tradiciones más antiguas como su pasado más reciente. Básicamente, la división política de la Europa posterior a la segunda guerra mundial interfirió en el desarrollo histórico que cada uno de estos países había tenido previamente» (Tomov, 2001: 22). Básicamente, algunos de estos países y regiones, como Bohemia, ofrecían una atención psiquiátrica en manicomios perfectamente reglamentada mientras que otros países no tenían este tipo de asistencia.
3. Países que destacaron en los sectores privado y de beneficencia, como Gran Bretaña y Holanda, hoy día han adoptado servicios asistenciales nacionales de carácter estatal y de seguridad social en los cuales los actores no estatales tienen poco que decir acerca de la atención psiquiátrica. (La voz creciente de los usuarios de la psiquiatría se podría contemplar como una matización a esta afirmación aunque las organizaciones voluntarias de beneficencia han perdido importancia como tales.)

⁶ Se ha recomendado que el sistema de obtención de datos transnacionales relativos a la salud mental propuesto por la OMS, en muchos aspectos ejemplar, sea potenciado por el trabajo de una comisión independiente o de un organismo de información que posea mayor sensibilidad respecto al contexto. Esta comisión estaría constituida por observadores que conocerían y tendrían en cuenta las diferencias transnacionales en el contexto asistencial de manera que considerarían estas diferencias y no sólo las variables cuantitativas, como el número de camas psiquiátricas. El contexto asistencial está determinado por su marco comunitario e institucional; en otras palabras, por variables que determinan el grado de integración de la asistencia. También está determinado por el tipo de asistencia ofrecida (tratamientos biológicos, diversos tipos de psicoterapia y TEC) y por el número de profesionales médicos y no médicos que participan en la asistencia. La pertenencia a una comisión como la señalada conllevaría la participación de especialistas en todo el espectro de la biomedicina y las ciencias sociales, y sus informes constituirían objetivos basados en la evidencia que deberían alcanzarse.

4. Países que en su momento constituyeron la retaguardia de la atención psiquiátrica en Europa, como Portugal, actualmente se han colocado en la vanguardia de ésta a consecuencia de su reordenamiento político.

Realmente, la influencia del pasado sobre el momento actual parece que es escasa. Por supuesto, la razón tiene que ver con las importantes lagunas en la continuidad política introducidas tras la segunda guerra mundial, cuando Europa quedó dividida en una zona oriental bajo influencia soviética y una zona occidental de mayor nivel de bienestar (a la cual se incorporaron en su momento España y Portugal). En ambas zonas se anularon los patrones tradicionales, por lo que la historia de la psiquiatría básicamente es la correspondiente a los 50 últimos años.

DE LA HISTORIA A LA POLÍTICA

Este análisis histórico se cierra con una observación actual. En un informe de la OMS se señalaba que «el concepto de lo que es la enfermedad mental varía entre las distintas culturas, en función de las creencias y las prácticas locales» (WHO, 2002: 28). En otras palabras, los políticos deben diseñar programas basados en las representaciones de la enfermedad existentes en la población nacional; si no fuera así, los servicios asistenciales ofrecidos serían rechazados.

Si se desea integrar los servicios de salud mental en atención primaria, es importante considerar estas cuestiones. «Todavía parece que existe una división entre la denominada salud “física” y la denominada salud “mental”», han señalado Üstün y Jenkins, que consideran que las personas de todo el mundo encuentran más atractivo el origen orgánico de las enfermedades ya que es algo «concreto», mientras que las cuestiones relativas a la salud mental cuentan con mayor rechazo porque son más «abstractas» (1998: 483). Sin embargo, es poco probable que ésta sea la razón auténtica para explicar la preferencia por los enfoques y diagnósticos de carácter orgánico. Gran parte de la población de los países de Europa central y oriental todavía siente temor ante el concepto de enfermedad psiquiátrica y prefiere considerar los problemas mentales como una alteración de los «nervios». En otras palabras, prefieren la palabra «N» a la palabra «P». La población de Reino Unido y de Europa occidental no está mucho más instruida a este respecto, aunque el hecho de que varias generaciones se hayan enfrentado al concepto de salud mental ha dado lugar, de hecho, a algunos avances. Por ejemplo, en Europa occidental de hoy día, la TEC ya no se suele utilizar dado que los pacientes sienten temor ante ésta a pesar de que es un abordaje terapéutico útil en la depresión mayor. Los tratamientos de primera y segunda líneas de la depresión mayor en estos países continúan estando basados en psicofármacos. La TEC es rechazada. Por tanto, el problema es prestar una asistencia que sea congruente con las representaciones de la enfermedad que tienen los pacientes.

¿Cómo se puede conseguir una asistencia congruente en lo que respecta a representaciones en el área de psiquiatría y salud mental? En este caso pueden ser útiles algunas de las lecciones ofrecidas por la historia. Tal y como ya se ha señalado, antes de la segunda

guerra mundial la mayor parte de la población europea acudía a los balnearios y a los sanatorios privados en busca de tratamiento frente a las enfermedades «nerviosas», es decir, frente a síntomas que en la actualidad consideraríamos de naturaleza psiquiátrica. La asistencia que se prestaba en estos establecimientos consistía principalmente en tratamientos físicos y enfoques terapéuticos ambientales, una mezcla de aplicaciones de agua y electricidad más los efectos beneficiosos ambientales que emanaban de un entorno sosegado en los balnearios que ofrecían calma y tranquilidad a los pacientes a lo largo de las 24 horas del día. Incluso hoy día, la doctrina tradicional de los nervios, junto con la creencia en la influencia beneficiosa de los tratamientos de balnearios y sanatorios, ha sobrevivido como una especie de eco atenuado del folclore médico de las regiones citadas. Los incrédulos sólo tienen que consultar la guía alemana de balnearios (*Deutscher Bäderkalender*) en la cual, bajo las indicaciones de «enfermedades con debilidad general y necesidad de convalecencia, distonía vegetativa, estados de fatiga y envejecimiento prematuro», los autores señalan: «están indicadas todas las aguas termales y todos los balnearios» (Deutscher Bäderverband, 1988: 139).

En el conjunto de Europa hay numerosos grupos de población que todavía creen en el poder curativo de los tratamientos aplicados en balnearios y sanatorios. Hasta hace poco tiempo, en Alemania existían planes de seguridad social generosos que ofrecían la posibilidad de que los pacientes pasaran un mes en un balneario y recibieran tratamiento «ambiental» frente a diversos síntomas, muchos de los cuales se consideraban de naturaleza «nerviosa». El vínculo entre los balnearios y los nervios ha sido siempre indisoluble. Esta misma creencia todavía se mantiene de fondo en los países de Europa central y oriental de hoy día, a pesar de los efectos introducidos por la aplicación durante 50 años del sistema sanitario Semashenko, como imposición de la Unión Soviética en estos países.

La aplicación de una atención psiquiátrica congruente en las representaciones de la población en las regiones orientales de Europa debe basarse en esta confianza histórica en los balnearios y los sanatorios, dado que las palabras «P» y «M» (psiquiatría y salud mental) todavía son rechazadas en una amplia zona que va desde el río Oder-Neisse hasta los montes Cárpatos. Si pretendemos que existan abordajes alternativos a la psiquiatría en los nuevos Estados de la UE, estos enfoques tendrán que basarse en el concepto siguiente: la preferencia por el encubrimiento de la enfermedad mental como una enfermedad orgánica del cuerpo. Tal y como se recoge en un informe de la OMS acerca de Lituania, «uno de los obstáculos para un proceso más rápido de la desinstitucionalización es el elevado nivel de estigmatización de los enfermos mentales por parte de la sociedad» (WHO, 2001: 343). En ocasiones es necesario «pasar de contrabando» la salud mental ya que se podría aplicar de manera más eficaz en contextos que no necesariamente se anuncian como clínicas psiquiátricas o como servicios comunitarios de psiquiatría, sino más bien como centros de tratamiento físico especializados en alteraciones del SNC.

Además, esta consideración de las enfermedades mentales como problemas orgánicos no es necesariamente un engaño; en Estados Unidos, las clínicas del dolor que ofrecen tratamientos físicos también utilizan medicamentos psicoactivos y orientación psicoterapéutica. No hay ninguna razón para negar a los europeos este abordaje terapéutico de gran efectividad.

Nuestros conceptos actuales acerca de la salud mental están fuertemente basados en el reconocimiento de la psicogenicidad, es decir, en el hecho de que el paciente sufre realmente una enfermedad mental más que una enfermedad nerviosa. En ausencia de este reconocimiento, los pacientes rechazan el tratamiento psiquiátrico y las clínicas y hospitales se quedan vacíos. Tras medio siglo de aplicación de la psicoterapia psicodinámica en Estados Unidos y en Europa occidental, la doctrina de la psicogenicidad presenta cierta continuidad. La psiquiatría y la salud mental no necesitan comunicarse. Sin embargo, la situación en otros países puede ser distinta. Además, en ausencia de esta forma de reconocimiento, los políticos que deseen aplicar programas asistenciales congruentes con las representaciones de la población deben ofrecer a los usuarios lo que ellos desean.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayd F Jr. The early history of modern psychopharmacology, *Neuropsychopharmacology* 1991; 5 (2): 71-84.
- Barbato A. Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32 (5): 673-679.
- Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T. Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 27S-34S.
- Becker T, Vázquez-Barquero JL. The European perspective on psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 8S-14S.
- Bennett D. The drive towards the community. En: Berrios GE, Freeman H, eds. *150 years of British Psychiatry, 1841-1991*. Londres: Gaskell, 1991.
- Caldas de Almeida J. Portugal. En: Freeman H, Henderson J, eds. *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Londres: Gaskell, 1991.
- Deutscher Bäderverband, ed. *Deutscher Bäderkalender (Guía alemana de balnearios)*. Deutscher Bäderverband e.V. Gütersloh, Flöttmann, 1988.
- Eghigian G. *Making Security Social: Disability, Insurance, and the Birth of the Social Entitlement State in Germany*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, 2000.
- Elster L, ed. *Handwörterbuch der Staatswissenschaften (Enciclopedia de ciencias sociales y políticas)*. Jena: Fischer, 1923.
- European Commission/World Health Organization Regional Office for Europe (EC/WHO). *Highlights on Health in Bulgaria*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (E73818), 2001.
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2000a.
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2000b.
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). *Health Care Systems in Transition: Austria*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001a.
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). *Health Care Systems in Transition: Denmark*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001b.
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). *Health Care Systems in Transition: Finland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001c.
- Freeman HL, Freyers T, Henderson JH. *Mental Health Services in Europe: 10 years on*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.
- Furman SS. *Community Mental Health Services in Northern Europe: Great Britain, Netherlands, Denmark, and Sweden*. Bethesda: National Institute for Mental Health, PHS publ. núm. 1.407, 1965.
- Greater London Authority/Mayor of London. *Availability of mental health services in London*. Londres: GLA, 2003.
- Griesinger W. *Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland (Sobre hospitales mentales y su desarrollo sucesivo en Alemania)*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1868; 1: 8-43.

- Grove B. Reform of mental health care in Europe: progress and change in the last decade. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 431-433.
- Haug H-J, Rössler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in Central Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249 (3): 115-122.
- Healy D, Harris M, Michael P, Cattell D, Savage M, Chalasani P y col. Service utilization in 1896 and 1996: morbidity and mortality data from North Wales. *Hist Psychiatry* 2005; 16 (61 Pt 1): 27-42.
- Hoestermann KE. Zur Erinnerung an die Feier des fünfzigjährigen Bestehens der Wasserheilanstalt Marienberg zu Boppard am Rhein. Boppard: Richter, 1889.
- Jansen MA. International Exchange of Experts and Information in Rehabilitation. Final Report: European Mental Health Policies and Practices: Rehabilitation of Persons with Chronic Mental Illness. Nueva York: World Rehabilitation Fund, 1986.
- Jones K. Asylums and After: A Revised History of the Mental Health Services: From the Early 18th Century to the 1990s. Londres: Athlone, 1993.
- Köhler PA, Zacher HF, Partington M. The Evolution of Social Insurance, 1881-1981: Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland. Londres: Frances Pinter, 1982.
- Laehr H. Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-kranke des deutschen Sprachgebietes im Jahr 1890 (Manicomios para tratamientos agudos y crónicos de pacientes psiquiátricos en áreas de lengua germana, 1890). Berlín: Reimer, 1891.
- Lehtinen V. Comunicación personal.
- Letchworth W. The Insane in Foreign Countries. Nueva York: Putnam's, 1889.
- Mangen SP. Psychiatric policies: developments and constraints. En: Mangen SP, ed. *Mental Health Care in the European Community*. Londres: Croom Helm, 1985.
- Marksteiner A, Danzinger R. Gugging: Versuch einer Psychiatriereform: 100 Jahre Niederösterreichisches Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Klosterneuburg (Gugging: un proyecto de reforma en psiquiatría: 100 años del hospital provincial de psiquiatría y neurología de la Baja Austria en Klosterneuburg). Salzburgo: AVM-Verlag, 1985.
- May AR. Mental Health Services in Europe: Review of Data Collected in Response to a WHO Questionnaire. Ginebra: WHO, 1976.
- Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249 (3): 136-143.
- Nyiro G. Hungary. En: Kiev A, ed. *Psychiatry in the Communist World*. Nueva York: Science House, 1968.
- Olsson M, Marcus S, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002; 287 (2): 203-209.
- Pandy K. Die Irrenfürsorge in Europa: eine vergleichende Studie (Tratamiento de los enfermos mentales en Europa: un estudio comparativo). Berlín: Reimer, 1908.
- Pichot P. *A Century of Psychiatry*. Paris: DaCosta, 1983.
- Porter R. *Mind-forg'd Manacles: A History of Madness in England from the Restoration to the Regency*. Cambridge, MA: Harvard, 1987.
- Porter R, Wright D. *The confinement of the insane: international perspectives, 1800-1965*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Power K, Davies C, Swanson V, Gordon D, Carter H. Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history. *Br J Gen Pract* 1997; 47 (417): 211-215.
- Puzynski S, Moskalewicz J. Evolution of the mental health care system in Poland. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 69S-73S.
- Rössler W, Salize HJ, Biechle U, Riecher-Rössler A. Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung (Estado y desarrollo del tratamiento psiquiátrico). *Nervenarzt* 1994; 65: 427-437.
- Schene AH, Faber AME. Mental health care reform in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 74S-81S.
- Sérieux P. *L'assistance des aliénés*. Paris: Imprimerie municipale; Préfecture du département de la Seine, Conseil Général, 1903.
- Shorter E. Private clinics in Central Europe, 1850-1933. *Soc Hist Med* 1990; 3 (2): 159-195.
- Shorter E. Ceti medi e consumi sanitari in Europa tra l'Otto e il Novecento (Las clases medias y el consumo sanitario en Europa durante el siglo XIX). En: Aliberti G, ed. *L'Economia Domestica (Secc. XIX-XX)*. Pisa: Istituti editoriali e Poligrafici Internazionali, 1995.

- Shorter E. A History of Psychiatry from the Era of the Asylum to the Age of Prozac. Nueva York: Wiley, 1997.
- Simon B, ed. Spas and Climatic Health Resorts of Czechoslovakia, Londres: Williams, 1954.
- Teleki N, Munteanu L, Stoicescu C, Teodoreanu E, Grigore L. Spa Treatment in Romania. Bucarest: Sport-Turism Publishing House, 1985.
- Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness. *BMJ* 2002; 325: 608-609.
- Tomov T. Mental health reforms in Eastern Europe. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 21-26.
- Tringer L. Focus on psychiatry in Hungary. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 81-85.
- Uffing HT, Ceha MM, Saenger GH. The development of de-institutionalization in Europe. *Psychiatr Quart* 1992; 63 (3): 265-278.
- Üstün TB, Jenkins R. Epilogue: the way forward - proposals for action. En: Jenkins R, Üstün TB, eds. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester: Wiley, 1998.
- Van Os J, Neeleman J. Caring for mentally ill people. *BMJ* 1994; 309: 1.218-1.221.
- Webster C. Psychiatry and the early National Health Service: the role of the Mental Health Standing Advisory Committee. En: Berrios GE, Freeman H, eds. *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991*. Londres: Gaskell, 1991.
- Wiersma D. The Netherlands. En: Freeman H, Henderson J, eds. *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Londres: Gaskell, 1991.
- World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Mental Health Determinants and Populations (WHO). *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources*. Ginebra: WHO, 2001.
- World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Mental Health Evidence and Research (WHO). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Ginebra: WHO, 2002.
- World Health Organization/European Commission (WHO/EC). *Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care: A Joint World Health Organization (WHO)/European Commission (EC) Meeting, Brussels, 22-24 April 1999*. Typescript. WHO, MNH/NAM/99.2, 1999. Disponible en: www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000043. [Consultado en: 15 de enero de 2003.]
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO). *Health Services in Europe, 2ª ed*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1978.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO). *Constraints in Mental Health Services Development: Report on a Working Group, Cork, 28 June-1 July 1977*. Typescript. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, ICP/MNH 030 II, 1975.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO). *Mental Health Policy Formulation in the WHO European Region: Report on a Meeting of National Mental Health Advisers, Bielefeld, 26-30 November 1979*. Typescript. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, ICP/MNH 054, 1979.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO). *Mental Health Services in Pilot Study Areas: Report on a European Study*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1987.

Capítulo 3

Intervenciones frente a la exclusión social en Europa

LIZ SAYCE Y CLAIRE CURRAN

«Los adultos que sufren problemas psiquiátricos crónicos son uno de los grupos sociales que soporta mayor nivel de exclusión. A pesar de que muchas de estas personas desean trabajar, la tasa de empleo entre éstas es inferior al 25 %, es decir, es la cifra inferior en el conjunto de los grupos principales de personas que sufren alguna enfermedad [...] El estigma y la discriminación de las personas que sufren problemas psiquiátricos impregnan toda la sociedad... Menos de cuatro de cada 10 empresarios aceptarían la contratación de una persona que sufriera un problema psiquiátrico. Muchos de estos pacientes sienten temor a reconocer su enfermedad, incluso ante familiares y amigos.»

(Social Exclusion Unit, 2004: 3-4)

Hasta el momento no se han llevado a cabo iniciativas nacionales o europeas de intensidad suficiente para influir de manera significativa en todo el sistema en relación con las tasas de exclusión a las cuales se enfrentan las personas que tienen problemas de salud mental o enfermedades psiquiátricas¹. En este momento hay oportunidades significativas para el desarrollo de formas de intervención más efectivas, en función de lo recogido en el Artículo 13 de la Directiva sobre contratación laboral (2000) de la Unión Europea (UE), que urge a los gobiernos a la promulgación de normas legales que prohíban la discriminación basada en distintos aspectos, incluyendo la discapacidad.

¹ Se utiliza el término de «discapacidad» en relación con un modelo social de discapacidad. Las personas sufren discapacidad por las barreras y las actitudes a las cuales se deben enfrentar y las soluciones dependen de la eliminación de la discriminación. El modelo alternativo es el denominado modelo médico, en el cual los individuos reciben una compensación económica por las limitaciones a las cuales se enfrentan y que les impiden participar plenamente en la sociedad (Van Oorschot y Hvinden, 2000).

A finales de 2003, la entonces comisionada de empleo y asuntos sociales, Anna Diamantopoulou, anunció adicionalmente el desarrollo de una Directiva europea sobre discriminación por discapacidad, con una cobertura potencial de la educación, el transporte y los bienes y servicios. Sin embargo, a principios de 2006 esta Directiva todavía estaba pendiente.

En este capítulo se aborda la efectividad de las iniciativas puramente educativas, sobre todo las basadas en el mensaje popular de que «la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra», y se exploran los planteamientos basados en la evidencia. Además, se expone la evidencia de la exclusión social en Europa respecto a cuatro dominios clave: mortalidad excesiva, estigma, empleo y derechos humanos. Finalmente, también en este capítulo se definen diversas intervenciones prometedoras para reducir la exclusión social con las siguientes finalidades:

1. Abordar los aspectos de poder relativos a la discriminación sin basarse únicamente en las medidas educativas.
2. Incrementar las oportunidades de contacto entre los usuarios/supervivientes de los servicios de salud mental y el resto de la ciudadanía.
3. Eliminar los vínculos existentes entre la enfermedad mental, por un lado, y la violencia y la incompetencia, por el otro.
4. Introducir las cuestiones relativas a la salud mental en los puntos predominantes de los programas genéricos de empleo, educación y economía.

¿QUÉ ES LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y CUÁL ES SU RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA?

La definición y la conceptualización de la exclusión social no son tareas sencillas. Quizá sea útil ofrecer un breve desarrollo histórico del origen del concepto con objeto de explicar sus diversos significados y usos. El uso moderno del concepto de exclusión social se inició en Francia, en la década de 1970, cuando se aludía específicamente al grupo de personas excluidas administrativamente por el Estado de los servicios ofrecidos por el sistema de la seguridad social. *Les exclus* (los excluidos) eran personas discapacitadas, hombres y mujeres con familias monoparentales, y personas en paro y sin cobertura por ninguna forma de seguro, especialmente adultos jóvenes. En Francia, este término se aplicó con una frecuencia cada vez mayor a grupos específicos de jóvenes desarraigados y de individuos aislados que vivían en grandes suburbios de la periferia de las ciudades más importantes y que experimentaban problemas sociales con una intensidad creciente. En este mismo país, el concepto de exclusión social está estrechamente relacionado con las ideas de ciudadanía, derechos, solidaridad y unidad del Estado (Burchardt y cols., 2002).

Al mismo tiempo, en Reino Unido, la pobreza fue retirada de la agenda política durante el gobierno conservador de los años ochenta del siglo pasado. Se ha argumentado que, con el objetivo de continuar a nivel europeo las conversaciones relacionadas fundamentalmente con la pobreza, comenzó a utilizarse el término de «exclusión social» para no ofender la sensibilidad del gobierno conservador británico (Burchardt y cols., 2002). A diferencia de

lo que ocurría en Francia, donde la exclusión social está relacionada íntimamente con las ideas de ciudadanía y de derechos, en Reino Unido este concepto se utilizó inicialmente como un término sustituto del de pobreza, antes que fuera incluido en una agenda política social más amplia que incluía las cuestiones relativas al empleo, la vivienda, las redes sociales y la participación política y social. Cuando este término se utiliza en el contexto europeo, sobre todo se refiere al objetivo de la UE de lograr la cohesión socioeconómica (Percy-Smith, 2000). Por tanto, a pesar de que pueda parecer una simplificación excesiva, quizá sea útil considerar las definiciones de la exclusión social en dos categorías genéricas: las correspondientes a los derechos y las relacionadas con la participación. Una de las definiciones de la segunda categoría ha sido propuesta en la investigación realizada por el ESRC Centre for the Analysis of Social Exclusion de la London School of Economics and Political Science, y señala que «un individuo sufre exclusión social si no participa en las actividades clave de la sociedad en que vive», considerando como actividades clave el consumo, la producción, la participación política y la interacción social (Burchardt y cols., 1999).

El Programa de desarrollo de Naciones Unidas (United Nations Development Programme) ha intentado conceptualizar la exclusión social en términos aceptables para todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo socioeconómico (Gore y Figueiredo, 1997). Gracias a estas iniciativas se ha identificado el significado de los derechos civiles y sociales de carácter obligatorio; por ejemplo, la asistencia sanitaria adecuada, la educación básica y el bienestar material. Así, la exclusión social ha sido conceptualizada como una falta de reconocimiento de los derechos básicos o bien, en las situaciones en que existe este reconocimiento, como una falta de acceso a los sistemas políticos y legales necesarios para que los derechos contemplados se conviertan en una realidad. Este enfoque del problema se puede plantear junto con la cuestión de la discriminación y de la ausencia de derechos básicos (Burchardt y cols., 2002). A pesar de que en algunos países, por ejemplo en Reino Unido, no hay ningún enfoque común sobre el problema de la exclusión social, éste ha sido analizado en algunos estudios (Leslie, 1997; Sayce, 2000) y es el concepto más apropiado para abordar el problema de la exclusión social que tienen específicamente las personas que padecen problemas mentales. Por esta razón, en el capítulo presente se utiliza el concepto predominante de exclusión social. Una cuestión que sólo se aborda de manera superficial en el capítulo, pero que merece toda nuestra atención, es la idea de las agencias u organismos gubernamentales y del poder político, es decir, la idea del origen de la exclusión. Este enfoque tiene ramificaciones claras en lo que se refiere a las personas que sufren problemas mentales y que pueden considerar que son incapaces de tomar decisiones acerca de su vida y de su tratamiento médico, además de que se sienten vulnerables frente a las formas principales de abuso de los derechos humanos básicos en sus países.

La siguiente cuestión importante es determinar la relación existente entre la exclusión social y las personas que tienen problemas mentales. Según lo recogido en un informe elaborado por la Social Exclusion Unit (2004), perteneciente al gobierno de Reino Unido, las personas que sufren problemas mentales muestran un aumento en el riesgo de padecer exclusión social y, de la misma manera, las personas que experimentan exclusión social muestran un aumento en el riesgo de padecer problemas mentales. Es probable que la causalidad actúe en ambas direcciones y que complique el resultado. La evidencia empíri-

ca obtenida en Reino Unido demuestra que existe una asociación entre la desventaja, cuantificada de diversas maneras, y la frecuencia elevada de los trastornos mentales más frecuentes. Se ha demostrado que las tasas de prevalencia son mayores en los grupos sociales con niveles educativo, laboral y económico menores, así como en los que poseen menos ventajas materiales (Fryers y cols., 2003). En una revisión de la evidencia existente a nivel internacional, también se apoya el concepto de que la pobreza material es un factor de riesgo para el desarrollo negativo en las personas con problemas mentales (Saraceno y Barbui, 1997). Tanto la experiencia de problemas de salud (mental) como la de exclusión social están mediadas por una amplia gama de factores que actúan a niveles inter e intrageneracional (Hobcraft, 2002): discriminación, paro laboral, pobreza, estrés, falta de acceso a los servicios y redes sociales reducidas.

EXCLUSIÓN DE LA CIUDADANÍA

En este capítulo se abordan la exclusión social y la discriminación, se diferencian los distintos aspectos humanos y se analizan algunos de los grupos más desfavorecidos en los cuales la discriminación amplifica y complica la exclusión social. Las personas que sufren problemas psiquiátricos están entre aquellas que presentan una exclusión de mayor intensidad en el conjunto de los ciudadanos europeos (v. Sayce, 2000; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003). La exclusión social es un elemento descriptivo especialmente destacado de la experiencia de los usuarios de servicios psiquiátricos/supervivientes. Se ha definido en términos de:

«los problemas interrelacionados y de agravamiento mutuo correspondientes a la enfermedad, la discriminación, el deterioro del rol social, la ausencia de participación económica y social, y la discapacidad. Entre los factores que desempeñan un papel en este proceso están la falta de posición o de nivel, la falta de empleo, la falta de oportunidades para establecer una familia, las redes sociales pequeñas o inexistentes, la raza y otros elementos de discriminación, el rechazo repetido y la restricción consiguiente de la esperanza y de las expectativas».

(Sayce, 2001: 122)

En este capítulo se presentan cuatro ejemplos. En el capítulo 15 se incluye un quinto ejemplo, correspondiente a la situación a la cual se enfrentan las personas recluidas en manicomios y los refugiados.

¿Las mismas posibilidades vitales?

Las personas de todo el mundo que presentan algún tipo de problema de salud mental o de discapacidad de aprendizaje tienen más posibilidades de fallecer prematuramente, incluso en comparación con los fumadores. Uno de los factores que, al parecer, influyen en esta disparidad es un patrón de acceso desigual a las medidas de promoción de la salud, preven-

ción y tratamiento, tanto en lo que se refiere a las enfermedades psiquiátricas como, especialmente, a las de tipo somático. Expresado de manera más formal, las personas que sufren problemas de salud mental son excluidas del consumo (el acceso) a los servicios que están disponibles para otras personas. A pesar de ello, no se han adoptado medidas asistenciales significativas para mejorar la situación de estos grupos de riesgo (p. ej., medidas similares a los programas de prevención/interrupción del consumo de cigarrillos).

En una revisión internacional (Harris y Barraclough, 1998) de la evidencia empírica relativa al «exceso de mortalidad» asociado con los cuadros de discapacidad del aprendizaje y de problemas de la salud mental se observó un incremento significativo en la mortalidad prematura por causas naturales (excluyendo el suicidio) en los grupos siguientes:

1. Personas con «retraso mental» (discapacidad del aprendizaje): la tasa de mortalidad es 7,8 veces superior a la esperada. En comparación, la tasa de mortalidad por causas naturales entre los fumadores es sólo 2,5 veces mayor que la esperada.
2. Personas con esquizofrenia: presentan una tasa de mortalidad 1,4 veces mayor que la esperada (en algunos países esta cifra es superior; p. ej., en Gran Bretaña es 2,5 veces mayor) (Department of Health, 1991).
3. Personas con otros trastornos psicóticos: muestran una tasa de mortalidad 2,4 veces mayor.

Entre los tipos de enfermedades responsables de fallecimiento prematuro se encuentran las infecciosas, circulatorias, endocrinas, respiratorias, cardíacas (coronariopatía), digestivas y genitourinarias. En un estudio se observó que, en lo que se refiere a la esquizofrenia, estas cifras se traducen en una media de reducción de 10 años en la vida de los hombres y de 9 años en la de las mujeres (Allebeck, 1989). En otro estudio se analizaron las razones de la elevada tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en los pacientes psiquiátricos de la zona occidental de Australia durante el período 1980-1998 (Lawrence y cols., 2003). Las conclusiones fueron diversas y entre ellas estuvo la baja incidencia de realización de procedimientos de revascularización coronaria entre los pacientes psiquiátricos, especialmente entre aquellos que presentan psicosis. En el estudio sobre pacientes de Australia occidental, las intervenciones de revascularización fundamentalmente fueron procedimientos efectuados de manera programada con pólizas de seguro sanitario privadas, con un acceso reducido a este tipo de intervención por parte de los pacientes atendidos por Medicare (el sistema sanitario público australiano). Sólo el 13 % de los pacientes con psicosis tenía alguna póliza privada de asistencia sanitaria, en comparación con el 32 % de la población general. Otro factor que explicó las elevadas tasas de mortalidad en la población psiquiátrica fue la mayor incidencia en los comportamientos de riesgo, como el consumo de cigarrillos; fumaba el 43 % de los pacientes atendidos en servicios de psiquiatría, en comparación con el 24 % de la población no psiquiátrica, con tasas incluso mayores entre los pacientes con psicosis. La obesidad también presentó una prevalencia mayor entre los usuarios y las usuarias de los servicios psiquiátricos debido a varias razones, tal y como la disminución de la actividad física, la falta de conocimiento de los fundamentos nutricionales básicos y los efectos adversos de los medicamentos. En la población psiquiátrica tam-

bién hubo tasas de hospitalización menores que en la población no psiquiátrica, lo que se atribuyó a la disminución de la comunicación efectiva de los síntomas, al mayor aislamiento social, a la falta de percepción de los síntomas y a la consideración exclusiva de los síntomas psiquiátricos por parte de los médicos (Lawrence y cols., 2003).

Esta falta de acceso a los servicios asistenciales y sociales apropiados es un problema señalado frecuentemente por las personas que sufren trastornos psiquiátricos. En los estudios efectuados sobre pacientes con problemas mentales o cuadros de discapacidad del aprendizaje, junto con sus familias (Read y Baker, 1996; Singh, 1997), se ha demostrado de manera repetida la inexistencia de un acceso igualitario a los servicios de diagnóstico y tratamiento, un factor que posiblemente contribuye a las diferencias en la evolución de estos pacientes. Read y Baker (1996) realizaron una encuesta a 500 personas con problemas mentales y el 50 % de éstas señaló un trato injusto por parte de los servicios sanitarios generales; por ejemplo, estos pacientes se quejaron de que cualquier síntoma físico que pudieran sufrir era considerado por los médicos un síntoma psiquiátrico. Los nódulos mamarios de las pacientes no eran evaluados desde el punto de vista diagnóstico y se prescribió diacepam a pacientes con palpitaciones en los cuales finalmente se demostró que presentaban una cardiopatía importante. En un estudio llevado a cabo sobre pacientes psiquiátricos crónicos en el norte de Finlandia se llegó a la conclusión de que las tasas «notablemente elevadas» de mortalidad en esta población en parte se debían a «la organización inadecuada de la asistencia somática y la cultura prevaleciente del tratamiento “no somático” en psiquiatría» (Rasanen y cols., 2003: 297). En otro estudio realizado en Italia tras la clausura de los hospitales de estancia prolongada se observó una mortalidad doble en los individuos que eran atendidos en la comunidad, en comparación con la población general; además, las tasas de mortalidad de los pacientes psiquiátricos fueron menores en el contexto comunitario que en los hospitales para enfermos crónicos (D’Avanzo y cols., 2003). Los autores de este estudio señalaron que la razón de las elevadas tasas de mortalidad es multicausal, con participación de la elevada frecuencia de procesos patológicos concomitantes entre los usuarios de servicios asistenciales de psiquiatría, la elevada incidencia de consumo de cigarrillos y de otros hábitos perjudiciales del estilo de vida, la tendencia al autoabandono, así como la reducción en la calidad de las condiciones vitales y asistenciales. En un estudio efectuado con diseño longitudinal sobre el exceso de mortalidad tras el alta en hospitales para enfermos psiquiátricos crónicos, realizado en Escocia, se señaló que estos pacientes pueden tener un acceso más limitado a la asistencia sanitaria y que también pueden ser tratados de manera distinta en comparación con las personas que no sufren enfermedades mentales (Stark y cols., 2003).

En Gran Bretaña, la Disability Rights Commission (DRC) está efectuando una investigación formal sobre las desigualdades en salud física experimentadas por las personas con problemas mentales, discapacidades del aprendizaje, o ambos, con un interés especial por las posibles soluciones que deben aplicarse en el nivel asistencial primario. La Comisión ha elaborado un resumen de la evidencia existente (Nocon, 2004) y también un informe preliminar. En el informe final se ofrecen nuevas evidencias obtenidas a partir de grandes grupos de datos acerca de las disparidades en los servicios asistenciales y en el acceso al tratamiento por parte de las personas que sufren problemas mentales, en comparación con el resto de los ciudadanos (Disability Rights Commission, 2006).

¿El mismo respeto?

Los prejuicios acerca de la locura (contaminación moral, una «vida sin sentido» o la noción de que los puntos de vista de los «locos» no son válidos por definición) reaparecen con una regularidad alarmante en los medios de comunicación y en contextos culturales más amplios (Wahl, 1995, 2003; Sayce, 2000; Sieff, 2003). Tal y como ha señalado Otto Wahl, posiblemente no hay ningún detective en las series de televisión de máxima audiencia que no esté persiguiendo a algún maleante mentalmente enfermo (Wahl, 1995). En los casos en que las personas con enfermedades mentales no son retratadas como peligrosas, la otra opción más habitual es la de que sean contempladas como «pobres desgraciados», incapaces de resolver sus propias necesidades. En la televisión infantil, las «referencias a la enfermedad mental se utilizan con frecuencia como motivo de menosprecio y de ridiculización» (Wahl, 2003: 249), de manera que los personajes representados con alguna enfermedad mental «carecen casi por completo de atributos dignos de admiración» (Wilson y cols., 2000: 440). Las imágenes de personas con problemas mentales que realizan tareas positivas, como trabajar, criar hijos o participar en su comunidad, destacan por su ausencia. Hay algunas pruebas de que este discurso distorsionado influye sobre las actitudes sociales y sobre el comportamiento de discriminación (Angermeyer y Matschinger, 1996; Penn y Wykes, 2003; Sieff, 2003).

Las personas con trastornos psiquiátricos son contempladas por un prejuicio de riesgo: personas que pueden ser violentas e incapaces de afrontar las situaciones. A menudo se ha señalado que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ser objeto de detención ilegal cuando presentan un nivel de riesgo de violencia que, si se aplicara a la juventud que consume alcohol, implicaría la detención preventiva de miles de estas personas jóvenes como medida preventiva para evitar delitos (Sayce, 1995). Sin embargo, el concepto de riesgo para sí mismos también puede ser perjudicial en el caso de los usuarios y usuarias de servicios de salud mental. Tal y como señaló un directivo de una compañía de alto nivel tras volver al trabajo tras una baja por enfermedad mental: «Me quitaron la mayor parte de mi trabajo y se lo dieron a mis colegas más jóvenes para que no estuviera “estresado”; creo que realmente consideraban que me estaban ayudando. No me preguntaron cuál era mi opinión. Les dije que el planteamiento de una demanda por incumplimiento de la Ley de discriminación del discapacitado (Disability Discrimination Act) por parte de uno de los ejecutivos más antiguos podría colocar a la compañía en una situación difícil» (comunicación personal).

En el contexto de los estereotipos basados en el riesgo, es muy interesante la escasa atención que se ha prestado al elevado riesgo de exclusión social y a los riesgos asociados para la salud de las personas excluidas. Una concentración del riesgo en términos de violencia y vulnerabilidad conduce a la exclusión social ya que se elimina la autonomía de las personas y también se magnifica la tendencia de la sociedad al mantenimiento de una distancia social. Un signo de respeto sería la evitación de un conjunto de asunciones y reglas sobre el riesgo respecto a los usuarios de los servicios de salud mental distinto del que se aplica a otros ciudadanos. Sin la posibilidad de asumir riesgos, no es posible la autonomía ni tampoco lo son la participación y los logros.

La investigación que se ha llevado a cabo en Europa respecto a las actitudes y la concienciación indican un cuadro mixto. En una encuesta de opinión efectuada en Europa (en

los 15 países que constituían la UE en 2003) se observó que las personas con problemas de salud mental o con cuadros de discapacidad del aprendizaje eran percibidas, a menudo, como personas que no tenían «las mismas posibilidades de conseguir un trabajo, recibir una formación o disfrutar de oportunidades de promoción» en comparación con el resto de los ciudadanos. El 87 % de los encuestados señaló que los pacientes con problemas mentales tenían menos posibilidades que otras personas: menos que las personas con problemas de tipo físico (77 %), que las personas mayores de 50 años (71 %) y que las personas pertenecientes a minorías raciales (62 %). Los porcentajes correspondientes a los encuestados que consideraron que la juventud, los homosexuales y las lesbianas tenían menos posibilidades fueron muy inferiores (Eurobarometer, 2003).

Estas cifras pueden sugerir que a nivel social hay un reconocimiento evidente de la discriminación en función de los problemas psiquiátricos que se presenten. Sin embargo, cuando en las encuestas citadas se preguntó si la discriminación de estos grupos (en lo relativo a los ámbitos laboral, educativo, de vivienda y de otros servicios) era inadecuada, siempre o casi siempre, en lo relativo a la «discapacidad mental» una proporción significativa de personas consideró que no era inadecuada. Los autores de este estudio señalaron que «los aspectos de la discriminación y de la discapacidad mental son más vulnerables que otros aspectos en lo que se refiere a la confusión en los encuestados entre el concepto de selección, que es correcto, y el concepto de discriminación, que es injusto». La situación puede ser parecida a la forma con que eran percibidas las mujeres hace 40 años, cuando se consideraba de manera habitual que éstas no podían llevar a cabo muchos tipos de tareas laborales debido al hecho de que su función básica era la maternidad. La sociedad quizá no sea consciente de la posibilidad de que haya un elevado número de personas que sufren problemas de salud mental y que pueden trabajar adecuadamente con los «ajustes» y apoyos necesarios, al igual que en la década de 1960 muchas personas no podían imaginar siquiera la posibilidad de organizar el entorno laboral, el hogar y la crianza de los hijos con el objetivo de incrementar las oportunidades para las mujeres.

La Social Exclusion Unit del gobierno de Reino Unido señaló que el 83 % de los encuestados en el proceso de consulta para la elaboración de un informe sobre la salud mental y la exclusión social identificó el estigma como un elemento clave (Social Exclusion Unit, 2004). Link y cols. (1997) observaron que el estigma y la discriminación pueden influir todavía sobre las personas mucho tiempo después que se hayan resuelto los problemas de salud mental. La discriminación puede provocar una recidiva de los problemas psiquiátricos y también puede intensificar los síntomas existentes.

La discriminación es posible en numerosas áreas de la vida cotidiana, aunque es especialmente dañina en lo que se refiere al ámbito laboral. Read y Baker (1996) señalaron que la tercera parte de las personas con problemas de salud mental señala haber sido despedida de su trabajo o forzada a renunciar a éste, y que casi cuatro de cada 10 de estas personas sienten que se les niega una oportunidad laboral debido a sus antecedentes psiquiátricos. En otro estudio se observó que más de las dos terceras partes de los pacientes con problemas mentales habían visto rechazada su solicitud de trabajo por el temor de los contratadores a los efectos desfavorables de su tratamiento (Mind, 2000).

¿Las mismas oportunidades de colaboración?

La discriminación en el ámbito laboral se traduce en una reducción de las oportunidades para colaborar (v. también cap. 12). En 2003, la tasa de empleo entre las personas con una «discapacidad moderada» en la UE era del 43 %, mientras que la correspondiente a las personas con «discapacidad grave» era del 22 %. Hay variaciones considerables entre los distintos países; las tasas de empleo en las personas con «discapacidad moderada» oscilan entre el 27 % en Irlanda y el 54 % en Alemania, mientras que en lo que se refiere a la «discapacidad grave» varían entre el 13 % en España y el 37 % en Francia (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003).

También hay variaciones significativas en función del tipo de discapacidad. Las personas con problemas de la salud mental presentan la menor participación laboral en toda Europa (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003). Por ejemplo, en Gran Bretaña² mantiene su puesto de trabajo el 21 % de las personas con problemas psiquiátricos crónicos, en comparación con el 51 % de las personas con cuadros de discapacidad de carácter general (Disability Rights Commission, 2005). Incluso al considerar el grupo de personas con discapacidad (incluyendo las que sufren problemas mentales) que trabajan, hay diferencias entre los salarios que perciben las personas con y sin discapacidad. En Alemania, los salarios de las personas con discapacidad son el 35 % inferiores a los de las que no tienen problemas, mientras que en Irlanda y en Suecia estos porcentajes son del 20 % y del 6 %, respectivamente. Además, el 9 % de las personas con discapacidad que trabajan en Europa no percibe ninguna forma de salario; estas personas representan el 1,4 % de la población europea total en edad de trabajar (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003).

En la UE hay unas 500.000 personas con discapacidad (especialmente con problemas de salud mental o cuadros de discapacidad de aprendizaje) acogidas a programas de «trabajo protegido», cuya remuneración a menudo es muy baja (bastante inferior al salario mínimo). La tasa de obtención de un empleo en el mercado laboral es, en general, muy baja. Anualmente, el porcentaje de personas con discapacidad que alcanzan el mercado laboral competitivo en Bélgica, Francia, España, Irlanda y Escocia es inferior al 3 % (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003).

La exclusión puede iniciarse ya desde la niñez. Sólo el 59 % de los niños europeos con discapacidad acude a colegios convencionales. En algunos países, como España, Grecia, Irlanda y Portugal, los niños con necesidades especiales relacionadas con problemas de discapacidad (incluyendo los que sufren problemas de salud mental) no pasan del nivel de escolarización primaria ya que no existe la infraestructura necesaria para su educación. Los jóvenes con problemas de salud mental tienen una probabilidad desproporcionadamente elevada de abandonar el colegio sin acabar los estudios, de ser excluidos del colegio, de ser infraestimados y de mantener aspiraciones de bajo nivel respecto a su propio futuro (Rutter y Smith, 1995; Gray, 2002).

² N. del T.: «Britain» en el original.

La European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003) propuso para 2010 los objetivos del 50 % de empleo en las personas con discapacidad moderada y del 30 % en las personas con discapacidad grave. Algunos países han ido más allá de este objetivo. En el British DRC and Trades Union Congress de 2004 se propuso alcanzar para 2014 el objetivo de una tasa del 60 % de empleo en las personas discapacitadas en edad laboral (Disability Rights Commission, 2004).

El mantenimiento de un puesto de trabajo puede conllevar una amplia gama de beneficios, además del evidente beneficio económico. Asimismo, el trabajo puede ofrecer una estructura a la jornada de cada día, incrementar la autoestima y aumentar el número de personas que participan en una red social individual. En diversas encuestas, hasta el 90 % de las personas con problemas graves de la salud mental expresó su deseo de trabajar (Perkins y Rinaldi, 2002); además, tal y como ya se ha señalado, las personas con problemas psiquiátricos se cuentan entre las que presentan tasas de empleo menores.

Volviendo a la cuestión del beneficio económico asociado con el empleo, la mayor parte de los países europeos ofrece medidas de protección social en forma de ayuda económica a las personas con incapacidad para trabajar. Aunque la prevención de la pobreza debería ser un objetivo político clave para cualquier país que pretenda reducir la exclusión social, esta tradición de «compensación» se inicia a partir del modelo individual de discapacidad y puede provocar un desincentivo inesperado respecto al desempeño de una actividad laboral, es decir, puede constituir un incentivo para no trabajar por parte de personas que realmente desean trabajar y que tienen capacidad para hacerlo (Van Oorschot y Hvinden, 2000). A menudo, las personas con problemas de salud mental reciben subsidios de enfermedad o de incapacidad, más que subsidios de paro, ya que estos últimos tienen una cuantía mayor. Sin embargo, por este enfoque el individuo se clasifica como económicamente inactivo más que como una persona en paro laboral, lo que tiene repercusiones en términos del acceso al mercado de trabajo; además, en algunos casos, limita la elegibilidad para los programas de retorno a la actividad laboral. Un aspecto más importante es el hecho de que en muchos países la solicitud y la percepción de los subsidios de paro es un proceso complejo que puede requerir muchos meses. Estos diversos factores pueden generar la «trampa del subsidio», es decir, un proceso en que el individuo presenta riesgo de vulnerabilidad económica si consigue trabajo remunerado, en comparación con la posibilidad de continuar recibiendo un subsidio. Al tiempo que los países europeos están comenzando a abordar este desincentivo para trabajar, es esencial el diseño de medidas políticas que no incrementen el riesgo de aumento de los niveles de pobreza entre las personas que sufren problemas de salud mental y entre las personas que las apoyan, sobre todo en el grupo de personas con enfermedades de evolución fluctuante que les impide el mantenimiento continuado de un empleo remunerado.

¿Derechos humanos?

En la situación extrema, las personas con problemas mentales están sometidas a abusos importantes de los derechos humanos (v. también cap. 13). Por ejemplo, en 1997, en Hungría:

«Ocultas a la sociedad y recluidas en instituciones carentes de mecanismos de supervisión o defensa de los derechos humanos que las puedan proteger, estas personas son vulnerables frente a la violación de los derechos humanos más básicos protegidos por las leyes internacionales. Las restricciones graves de la libertad individual se llevan a cabo sistemáticamente a discreción del personal que atiende estas instituciones sanitarias, sin el control legal adecuado.

»Algunas personas son encerradas en jaulas como forma de restricción física y de detención permanente. La jaula se construye con malla de alambre sobre un armazón metálico y se coloca sobre la cama. Los pacientes pueden sentarse o darse la vuelta en la jaula, pero no se pueden poner en pie dentro de ella. Algunos individuos son recluidos en las jaulas durante semanas o meses como forma de control del comportamiento. Otras personas son recluidas de manera permanente en las jaulas debido a la falta de personal para su supervisión. Dada la importante limitación del movimiento que sufren, las personas recluidas en jaulas de este tipo presentan con frecuencia peligrosas úlceras por decúbito, potencialmente mortales.»

(Mental Disability Rights International, 1997: xvii, xxii)

En Hungría, una indicación para la «exclusión» respecto a la sociedad era el hecho de que algunas instituciones asistenciales para crónicos, en las que se atendían a personas con trastornos del aprendizaje o psiquiátricos, estaban localizadas «cerca del enemigo», es decir, en la proximidad de la frontera con Austria (EASPPD, 2002). En 2002, diversas organizaciones pioneras de servicios y organizaciones no gubernamentales utilizaban cualquier método posible para trasladar los servicios a Budapest y otras comunidades locales, en contra de las campañas NEMPT («no en mi patio trasero»), con las cuales los residentes locales protestaban contra los planes de realojamiento.

La organización Mental Disability Rights International (1997) ha denunciado la existencia de abusos graves de los derechos humanos en países de Europa oriental, como Bulgaria y las regiones kosovares de Serbia y Montenegro. Sin embargo, los abusos de los derechos humanos no sólo ocurren en Europa central y oriental. En 2000, una investigación llevada a cabo por parte del North Lakeland NHS Trust en el norte de Inglaterra demostró que a los pacientes ancianos con demencia se les obligaba a comer atados a sillas con orinal, se les alimentaba con dietas líquidas inadecuadas y se les mantenía en el exterior durante el invierno con ropa insuficiente. Esta investigación, realizada 5 años después de las denuncias iniciales de estas situaciones de abuso, demostró la existencia de un «fracaso completo del sistema» (Commission for Health Improvement, 2000).

Además de estos abusos importantes de los derechos humanos, a algunas personas con problemas mentales también se les niega el derecho a un tratamiento apropiado o al tratamiento en un contexto asistencial adecuado. Priebe y cols. (2005) han señalado la aparente «reinstitutionalización» que se está produciendo en la atención psiquiátrica de toda Europa tras la clausura de los hospitales psiquiátricos para enfermos crónicos que se llevó a cabo durante los años ochenta del siglo pasado. Las características de la reinstitutionalización son el incremento en el número de camas forenses, las hospitalizaciones involuntarias y el alojamiento de los pacientes en viviendas protegidas (a menudo, en ausencia de

un apoyo flexible que les permita vivir de manera independiente). Entre 1990 y 2002, los seis países europeos que participaron en este estudio (Inglaterra, Alemania, Italia, Holanda, España y Suecia) señalaron un incremento en el número de camas forenses y de plazas en viviendas protegidas. Las hospitalizaciones involuntarias aumentaron en Inglaterra, Holanda y Alemania, pero disminuyeron ligeramente en Italia, España y Suecia. En estos seis países se ha producido un incremento general de la población presidiaria. Priebe y cols. sugieren que una de las razones para explicar el aumento de tamaño de la población carcelaria es la creciente tendencia hacia la «contención del riesgo» en la sociedad europea del siglo XXI. En este sentido, el aumento del número de establecimientos carcelarios y de la incidencia de internamiento obligatorio de las personas con problemas de salud mental forma parte de esta tendencia de eliminación del riesgo. A pesar de que el enfoque basado en la ciudadanía obliga a la aceptación de una igualdad de derechos y responsabilidades por parte de las personas con problemas mentales, incluyendo la responsabilidad por los delitos cometidos cuando el delincuente es mentalmente competente, parece que la inversión en medidas de tipo penitenciario está arrinconando la inversión en el apoyo a la participación en redes sociales y en oportunidades cívicas.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Una de las cuestiones clave es definir los cambios prácticos, políticos y legislativos necesarios para eliminar esta experiencia injusta de exclusión social sufrida por las personas con problemas mentales. Dado que las dimensiones de la exclusión social son amplias e «interactivas», las respuestas también deben ser diversas y multifactoriales. Las recientes recomendaciones políticas elaboradas por la Social Exclusion Unit de Reino Unido (2004) incluían un plan de acción de 27 puntos dirigido hacia los departamentos gubernamentales más importantes: sanidad, trabajo y pensiones, economía, educación y empleo. A nivel internacional, la European Ministerial Conference on Mental Health celebrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Helsinki, en enero de 2005, estableció como prioridades la eliminación del estigma, la discriminación y las desigualdades, así como la capacitación y el apoyo de las personas con problemas mentales, junto con la declaración como objetivos prioritarios de la participación social y de la acción frente a la discriminación (WHO, 2005). La Declaración europea sobre salud mental (*European Declaration on Mental Health*) y su Plan de acción (*Action Plan*) para Europa fueron refrendados por los 52 Estados miembros de la región europea de la OMS.

Tanto el Plan de acción para Europa como el Plan de acción para Reino Unido abordan una amplia gama de problemas, como la discriminación, la reducción de la pobreza, el acceso a los servicios y apoyos necesarios y la obtención y el mantenimiento de un empleo. La vivienda, la educación y la cooperación entre los distintos organismos o agencias también ocupan un lugar destacado en el Plan de acción. Sin embargo, aunque en estos documentos se señala la necesidad de abordar el estigma y la discriminación, es posible cuestionar la prioridad que se otorga realmente a estos objetivos, así como los métodos utilizados para alcanzarlos. Dado que en este capítulo se expone la exclusión social desde la perspectiva de la inexistencia de derechos básicos o de cumplimiento obligatorio debido

a la discriminación, en los apartados siguientes se señalan las razones por las cuales este problema debería constituir una prioridad importante y se exponen los métodos prácticos para solucionarlo.

Consideración de los aspectos fundamentales y los derechos humanos

Podría parecer una medida intuitivamente sensata iniciar la difícil tarea de eliminar la exclusión mejorando los «aspectos fundamentales» de la vida y de los derechos humanos. Hay oportunidades para ello: como comisionada europea de empleo y asuntos sociales, Anna Diamantopoulou señaló que «la Unión Europea nació de las cenizas del holocausto» (discurso ante la Conferencia de la presidencia italiana, Milán, 2003). La determinación de evitar la repetición de los abusos de épocas anteriores queda reflejada en el informe anual sobre derechos humanos de la UE que, en 2003, incluyó por primera vez un capítulo correspondiente a los derechos de las personas discapacitadas.

Esta determinación es evidente tanto a nivel cultural como desde el punto de vista político. Como parte de la proclamación de 2003 como Año europeo de las personas discapacitadas, una organización austríaca especializada en cuestiones de discapacidad desarrolló un proyecto para conmemorar la resistencia frente a los denominados programas «de eutanasia» de los nazis. En Schloss Hartheim, al norte de Austria, fueron asesinadas o utilizadas para experimentos 70.000 personas con problemas psiquiátricos o de aprendizaje, criminales, prostitutas y huérfanos. Unas pocas personas denunciaron valientemente esta situación, incluyendo al arquitecto Herbert Eichholzer, el escultor Walter Ritter y la pintora Anna Neumann. En 1943, Eichholzer fue asesinado por sus actividades de resistencia y Neumann fue encarcelada. En 2003 se volvieron a fabricar los juguetes de madera *Klump*, diseñados por Eichholzer y Ritter, y decorados por Neumann, en esta ocasión por personas con discapacidad de aprendizaje, en forma de poderoso mensaje simbólico respecto a la importancia de la resistencia.

Sin embargo, cuando las actividades de inclusión sólo se han centrado en la mejora de los derechos de los más débiles (p. ej., denunciando las leyes coercitivas relativas a las personas con enfermedades mentales), los progresos han sido generalmente lentos y, ciertamente, no han ido más allá de las instituciones en que las personas están recluidas. Una sociedad tiene más posibilidades de interrumpir el tratamiento inhumano aplicado a diversos grupos de personas cuando comienza a contemplar como iguales a estos grupos. Así, se pueden cambiar las leyes y las prácticas que los degradan. Tal y como señaló Nelson Mandela en relación con las cárceles, «las condiciones carcelarias no van a cambiar hasta que no cambie el país» (Mandela, 1995). Mientras que la percepción social ve a los usuarios de los servicios de salud mental como «psicópatas», la protesta pública será escasa. El reto es ir más allá de la denuncia de los abusos más flagrantes, con toda la importancia que ello tiene, con el objetivo de avanzar respecto a los beneficios de la participación.

Puesto que la discriminación es un fenómeno persistente, la evidencia también confirma que los intentos de contrarrestarla en una zona pueden dar como único resultado que

la discriminación vuelva a florecer con otro disfraz, como si fuera una hidra de muchas cabezas (Link y Phelan, 2001). Es imprescindible que las iniciativas sean multifactoriales y a múltiples niveles.

REDUCCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y LA EXCLUSIÓN

Link y Phelan (2001: 367) han argumentado que el «estigma» [la discriminación]³ «depende completamente de los poderes social, económico y político». Este hecho tiene implicaciones profundas en la determinación de los enfoques y los tipos de programa con mayores posibilidades de conseguir el cambio. Los autores señalados indican que no es suficiente etiquetar y menospreciar a otro grupo para que quede «estigmatizado»: los usuarios y las usuarias de los servicios psiquiátricos pueden etiquetar a algunos clínicos como «camellos de píldoras» y tratarles de manera distinta a otros clínicos, pero no por ello dichos clínicos constituyen un grupo estigmatizado ya que los y las pacientes «sencillamente no poseen el poder social, cultural, económico y político para conseguir que sus opiniones acerca de este tipo de clínicos conlleven consecuencias discriminatorias graves».

Las actividades laborales antidiscriminación deben cambiar las actitudes y creencias fuertemente arraigadas de los grupos poderosos que provocan el etiquetado, el estereotipado, el apartamiento, la devaluación y la discriminación; deben limitar el poder de los grupos señalados (Link y Phelan, 2001), o deben conseguir ambos objetivos (Sayce, 2003).

El problema de una parte importante de las iniciativas antiestigma que se llevan a cabo en Europa es el hecho de que no se dirigen contra los grupos de poder. La iniciativa antiestigma y antidiscriminación que lleva a cabo la World Psychiatric Association incluye numerosos ejemplos de proyectos educativos recogidos en su sitio web (www.wpanet.org). En Bélgica se ha implementado un programa para informar a las personas acerca de «las causas y las consecuencias de la enfermedad mental», mediante conferencias a última hora de la tarde, visitas a los servicios de salud mental y actividades de terapia de grupo, musicoterapia y terapia deportiva. En Eslovenia se llevan a cabo sesiones dirigidas a usuarios y usuarias de los servicios, profesionales, familiares y escolares. Estos programas pueden ser útiles (p. ej., el programa aplicado en Eslovenia provocó un incremento de la confianza entre los y las profesionales) aunque están basados en la suposición de que la educación y la información son suficientes para eliminar la discriminación. No hay evidencia de que la información sobre las causas y consecuencias de la enfermedad mental sea eficiente para cambiar las actitudes ni, mucho menos, los comportamientos.

Es más útil utilizar el poder como parte de la iniciativa. En Reino Unido, el primer país europeo en aprobar una ley contra la discriminación por discapacidad, la Disability Discrimination Act (DDA) de 1995 prohíbe la discriminación de las personas con problemas psiquiátricos. Esta ley ha sido utilizada por los tribunales de justicia y ha establecido jurisprudencia. Un ejemplo es el de la señora Brazier, a la cual se le había diagnosticado psi-

³ Se utiliza el término de «discriminación» para referirse al proceso global denominado «estigma» por Link y Phelan. Link y Phelan (2001) y Sayce (2003) ofrecen una exposición detallada de las ventajas respectivas de estos conceptos.

cosis y que en 2003 interpuso una demanda contra North Devon Homes, que pretendía su desahucio tras las quejas de los vecinos por su comportamiento. El tribunal consideró que su problema psiquiátrico era la causa de la mayor parte de su comportamiento y que su desahucio constituiría una forma de discriminación contra ella, según lo contemplado en la ley DDA. Esta discriminación no estaba «justificada» ya que, aunque los vecinos soportaban molestias, realmente la señora Brazier no constituía un peligro para la seguridad o la salud de nadie (North Devon Homes Ltd frente a Brazier, 2003, EWHC 57). Otros casos relativos a la vivienda no han acabado con sentencias tan favorables para los arrendatarios con problemas mentales.

La existencia de la ley (el puño de hierro con guante de seda) es todo un aviso de que, mediante una amenaza implícita o explícita, a menudo es suficiente para conseguir el cambio. En otro ejemplo, la oferta de un trabajo especializado realizada por una compañía de construcción al señor Watkiss es retirada después que en ésta se descubre su diagnóstico de esquizofrenia. En 2001, el señor Watkiss denuncia a la compañía en función de la ley DDA (cuadro 3-1). La compañía acepta un acuerdo, admite haber cometido una discriminación ilegal y ofrece una indemnización económica sustancial (Watkiss frente a John Laing Employment Tribunal, 1999, procedimientos de discriminación bajo la ley DDA de 1995; caso número 6002547).

Cuadro 3-1 Un testimonio personal de discriminación laboral

El señor Watkiss escribe (discurso realizado ante la Mind Conference, 2001):

«Recibí una lacónica nota del director de personal en la cual me comunicaba que “mi nivel de salud no estaba a la altura del empleo que solicitaba y que, por tanto, había sido descalificado en el proceso de selección”. Una reacción más inteligente, discreta y amable habría sido pedirme algo de información adicional, quizá haber entrado en contacto conmigo para conocer mi enfermedad algo mejor de lo que indicaba su denominación en la historia clínica. También podría haber entrado en contacto con mi médico o psiquiatra, o con mi antiguo jefe, para conocer algo más y tomar así una decisión razonada.

»Mi argumento consistió en el hecho de que la acción de esta compañía había sido contraria a los requerimientos de la ley DDA, que señala que es ilegal la discriminación en el trato a los candidatos y a las candidatas a una entrevista únicamente en función de su discapacidad. Planteé que la reacción de la compañía estuvo basada en la ignorancia y en los prejuicios, y que fue discriminatoria. Solicité una indemnización por daños y perjuicios en función de la pérdida de ingresos y del daño moral, ¡y gané!

»Mi abogado lo describió como una decisión judicial que sentaría jurisprudencia [...] Espero que esto signifique que aumente el número de personas que realicen solicitudes de trabajo y que tengan éxito con éstas [...] Me gustaría que mi caso sirviera para eliminar los prejuicios sociales y para cuestionar la equivalencia entre enfermedad mental e incapacidad.»

Sin embargo, la ley británica es imperfecta –sobre todo en lo que se refiere a las personas con problemas mentales– debido a la forma con que son formuladas e interpretadas las definiciones legales. Bajo la ley DDA, las personas con problemas mentales consiguen sentencias favorables en sus demandas ante los tribunales laborales en el 18 % de los ca-

sos, es decir, un porcentaje inferior al de las personas con problemas auditivos (29 %) y diabetes (39 %) (Disability Rights Commission, 2003). El primer problema que se plantea con esta ley es el hecho de que la definición de discapacidad ofrece más dificultades de cumplimiento por parte de las personas con problemas psiquiátricos: se basa en una lista de «actividades cotidianas», un sesgo importante hacia los aspectos físicos, más que los emocionales o cognitivos (Equal Opportunities Review, 2000).

Esta ley también ha representado un método sencillo para que empresarios y empresarias «justifiquen» la discriminación frente a las personas con problemas psiquiátricos, aduciendo riesgos (a menudo falsos) para la salud y la seguridad. Todo ello refleja el fuerte arraigo del prejuicio en nuestras sociedades. Las personas que solicitan asistencia sanitaria o social han sido contempladas como trabajadores(as) con un riesgo excesivo para los clientes y las clientas en función de su diagnóstico (trastorno bipolar, bulimia, etc.), o bien con un riesgo elevado para sí mismas porque el empresario o la empresaria considera que el trabajo (p. ej., un trabajo administrativo a prueba en una persona con antecedentes de depresión) es «demasiado estresante». A menudo, estas valoraciones del riesgo están fundamentadas en estereotipos y no en una evaluación individual de la capacidad de una persona concreta para llevar a cabo un trabajo específico, con los ajustes que puedan ser necesarios (p. ej., apoyo extra), en función de los requerimientos de la ley DDA.

La DRC británica ha analizado la jurisprudencia creada por la ley y ha recomendado al gobierno la realización de una reforma legal específica que incluya cambios en la lista de «actividades cotidianas» (Disability Rights Commission, 2003). La evidencia indica que la discriminación a menudo se produce en función de preguntas innecesarias que se realizan durante la fase de contratación, como «¿ha sufrido alguna vez una enfermedad mental?». Así, la DRC propone que las preguntas relativas a una posible discapacidad sólo se puedan realizar durante la fase de contratación (antes de la oferta de trabajo) en circunstancias concretas. En 2005, el gobierno de Reino Unido introdujo una reforma para asegurar los derechos de las personas con problemas mentales al eliminar el requisito de que estas personas, pero no las que sufrían otros tipos de discapacidad, tuvieran que demostrar que su enfermedad estaba «clínicamente bien controlada». Desde 2004 ya no se considera justificada la discriminación directa, lo que podría ser útil para las personas que interpongan demandas judiciales en el futuro.

A finales de 2003, según el Artículo 13 de la Directiva de empleo de la UE, los países pertenecientes a la UE (y los países candidatos en la UE) tenían que haber aprobado una legislación que eliminara la discriminación laboral en función de la discapacidad, con aplicación de las medidas necesarias para su cumplimiento. La investigación realizada por parte de la propia UE señala que en 2003 había instituciones en 15 países dedicadas al cumplimiento de las disposiciones antidiscriminación y que en algunos países había más de una institución de este tipo; el objetivo de todas ellas era el de abordar los diferentes problemas de discriminación relacionados con la raza, el sexo y la discapacidad (www.eumc.eu.int).

Parece que la presión ejercida por la UE y por los distintos países está acelerando los progresos en la legislación promulgada contra la discriminación (incluso en países no pertenecientes a la UE). Por ejemplo, el parlamento noruego estableció una comisión, obtuvo datos correspondientes a Europa y a otras regiones del mundo, y adoptó una serie de me-

didadas antidiscriminación en el mercado laboral (Párrafo 55 de su legislación laboral de 2001, que representaba una enmienda de las Leyes números 313 y 311 del derecho laboral). Se estableció esta medida por efecto de los grupos de presión fundamentados en la Directiva europea sobre empleo y por la influencia de la legislación sueca existente previamente. Eslovaquia aprobó una nueva ley laboral que tuvo efecto a partir de 2004 y en ella se proponían medidas para potenciar la implicación activa en el mercado de trabajo de las personas con discapacidad (Ley número 5 sobre servicios laborales).

Los países europeos tienen la oportunidad de evitar los errores de la ley británica al desarrollar su propia legislación. Además, en Estados Unidos y en Gran Bretaña hay abundante material sobre lo que pueden significar los «ajustes razonables» en el mercado laboral en lo que se refiere a las personas con problemas mentales: desde un apoyo indirecto hasta una supervisión adicional o un horario flexible (Employers Forum on Disability, 1998). En Alemania y Rusia se han implementado incentivos de gran magnitud para los empresarios y las empresarias que contraten y mantengan en su puesto de trabajo a personas con discapacidad, aparte de que la recaudación económica por las multas impuestas por la falta de cumplimiento de esta normativa legal se reinvierte en los programas de implementación.

El poder legal genérico posiblemente tenga un efecto todavía mayor en comparación con la rectificación individual. En Gran Bretaña, la DRC puede realizar una investigación formal en cualquier sector u organización en que se sospeche que existe discriminación y también puede efectuar recomendaciones para un cambio genérico fundamentado en la fuerza de la ley. El gobierno también ha aprobado una normativa legal para introducir un compromiso por parte del sector público, obligando a las organizaciones del sector público a promover de manera anticipada la igualdad de oportunidades más que a abordar la discriminación después que se producen casos concretos. Esta normativa legal tuvo efecto a partir de diciembre de 2006 en la forma de la Ley contra la discriminación por discapacidad, de 2005. Será clave evaluar el impacto de la amplia gama de medidas legales y políticas, así como de las medidas de buena práctica, implementadas en toda Europa.

INTERVENCIÓN SOBRE LAS DISTINTAS FASES DE LA DISCRIMINACIÓN

Link y Phelan (2001) han argumentado que el estigma tiene cuatro componentes:

1. Discriminación y etiquetado de las diferencias humanas.
2. Vinculación de las personas etiquetadas con características indeseables.
3. Diferenciación entre «ellos» (las personas etiquetadas o marcadas) y «nosotros».
4. Culminación en pérdida de estado y discriminación con desigualdad de oportunidades vitales.

Sayce (2003) analizó la evidencia de las posibles intervenciones en cada una de estas fases con el objetivo de reducir la discriminación. A propósito de ello, en este capítulo se desarrollan con detalle dos lecciones especialmente importantes ofrecidas por la evidencia.

Vinculación entre la persona y diversas características indeseables

Sustituir el término de características «indeseables» por el de características «deseables» requiere, en primer lugar, abordar estereotipos e identidades muy específicos. La promoción del mensaje genérico de que la discriminación frente a cualquier ser humano es una actitud equivocada no ha eliminado los mitos relativos a los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental. A finales de la década de 1990, en una era de mayor aceptación gracias a las campañas y al incremento de la participación, en Gran Bretaña realmente se demostró un incremento de la distancia social respecto a las personas con problemas mentales (Department of Health, 2003).

Media Consulta, una compañía de relaciones públicas radicada en Berlín, y que en 2003 llevó a cabo una campaña de información pública acerca del empleo patrocinada por la UE («Abajo con la discriminación»), señaló las dificultades de diseñar imágenes y mensajes que «funcionaran» en todo el abanico de diferencias raciales, sexuales, de discapacidad, de edad, de orientación sexual y de religión/creencias. Esta compañía propuso una imagen de robots en la oficina para caricaturizar los horrores de un puesto de trabajo europeo sin diversidad. Aunque ésta fue una presentación inteligente, habría sido sorprendente si hubiera provocado una reducción de los prejuicios acerca de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental y acerca del resto de los subgrupos a los cuales pretende proteger la nueva legislación (trabajadores y trabajadoras inmigrantes, personal desplazado, personas ancianas, homosexuales y lesbianas).

En segundo lugar, al considerar los mensajes centrados en una característica «deseable» con objeto de sustituir el estereotipo negativo, es esencial comprobar si la característica propuesta es contemplada realmente como algo deseable, tanto por parte de las personas que sufren problemas psiquiátricos como por parte de la audiencia a la cual se dirige el mensaje. Es muy fácil sustituir un estereotipo por otro.

Hay pruebas de que uno de los tipos de mensaje que pueden «funcionar» elimina el vínculo entre enfermedad mental y violencia (Penn y Martin, 1998; Penn y cols., 1999; Read y Law, 1999). Este enfoque está basado en el hecho de que la asociación entre peligrosidad y enfermedad mental es «el alma» del estigma (Link y cols., 1999). Las personas que asocian enfermedad mental con violencia tienen más posibilidades de mantener actitudes discriminatorias (Link y cols., 1987) y en los contextos en los cuales las intervenciones de carácter educativo pueden romper el vínculo entre enfermedad mental y violencia se observa una desaparición de dichas actitudes.

Otro mensaje prometedor es el centrado en las aportaciones de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental, tanto en forma de trabajadores(as) como en forma de líderes comunitarios(as). La campaña New Zealand Like Minds presentaba un perfil de personas con problemas mentales que trabajaban y tenían éxito, incluyendo un jugador de rugby neozelandés bien conocido, así como ciudadanos corrientes. Este énfasis tuvo gran importancia en el éxito de la campaña respecto a la mejora cuantificable de las actitudes públicas (Ministry of Health, 2003). Parece que se produjo una sustitución del estereotipo de la indefensión, el peligro, o ambos, por imágenes de personas que tienen algo que ofrecer. Esta campaña abordó el punto de vista, quizá tan pernicioso como la asunción de la vio-

lencia, de que las personas con problemas mentales son incompetentes. Son necesarias más evaluaciones de este tipo de campañas.

Más allá de estas áreas, la evidencia de la efectividad de los mensajes concretos es mucho menor. Es preocupante el hecho de que muchas campañas antiestigma que se están aplicando en todo el mundo utilizan como motivo fundamental mensajes respecto a los cuales no hay ninguna base de evidencia clara. Uno de los más habituales es el mensaje de que «la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra» (o bien que es una enfermedad cerebral). De hecho, hay datos recientes obtenidos en Alemania que indican que estos mensajes ofrecen un resultado contrario al pretendido: cuanto más reconocen las personas que la biología es una causa de los problemas psiquiátricos (en este caso concreto, la esquizofrenia), más distancia social desean poner entre sí mismas y los individuos afectados (Angermeyer y Matschinger, 2005).

No es sorprendente que las personas que padecen discriminación deseen beneficiarse de las actitudes más benignas existentes hacia las personas que, por ejemplo, presentan coronariopatía, en comparación con las que padecen esquizofrenia (Lai y cols., 2001). Este hecho puede generar un punto de vista inocente en el sentido de que la insistencia en la terminología relativa a la enfermedad (y en la explicación de la etiología en términos de enfermedad) dará lugar a una transferencia directa del grado de aceptación de la enfermedad física al contexto de la salud mental. Esta asunción presenta varios problemas, y el primero de ellos consiste en el hecho de que la concepción de la enfermedad no rompe el vínculo entre enfermedad mental y violencia. En la cultura popular, el concepto de «enfermedad» puede coexistir muy fácilmente en algunos casos con la idea del «mal», tal y como atestiguan las primeras páginas dedicadas al «monstruo enfermo» en los periódicos de algunos países. El segundo problema es el concepto de enfermedad, pues éste tampoco rompe el vínculo entre enfermedad mental e incompetencia; de hecho, puede reforzarlo. Las enfermedades físicas se puedan relacionar con una incompetencia asumida, tal y como ocurre, por ejemplo, con la pregunta «¿toma azúcar?» dirigida a menudo a la persona que empuja la silla de ruedas de un paciente, más que al propio paciente que utiliza la silla de ruedas. No deberíamos responder a esta actitud de condescendencia, explicando los hechos del accidente que causó el traumatismo de la columna vertebral del paciente. La causa es sencillamente irrelevante. La dificultad efectiva es la demostración del grado de competencia y la consideración de los deseos del paciente acerca de cómo desea ser tratado. De la misma manera, no deberíamos asumir que la explicación de las causas de la esquizofrenia puede reducir las actitudes discriminatorias. ¿Por qué debería hacerlo?

Si las personas que sufren enfermedades físicas pueden ser objeto de lástima y estigma, en los casos en que el órgano afectado es el propio cerebro (en el cual se localizan la personalidad y la mente) se pone en cuestión toda la credibilidad y la capacidad de una persona. Si se añade a ello el temor que despierta la enfermedad mental como metáfora de un trastorno general y de falta de control (Sontag, 1978), está claro que la simple constatación de que la «locura» es una enfermedad cerebral posiblemente no «eliminará» la metáfora; en términos de Sontag, no reducirá su «veneno».

El tercer problema asociado con el modelo de enfermedad cerebral es la descarga de responsabilidad del paciente respecto a la enfermedad que padece y al comportamiento

asociado con ella, es decir, si es una enfermedad, no se debe a un fallo de la persona. Esta secuencia puede contemplarse como un resultado positivo; de hecho, la investigación realizada en Estados Unidos demuestra la existencia de un vínculo entre la contemplación de la enfermedad mental como un problema biológico y la disminución de la culpabilidad del individuo (Phelan y cols., 2002). Sin embargo, actualmente Angermeyer y Matschinger (2005) han realizado este mismo estudio en Europa y han obtenido resultados opuestos a los de Estados Unidos. Los ciudadanos norteamericanos tienen una tendencia considerablemente mayor que la de los europeos a contemplar a los individuos como responsables de su pobreza (Wilson, 1997) y de «su propio destino» en términos generales. Angermeyer y Matschinger (pág. 331) señalan que «de forma paralela a un incremento de la tendencia de la sociedad a aceptar las causas biológicas, se observa un aumento en el deseo de poner distancia social respecto a las personas que sufren esquizofrenia». Los autores de este estudio señalan que, en Alemania, cuanto más aceptaban los encuestados una causalidad de tipo biológico, más consideraban que los individuos con esquizofrenia presentaban una pérdida del autocontrol con un comportamiento impredecible y peligroso. A su vez, esta actitud se asoció con mayor grado de temor, lo que fomentaba un deseo más intenso de distancia social. Read y Harre (2001) obtuvieron un resultado similar; cuando una parte de la sociedad aceptó el mensaje de la «enfermedad cerebral», mostró una probabilidad mayor (no menor) de creer que el paciente era incapaz e irresponsable, es decir, un pobre desgraciado más que un ciudadano normal. Si una persona no es responsable de su comportamiento, entonces no puede controlarlo y, por tanto, es incluso más peligrosa. Tal y como señalaban Read y Harre, los mensajes dirigidos hacia la consideración de la enfermedad cerebral están relacionados con actitudes negativas, incluyendo las percepciones de que los «pacientes psiquiátricos son personas peligrosas, antisociales e impredecibles que rechazan el establecimiento de relaciones sentimentales [...] Se recomienda que los programas de desestigmatización consideren el abandono de las medidas para divulgar las explicaciones basadas en la enfermedad, centrándose, en vez de ello, en el incremento del contacto con los usuarios de los servicios de salud mental» (Read y Harre, 2001: 223).

Algunos datos obtenidos en Gran Bretaña sugieren que la sociedad muestra un grado de aceptación mayor cuando considera que un problema mental se debe a causas comprensibles, como el duelo por la pérdida de un familiar o la pérdida del puesto de trabajo, más que cuando considera que la enfermedad mental tiene una causa biológica o una causa completamente desconocida (Sayce, 2000). No obstante, esto significa que la sociedad puede tener diferentes opiniones entre lo que es una dificultad aceptable y comprensible, por un lado, y el hecho de ser «un enfermo mental», por el otro: la aceptación de las dificultades de origen comprensible no «alcanza» los puntos de vista sobre la enfermedad mental, de manera que podría no «funcionar» como estrategia antidiscriminatoria.

Si la aceptación de una causalidad biológica reduce la culpabilidad del individuo, es posible que esta culpabilidad sea sustituida por lo que se contempla como actitudes y comportamientos más positivos, como la compasión, la solidaridad y la disposición a ayudar (Phelan y cols., 2002). Dicha sustitución plantea una cuestión fundamental: ¿la compasión y la disposición a ayudar son las respuestas positivas que pueden eliminar la discriminación? Un enfermo mental norteamericano señalaba lo siguiente: «A los pacientes mentales

antes se les llamaba locos y lunáticos. Eran objeto de un odio intenso. La National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) se plantó y dijo no, no tenemos que odiarles, están enfermos. Tenemos que compadecernos de ellos. Ahora somos objeto de una compasión intensa. Personalmente, me gustaría que alguien hiciera algo para sustituir el odio por otra cosa distinta» (citado en Sayce 2000: 207).

Estar «enfermo» significa que el paciente puede ser objeto de lo que Corrigan y cols. (2001) denominaron el «estigma de la benevolencia», bajo el cual las personas son consideradas inocentes e infantiles. Un aspecto importante es el hecho de que esta forma de estigma está vinculada con el deseo de distancia social, tal y como ocurre con el temor a la violencia. La enfermedad también significa una exclusión de los roles sociales, lo que puede ser exactamente lo contrario de lo que desea el paciente. Phelan y cols. (2002) señalaron que las explicaciones biológicas y genéticas son una «espada de doble filo». Aunque se asocian con una disminución de la culpabilidad, se suelen relacionar con una actitud de pesimismo respecto a la recuperación y, en el caso de la causalidad genética, con el temor a la propagación del problema genético y el mantenimiento de la etiqueta de enfermedad mental, incluso si el paciente lleva años sin presentar síntomas.

Hinshaw y Cicchetti (2000) observaron que, desde un punto de vista histórico, los modelos biológicos de la enfermedad mental se han asociado con respuestas sociales de castigo con la misma intensidad que los modelos de posesión demoníaca; en ambos casos, el paciente recibe una respuesta autoritaria frente al supuesto «trastorno» de su cerebro o de su espíritu. Aparentemente, no hay ningún fundamento para privilegiar el concepto biológico en lo que se refiere a la disminución de la discriminación y, de la misma manera, tampoco lo hay para privilegiar la causalidad social ya que podría significar que algunas enfermedades (las comprensibles) son aceptadas, mientras que las demás son rechazadas (Sayce, 2000).

Finalmente, desde una perspectiva transcultural, no hay consenso respecto al modelo explicativo de mayor utilidad en lo que se refiere a la autoprotección del individuo, ni tampoco se ha demostrado que el modelo médico occidental sea más útil que otros modelos en términos de eficacia antidiscriminatoria. Haj-Yahia (1999) observó que en la sociedad árabe tradicional, a pesar de que se imponían los conceptos religiosos relativos a la enfermedad mental, el rechazo de las personas hacia los problemas psiquiátricos no estaba relacionado necesariamente con ello. Lefley (1990) señaló que los diferentes puntos de vista existentes en todo el mundo deben ser considerados un aspecto positivo sobre el cual se puede trabajar y que esta situación es mejor que el intento de homogeneizar la enfermedad mental a nivel mundial como una «enfermedad».

Varios autores han comentado las posibles razones del uso frecuente del modelo de enfermedad cerebral en las iniciativas antidiscriminatorias. Rose (1998) señaló que en las décadas de 1950 y 1960 el concepto de «una enfermedad como cualquier otra» era clave para el movimiento de la psiquiatría comunitaria, cuyos objetivos eran reducir las medidas coercitivas en favor de las asistenciales, desvincular las enfermedades psiquiátricas de las imágenes de terror y conseguir que los servicios de salud mental formaran parte de la medicina convencional. Así, se ha realizado una inversión profesional profunda en el modelo de «una enfermedad como cualquier otra», lo que puede ayudar a explicar su supuesta utilidad en

ausencia de una evidencia empírica. Las compañías farmacéuticas han puesto grandes esperanzas en el concepto de enfermedad ya que abre el mercado a la venta de soluciones biomédicas. Las familias de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental se pueden sentir incómodas con el modelo de «enfermedad cerebral» porque este modelo hace más hincapié sobre los propios aspectos del paciente que sobre los aspectos de su entorno y, en cierta medida, les absuelve de la responsabilidad por su comportamiento. Sin embargo, no hay evidencia de que ningún modelo concreto de lo que es la enfermedad mental o lo que la causa sea más útil que cualquiera de los demás modelos en lo que se refiere al objetivo de la antidiscriminación. Sobre el modelo de la enfermedad cerebral se ha puesto demasiada confianza, lo cual podría fomentar más que reducir los estereotipos de la peligrosidad y, especialmente, de la incompetencia.

La asunción de que el conocimiento del modelo de «enfermedad» por parte de la sociedad es positivo está tan arraigada que en ocasiones se asume en los estudios de investigación como una evolución positiva (no demostrada). Por ejemplo, el Royal College of Psychiatrists citó como un éxito de su campaña «Derrota de la depresión» (Defeat Depression) el incremento en la proporción de personas de la sociedad que creían que la depresión era «una enfermedad médica como cualquier otra enfermedad» (Royal College of Psychiatrists, 1995). Stuart y Arboleda Flórez (2001) utilizaron el concepto de que la esquizofrenia es una enfermedad biológica como uno de los diversos indicadores para determinar el conocimiento social preciso, con objeto de valorar los vínculos entre este tipo de conocimiento y el estigma. Esta forma de investigación no permite determinar si la creencia en un modelo concreto de enfermedad está vinculada de manera positiva o negativa con parámetros importantes para los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental, como la distancia social. Es necesario, tanto para la investigación como para la práctica clínica basada en la evidencia, desechar la asunción de que la contemplación del concepto biológico de la enfermedad mental reduce la discriminación. La causa del problema no es el elemento clave para eliminar la discriminación.

Son más prometedores los mensajes que ignoran la causalidad y se centran en las aportaciones realizadas por los pacientes psiquiátricos y en un concepto de ciudadanía igualitaria, con eliminación de los vínculos entre la enfermedad mental, la violencia y la incompetencia. El modelo de los derechos del discapacitado, que llama la atención sobre las barreras que se presentan ante estas personas y la negación de sus derechos a participar, parece mucho más apropiado –con los ajustes adecuados– para introducir cambios en las actitudes y los comportamientos, en comparación con la quimera de que el conocimiento científico de la causa de la enfermedad puede calar en la sociedad y generar una eliminación de la discriminación. La evidencia en apoyo o rechazo de este enfoque es limitada. Sin embargo, el proyecto «Nos gustan sus mentes» (Like Minds) del gobierno neozelandés parece que ha dado buenos resultados respecto a la reducción de las actitudes discriminatorias (especialmente en lo que se refiere al deseo de distancia social), al tiempo que hay cierta evidencia de que los programas convencionales que insisten en el conocimiento de la causalidad biológica quizá no reduzcan el estigma de manera efectiva (Angermeyer y Matschinger, 2005). Son necesarios nuevos estudios de investigación en este área para ofrecer evidencia a los políticos respecto a la mejor manera de disminuir las actitudes y comportamientos discriminatorios.

Separación entre «ellos» (las personas etiquetadas) y «nosotros»

El hallazgo más constante en los estudios de investigación realizados sobre la reducción de la discriminación o el estigma es el hecho de que las actitudes mejoran como resultado del contacto o la familiaridad con una persona que sufre problemas mentales (Angermeyer y Matschinger, 1997; Read y Law, 1999; Meise y cols., 2000). La oposición a los centros de salud mental desaparece una vez que éstos se inauguran y las personas del vecindario «comprueban que los usuarios de los centros son personas como ellas» (Repper y cols., 1997). El contacto, al parecer, reduce el temor al «otro» e incrementa la empatía. El contacto influye en las actitudes, tanto si es voluntario como involuntario (Link y Cullen, 1986; Desforjes y cols., 1991; Corrigan y cols., 2001). Además, el contacto puede ser prospectivo o retrospectivo; en otras palabras, el uso del contacto físico como intervención antidiscriminatoria tiene perspectivas prometedoras (Couture y Penn, 2003).

En el contexto de la campaña Like Minds, llevada a cabo en Nueva Zelanda, los empleados gubernamentales que recibieron una formación específica señalaron que la experiencia personal les había hecho cambiar desde una actitud de preocupación respecto al comportamiento de las personas con enfermedades mentales hacia una actitud de prudencia por su propio comportamiento, es decir, de lo que podían decir o hacer cuando estaban ante una persona con problemas mentales.

La investigación respecto a los tipos de contacto que influyen en mayor medida sobre las actitudes y los comportamientos no ha generado todavía resultados concluyentes (Alexander y Link, 2003). La investigación genérica sobre el impacto del contacto físico en relación con los grupos que se enfrentan a la discriminación (p. ej., las minorías raciales y religiosas) demuestra que los elementos clave son el hecho de que las personas permanezcan juntas en condiciones de igualdad, en situaciones en las cuales los estereotipos posiblemente son rechazados, en las cuales hay colaboración entre los distintos grupos, en las cuales los distintos participantes se conocen entre sí y las normas sociales favorecen la igualdad (Hewstone, 2003). En el campo de la salud mental hay cierta evidencia a favor de estas conclusiones, sobre todo en lo que se refiere a la situación de igualdad (Corrigan y Penn, 1999) y a la actitud de colaboración (Desforjes y cols., 1991). En las situaciones en que las personas con alteraciones psiquiátricas desempeñan roles significativos, como empleados, jefes o profesores, o bien son formadores con cierto nivel, posiblemente estos roles influyen positivamente sobre las actitudes de las personas que rodean a los pacientes. No obstante, hay algunas reservas; el efecto no tendrá lugar si el paciente oculta su problema psiquiátrico o bien si las personas no discapacitadas contemplan al paciente de una manera tan diferente a su estereotipo que no realizan una generalización del individuo afectado, sino que más bien lo consideran una «excepción» (Hewstone, 2003).

En comparación con el contacto físico, la información específica tiene un respaldo menor de la investigación como método efectivo para el cambio de las actitudes. Wolff y cols. (1996) observaron en un estudio que las actitudes se modificaban a consecuencia de una intervención de carácter comunitario en la cual el vecindario recibía información y se reunía con los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental, incluso si se tiene en cuenta que el conocimiento de los vecinos respecto a esta problemática no se incrementó en ab-

soluta. Link y cols. (1999) señalaron que en cierta época de Estados Unidos, en la cual se produjo un incremento de la concienciación pública acerca de la salud mental, el deseo de mantenimiento de una distancia social se mantuvo muy arraigado. El conocimiento al parecer no es ninguna condición necesaria y suficiente para el cambio de las actitudes.

La inclusión en sí misma es una potente herramienta para cambiar las creencias de las personas no discapacitadas (cuadro 3-2). En un estudio efectuado recientemente en Gran Bretaña se observó que el grupo con mayor conocimiento de la ley DDA y con actitudes más favorables hacia la inclusión de los discapacitados estaba formado por personas que «tienen un compañero(a) de trabajo que sufre alguna forma de discapacidad» (Disability Rights Commission, 2002). Los centros escolares en que se aplica un enfoque de inclusión también influyen en los niños no discapacitados para que presenten una actitud de mayor aceptación de los niños discapacitados (Gray, 2002).

Cuadro 3-2 Estrategias para fomentar la inclusión

- La evidencia demuestra que el contacto físico entre las personas que sufren problemas mentales y el resto de la ciudadanía tiene un efecto muy positivo sobre las actitudes y los comportamientos.
- El contacto físico debe conllevar una situación de igualdad.
- La inclusión en los contextos laboral y educativo cambia en sí misma las actitudes y los comportamientos.
- También son efectivos los mensajes educativos que contradicen los estereotipos de violencia y de incompetencia, subrayando la aportación de los pacientes con problemas mentales.
- Los mensajes centrados en las causas de los problemas mentales (p. ej., «una enfermedad como cualquier otra») son, en el mejor de los casos, indiferentes y en algunas situaciones podrían potenciar la discriminación.

Así, un reto importante es conseguir que las personas discapacitadas tengan mayor seguridad en la afirmación de su derecho a participar. Es alentador el hecho de que, en una encuesta efectuada recientemente en Estados Unidos a profesionales y directivos (de la industria y de los distintos sectores productivos) que sufrían problemas mentales, se observó que la mayoría (87 %) había comunicado el problema en su trabajo y que la mayor parte (61 %) no se arrepentía de ello. Uno de los factores asociados significativamente con la divulgación del problema fue el conocimiento de la Ley norteamericana de pacientes con discapacidad (Americans with Disabilities Act). La legislación antidiscriminación puede potenciar la seguridad de los pacientes en lo que se refiere a la divulgación de su enfermedad (Ellison y cols., 2003). Es imprescindible incrementar la proporción de europeos discapacitados con conocimiento de sus derechos. En el Eurobarómetro (2003) se observó que sólo un poco más de la tercera parte de los europeos tendría conocimiento de sus derechos si sufriera una situación de discriminación.

LÍNEAS POLÍTICAS

En un informe de la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003: 26, 56) relativo a los mercados de trabajo europeos y a los ingresos econó-

nicos percibidos en ellos, se llegó a la conclusión de que «los distintos estudios demuestran que las personas que sufren una enfermedad mental tienen más problemas en comparación con las que sufren otros tipos de enfermedades y formas de discapacidad [...] Las campañas de información han intentado desestigmatizar la enfermedad mental, pero el estigma asociado con ella todavía es importante».

Claramente, el estigma es un elemento clave en la desigualdad de las oportunidades vitales generales y, por ello, debería recibir mucha más atención por parte de los políticos con el objetivo de reducir la exclusión (Link y Phelan, 2001). Por desgracia, la exclusión de las personas con problemas psiquiátricos a menudo se acompaña de una segunda forma de exclusión, la relativa a la falta de legislación con medidas para la inclusión de los discapacitados:

«En función de los resultados obtenidos a lo largo de siete años de trabajo, considero que hay dos grupos específicos de personas con discapacidad; las que sufren discapacidad intelectual y discapacidad psiquiátrica, que muestran sistemáticamente mayores niveles de marginalización y aislamiento que los correspondientes a otros grupos de discapacitados... Las políticas modernas acerca de la discapacidad persiguen el cambio de la exclusión por la inclusión. Es un buen momento para que los grupos de mayor vulnerabilidad entre las personas discapacitadas, incluyendo las que sufren problemas psiquiátricos, puedan ser incluidas en este desarrollo de carácter mundial. Alcanzar este objetivo es una responsabilidad de todos⁴.»

El hecho de ser excluido incluso de la agenda de «inclusión de la discapacidad» es problemático ya que esta agenda en sí misma está marginada respecto a las políticas sociales y económicas predominantes. Las discusiones sobre la discapacidad tienden a centrarse en el problema de los derechos, un problema que despierta el consenso, pero que a menudo no genera políticas activas que mejoren las condiciones de vida de las personas (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003).

En la fase siguiente del desarrollo político de la UE, el elemento clave es la pertenencia a las corrientes dominantes. Esto significa que los analistas y los defensores de la política de salud mental deben desarrollar fundamentos dominantes respecto a la inclusión, considerándola no sólo desde el punto de vista de las distintas iniciativas políticas y los derechos.

Por poner un ejemplo, Burchardt (2000) señaló que en Gran Bretaña las personas con discapacidad son hasta el 50 % de los desempleados que desean trabajar, aparte de que la tercera parte de estas personas estaría dispuesta a comenzar a trabajar antes de 15 días. ¿Habría algún empresario razonable, sobre todo en épocas de tasas bajas de paro, que pudiera evaluar tan sólo la mitad de estas posibles contrataciones? ¿Habría algún gobierno que pretendiera incrementar la participación laboral de las personas con enfermedades mentales (discapacitados) que dejaría a éstas fuera de su ecuación política? Tal y como señaló Burchardt, «las estrategias antipobreza deben tener en cuenta las necesidades de las personas discapacitadas como una parte central de sus programas, no sólo como un caso

⁴ El doctor Bengt Lindqvist, informador especial sobre discapacidad de las Naciones Unidas. Discurso pronunciado en la Reunión de la OMS sobre salud mental y derechos humanos, Ginebra, abril de 2001.

especial en un presupuesto modelo» (pág. 65). La exclusión social de los discapacitados debe salir del gueto de la «política de discapacidad» e, incluso, del correspondiente a la «política de los derechos de los discapacitados»; además, es necesaria la participación de los políticos especializados en salud mental.

En Europa, los problemas mentales representan aproximadamente el 25 % de los nuevos casos de discapacidad que reciben subsidios y esta proporción es cada vez mayor (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003). Los políticos que influyen en las corrientes predominantes están buscando soluciones. Si los políticos que trabajan en relación con cuestiones de discapacidad pudieran ofrecer métodos económicamente rentables para incrementar la participación social de los discapacitados, incluyendo las personas que sufren problemas mentales, cabría la posibilidad de que fueran escuchados (cuadro 3-3).

Cuadro 3-3 Líneas políticas para incrementar la inclusión

- La clase política debe centrarse en la inclusión, no solamente en los servicios de salud mental.
- La clase política debe apoyar las iniciativas antidiscriminatorias multifactoriales y con aplicación a múltiples niveles.
- La clase política debe contemplar la inclusión de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental por medio de las corrientes políticas predominantes respecto a la educación, el empleo o la regeneración económica, diseñando al mismo tiempo soluciones de carácter prioritario.
- La clase política y las personas que defienden la salud mental deben trabajar con otras partes en redes amplias frente a la discapacidad con objeto de conseguir que la política sobre salud mental alcance la prioridad necesaria.

CONCLUSIÓN

Cada vez hay mayor evidencia de la exclusión de la población europea que sufre problemas mentales y de las medidas que pueden aplicarse para evitarla. Las personas con problemas mentales se enfrentan a discriminación y exclusión en todas las facetas de su vida, incluyendo su nivel de salud, el respeto personal, las oportunidades para colaborar con sus comunidades y en todo lo relativo a la igualdad en derechos humanos. Ya ha pasado la época de los programas bien intencionados dirigidos a «informar a la sociedad respecto a la salud mental» con el objetivo de reducir el estigma. Lo que se necesita hoy día son iniciativas antidiscriminatorias basadas en programas multifactoriales y a múltiples niveles que aborden directamente los desequilibrios de poder, que incluyan dentro de la agenda de problemas prioritarios los derechos e intereses de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental en lo relativo a las políticas económicas y sociales generales, y que también puedan eliminar los estereotipos específicos que han soportado durante siglos las personas con problemas mentales. En concreto, es necesario eliminar de manera activa el concepto de que los usuarios y las usuarias de servicios de salud mental deben ser contemplados(as) a través de un conjunto distinto de asunciones y normas respecto al riesgo, en comparación con otros sectores de la ciudadanía ya que son vistos como «peligrosos», «incompetentes» o

ambas cosas. La insistencia positiva sobre la participación parece que es un elemento clave en la formulación de estrategias antidiscriminatorias efectivas. La evidencia demuestra que el contacto físico entre las personas que sufren problemas psiquiátricos y el resto de la ciudadanía, especialmente mediante su inclusión en los ámbitos laboral y educativo, tiene un efecto muy positivo sobre las actitudes y los comportamientos de las personas no discapacitadas.

A pesar de que la tarea es muy compleja por su propia naturaleza, hay pruebas acerca de «lo que funciona» y de la existencia de oportunidades importantes en Europa tras la aprobación de la Directiva europea sobre empleo (European Directive on Employment, Art. 13) y tras el nuevo compromiso para una Directiva de discapacidad con independencia del ámbito laboral. La primera ley antidiscriminatoria respecto a la discapacidad aprobada en Europa se promulgó en Reino Unido y tuvo muy buenos resultados para las personas con problemas psiquiátricos, de manera que los demás Estados miembros están desarrollando iniciativas legislativas similares en respuesta a la Directiva de la UE. Si las políticas resultantes contemplaran las dimensiones de la salud mental desde el principio y fueran vigiladas y reformadas de manera continuada, este nuevo enfoque y las lecciones aprendidas a nivel internacional podrían generar beneficios tangibles en términos de disminución de la discriminación a la cual se enfrentan las personas con problemas mentales residentes en toda Europa.

Finalmente, las relaciones de poder no se podrán cambiar a menos que el trabajo realizado para dicho cambio pueda modelar las nuevas relaciones de poder (v. cap. 14). La clase política, las personas defensoras de la salud mental y los usuarios y las usuarias de los servicios de salud mental necesitan el acceso a redes más amplias y el mantenimiento de su presencia en agendas políticas más genéricas. Lo más importante es que las personas con discapacidad deben liderar el proceso, trabajando en él con los aliados más apropiados. Link y Phelan (2001) han señalado que un elemento clave en el proceso de estigmatización es el de «las personas que hacen prevalecer sus puntos de vista». En este contexto, los puntos de vista de las personas usuarias de los servicios de salud mental y de los pacientes psiquiátricos deben prevalecer.

BIBLIOGRAFÍA

Alexander LA, Link BG. The impact of contact on stigmatising attitudes towards people with mental illness. *J Ment Health* 2003; 12 (3): 271-290.

Allebeck P. Schizophrenia: a life-shortening disease. *Psychiatr Bull* 1989; 15 (1): 81-89.

Angermeyer MC, Matschinger H. The effects of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996; 43 (12): 1.721-1.728.

Angermeyer MC, Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med* 1997; 27 (1): 131-141.

Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 331-334.

Burchardt T. *Enduring Economic Exclusion: Disabled People, Income and Work*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2000.

Burchardt T, Le Grand J, Piachaud D. Social exclusion in Britain 1991-1995. *Social Policy and Administration* 1999; 33 (3): 227-244.

- Burchardt T, Le Grand J, Piachaud D. Introduction to understanding social exclusion. En: Hills J, Le Grand J, Piachaud D, eds. *Understanding Social Exclusion*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Commission for Health Improvement. *Investigation into the North Lakeland NHS Trust: Report to the Secretary of State for Health*. Londres: Commission for Health Improvement, 2000.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychologist* 1999; 54 (9): 765-766.
- Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27 (2): 219-225.
- Couture SM, Penn DL. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *J Ment Health* 2003; 12 (3): 291-306.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Mortality in long-stay patients from psychiatric hospitals in Italy: results from the Qualyop Project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38 (7): 385-389.
- Desforges DM, Lord CG, Ramsay SL, Mason JA, Van Leeuwen MD, West SC y col. Effects of structured co-operative contact on changing negative attitudes towards stigmatised groups. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60 (4): 531-544.
- Department of Health. *Health of the Nation*. Londres: Department of Health, 1991.
- Department of Health. *Attitudes to Mental Illness 2003*. Londres: Department of Health, 2003.
- Disability Rights Commission. *Public Attitudes Survey*. Conducted by BMRB for the Disability Rights Commission. Londres: Disability Rights Commission, 2002.
- Disability Rights Commission. *Disability Equality: Making it Happen. A Review of the Disability Discrimination Act 1995*. Londres: Disability Rights Commission, 2003.
- Disability Rights Commission. *Strategic Plan 2004-2007*. Londres: Disability Rights Commission, 2004.
- Disability Rights Commission. *Disability Briefing*. Londres: Disability Rights Commission, 2005.
- Disability Rights Commission. *Equal Treatment: Closing the Gap. Results of a Formal Investigation into Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems*. Londres: Disability Rights Commission, 2006.
- EASPPD. *Report to European Association of Service Providers of People with Disabilities, 2002*. Disponible en: www.easpd.org.
- Ellison ML, Russinova Z, Macdonald-Wilson KL, Lyass A. Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *J Voc Rehab* 2003; 18 (1): 3-13.
- Employers Forum on Disability. *Practical Guide to Employment Adjustments for People with Mental Health Problems*. Londres: Employers Forum on Disability, 1998.
- Equal Opportunities Review. *The DDA after four years: part 1 - the meaning of disability*. *Equal Opportunities Rev* 2000; 94: 12-19.
- Eurobarometer. *Discrimination in Europe. For Diversity, Against Discrimination*. Bruselas: European Commission, 2003.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Illness, Disability and Social Inclusion*. Bruselas: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38 (5): 229-237.
- Gore C, Figueiredo JB, eds. *Social Exclusion and Anti-Poverty Policy*. Ginebra: International Institute of Labour Studies, 1997.
- Gray P. *Disability Discrimination in Education. A Review Undertaken on Behalf of the Disability Rights Commission*. Londres: Disability Rights Commission, 2002.
- Haj-Yahia MM. Attitudes towards mentally ill people and willingness to employ them in Arab society. *Int Sociol* 1999; 14 (2): 173-193.
- Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.
- Hewstone M. Intergroup contact: panacea for prejudice? *The Psychologist* 2003; 16 (7): 352-355.
- Hinshaw SR, Cicchetti D. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure and social policy. *Dev Psychopathol* 2000; 12 (4): 555-598.
- Hobcraft J. Social exclusion and the generations. En: Hills J, Le Grand D, Piachaud D, eds. *Understanding Social Exclusion*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Lai YM, Hong CP, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2001; 42 (3): 111-114.

- Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 31-36.
- Lefley HP. Culture and chronic mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41 (3): 277-285.
- Leslie D. Unemployment, Ethnic Minorities and Discrimination. Florencia: European University Institute, 1997.
- Link BG, Cullen FT. Contact with people with mental illnesses and perceptions of how dangerous they are. *J Health Soc Behaviour* 1986; 27 (4): 289-302.
- Link BG, Phelan JC. On the nature and consequences of stigma. *Ann Rev Sociol* 2001; 27 (1): 363-385.
- Link BG, Cullen FT, Franck J, Wozniak JF. The social rejection of mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987; 92 (6): 1.461-1.500.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behaviour* 1997; 38 (2): 177-190.
- Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueene A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89 (9): 1.328-1.333.
- Mandela NR. *Long Walk to Freedom*. Londres: Abacus, 1995.
- Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Roesler W, Guenther V. 'Not dangerous but still frightening' - a school programme against stigmatisation of schizophrenia. *Psychiatr Praxis* 2000; 27 (7): 340-346.
- Mental Disability Rights International. *Human Rights and Mental Health*, Hungary. Washington, DC: MDRI, 1997.
- Mind. *Mindout for Mental Health, Working Minds: Making Mental Health your Business*. Londres: Mind, 2000.
- Ministry of Health. *Like Minds, Like Mine. National Plan 2003-2005*. Wellington, Nueva Zelanda: Ministry of Health, 2003.
- Nocon A. *Equal Treatment: Closing the Gap. Background Evidence for the DRC's Formal Investigation into Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities or Mental Health Problems*. Stratford-on-Avon: Disability Rights Commission, 2004.
- Penn DL, Martin J. The stigma of severe mental illness: some potential solution for a recalcitrant problem. *Psychiatr Quart* 1998; 69 (3): 235-247.
- Penn DL, Wykes T. Stigma, discrimination and mental illness. *J Ment Health* 2003; 12 (3): 203-208.
- Penn DL, Kommana S, Mansfield M, Link BG. Dispelling the stigma of schizophrenia II: the impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull* 1999; 25 (3): 437-446.
- Percy-Smith J. Introduction: the contours of social exclusion. En: Smith P, ed. *Policy Responses to Social Exclusion: Towards Inclusion?* Buckingham: Open University Press, 2000.
- Perkins R, Rinaldi M. Unemployment rates among people with long-term mental health problems: a decade of rising unemployment. *Psychiatr Bull* 2002; 26 (8): 295-298.
- Phelan J, Cruz-Rojas R, Reiff M. Genes and stigma: the connection between perceived genetic etiology and attitudes and beliefs about mental illness. *Psychiatr Rehabil Skills* 2002; 6 (2): 159-185.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F y cols. Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330 (7483): 123-126.
- Rasanen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38 (6): 297-304.
- Read J, Baker S. *Not Just Sticks and Stones: A Survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems*. Londres: Mind, 1996.
- Read J, Harre N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of 'mental patients'. *J Ment Health* 2001; 10 (2): 223-235.
- Read J, Law A. The relationships of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the 'mentally ill'. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45 (3): 216-229.
- Repper J, Sayce L, Strong S, Wilmot J, Haines M. *Tall Stories from the Back yard. A Survey of Nimby Opposition to Community Mental Health Facilities Experienced by key Service Providers in England and Wales*. Londres: Mind, 1997.
- Rose N. Governing risky individuals: the role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatr Psychol Law* 1998; 5 (2): 177-195.
- Royal College of Psychiatrists. *Results of Second MORI Poll on Attitudes Towards Depression*. Londres: Royal College of Psychiatrists, 1995.

- Rutter M, Smith DJ. *Psychological Disorder in Young People*. Chichester: Wiley, 1995.
- Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (3): 285-290.
- Sayce L. Response to violence: a framework for fair treatment. En: Crighton J, ed. *Psychiatric Patient Violence*. Londres: Duckworth, 1995.
- Sayce L. *From Psychiatric Patient to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. Londres: Macmillan, 2000.
- Sayce L. Social inclusion and mental health [editorial]. *Psychiatr Bull* 2001; 25 (4): 121-123.
- Sayce L. Beyond good intentions: making anti-discrimination strategies work. *Disabil Soc* 2003; 18 (5): 625-642.
- Sieff M. Media frames of mental illnesses: the potential impact of negative frames. *J Ment Health* 2003; 12 (3): 259-270.
- Singh P. *Prescriptions for Change: a Mencap Report on the Role of GPs and Carers in the Provision of Primary Care for People with Learning Disabilities*. Londres: Mencap, 1997.
- Social Exclusion Unit. *Mental Health and Social Exclusion*. Londres: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
- Sontag S. *Illness as Metaphor*. Nueva York: Doubleday, 1978.
- Stark C, MacLeod M, Hall D, O'Brien F, Pelosi A. Mortality after discharge from long-term psychiatric care in Scotland, 1977-94: a retrospective cohort study. *BioMed Central Pub Health* 2003; 3 (September): 30.
- Stuart H, Arboleda Flórez J. Community attitudes towards people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (3): 245-252.
- Van Oorschot W, Hvinden B. Introduction: towards convergence? Disability policies in Europe. *Eur J Soc Secur* 2000; 2 (4): 293-302.
- Wahl OF. *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1995.
- Wahl OF. Depictions of mental illnesses in children's media. *J Ment Health* 2003; 12 (3): 249-258.
- Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 440-443.
- Wilson J. *When Work Disappears: the World of the New Urban Poor*. Nueva York: Vintage, 1997.
- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Public education for community care. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (4): 440-443.
- World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki: WHO European Ministerial Conference on Mental Health, January 2005.

Capítulo 4

Presupuestos y financiación de los servicios asistenciales de salud mental

MARTIN KNAPP Y DAVID McDAID

ORIGEN CENTRAL DE LA FINANCIACIÓN Y LOS RECURSOS

Aunque las tasas de prevalencia de la mayor parte de los trastornos psiquiátricos presentan pocas variaciones en toda Europa, los distintos sistemas sanitarios contemplan niveles de necesidad diferentes, dedican financiaciones distintas para la cobertura de estas necesidades y utilizan métodos diferentes para la provisión de los servicios asistenciales. Estas variaciones en las necesidades, la financiación y la respuesta asistencial se deben a muchas razones, como las presiones demográficas, los contextos socioeconómicos, las posibilidades macroeconómicas, las actitudes sociales, la orientación cultural y religiosa, y –por supuesto– el compromiso y las prioridades políticas en relación con todo ello. A su vez, estos factores influyen en los mecanismos y los detalles de la financiación y la provisión de recursos en el contexto de los servicios asistenciales de salud mental. A pesar de las diferencias económicas existentes entre los distintos países, en todos ellos hay un denominador común de problemas de financiación. El objetivo de este capítulo es abordar dichos problemas comunes.

Muchas de las intervenciones realizadas en salud mental son iniciativas y servicios dirigidos a la promoción del bienestar mental, la prevención de los problemas psiquiátricos, el tratamiento de los síntomas y de sus secuelas, la rehabilitación y el apoyo. Los servicios de alta calidad que, además, están bien coordinados y dirigidos influyen de manera significativa en el bienestar mental y general de las individualidades y los grupos de población. Estos servicios deben ser ofrecidos por personal adecuadamente formado que posea un acceso apropiado a la información y a las medidas de apoyo, a los medicamentos basados en la evidencia, a los tratamientos psicológi-

cos y a las intervenciones psicosociales en términos de especialidad y de otros contextos. Éste es el ideal: la clave para un sistema de salud mental adecuado es, obviamente, el acceso a recursos físicos y humanos de alto nivel. La realidad es, generalmente, bastante diferente ya que las limitaciones permanentes de los recursos restringen el acceso y limitan los avances.

La estructura de este capítulo se expone a continuación. En primer lugar, se introduce un marco conceptual en que se relacionan recursos y resultados, con una definición de la compleja interrelación entre la financiación y la provisión de los servicios. Muchas personas que sufren problemas mentales tienen múltiples necesidades que, a menudo, también requieren respuestas múltiples por parte del contexto asistencial y de otros organismos, lo que incrementa necesariamente la complejidad del marco asistencial. Estas diferentes formas de complejidad se abordan en los apartados siguientes. Más adelante, se exponen algunos de los aspectos clave necesarios para un abordaje más detallado de los problemas, comenzando con las disposiciones de financiación y los presupuestos de salud mental, pasando después a una elaboración eficiente e igualitaria de los recursos, y finalizando con las dificultades de financiación que tiene la salud mental en Europa, junto con los métodos para abordar dichas dificultades.

PRODUCCIÓN DE BIENESTAR

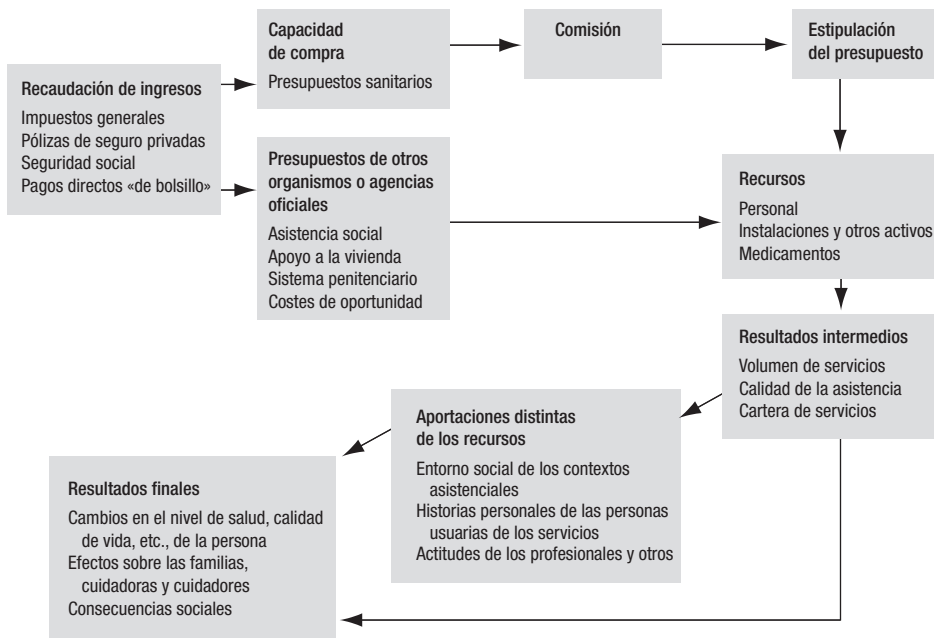
Las descripciones de los recursos a disposición de un sistema de salud mental principalmente tienden a centrarse en los recursos utilizados para el tratamiento de los síntomas o necesidades identificadas. De hecho, los recursos se pueden contemplar de diversas maneras:

1. Promoción del bienestar y prevención de los síntomas.
2. Detección y valoración de las necesidades.
3. Compra o provisión del tratamiento de las necesidades identificadas.
4. Mantenimiento de las actividades y estilos de vida «prioritarios» o rehabilitación para su recuperación.
5. Coordinación de los servicios terapéuticos y de rehabilitación (intermediación).
6. Control de la calidad de los servicios y de los resultados obtenidos por los usuarios de los servicios.
7. Regulación de los procedimientos, servicios, decisiones y oportunidades.
8. Investigación y desarrollo.

Entonces, ¿qué se quiere decir con el término «recursos» y cómo se pueden relacionar los recursos con los resultados?

Puede comenzarse con un marco sencillo que represente los vínculos existentes entre los presupuestos, los recursos que pueden comprarse o financiarse con los presupuestos, los servicios producidos con estos recursos y los resultados asistenciales y de calidad de vida que obtienen los usuarios de los servicios, sus familias y otras partes relevantes implicadas en el proceso. Estos vínculos están entre los de mayor importancia

Figura 4-1 Producción del marco de bienestar, recaudación de ingresos y comisiones.



en cualquier sistema de salud mental y, por tanto, el marco propuesto nos puede ayudar a identificar muchos de los problemas a los cuales se enfrentan los responsables de las tomas de decisiones.

El marco propuesto se ilustra esquemáticamente y de manera muy simplificada en la figura 4-1, en la cual se pueden observar las conexiones existentes entre distintas entidades:

1. Los *recursos* utilizados para la promoción de una salud mental adecuada o para la evaluación diagnóstica, el apoyo, el tratamiento y el seguimiento de las personas con problemas mentales. Estos recursos principalmente son los y las profesionales, el capital físico, los medicamentos y otros consumibles.
2. Los *costes* de estos recursos, expresados en términos monetarios.
3. Los volúmenes y cantidades de los servicios (quizá equiparados en cierta manera respecto a las características de los usuarios, incluyendo el conjunto de diagnósticos atendidos) producidos por las distintas combinaciones de los recursos aplicados, lo que podríamos llamar *resultados intermedios*.
4. Los *resultados finales* conseguidos mediante la prevención y la asistencia, principalmente en lo que se refiere a los usuarios y las usuarias individuales de servicios y a otros resultados relacionados con el alivio de los síntomas, la mejora de la actividad y de la calidad de vida, el incremento del bienestar de la familia y, quizá, algunos otros parámetros sociales más genéricos.

5. Las *aportaciones distintas de los recursos*, que no tienen un coste fácilmente identificable (ya que carecen de una comercialización directa), pero que influyen en los resultados obtenidos en los usuarios y las usuarias de los servicios y también son mediadores de la influencia de los recursos. Son ejemplos de ello el entorno social de un contexto asistencial, las historias personales de las personas usuarias de los servicios (especialmente, sus experiencias previas con los tratamientos) y las actitudes de los profesionales.
6. Los *vínculos de comisión* entre los costes (o presupuestos) y los resultados intermedios (servicios).
7. La *recaudación de ingresos*, «el proceso a través del cual el sistema asistencial recibe dinero de los particulares y las organizaciones o compañías, así como también de los donantes» (WHO, 2000: 95).

Por tanto, en el esquema se representa la serie de conexiones asumidas o demostradas entre lo que entra (la financiación y los recursos que se adquieren con ella) y lo que sale (los resultados de los servicios y, especialmente, los resultados en relación con los usuarios y las usuarias de los servicios y sus familias), posibilitado por los tratamientos y los procesos de apoyo, así como por un contexto económico y social más general. Esta representación se ha denominado *marco de la producción de bienestar* (Knapp, 1984, 1995), dadas sus analogías con los procesos de producción macroeconómicos, con la promoción del bienestar (calidad de vida) como objetivo prioritario. El marco propuesto muestra la forma con que la financiación de los recursos está en relación con muchas de las características clave de un sistema de salud mental. Por tanto, ofrece un punto de partida para la definición de las barreras a las cuales se enfrentan los recursos dirigidos hacia una mejor atención psiquiátrica en Europa, así como una plataforma para determinar la forma más adecuada de superar dichas barreras (v. más adelante). Además, el marco propuesto ofrece una estructura conceptual para las evaluaciones de la rentabilidad económica correspondientes a las distintas políticas o intervenciones, y también para la discusión acerca de la equidad (de nuevo, v. más adelante).

El buen resultado del sistema de salud mental respecto a la mejora de la salud y de la calidad de vida en la población dependerá del conjunto de diagnósticos atendidos, del volumen y aplicación de los recursos, y de los servicios ofrecidos, que –a su vez– dependen de la financiación existente. Por supuesto, se sabe que los distintos países definen niveles diferentes de recursos; por ejemplo, podemos contemplar patrones muy distintos de contratación de profesionales en los distintos países europeos. Según el atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud mental (WHO, 2005a), los países del norte de Europa generalmente mantienen una proporción de profesionales de salud mental superior a la de los países europeos orientales y meridionales. En Dinamarca, Finlandia, Islandia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Suecia y Reino Unido (San Marino es la excepción de los países del sur) hay más de 100 profesionales de salud mental (incluyendo asistentes sociales) por cada 100.000 habitantes. En este grupo de países, Finlandia presenta la cifra más elevada, 436 profesionales de salud mental por cada 100.000 habitantes. De los 52 países de la región europea, Bulgaria presenta la proporción mediana con 41,5 profesionales de sa-

lud mental por cada 100.000 habitantes. Éste es sólo un ejemplo de las variaciones existentes; más adelante se consideran otros.

NECESIDADES MÚLTIPLES, RECURSOS MÚLTIPLES

Es muy frecuente que las personas que sufren problemas mentales tengan necesidad de apoyo en múltiples aspectos de la vida. Por ejemplo, una persona con brotes recurrentes de psicosis puede necesitar no sólo atención sanitaria sino también ayuda o apoyo para encontrar o mantener un empleo remunerado. Si esta persona no trabaja, necesitará alguna fuente alternativa de ingresos y también podría solicitar ayuda económica a diversas agencias u organismos gubernamentales o de la seguridad social. Aparte de ello, estos pacientes pueden tener dificultades de relación personal o familiares que, en los casos más extremos, obliguen a la implicación de las agencias de asistencia social. Si las consecuencias de su enfermedad son muy debilitantes, o bien si hay una desestructuración de las relaciones familiares normales, estos pacientes pueden necesitar ayuda para conseguir una vivienda apropiada o los miembros de su familia pueden requerir distintos servicios o apoyo económico. En lo que se refiere a algunas personas con problemas del comportamiento, la desesperación o la victimización podrían provocar un incremento en los contactos con el sistema judicial.

Algunos síntomas de las enfermedades mentales generan por sí mismos necesidades múltiples porque causan discapacidad crónica en el paciente, desestructuran la familia y son mal entendidos por la comunidad. Con independencia de las circunstancias y del origen del apoyo que recibe una persona, el tratamiento puede ser casi una «lotería» en algunos países. Parte de los pacientes pueden recibir el apoyo de los servicios asistenciales sanitarios, una parte de los servicios asistenciales sociales, otra parte de las empresas en que trabajan, otra parte de grupos religiosos y de beneficencia y, por último, otra parte de su familia; por desgracia, algunos de estos pacientes no reciben ningún tipo de apoyo: en todo el mundo hay muchas necesidades que no son reconocidas o que son ignoradas (World Mental Health Survey Consortium, 2004).

En los sistemas asistenciales adecuadamente desarrollados y con recursos apropiados es frecuente la identificación, evaluación y solución de las múltiples necesidades de las personas y los grupos de población por parte de una amplia gama de agencias. De la misma manera, en algunos contextos, como el sistema escolar o el ámbito laboral, se pueden aplicar estrategias específicas de promoción y prevención (v. cap. 8). Una de las dificultades organizativas en este complejo «sistema de salud mental *de facto*» (Regier y cols., 1978) es garantizar la coordinación apropiada de los servicios y agencias implicados. Sin una coordinación efectiva, posiblemente se producirán solapamientos con derroche de recursos y, con mayor frecuencia, grandes brechas en el espectro de los apoyos. Incluso en los mejores sistemas asistenciales hay personas que «caen a través de la red».

En consecuencia, los «servicios de salud mental», definidos *de manera estricta* y contemplados de forma convencional, realmente se sitúan en el punto medio de un complejo mundo dinámico, constituido por múltiples servicios y sustentado por múltiples presump-

tos. Por tanto, cuando utilizamos términos como el de «sistema asistencial de salud mental», necesitamos tener en cuenta que muchos de los recursos –en realidad, una proporción cada vez mayor de los recursos– no se localizan realmente en el sistema asistencial definido de manera convencional, sino que proceden de los sistemas de bienestar social, vivienda, empleo, justicia, educación y otros. Los países presentan diferencias en las definiciones de servicios y agencias que aplican, en las responsabilidades y disposiciones y, en consecuencia, en los límites existentes entre las distintas agencias. Una de las dificultades más importantes para establecer una promoción de la salud mental efectiva y económicamente rentable, junto con una asistencia y una rehabilitación de carácter comunitario, es la gestión de estas interfaces organizativas e interprofesionales, así como los diversos incentivos y desincentivos que las caracterizan.

UNA ECONOMÍA MIXTA

Múltiples sectores de proveedores de servicios

Algunos de los servicios utilizados por las personas que tienen problemas mentales son ofrecidos por el sector estatal (público) o bien se localizan en él, mientras que otros lo son por entidades privadas (comerciales) o no gubernamentales (sociedad civil), o bien por las familias o por estructuras comunitarias de carácter informal. Esta multiplicidad de sectores y servicios, que podría denominarse *economía mixta de la provisión de servicios*, es característica de todos los sistemas asistenciales de salud mental europeos. Incluso, las estrategias formales de promoción de la salud mental que tienden a tener un carácter estatal (local, regional o nacional), así como otras iniciativas asistenciales públicas, necesitan las aportaciones de las empresas y las comunidades locales (el efecto del «capital social»). Los servicios terapéuticos y de rehabilitación pueden estar dominados por el sector público tanto a nivel cuantitativo como estratégico, pero las organizaciones no gubernamentales a menudo son también elementos importantes para la provisión asistencial en los centros de día y en los centros de enfermos crónicos en algunos países. Ciertamente, estas organizaciones son proveedoras clave de servicios de defensa de la persona usuaria mediante los grupos de usuarios y usuarias, y de familiares. La iniciativa privada puede ofrecer atención psiquiátrica en régimen de internamiento y parte de la correspondiente a la propia especialidad de psiquiatría; por ejemplo, es muy frecuente el ofrecimiento de servicios de psicoterapia por parte de profesionales que ejercen en el ámbito privado. Los patrones de provisión de los servicios varían en cada país. Por ejemplo, en los países de Europa central y oriental, el sector público históricamente ha sido predominante en el área de la provisión de los servicios; debido a la ausencia de estructuras sociales civiles a lo largo de la segunda mitad del siglo xx, las actividades de los sectores voluntarios fueron escasas (v. cap. 17).

Otra fuente de provisión de servicios, que todavía es muy marginal en la actualidad, pero que está adquiriendo una importancia cada vez mayor, es la relacionada con los programas empresariales de financiación directa no contributivos. Algunas compañías europeas están financiando e, incluso en algunos casos, ofreciendo directamente los servicios de apoyo a

sus trabajadores con problemas mentales y a los familiares de éstos, reconociendo la importancia de la estabilidad de las plantillas (Gabriel y Liimatainen, 2000; Cox y cols., 2004; Jané-Llopis y Anderson, 2005; McDaid y cols., 2005a).

Recapitulando la mayor parte de estas respuestas organizativas, y a menudo sustituyéndolas, están las numerosas y variadas contribuciones de cuidadores familiares y el voluntariado. Los marcos políticos en ocasiones dan la impresión de que estas contribuciones pueden ser tratadas como aportaciones «gratuitas» aunque realmente pueden incrementar de manera importante los costes asumidos por las familias. Hay pruebas de que estas aportaciones tienen gran valor respecto a la reducción de las demandas realizadas a los proveedores formales de servicios asistenciales (v. cap. 16).

La clase política no solamente debe tener en cuenta estas contribuciones diversas, sino que también tiene que diferenciar los sectores en que se localizan ya que los proveedores con distintas personalidades de tipo legal se pueden comportar de manera diferente en respuesta a los incentivos. Por ejemplo, un hospital del sector público presentará objetivos y limitaciones diferentes que los de un hospital privado perteneciente a una compañía con ánimo de lucro y también diferentes de los de un hospital privado de beneficencia dirigido por una comunidad religiosa. Todo ello puede influir en su *modus operandi*, en sus patrones de dependencia de los recursos y en los estilos de administración y gestión aplicados. También es posible que existan diferencias en las motivaciones, con una influencia distinta en su capacidad y voluntad de respuesta frente a las modificaciones en las oportunidades de mercado, en las políticas de precios y en la competencia (Frank y McGuire, 2000). Por tanto, estos hospitales también presentarán diferencias en los costes, en los diagnósticos de los pacientes atendidos, en la calidad asistencial y, quizá, incluso en la evolución de los pacientes (Schlesinger y Dorwart, 1984; Knapp y cols., 1998, 1999). Los distintos tipos de proveedores de servicios asistenciales también pueden presentar diferencias en los mecanismos con que inician y mantienen la confianza y la reputación, con implicaciones respecto al tipo de entorno de servicio que pueden crear.

Por todo ello, hay muchas razones para anticipar la existencia de diferencias intersectoriales en los comportamientos relacionados con los recursos. Sin embargo, no es posible establecer o mantener una delimitación sencilla o rígida entre los distintos sectores. En términos de perspectiva, motivación y comportamiento, las diferencias existentes *en* los sectores pueden ser mayores que las existentes *entre* los distintos sectores.

Múltiples fuentes de financiación

Cada elemento de esta economía mixta de provisión de servicios puede tener diversas fuentes de financiación. Por tanto, en la definición o el conocimiento de un sistema asistencial de salud mental y en lo que dicho sistema puede ofrecer a los individuos y a sus familias, también es útil diferenciar las distintas vías de financiación o compra de los servicios ofrecidos, así como los distintos mecanismos de recaudación de ingresos.

Las dimensiones de la provisión de servicios y de la financiación de una economía mixta son claramente dependientes entre sí. Su interconexión puede ser compleja y, cierta-

mente, es distinta en cada país. Mientras que un sistema asistencial se puede haber desarrollado en función de la financiación mediante los impuestos o una seguridad social de carácter obligatorio, y puede ofrecer sus servicios principalmente en el sector público, otros sistemas asistenciales podrían estar basados, en mayor medida, en políticas de subvenciones seleccionadas por los individuos, con un ofrecimiento predominante de los servicios a través de compañías del sector privado o de especialistas clínicos que ejercen en el ámbito privado. A continuación se exponen los tipos principales de financiación de los servicios de salud mental.

Matriz de la economía mixta

Un punto de partida útil para el conocimiento de la base de recursos de un sistema de salud mental y de los servicios que lo componen consiste en seguir atentamente estas economías mixtas de provisión de servicios y de financiación. La clasificación cruzada de los tipos principales de financiación de proveedores de servicios genera la matriz que aparece representada en la figura 4-2, un marco sencillo que describe las interconexiones genéricas que caracterizan a los sistemas asistenciales plurales y las transacciones de que están constituidos.

¿Qué contienen las celdas de la matriz? Una tarea relativamente sencilla para determinado país o determinada región geográfica (que no se intenta en este caso) sería localizar los servicios (p. ej., orientación, centros de hospitalización, enfermería comunitaria, atención primaria o esquemas de trabajo protegido) y sus formas de financiación en las celdas apropiadas de la matriz. Una aproximación más exigente, pero también más informativa, consistiría en registrar los volúmenes de provisión de servicios y sus niveles de gasto correspondientes. Dada la multiplicidad de los tipos de servicio que se aplican en el apoyo de las personas con problemas mentales, sería preferible (aunque, de nuevo, posiblemente también constituiría una tarea de gran dificultad) que la matriz completada presentara una gran amplitud sin mantenerse limitada al (estrecho) sistema asistencial sanitario.

Por ello, la delimitación de los contornos genéricos de la economía mixta de la asistencia en salud mental sería útil para identificar la gama y el volumen de los servicios ofrecidos a las personas con problemas de salud mental y utilizados por ellas, así como el medio a través del cual son financiadas. La identificación de la base presupuestaria del sistema de salud mental de un país es un punto de partida obviamente necesario para considerar cualquier forma importante de transformación de las líneas políticas en aspectos prácticos. Por ejemplo, los ingresos por impuestos dedicados a la financiación de los proveedores de servicios del sector privado se podrían vincular mediante contratos, incentivos fiscales o subsidios en metálico en forma de pago único. Cada tipo de transacción se acompaña de sus propias necesidades en lo que se refiere a los marcos legislativos apropiados para el control, la auditoría y el seguimiento de los vínculos existentes entre la financiación y la provisión de los servicios. La definición de la economía mixta también pone sobre la mesa el problema de los servicios que requieren una coordinación. Esta

Figura 4-2 Matriz de la economía mixta en relación con la salud mental.

RECAUDACIÓN DE INGRESOS (FINANCIACIÓN)	MODO O SECTOR DE PROVISIÓN			
	Sector público/ estatal	Sector voluntario/ ONG	Sector privado (con ánimo de lucro)	Sector informal
Impuestos generales				
Seguridad social				
Seguros voluntarios				
Organizaciones de beneficencia				
Gobiernos extranjeros				
Pagos directos «de bolsillo»				
Ausencia de intercambio				

Adaptada de Knapp (1984).

coordinación puede ocurrir a nivel macro, por ejemplo, con reuniones entre los políticos gubernamentales o los responsables de los sistemas asistenciales con objeto de que las iniciativas nacionales, cuyos objetivos son la equidad y la eficiencia, no queden socavadas por las acciones contradictorias realizadas por las distintas partes que forman los sistemas de gran envergadura. La coordinación también se puede llevar a cabo a nivel micro, mediante iniciativas de gestores de casos o de otros «intermediarios» de servicios. Sin embargo, incluso si no se pretende un detalle fino, la matriz propuesta tiene la gran virtud de recordarle a uno la complejidad inherente a la mayor parte de los sistemas asistenciales de salud mental.

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL

¿Cómo se financia la asistencia en salud mental? Comienza con una breve panorámica general de los métodos de financiación utilizados en la atención sanitaria general y después se consideran los aspectos distintivos que influyen en la financiación y la provisión de los servicios asistenciales de salud mental en concreto, incluyendo los externos al sector sanitario. En Mossialos y cols. (2002) se recoge una guía detallada de la financiación general de los sistemas asistenciales.

Métodos de financiación de la atención sanitaria

A pesar de que la mayor parte de los países financia la atención sanitaria a través de más de una fuente, generalmente una de estas fuentes es predominante. Los países europeos principalmente aplican sistemas de financiación pública, de forma característica con algún tipo de impuesto o contribución a la seguridad social. Otras fuentes de financiación, como el aseguramiento sanitario voluntario (a menudo denominado aseguramiento sanitario privado), los pagos directos «de bolsillo» y las ayudas internacionales desempeñan un papel menor.

Los fondos destinados a los servicios asistenciales sanitarios pueden proceder de impuestos nacionales, regionales o locales, tanto directos (p. ej., sobre los ingresos) como indirectos (p. ej., sobre las ventas). Los impuestos de carácter progresivo, como el impuesto sobre la renta existente en la mayor parte de los países económicamente desarrollados, en los cuales las personas con mayores ingresos contribuyen en mayor medida, son útiles para redistribuir los recursos desde las personas en mejor situación hacia las que están en una situación económica peor.

En Europa, la alternativa principal a los impuestos es la seguridad social sanitaria (SSS), que constituye la forma predominante de financiación de la asistencia en países como Austria, Bélgica, República Checa, Francia, Alemania, Holanda y Rumanía. A pesar de que los sistemas de SSS muestran diferencias entre sí, también presentan algunos rasgos comunes. Las contribuciones económicas generalmente están vinculadas con los salarios y los empresarios también realizan característicamente una contribución. En algunos países pueden existir uno o más fondos de enfermedad que reciben aportaciones, mientras que en otros puede haber muchos de estos fondos de enfermedad que quizá estén relacionados con las distintas profesiones. Las transferencias de los impuestos generales a los fondos de enfermedad tienen el objetivo de la cobertura de las personas en paro, jubiladas o en cualquier otra situación de desventaja o vulnerabilidad (Normand y Buse, 2002). Las primas no suelen estar basadas en el riesgo y, sin embargo, a menudo se utilizan mecanismos de ajuste del riesgo para garantizar que ningún fondo de enfermedad queda indebidamente desfavorecido (o indebidamente favorecido) debido a la «combinación de riesgo» concreta de la población a la cual atiende.

La participación es obligatoria en la mayor parte de los países con SSS aunque en algunos países, como Alemania, pueden existir oportunidades para evitar esta participación en función de los ingresos obtenidos. Así, la utilización de un aseguramiento sanitario voluntario (ASV) adicional, ofrecido por compañías con o sin ánimo de lucro y sufragado por

las individualidades o las empresas para las cuales trabajan, es relativamente limitada en Europa. El ASV habitualmente cumple alguna de las tres funciones principales siguientes: sustituye a la SSS (tal y como ocurre en Alemania respecto a los trabajadores con ingresos elevados), es un complemento al aseguramiento por parte del sector público (tal y como ocurre en Francia para la cobertura de los copagos en el sistema sanitario público) o es un suplemento (tal y como se da en Irlanda, con objeto de reducir el tiempo que transcurre antes que el paciente recibe el tratamiento y con el objetivo de incrementar la oferta de servicios asistenciales; Mossialos y Thomson, 2002). A diferencia de la seguridad social, el ASV puede estar basado en el riesgo y ofrecer primas inferiores a las personas de bajo riesgo, lo que podría significar que los grupos de alto riesgo de la sociedad (como el constituido por las personas con problemas mentales) fueran incapaces de costearlo, especialmente si se tiene en cuenta que los problemas de salud mental presentan una prevalencia mayor en los grupos de ingresos económicos bajos (v., p. ej., Weich y Lewis, 1998).

A menudo, los costes están relacionados con un conjunto de servicios asistenciales sanitarios, como los fármacos, la odontología o las consultas de atención primaria. También es posible incrementar los ingresos, reducir el uso inapropiado o excesivo de los servicios, o ambas posibilidades. Sin embargo, la carga económica que soporta el usuario puede ser elevada, de manera que es un factor disuasorio para que acceda a la asistencia que necesita. En un estudio publicado recientemente se señaló que la introducción de los costes por parte de las personas usuarias en grupos vulnerables que previamente no debían costear su asistencia podía provocar una reducción en el uso de los servicios (Tamblyn y cols., 2001). Por supuesto, esta disminución en la utilización puede ser un falso ahorro; a medio plazo, los costes se pueden incrementar si los usuarios acuden con mayor frecuencia a los servicios de nivel secundario y de urgencias, tal y como demostraron Soumerai y cols. en su estudio New Hampshire (1994).

Son posibles otros arreglos económicos. Pueden existir pagos «informales» o «bajo cuerda» por servicios que, supuestamente, están financiados de manera plena, una situación que se observa con mayor frecuencia en los países de Europa central y oriental (Lewis, 2002). Los fondos destinados a inversión en salud pueden ser reforzados por programas de ayuda bilaterales, contribuciones por organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros organismos internacionales, una situación que es especialmente frecuente en los países de Europa central y oriental. Hay algunos esquemas de aseguramiento sanitario por especialistas que tienen un alcance más modesto: por ejemplo, planes de subvención de servicios hospitalarios que ofrecen pagos determinados previamente cuando los individuos utilizan los servicios asistenciales. Otros acuerdos económicos de aseguramiento bastante más infrecuentes son los planes de seguro de accidentes propuestos por las empresas, los planes de seguro por accidentes con vehículos de motor y los programas de protección frente a la pérdida de ingresos económicos.

Tendencias en la financiación de la salud mental

Por tanto, ¿es diferente la financiación de la salud mental de la financiación del sistema asistencial general? En caso afirmativo, ¿cuáles son las consecuencias?

En los casos en que la salud mental está financiada a través del sector asistencial sanitario general, parece que los métodos de financiación son congruentes con el método predominante de financiación de la atención existente en cada país (Knapp y cols., 2003; Dixon y cols., 2006). Los sistemas de aseguramiento basados en impuestos y en la seguridad social tienen en cuenta la capacidad de pago y ofrecen cobertura a los grupos vulnerables y de ingresos económicos bajos. El derecho a la percepción de los servicios asistenciales sanitarios mediante el pago de impuestos o de la seguridad social es frecuente en la mayor parte de los países europeos y, de hecho, representa más del 70 % del gasto sanitario total en la mayoría de los estados europeos occidentales. Sin embargo, los cambios que han ocurrido en los sistemas de financiación de la atención sanitaria en diversas áreas de Europa central y oriental están reduciendo claramente la cobertura con la financiación por impuestos o por la seguridad social, incrementando de manera adicional la ya preocupantemente elevada proporción de costes asumidos mediante pagos directos «de bolsillo» y mediante ASV (Dixon y cols., 2006). Por ejemplo, en Armenia y en Georgia, sólo el 21 y el 38 % del gasto sanitario, respectivamente, procede de fuentes públicas. Las consecuencias para las personas con problemas mentales pueden ser graves si el ASV que debería cubrir parte de esta brecha económica del sector público excluye la salud mental o exige primas económicas excesivamente elevadas para los enfermos con problemas mentales.

Incluso en situaciones de cobertura universal mediante impuestos o SSS, el derecho a los servicios de salud mental puede ser limitado y, posiblemente, injusto. En los sistemas que supuestamente ofrecen una cobertura universal puede haber limitaciones significativas respecto a la atención en salud mental. Por ejemplo, algunos servicios asistenciales comunitarios pueden ser responsabilidad de los presupuestos de protección social y, tal y como se aborda más adelante, hay evidencia de incremento en el traspaso de los servicios hacia el exterior del sector asistencial sanitario. Los elevados niveles de copago por los servicios recibidos, tanto dentro como fuera del sector asistencial sanitario, pueden inhibir el acceso. Más adelante se abordan las implicaciones de ello.

ASV y salud mental

A pesar de las recientes tendencias existentes en algunos países de Europa central y oriental, en términos generales el ASV no desempeña todavía ningún papel significativo en la financiación de los servicios de salud mental. En la mayor parte de los casos, el reembolso a través de estos planes de aseguramiento está limitado de manera estricta y las primas en relación con el riesgo son elevadas. Así, muchos problemas mentales persistentes son excluidos explícitamente de las pólizas en algunos países debido a la naturaleza crónica de éstos y al elevado coste económico de algunas de las intervenciones terapéuticas frente a ellos. Por ejemplo, en Austria, a pesar de que las compañías de seguro sanitario privadas tienen prohibido rechazar el aseguramiento de pacientes con enfermedades crónicas, pueden incrementar el precio de las primas o imponer una compartición de los costes asociados con la asistencia hospitalaria (cuadro 4-1). Las limitaciones del ASV respecto a la cobertura de los problemas crónicos ha sido reconocida en Holanda, donde incluso los pa-

cientes que deciden abandonar el programa de SSS deben participar en programas de aseguramiento de gastos médicos excepcionales. Estos programas cubren parte de los costes del tratamiento más allá del primer año de las enfermedades crónicas y se ha estimado que aproximadamente el 85 % de los costes de los centros de salud mental se cubre a través de este presupuesto y el 11 % adicional, a través de los impuestos (Evers, 2004).

Cuadro 4-1 Financiación de la atención psiquiátrica en Austria

Austria es un país federal con nueve provincias y, aproximadamente, ocho millones de habitantes. La estructura federal del país y las tradiciones corporativistas han generado un patrón complejo de financiación de la asistencia sanitaria, con responsabilidades públicas mixtas, proveedores de servicios y componentes de servicios heterogéneos, y desigualdades en los métodos de financiación y reembolso. Esta complejidad todavía es mayor cuando se trata de la salud mental ya que los límites entre los sectores asistenciales sanitario y social están bastante difuminados.

La asistencia en salud mental incluye servicios de niveles primario y secundario, la psicoterapia, los servicios comunitarios (como los de carácter psicosocial, la vivienda y la asistencia de día) y los servicios de atención en régimen de internamiento a largo plazo y relacionados con el empleo. Desde un punto de vista legal, la asistencia hospitalaria, la medicina general y la psiquiatría especializada, así como la psicoterapia, pertenecen al sector de la atención sanitaria, mientras que los servicios sociales (incluyendo las residencias en régimen de internamiento crónico) forman parte del sector de la asistencia social. La mayor parte de los proveedores de servicios pertenece al sector público o al sector privado de carácter voluntario (sin ánimo de lucro), aunque también hay algunos proveedores de carácter autónomo y una pequeña proporción de proveedores privados con ánimo de lucro.

La figura 4-3 ofrece una representación esquemática de la financiación de la asistencia en salud mental en Austria que principalmente está basada en la seguridad social sanitaria. Este sistema se fundamenta en el principio de la solidaridad, es decir, las primas de aseguramiento son independientes del riesgo individual y el acceso a la asistencia es independiente de los ingresos económicos. En la actualidad, aproximadamente el 98 % de la población está incluido en este esquema. Sin embargo, los fondos de aseguramiento de la seguridad social sanitaria cubren alrededor del 50 % del gasto asistencial total. Los impuestos cubren el 25 % adicional de la financiación y los pagos directos «de bolsillo», el 24 %, incluyendo los sistemas de copago (p. ej., en la compra de medicamentos), los pagos privados por ciertos servicios y las pólizas de seguro privadas (Badelt y Osterle, 2001).

Los proveedores de los servicios asistenciales son reembolsados por distintos mecanismos por los servicios que prestan. Mientras que en el sector hospitalario se utiliza un sistema de GRD relacionado con los resultados, el reembolso de medicina general y de psiquiatría está basado en una combinación de pagos fijos y de facturación por servicios, que se negocia anualmente. Por último, los servicios de psicoterapia tienen un carácter fundamentalmente privado aunque las personas usuarias pueden solicitar durante cierto período de tiempo un reembolso parcial por parte de la seguridad social sanitaria.

La financiación y el reembolso están organizados de manera muy distinta en el sector de la asistencia social. A diferencia de lo que ocurre en la atención sanitaria, la financiación de la asistencia social principalmente está basada en el principio de subsidiariedad, lo que provoca una mezcla de financiación privada y pública. Respecto a la mayor parte de los servicios, los pagos directos «de bolsillo» mediante las pensiones, las aportaciones asistenciales a largo plazo y la equidad privada constituyen las fuentes principales de financiación, con participación de los impuestos en relación con las cantidades diferenciales. Los familiares de las personas usuarias también pueden realizar una contribución a los costes asistenciales. Según las distintas normativas legales provinciales, es posible que existan grandes diferencias entre las diferentes regiones (Pfeil, 2001). Sólo una pequeña parte de los

servicios psicosociales tiene una financiación completamente pública (p. ej., en el Estado federal de Baja Austria, los servicios psicosociales domiciliarios y ambulatorios, así como los servicios relacionados con el contexto laboral, como la ayuda especial, la orientación y la formación educativa).

El sistema actual de financiación genera varias dificultades. En primer lugar, según la Ley de seguridad social general (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz*), los programas de aseguramiento asistencial social cubren los problemas asistenciales agudos, mientras que las personas que sufren problemas crónicos (mentales) son «transferidas» o asignadas al sector de la asistencia social. Este esquema no es solamente desfavorable en términos de rehabilitación (debido a los cambios en los proveedores y en los tratamientos y, a menudo, a la inexistencia de servicios de rehabilitación), sino también debido a los diferentes patrones de financiación.

En segundo lugar, los programas de reforma hacen hincapié en la reducción de la asistencia hospitalaria en favor de la asistencia comunitaria no relacionada con los hospitales. Esta asistencia comunitaria sobre todo se lleva a cabo en el sector de la asistencia social. Sin las reformas, el incremento de la atención psiquiátrica comunitaria provocará un aumento en los pagos directos «de bolsillo» por parte de los usuarios de los servicios y de sus familiares. En comparación con las personas que sufren enfermedades somáticas, estas contribuciones posiblemente serán desproporcionadamente elevadas para las personas con enfermedades mentales (Zechmeister y Osterle, 2004).

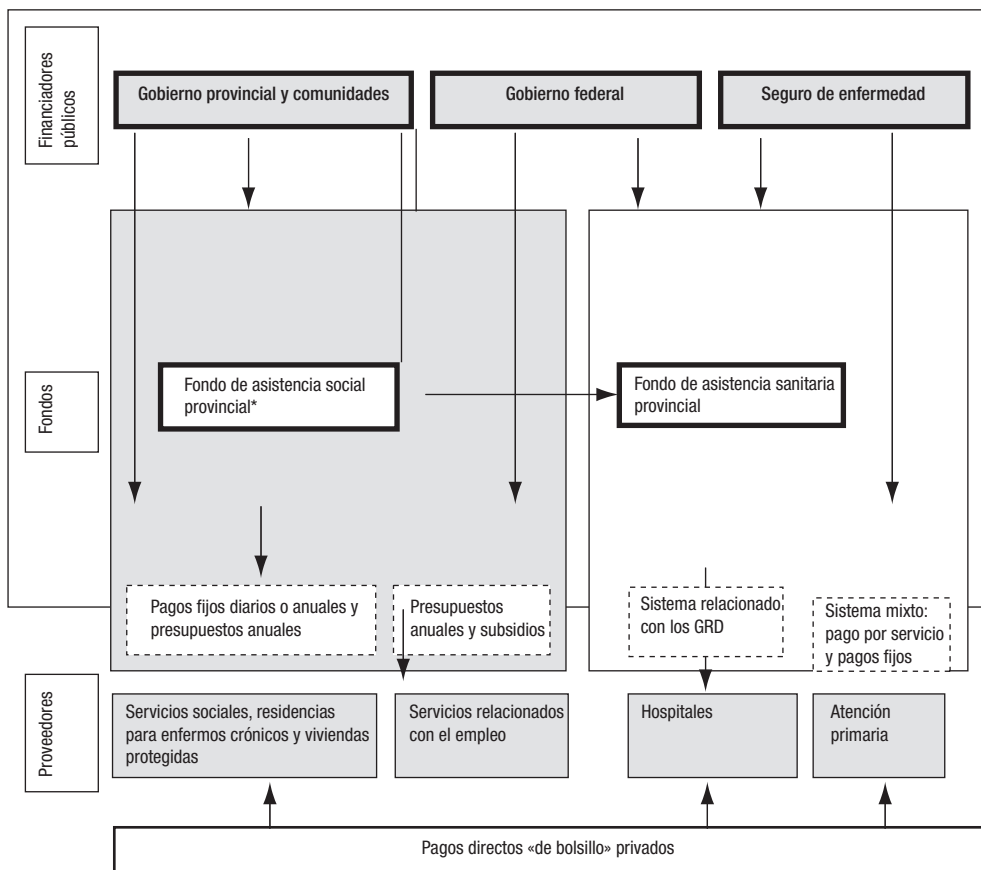
En tercer lugar, algunos incentivos existentes en el sistema de financiación actual realmente crean obstáculos para los objetivos de reforma. La cobertura ampliada en el sector asistencial sanitario favorece la asistencia en los hospitales más que la de carácter social. Esta tendencia es contraria al objetivo de la asistencia comunitaria y de la provisión de servicios complejos orientados al usuario (Zechmeister y cols., 2002). Estos incentivos de carácter contradictorio pueden provocar una transinstitucionalización más que una desinstitucionalización, algo que realmente está ocurriendo en parte.

Hasta el momento, Austria no ha alcanzado en términos generales los objetivos estipulados en sus planes de reforma de la atención psiquiátrica ni tampoco ha resuelto el problema de su financiación. Sin embargo, la vinculación de las áreas asistenciales sanitaria y social será clave para el futuro desarrollo de la provisión y la financiación de la atención psiquiátrica. Como primer paso, es especialmente importante definir lo que requieren exactamente los diferentes conceptos de atención psiquiátrica (como individualización, normalización, asistencia con orientación a la persona, asistencia con orientación a las necesidades, orientación del usuario, etc.) en lo que se refiere a las estructuras de financiación y reembolso existentes en Austria. Los programas actuales se caracterizan por una fragmentación de las responsabilidades entre las autoridades públicas y entre los sectores de servicios, y ello dificulta más que apoya los nuevos avances en la atención psiquiátrica o en la innovación respecto al conjunto de los servicios ofrecidos por los hospitales y por el ámbito comunitario. Para una asignación efectiva de los fondos, es necesario superar la división estricta entre la atención sanitaria y la asistencia social. Para ello se deben agrupar los fondos de financiación y se deben redefinir las responsabilidades públicas.

Ingrid Zechmeister

No obstante, hay pruebas de la existencia de nichos en que los programas de aseguramiento privados son un método para generar fondos adicionales dirigidos hacia la salud mental. Por ejemplo, tanto en Reino Unido como en Alemania, el ASV proporciona cierta cobertura económica de los programas de adicción (Dixon, 2002). Los programas de aseguramiento frente a accidentes o frente a la pérdida del empleo financiados de manera privada por las propias personas o por las empresas pueden ofrecer beneficios de este tipo, cubrir las enfermedades graves y los tratamientos crónicos, y, en algunos casos, los costes de la rehabilitación laboral; por ejemplo, este tipo de financiación existe en Irlanda, con el objetivo

Figura 4-3 Estructura de la financiación de la atención psiquiátrica en Austria.



*No existe en todas las provincias austríacas.
Adaptada de Zechmeister y cols. (2002).

de que los individuos vuelvan a trabajar en los casos en que sufren problemas de salud relacionados con el estrés. Una compañía aseguradora de Reino Unido señaló haber recibido alrededor de 1.000 nuevas solicitudes anuales de protección de los ingresos económicos, 300 de las cuales (especialmente en el sector de los profesores) estaban relacionadas con el estrés o con alguna enfermedad mental. Esta cifra se ha incrementado durante los últimos años (Aviva Plc, 2005).

En resumen, a pesar de que el papel desempeñado por los programas de aseguramiento sanitario voluntario actualmente continúa siendo modesto en el área de salud mental, no puede ser ignorado. La razón no es solamente el crecimiento de la cobertura de los problemas que requieren la asistencia de especialistas en áreas como el tratamiento de las adicciones, el estrés relacionado con el trabajo y la rehabilitación (áreas en que la cobertura con financiación pública puede haber sido modesta), sino también el hecho de que, a me-

dida que se incrementan los servicios asistenciales de salud mental con financiación pública ofrecidos por profesionales procedentes de otros Estados, se abren oportunidades para la financiación adicional del sector privado. El problema es la protección de la cobertura respecto a los problemas de salud mental. La experiencia en Estados Unidos, donde el mercado del ASV está muy desarrollado, ilustra las dificultades de la especialidad de salud mental para alcanzar una situación de paridad respecto a la atención sanitaria convencional, a pesar de las recientes e importantes presiones políticas en este sentido. Todo ello ha permitido el desarrollo de una situación en que los planes de aseguramiento ofrecen una cobertura estrictamente limitada respecto a la salud mental, que es financiada en su mayor parte (y, a menudo, de manera insuficiente) por sistemas estatales de salud mental. Dado el significativo estigma que acompaña a la enfermedad mental y, en comparación con Estados Unidos, las estructuras bastante débiles de la sociedad civil existentes en algunas partes de Europa central y oriental, las presiones política y pública quizá no sean suficientes para salvaguardar la salud mental. Todo ello a pesar de la bienvenida Declaración de Helsinki de enero de 2005, en la cual se afirmaba la responsabilidad de los gobiernos nacionales para garantizar «recursos suficientes para la salud mental, considerando el problema global constituido por ella y realizando inversiones en salud mental con un presupuesto específico para ello con objeto de que las inversiones en salud mental alcancen la paridad con la inversión en otras áreas de la salud» (WHO, 2005b: 5).

Pagos directos «de bolsillo»

Los costes que debe asumir la persona usuaria son significativos en algunas zonas de Europa. Por ejemplo, en Portugal aproximadamente son la tercera parte de todos los costes sanitarios. Dada la intensa relación entre los problemas de la salud mental, el paro laboral y las situaciones de privación, los costes asumidos por las personas usuarias para la percepción de servicios de salud mental podrían ser gravemente injustos: las personas que necesitan estos servicios son, a menudo, las que tienen menos capacidad para pagarlos. Incluso, si no existieran barreras económicas para el acceso, hasta las dos terceras partes de los individuos con problemas mentales y capacidad para pagarlos no entrarían en contacto con los servicios asistenciales formales, a menudo debido al estigma. Ciertamente, la baja tasa habitual de diagnósticos de problemas de la salud mental en el nivel de la atención primaria no mejorará si se dificulta el acceso de los usuarios mediante costes que deban asumir ellos mismos para recibir atención psiquiátrica. Además, las personas que sufren problemas mentales tienen un nivel de salud física inferior al de la población general, lo que exacerba aún más los efectos de desincentivación de los pagos directos «de bolsillo».

Los pagos realizados por el usuario no se limitan al sector sanitario; en efecto, pueden ser muy elevados en la asistencia social y en otros sectores, sin contar con que el derecho a los servicios puede estar sometido a reglas muy diferentes (v. más adelante). La Mental Health Economics European Network (MHEEN) señaló que ocho de los 17 países de Europa occidental gravan con alguna forma de pago «de bolsillo» los servicios especializados de salud mental en el contexto de sus sistemas asistenciales de financiación pública (Knapp y

cols., 2006b). Por ejemplo, en Irlanda, mientras que la tercera parte de la población (correspondiente a las personas de ingresos menores) está exenta de pagos directos «de bolsillo», el resto debe hacer frente a pagos directos «de bolsillo» variables para las consultas en atención primaria y también asume parte del coste de hospedaje en el caso de una hospitalización. El acceso a los servicios de salud mental por parte de los programas de aseguramiento sanitario privados es limitado, por lo que también pueden existir pagos directos «de bolsillo» para las terapias comportamentales y ocupacionales (O'Shea y NiLeime, 2004). En Islandia, los individuos deben realizar copagos por la mayor parte de los servicios aunque hay reducciones en el caso de los pacientes con cuadros demostrados de discapacidad (Tomasson, 2004), mientras que en Bélgica existe un sistema de pagos fijos para los servicios de especialidad en salud mental, aunque es posible solicitar el reembolso de estos pagos gracias al programa de seguridad social sanitaria (Dierckx, 2004). En Polonia se han introducido los pagos directos «de bolsillo» para los servicios psiquiátricos a consecuencia de su transición económica (Zaluska y cols., 2005). Al abordar la equidad, más adelante en este capítulo, volveremos al problema de la baja utilización de los servicios.

Donaciones como ayuda para la salud mental

Las donaciones pueden representar una fuente importante de financiación del sistema sanitario en los países que están en una situación de transición económica o que se están recuperando de diversos conflictos. La proporción de la ayuda procedente de donaciones y asignada a la salud mental es desconocida en la mayor parte de los países, pero hay pocas pruebas que indiquen que la salud mental ha constituido una prioridad a pesar de su importante contribución al problema global representado por la enfermedad.

Incluso en los casos en que ha existido una financiación concreta para la salud mental, se han planteado problemas por la forma de utilización de estos fondos. En Bosnia y Herzegovina, todas las organizaciones nacionales de ayuda principales, así como más de 50 ONG, trabajaron directa o indirectamente en cuestiones de la salud mental. A pesar de que este tipo de ayuda tuvo aspectos positivos, como la introducción de la salud mental en la agenda de reformas sanitarias y la provisión de apoyo técnico y de formación a los profesionales locales, también se observaron algunas consecuencias negativas (Funk, 2005). Dado que la mayor parte de la financiación dedicada a las reformas procedía de países extranjeros, los cambios propuestos fueron rechazados activa o pasivamente por las agencias locales. En cualquier caso, algunos de los proyectos eran claramente inapropiados para las necesidades de la población local. Esta falta de consideración de las circunstancias locales, junto con la fragmentación y la falta de coordinación entre los donantes, a menudo provocó la falta de consideración de la sostenibilidad de las reformas en el ámbito de la salud mental. No se desarrolló ningún plan nacional realista para la reforma de la atención psiquiátrica. Idealmente, los gobiernos deberían prestar interés a las prioridades de financiación de los donantes externos y tendrían que trabajar de manera conjunta para garantizar que los fondos ofrecidos sean asignados a proyectos congruentes con los objetivos inmediatos y a largo plazo de la política nacional de salud mental.

Movimiento hacia el exterior del sector sanitario

Ya se ha señalado en este capítulo la forma en que muchos servicios utilizados por personas con problemas mentales son financiados y ofrecidos *desde el exterior* del sector sanitario. A medida que se ha insistido, cada vez más, en el papel desempeñado por la asistencia extrahospitalaria o comunitaria, también se ha producido generalmente un cambio en la provisión de los servicios y en la asunción de responsabilidades desde el sector de la atención sanitaria hasta los organismos de asistencia social. Este cambio potencialmente ha tenido implicaciones importantes tanto en los derechos asistenciales reconocidos como en el acceso a la propia asistencia. A diferencia de los conceptos de universalidad y solidaridad que se aplican en los sistemas asistenciales sanitarios, el acceso a la asistencia social puede estar restringido, sometido a distintos tipos de evaluación y, quizá, también sometido a la existencia de un umbral de discapacidad; además, en ocasiones son necesarios copagos significativos. Tal y como se resume en el cuadro 4-1, en Austria la seguridad social sanitaria excluye la mayor parte de los trastornos mentales ya que son enfermedades crónicas que no tienen curación, y hasta la tercera parte del gasto en asistencia social dedicado a la salud mental se sufraga mediante pagos directos «de bolsillo» realizados por los propios usuarios (Zechmeister y cols., 2002).

De la misma forma, la seguridad social en Alemania sólo cubre los aspectos médicos de la asistencia psicosocial. Las necesidades asistenciales crónicas de las personas con problemas mentales también crónicos son consideradas situaciones de rehabilitación social o de reintegración social y forman parte de la responsabilidad de las agencias de bienestar social, que se financian con los impuestos y que aplican distintos umbrales de ingresos económicos para decidir qué pagos deben ser costeados por las personas usuarias de los servicios o por sus familias. La Ley de gastos médicos excepcionales promulgada en Holanda (actualmente derogada) exigía que los pacientes realizaran una contribución económica por la atención hospitalaria, la psicoterapia y la vivienda protegida, a partir de su primer año de tratamiento. En 2003, los pacientes atendidos en residencias para enfermos crónicos podían llegar a pagar hasta 1.600 dólares mensuales, mientras que la psicoterapia ambulatoria conllevaba un copago de aproximadamente 10 dólares por sesión (Evers, 2004). En Rusia, los individuos que residen en hogares sociales (*internats*) pierden toda o casi toda la pensión por discapacidad a la cual tienen derecho (McDaid y cols., 2006).

El acceso a la vivienda protegida, que se acepta de manera genérica, constituye un componente clave de cualquier intento de provisión de la asistencia orientada hacia la comunidad, y el acceso a la atención de manera crónica puede depender de la evaluación que se realice de los medios económicos del paciente. Las personas usuarias de los servicios incluso pueden verse obligadas a aportar la mayor parte de sus ingresos, así como a utilizar parte de su capital, sus ahorros y sus activos, para percibir como último recurso ayuda por parte del sector público. De los 15 países de la Unión Europea (UE) anterior a la última ampliación, sólo Suecia financiaba aparentemente *de manera plena* todos los servicios de asistencia social con los impuestos, en función de la evaluación de las necesidades, pero con independencia de los ingresos económicos de los usuarios y las usuarias.

PRESUPUESTOS DE SALUD MENTAL

Con independencia del mecanismo utilizado para la financiación en una economía mixta, las posibilidades para la provisión de recursos están claramente delimitadas por las asignaciones presupuestarias subyacentes a la atención en salud mental; dada la equidad inherente de los servicios y las agencias, los políticos deben conocer las limitaciones existentes en diversos presupuestos (atención sanitaria, asistencia social, vivienda, etc.) para que puedan contemplar el cuadro completo. También deben analizar las consecuencias de la eliminación de una limitación presupuestaria o de la financiación correspondiente a un servicio o sector, utilizando para ello la financiación más generosa de otro sector.

Cifras principales

El porcentaje del producto interior bruto (PIB) destinado a la atención sanitaria es aceptado de manera general como un índice adecuado del compromiso de un país en la promoción de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud. Este porcentaje presenta grandes variaciones en Europa, aunque es difícil llevar a cabo comparaciones válidas entre los distintos países debido a las diferencias en la definición de los sistemas sanitarios y de los gastos correspondientes a éstos. Con independencia de estas dificultades, es evidente que los países europeos occidentales han dedicado proporciones mayores de su PIB a la atención sanitaria, en comparación con la mayor parte de los países europeos orientales. Según los datos obtenidos por la OMS, el rango entre los países de la región europea de la OMS va desde menos del 1 % del PIB en Azerbaiyán hasta el 11,2 % en Suiza y el 10,9 % en Alemania (WHO, 2005a).

Aparentemente, en Europa hay grandes variaciones en el porcentaje del presupuesto sanitario dedicado a atención en salud *mental*, pero también hay gran incertidumbre sobre si se están estableciendo límites congruentes alrededor de la «salud mental» entre un país y otro, con objeto de dar credibilidad a estas cifras. La asistencia social, la vivienda protegida y la provisión de seguridad pueden ser incluidas o excluidas del cálculo de las proporciones correspondientes a la atención en salud mental. En un estudio reciente se estimó de manera conservadora que el porcentaje del presupuesto sanitario dedicado a la salud mental en la República Checa fue del 3,5 % (Dlouhy, 2004), mientras que en Inglaterra este porcentaje ha oscilado entre el 11 y el 13 % durante los 10 últimos años o más. No obstante, a pesar de que es indudable que el sistema sanitario en Inglaterra ha otorgado mayor prioridad a la salud mental que el sistema sanitario en la República Checa, es difícil calcular la diferencia *precisa*, que posiblemente no queda reflejada con exactitud en estas cifras estadísticas. En el trabajo de la Mental Health Economics European Network, el porcentaje del presupuesto sanitario dedicado aparentemente a la salud mental en 17 países de Europa occidental osciló entre el 4 % de Portugal y el 13 % de Inglaterra y Luxemburgo (Knapp y cols., 2006b). Sin embargo, los datos recogidos en el atlas de la OMS indican que los países de Europa oriental dedicaron proporciones altas/bajas de sus presupuestos sanitarios a la salud mental. El rango determinado a través de los datos de la OMS oscila entre el 1,6 % de

Azerbaiyán o el 2,3 % de Portugal, y el 13,4 % de Luxemburgo o el 11 % de Suecia (WHO, 2005a), aunque es comprensiblemente difícil determinar el grado de confianza que podemos otorgar a estas diferencias, teniendo en cuenta que no existen definiciones estándares que sean utilizadas por igual en los distintos países.

Alcance del impacto

En el estudio EPSILON realizado en varios países sobre pacientes con esquizofrenia se demostró que los sistemas asistenciales y su disponibilidad presentaban grandes diferencias entre las distintas localizaciones del estudio, en función del European Service Mapping Schedule (ESMS) (Becker y cols., 2002), de la misma manera que el uso de la atención en régimen de internado está estrechamente relacionado con la oferta de este tipo de servicio. En el centro de investigación de Dinamarca hubo una proporción elevada de atención en régimen de internado, en comparación con Inglaterra e Italia, España y Holanda, pero también existía un número mayor de camas disponibles. En cambio, en el centro de investigación de España hubo muchas menos camas disponibles y, por tanto, la contribución presupuestaria a la atención en régimen de internado fue inferior (Knapp y cols., 2002). De la misma manera, en el estudio multinacional ERGOS realizado sobre los servicios utilizados por las personas con esquizofrenia, utilizando un enfoque de obtención de datos distinto, también se observaron diferencias claras en los patrones de tratamiento entre los distintos centros de investigación. Así, por ejemplo, la terapia familiar se utilizó muy poco en los centros de Francia, Portugal y Holanda, pero fue muy frecuente en los centros de Italia y España. Entre los centros de investigación localizados en el mismo país y en países diferentes con niveles de recursos similares, también se detectaron diferencias. En este estudio se propusieron con frecuencia las visitas domiciliarias en los centros de Irlanda y Portugal, pero hubo diferencias en la frecuencia de las visitas domiciliarias entre los centros de Francia participantes en el estudio (Kovess y cols., 2005).

Los resultados obtenidos en estos y en otros muchos estudios demuestran la amplitud del impacto económico. La evidencia obtenida en algunos estudios realizados en Inglaterra puede servir como ejemplo. Thomas y Morris (2003) calcularon los costes genéricos de la depresión y observaron que el impacto sobre el empleo (y, por tanto, sobre la productividad a nivel nacional), expresado en términos de costes, fue 23 veces mayor que los costes asumidos por el servicio sanitario. Éste es un enorme impacto «oculto». La existencia de costes «ocultos» considerables no es específica de la depresión. En un estudio realizado en Londres sobre niños con comportamiento antisocial persistente, el servicio de salud sólo asumió el 5 % del coste total mientras que el resto fue asumido por los colegios (necesidades educativas especiales), las agencias de asistencia social, las organizaciones comunitarias de voluntarios, las familias (desestructuración del empleo de los padres o problemas en la vivienda) y el sistema de bienestar (subvenciones por discapacidad y otras transferencias económicas similares) (Romeo y cols., 2006). En otro estudio se observó que los adultos que durante su niñez habían presentado un trastorno del comportamiento generaban costes a diversas agencias que eran significativamente mayores que los costes de un grupo control sin patología; el más llamativo fue el coste asumido por el sistema judicial, que fue 18 veces mayor

(Scott y cols., 2001). Los costes relacionados con los delitos cometidos son otra consideración importante al evaluar el impacto social de las adicciones. Hace tan sólo unos pocos años, por cada libra esterlina del PIB gastada por el servicio de salud pública en las personas con necesidad de tratamiento por cuadros de adicción, se calculó que el sistema judicial necesitaba otras 3 libras esterlinas del PIB y las víctimas de los delitos cometidos 10 libras esterlinas del PIB (Healey y cols., 1998). En el caso de ancianos y ancianas, los problemas de salud mental con frecuencia pueden obligar a internamientos muy caros en residencias, pero en estos casos el impacto lo suele percibir la familia. A pesar de que es difícil determinar una cifra para los costes de oportunidad correspondientes a la asistencia de carácter informal, es indudable que son costes elevados y a menudo pasados por alto en las reuniones políticas y en las discusiones de los aspectos prácticos (McDaid, 2001). Por tanto, en conjunto, es evidente que la «parte del león» de los importantes costes sociales que conlleva la enfermedad mental a menudo cae fuera del sector sanitario.

Presupuestos congelados

A medida que los países reducen los centros hospitalarios psiquiátricos y utilizan con una frecuencia cada vez mayor las opciones terapéuticas de carácter extrahospitalario, el equilibrio del gasto debería desplazarse desde el sector de la atención sanitaria (tal y como se define de manera convencional y estricta) hacia otras áreas (especialmente las de bienestar social y de vivienda). De la misma manera, a medida que crece el compromiso global del país respecto a la salud mental, en conjunto con el reconocimiento mejor de la diversidad y la multiplicidad de las necesidades individuales, de nuevo podríamos esperar una alteración del equilibrio entre los gastos correspondientes a la atención sanitaria y los correspondientes a otros aspectos. Por ello, para conseguir el cambio sería necesario desplazar los fondos de financiación de un presupuesto a otro. Sin embargo, las rivalidades profesionales, la protección a ultranza de los presupuestos propios, los regímenes de evaluación de resultados y la simple estulticia burocrática pueden lograr que una agencia concreta carezca de la voluntad o la capacidad necesarias para gastar sus propios recursos con el objetivo de conseguir un ahorro en otra agencia o servicio, o bien de conseguir un incremento de la efectividad o la rentabilidad económica del sistema en su conjunto.

¿Una parte equitativa del pastel?

Una dificultad política crónica en la mayor parte de Europa y a lo largo de muchas décadas ha sido intentar que los servicios e intervenciones de salud mental reciban una parte equitativa de los fondos dedicados a la asistencia sanitaria. Obviamente, es difícil y conflictivo intentar definir el concepto de «equitativo» en este contexto, pero el bajo nivel de financiación que ha recibido históricamente la salud mental en muchos países europeos ha sido, con toda seguridad, tanto ineficaz como injusto. La demostración de la insuficiencia se basa en la observación de la importante morbilidad oculta (a menudo, debido al estigma y a la vergüenza)

y también en los importantes beneficios para la salud y la calidad de vida que se podrían conseguir mediante intervenciones basadas en la evidencia y aplicadas de manera generalizada. El argumento de que los niveles de financiación actuales de la salud mental son injustos tiene una raíz similar: la morbilidad no es reconocida adecuadamente por muchos sistemas sanitarios y se distribuye de manera heterogénea entre los distintos segmentos de la población. Los problemas mentales constituyen casi el 20 % del problema total representado por la enfermedad en Europa y los sufren de manera desproporcionada las personas de los niveles socioeconómicos más bajos y pertenecientes a otros grupos desfavorecidos. Incluso en países como Noruega, donde existe desde hace tiempo un fuerte compromiso nacional con el desarrollo del sistema de salud mental, pueden existir amenazas a la sostenibilidad y a la coherencia del sistema en este caso dado que la mayor parte de las decisiones relativas a la asignación de los recursos se toma a nivel regional o local (cuadro 4-2).

Cuadro 4-2 Financiación de los servicios asistenciales psiquiátricos: el caso de Noruega

Noruega posee un sistema asistencial sanitario financiado predominantemente con impuestos, con sólo una contribución modesta por parte de los pagos directos «de bolsillo». Los servicios asistenciales psiquiátricos son responsabilidad de cinco organismos sanitarios regionales (RHA, *regional health authorities*) que proporcionan tanto los servicios hospitalarios de especialidad como los servicios comunitarios, así como de la Administración local que proporciona una amplia gama de servicios importantes de atención primaria y de asistencia social, incluyendo la medicina general, las residencias de enfermos crónicos y las viviendas protegidas. Los RHA son financiados con ayudas del gobierno central, mientras que los municipios se financian tanto con las ayudas del gobierno central como con los impuestos locales. Las decisiones y prioridades locales respecto a los recursos asignados a la salud mental, a otros sectores asistenciales y a otras intervenciones del sector público pueden significar que los recursos ofrecidos por el gobierno central para la atención psiquiátrica se puedan utilizar, de hecho, con otros objetivos, lo que ha provocado un acalorado debate.

Por ejemplo, ha existido una preocupación importante por el hecho de que las ayudas ofrecidas por el gobierno central a los municipios puedan significar que la atención psiquiátrica recibe una proporción de recursos inferior a la pretendida. Una razón de ello es el hecho de que otras áreas, como la educación, pueden estar apoyadas por fuertes grupos de presión que influyen en las decisiones de los políticos locales, mientras que las personas usuarias de los servicios de salud mental generalmente tienen menos éxito como grupo de presión para la mejora de los servicios locales.

Una solución ha consistido en la introducción de ayudas específicas para los servicios de salud mental, lo que teóricamente impide que los fondos destinados a la atención psiquiátrica sean utilizados con objetivos distintos a los previstos. Sin embargo, esta medida no resuelve de manera completa el problema ya que los servicios de salud mental proporcionados a nivel municipal están integrados con otros servicios, lo que en la práctica dificulta que los fondos específicos se utilicen, de hecho, en planes asistenciales psiquiátricos concretos.

Una segunda dificultad existente en Noruega se refiere a la forma de financiación de los hospitales generales dependientes de los RHA. Estos hospitales están financiados parcialmente por el gobierno central mediante sistemas de reembolso de coste por caso atendido, en lo relativo a las enfermedades somáticas definidas con un sistema de GRD. Estas enfermedades representaron alrededor del 60 % de los costes promedio en 2003. Una parte definida del presupuesto se utiliza para financiar otros servicios de especialidad, incluyendo la psiquiatría. No obstante, el sistema de reembolso por caso atendido ofrece un fuerte incentivo para incrementar la actividad (que ha sido un objetivo im-

portante para reducir las listas de espera). El temor entre los profesionales de la salud mental (y entre el personal del gobierno central) es que estos incentivos hayan dado lugar a una reasignación de los presupuestos y los recursos con alejamiento de éstos respecto a los servicios de salud mental y acercamiento a los servicios asistenciales relacionados con las enfermedades somáticas. El impacto del sistema GRD no ha sido evaluado de manera empírica (Halsteinli y cols., 2001), pero a pesar de la existencia de un plan nacional que propugna un incremento importante en el nivel de los recursos dedicados a los servicios de salud mental, la tasa de crecimiento anual ha sido mayor en lo relativo a la asistencia de las enfermedades somáticas desde finales de la década de 1990 (Bjoerngaard, 2002).

De nuevo, como segunda mejor solución, los RHA también reciben fondos específicos para incrementar el nivel y la calidad de los servicios de salud mental. A diferencia de la situación existente en los municipios, el gobierno central no tiene ningún problema para controlar el uso de estos fondos específicos ya que se destinan a servicios especializados y, en gran medida, separados del resto. Se ha discutido a nivel nacional la introducción de cambios importantes en la forma con que los RHA financian los servicios. Una sugerencia ha sido utilizar el mismo mecanismo de financiación para la atención psiquiátrica que para la atención sanitaria convencional (Ministry of Health, 2003). Este método iniciaría un proceso que en el futuro posiblemente generaría el reembolso de los servicios de psiquiatría en función de la actividad.

Vidar Halsteinli

Predominio de las instituciones

Los grandes hospitales psiquiátricos o manicomios, actualmente tan calumniados, han dominado el panorama europeo durante muchas décadas, tanto literal como metafóricamente. De hecho, han dominado todos los aspectos económicos de la salud mental. En consecuencia, una dificultad presupuestaria importante que se ha planteado en muchos países ha sido la determinación de la forma de desplazar los fondos asignados a la atención de carácter institucional, tanto en los hospitales psiquiátricos como en las diferentes formas de asistencia social fuertemente institucionalizada que se observan en algunas áreas de Europa central y oriental. En algunos países, hoy día todavía la «parte del león» de la financiación de la salud mental se la lleva la atención institucionalizada: por ejemplo, aproximadamente el 70 % del presupuesto de salud mental en Lituania se utiliza para el mantenimiento de residencias sociales y de centros de hospitalización psiquiátrica (Bankauskaite y Middtun, 2005).

Por desgracia, muchos países de Europa central y oriental todavía vinculan directamente la financiación de los servicios con las tasas de ocupación de las camas, lo que ofrece muy poca flexibilidad y ciertamente desincentiva el desarrollo de alternativas de carácter comunitario. Todavía peores son los incentivos perversos, como los creados por la política rusa con la financiación más generosa de los hospitales psiquiátricos de más de 1.000 camas ocupadas, en comparación con la de los hospitales más pequeños (McDaid y cols., 2006).

La desinstitucionalización está siendo una política nacional en muchos países desde hace varios años y también se está haciendo mucho hincapié a nivel internacional con las iniciativas y las ideas propuestas por organismos, como la Comisión Europea o la OMS (v. cap. 18). Las disposiciones de carácter comunitario se suelen referir a los enfoques con

predominio hospitalario en función de los derechos humanos, la efectividad relativa, la inclusión social y las preferencias expresadas por las personas usuarias de los servicios asistenciales. Sin embargo, no se ha demostrado que el enfoque comunitario tenga mayor rentabilidad económica. En principio, a medida que se cierran camas, plantas y, finalmente, hospitales enteros, los recursos se podrían dirigir hacia el desarrollo de servicios de carácter comunitario. Sin embargo, la implementación de un proceso apropiado de liberación de recursos está plagada de dificultades. Las inversiones en centros de atención psiquiátrica o social a menudo son «costes sumidero» en el sentido de que tienen poco valor para cualquier uso alternativo. Incluso si el cierre de un centro hospitalario permitiera finalmente liberar recursos que se pudieran utilizar en el desarrollo de otros servicios de salud mental, la gestión del cierre del centro llevaría tiempo y requeriría la inversión de recursos adicionales a corto plazo. Se podrían producir tanto *costes de acarreo* (la inversión inicial en los nuevos centros para su puesta en marcha y para la formación de su personal en los nuevos métodos de trabajo) y *gastos de explotación dobles* (para mantener los servicios antiguos y nuevos en paralelo durante varios años hasta que los primeros se cierren por completo y los segundos ya estén a pleno rendimiento). (Muy probablemente, los costes promedio serán elevados en uno o ambos contextos debido a la falta de rentabilidad que conlleva el funcionamiento en una escala inferior a la óptima.) Los costes sumidero y la «masificación» del capital humano tienen una magnitud menor, pero presentan una incidencia y unos efectos similares. Una institución puede ser la empresa principal en una comunidad aislada, en cuyo caso su cierre tendrá grandes repercusiones en la economía local. En términos más generales, están los problemas de la posibilidad de formación del personal para que realice un nuevo trabajo dentro de un sistema con mayor orientación comunitaria y, en caso de que no sea posible, el problema del apoyo que deben recibir estos trabajadores durante su propia «transición económica».

La *velocidad* de la transferencia de los fondos es otra dificultad. En algunos casos, los hospitales han sido cerrados al trasladar en primer lugar a los pacientes más capacitados, es decir, a las personas cuyas capacidades, habilidades y características comportamentales son más adecuadas para una nueva vida más independiente en la comunidad. Sin embargo, los costes asociados con estas personas son mucho menores que los correspondientes al paciente medio hospitalizado (tienen menos necesidades y requieren menos personal), en cuyo caso la transferencia de una cantidad promedio del presupuesto hospitalario a los servicios comunitarios conlleva el riesgo de despojar de recursos al hospital (Knapp, 1990). En contraste absoluto con esta posibilidad, el clima económico existente en algunos países ha creado el incentivo del alta prioritaria de los pacientes *más* costosos desde el punto de vista económico, con una transferencia insuficiente o nula de fondos a la atención comunitaria. Los pacientes más capacitados también son los que generan menos costes ya que necesitan menos supervisión por los profesionales y pueden quedarse en las residencias con el objetivo de constituirse en una fuerza de trabajo no remunerada o remunerada de manera muy baja.

La desinstitucionalización plantea otra dificultad potencial en lo relativo a los recursos. Existe el peligro de que los fondos liberados tras el cierre de los hospitales no sean transferidos directamente a los servicios de salud mental comunitarios: las «pérdidas» de fondos

desde los presupuestos correspondientes a los hospitales psiquiátricos hacia otras partes del sistema asistencial sanitario y a otras especialidades distintas de la psiquiatría parece que son bastante comunes. Por ejemplo, en Hungría se ha producido una disminución aproximadamente del 50 % en el número de camas de los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo aparentemente escaso de los servicios comunitarios (Harangozó y Kristóf, 2000). Los fondos bloqueados dedicados a la salud mental tienen algunas desventajas, tal y como se expone más adelante, pero durante el proceso de desinstitucionalización pueden ser esenciales para el éxito de un sistema asistencial sanitario incipiente, sobre todo si tenemos en cuenta la resistencia local a la «puesta en libertad» de lo que pueden ser contemplados como individuos «peligrosos» (v. cap. 3).

DEDICACIÓN DE LOS RECURSOS

Dado que no existen recursos suficientes para cubrir todas las necesidades de la población, es necesaria una toma de decisiones respecto al uso de los recursos disponibles: por ejemplo, si se financia un servicio hospitalario o un servicio comunitario, si se utiliza un fármaco u otro, o si se ofrece tratamiento a las personas con depresión leve o bien se insiste desde el punto de vista asistencial en los pacientes con esquizofrenia o con enfermedad de Alzheimer. Los responsables locales de la toma de decisiones necesitan información para llevar a cabo este proceso. Dado que cada vez se utilizan con mayor frecuencia los enfoques basados en la evidencia tanto en la política como la práctica asistencial, hay varios criterios relacionados con los recursos que posiblemente sean utilizados para estructurar o guiar las decisiones. Estos criterios pueden ser la maximización del impacto terapéutico conseguido con un conjunto concreto de recursos, el incremento en la proporción de personas con problemas mentales que vuelve al contexto laboral, la ampliación del acceso a una asistencia efectiva, la mayor justicia en lo relativo al pago de los tratamientos o de su utilización, y las mejoras en la dedicación de los servicios en función de las necesidades. Podemos agrupar estos criterios relacionados con los recursos bajo dos encabezamientos: eficiencia y equidad.

Eficiencia

En su acepción más simple, la eficiencia significa conseguir los efectos máximos en términos de servicios ofrecidos o de resultados alcanzados (como el alivio de los síntomas para mejorar la calidad de vida) para un determinado nivel de recursos (o para un determinado presupuesto). Este concepto de eficiencia productiva o técnica de nuevo nos lleva al *marco de producción de bienestar* contemplado al principio de este capítulo. También es útil tener en cuenta la *eficiencia objetivo* (Bebbington y Davies, 1983), es decir, el grado con que los servicios disponibles son ofrecidos a las personas que los necesitan y la capacidad del sistema para garantizar que las personas que necesitan los servicios los pueden obtener. Un tercer concepto de carácter más macro es el de *eficiencia de asignación*: la intensidad con que una economía puede ofrecer los bienes y servicios que desean las personas.

Hay muchos factores que pueden impedir que el sistema de atención en salud mental sea plenamente eficiente. Es posible que la proporción de los recursos utilizada para la administración del propio sistema sea excesiva, es decir, que los denominados *costes de transacción* sean demasiado elevados. Por ejemplo, se puede argumentar que hay demasiados burócratas decidiendo la forma de asignación de los recursos o bien demasiadas personas controlando la calidad de los servicios, o bien demasiados gestores supervisando a los profesionales que realmente llevan a cabo la atención y los tratamientos. Otra fuente de ineficiencia puede ser el hecho de que los recursos se utilicen en combinaciones inapropiadas: por ejemplo, un o una psiquiatra altamente cualificado(a) posiblemente será más efectivo(a) si tiene acceso a una gama apropiada de tratamientos psicológicos y farmacológicos, y si puede trabajar en un equipo multidisciplinario. La eficiencia baja de los objetivos es inevitable cuando no se adoptan las medidas necesarias para identificar y priorizar las necesidades, así como para animar a las personas a solicitar los tratamientos. Otra razón para explicar la ineficiencia simplemente podría ser el desconocimiento de la relación entre los recursos dedicados y los resultados obtenidos. En esta cuestión pueden ser importantes los análisis de la rentabilidad económica.

Evidencia de la rentabilidad económica

A pesar de que nuestro objetivo principal al diseñar una nueva política o forma de intervención debería ser la constatación de que es efectiva en términos del alivio de los síntomas y del incremento de la calidad de vida, también se necesita saber claramente cuál es su coste de implementación. Si dos opciones tienen una efectividad similar, ¿cuál de ellas consume menos recursos? O bien, si las dos intervenciones consumen los mismos recursos, ¿cuál es la más efectiva? O bien, si una de las intervenciones es simultáneamente más efectiva y económicamente más costosa que la otra, ¿considera la sociedad que vale la pena pagar una cantidad adicional con el objetivo de conseguir resultados mejores?

Todas éstas son preguntas para cuya respuesta se ha diseñado el análisis de la rentabilidad económica. Este tipo de análisis examina los resultados y los costes de dos o más estrategias de promoción, tratamientos, ofertas o políticas de servicios. En términos del marco de producción de bienestar, el análisis de la rentabilidad económica compara los dos extremos de la cadena presentada en la figura 4-1, con establecimiento del vínculo entre lo gastado y lo conseguido.

Según lo expuesto en este capítulo, es muy importante que en toda evaluación que se lleve a cabo en el campo de la salud mental se determinen los costes y los resultados en términos muy genéricos:

1. ¿Se han tenido en cuenta todos los costes relevantes? Tal y como se ha descrito, hay muchas y diferentes aportaciones a un sistema de atención en salud mental, desde la atención sanitaria hasta la asistencia social, la vivienda, la seguridad social y la participación de otras agencias, además de los impactos económicos en términos de pérdida de productividad, mortalidad prematura y «carga» para las familias. Podría ser necesario evaluar todos estos parámetros, según la cuestión política o práctica que deba ser abordada.

2. ¿Se tienen en cuenta todas las dimensiones de la efectividad? La atención en salud mental adecuada no conlleva únicamente la consideración de los síntomas clínicos, sino también la mejora de la capacidad del individuo para actuar de manera que sea valorado por los demás (como su vuelta a la actividad laboral) y, por supuesto, la promoción de la calidad de vida.

¿Qué sabemos?

Si se hubiera publicado una versión de este libro hace 30 años, se habría dedicado muy poco tiempo y muy poco espacio a resumir los conocimientos existentes respecto a la rentabilidad económica de los tratamientos, intervenciones o políticas en salud mental ya que en aquella época prácticamente no existía ninguna forma de evidencia. Hoy día se está acumulando una evidencia cada vez más sólida a una velocidad muy alentadora, aunque no la misma en todos los países o en todas las áreas diagnósticas.

La mayor parte de los estudios se ha realizado en Norteamérica, los países de Europa occidental y Australia. Esta desigualdad geográfica es relevante ya que los resultados de las evaluaciones económicas quizá no sean fácilmente extrapolables de un país a otro a consecuencia de las diferencias en los sistemas sanitarios, los medios de financiación, las estructuras de los incentivos y los niveles relativos de los precios. También podría haber diferencias en la elección de un elemento de comparación: un modelo de servicio podría parecer una opción atractiva en comparación con los modelos convencionales existentes en un país, pero no en comparación con los modelos existentes en otros países. Es impracticable y además innecesario llevar a cabo una evaluación cada vez que se debe tomar una decisión política, pero las decisiones basadas en la evidencia deberían ser mejores que las de tipo libre. Esto puede significar la necesidad de utilizar los resultados obtenidos en un estudio realizado en otro país, la actualización de los resultados de un estudio previo o la realización de una adaptación ligera para el ajuste al contexto.

También hay un desequilibrio en la cobertura de los distintos aspectos de la base de evidencia económica: con una cobertura mayor de los tratamientos farmacéuticos que de los abordajes de psicoterapia, poca cobertura de la organización de los servicios y una cobertura casi inexistente de la promoción de la salud mental (Knapp y cols., 2004). Por ejemplo, en una revisión reciente de las intervenciones aplicadas para abordar la depresión se identificaron 58 estudios, la mitad de los cuales eran evaluaciones de tratamientos medicamentosos y sólo dos de ellos eran estudios sobre la promoción de la salud mental o la detección de los problemas mentales (Barrett y cols., 2005). Muchos de estos estudios (ciertamente, la mayor parte de los mejores) han finalizado recientemente. El fomento del tratamiento de la depresión en el nivel asistencial primario incrementa los costes asistenciales, pero genera ahorros importantes en las pérdidas de productividad al reducir el absentismo laboral (Rost y cols., 2004). En algunos estudios recientes se han comenzado a evaluar las combinaciones de tratamientos, las intervenciones multiprofesionales y los modelos asistenciales cooperativos, muchos de los cuales al parecer presentan una rentabilidad económica relativamente buena (Simon y cols., 2001; Neumeyer-Gromen y cols., 2004; Pirraglia y cols., 2004). También se han realizado intentos para agrupar la evidencia relativa a las distintas opciones de tratamiento, considerando de manera más genérica las estrategias de intervención

económicamente rentables y su impacto sobre la morbilidad (Andrews y cols., 2004; Chisholm y cols., 2004, 2005).

Tal y como ya se ha señalado, el volumen de la evidencia relativa a la rentabilidad económica ha crecido de manera notable durante las dos últimas décadas. En este capítulo no se intenta revisar ni resumir la evidencia, pero son pertinentes algunos comentarios generales. Se ha observado una rentabilidad económica mayor en los estudios realizados sobre las áreas diagnósticas en las cuales se han introducido nuevas clases de medicamentos. Tras la aprobación de los primeros inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) y de los antidepresivos de última generación con otros mecanismos de acción, se han efectuado numerosos estudios acerca de la depresión. De la misma manera, la introducción de los antipsicóticos atípicos y de los inhibidores de la colinesterasa generó una importante investigación sobre los aspectos económicos del tratamiento de la esquizofrenia (Basu, 2004) y de la enfermedad de Alzheimer (Jonsson, 2004), respectivamente. En estas áreas diagnósticas, la base de evidencia existente hoy día está dominada por los ensayos clínicos con medicamentos, la mayor parte de ellos promovidos por la industria farmacéutica. Sin embargo, no toda la investigación realizada posee unos estándares adecuados y son abundantes los argumentos que cuestionan la validez de los ensayos clínicos promovidos por la industria farmacéutica. De una manera ciertamente controvertida, el National Institute for Health and Clinical Excellence for England and Wales (NICE) consideró que los nuevos tratamientos medicamentosos frente a la enfermedad de Alzheimer eran efectivos, pero no económicamente rentables (Loveman y cols., 2004). Parece que las áreas diagnósticas en que los desarrollos psicofarmacológicos recientes han sido menores han atraído menos análisis de la rentabilidad económica. Por ejemplo, han sido muy pocas las evaluaciones de las intervenciones sobre los problemas mentales de los niños y los adolescentes (Romeo y cols., 2005), el trastorno bipolar (Knapp y cols., 2004), la mayor parte de los trastornos de ansiedad (Andlin-Sobocki y Wittchen, 2005) y los trastornos de la personalidad.

Las evaluaciones de los servicios suelen abordar los diferentes grupos diagnósticos. La evidencia económica ha contribuido de manera útil al debate de la idoneidad de la atención comunitaria frente a la atención hospitalaria. A pesar de que, de nuevo, la evidencia existente en algunos países es limitada, se ha sugerido que los servicios comunitarios no necesariamente reducen los costes globales relacionados con el servicio asistencial, sino que los redistribuyen entre distintos presupuestos y distintas agencias; no obstante, como un aspecto importante, generalmente se observa un incremento de la calidad asistencial, la calidad de vida y el grado de satisfacción de los pacientes. También hay evidencia de que la calidad asistencial está estrechamente relacionada con el gasto en los servicios. En un estudio realizado a largo plazo se evaluaron los costes del desplazamiento de la atención hospitalaria al contexto comunitario en Londres y se observó que el programa comunitario tenía una rentabilidad económica mayor a corto y medio plazos (Knapp y cols., 1995), mientras que en un estudio efectuado durante un plazo todavía mayor se demostró el mantenimiento de las ventajas económicas y de la calidad de vida a lo largo de un período de 12 años (Beecham y cols., 2004). En un estudio de investigación efectuado en Alemania se observó que los costes anuales del mantenimiento en la comunidad de los pacientes con esquizofrenia fueron un 40 % inferiores a los correspondientes a la asistencia a largo plazo,

pero se subrayó que esta variable dependía de las características de la población estudiada (Salize y Rossler, 1996).

Se han evaluado diversas intervenciones asistenciales comunitarias específicas en las cuales se han examinado los diferentes métodos gracias a los cuales se pueden organizar los servicios para apoyar a las personas. Por ejemplo, las revisiones de la evidencia económica de los enfoques o equipos de tratamiento comunitario asertivo (o abordaje asertivo) indican que no han generado un impacto sistemático sobre los costes asistenciales globales aunque se han asociado con un incremento en la calidad de vida y en el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios, lo que implica que pueden ser económicamente rentables. La evidencia sobre la rentabilidad económica del tratamiento domiciliario contemplado en términos más genéricos no es concluyente todavía (Burns y cols., 2001). Los hospitales de día para enfermos agudos en los cuales se ofrece una atención psiquiátrica intensiva sin grandes gastos generales y sin demasiadas restricciones a la libertad pueden constituir una alternativa económicamente rentable a la hospitalización en situaciones en que la demanda de camas hospitalarias es elevada (Marshall y cols., 2001).

Tal y como hemos señalado previamente, las consecuencias económicas asociadas con los problemas mentales tienen un amplio calado y, a menudo, los costes asociados con los problemas laborales secundarios a la enfermedad mental superan considerablemente los costes de la provisión de los servicios asistenciales. Por tanto, los políticos tienen un entusiasmo natural por el diseño de métodos que permitan incrementar la actividad económica (la reducción de las tasas de desempleo) y que disminuyan el absentismo y el denominado «presentismo» (disminución de la productividad de las personas que sufren síntomas mentales y que continúan trabajando). En algunos estudios realizados en Estados Unidos se ha sugerido que los programas que ofrecen tratamiento de la depresión y apoyo para la reanudación de la actividad laboral quedan amortizados plenamente con los ahorros relacionados con la reducción de las pérdidas de jornadas laborales (Rizzo y cols., 1996; Dewa y cols., 2003; Rost y cols., 2004). Los beneficios económicos se pueden alcanzar mediante la inversión en estrategias efectivas de promoción de la salud mental en el puesto laboral. Un programa de ayuda al trabajador implementado por la compañía McDonnell-Douglas en Estados Unidos redujo el 25 % de la pérdida de jornadas laborales y el 8 % del número de trabajadores con problemas mentales (Alexander, 1990).

Equidad

¿Cómo se distribuyen en la población los beneficios y las cargas de un sistema asistencial sanitario? La sociedad puede desear el sacrificio de una parte de la eficiencia con objeto de asignar más recursos a las poblaciones vulnerables desfavorecidas. Éste es el concepto habitual de intercambio de eficiencia por equidad. Sin embargo, la equidad puede definirse de muchas formas, algunas de ellas contradictorias, en relación con la manera con que son financiados los servicios, la forma de acceso a éstos y los resultados conseguidos (Oliver, 2001). Por ejemplo, un aspecto importante es determinar si las contribuciones individuales a un sistema de aseguramiento sanitario (o con impuestos) deben estar vinculadas con la capacidad

de pago (es decir, si debe existir un efecto redistributivo) de manera que las personas con ingresos mayores contribuyan proporcionalmente más. Ya hemos abordado anteriormente esta cuestión y no volveremos a plantearla. De la misma manera, tampoco volveremos a abordar el problema de la equidad en los resultados finales relativos al nivel de salud, principalmente porque hay poca evidencia acerca de ello y también porque la atención sanitaria es sólo uno de los parámetros importantes a este respecto; los resultados están influidos por numerosos factores distintos de los servicios y los tratamientos de salud mental, incluyendo ingresos y su distribución, la educación, la nutrición, la vivienda y el estilo de vida. En consecuencia, la equidad en el acceso a los servicios de salud mental (p. ej., a igualdad de necesidades, igualdad de acceso) es quizá un parámetro más apropiado cuando se consideran de manera aislada los servicios asistenciales de salud mental. Un argumento consiste en el hecho de que el acceso o el uso de los servicios no debe estar influido por factores «ajenos», como la capacidad de pago del servicio o la localización geográfica.

Es evidente que las tasas de utilización de los servicios asistenciales por parte de las personas con problemas mentales continúan siendo bajas. Por ejemplo, en Holanda se ha estimado que más del 40 % de los pacientes con trastorno bipolar no entra en contacto con los servicios de salud mental (Ten Have y cols., 2002). En el estudio ESEMED, efectuado en seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España), se concluyó que hay un uso insuficiente de los servicios de salud mental tanto generales como de especialista en relación con la prevalencia de los problemas mentales en los distintos grupos de población, de manera que sólo entra en contacto con los servicios asistenciales de salud mental una de cada cuatro personas que lo necesitan aunque las tasas de contacto con estos servicios fueron mayores en los pacientes con algunos problemas concretos, como los trastornos del estado de ánimo. Las tasas más bajas de uso de los servicios asistenciales de salud mental se observaron en Italia y Bélgica (Alonso y cols., 2004b). Este estudio también formó parte del Consorcio de estudios sobre salud mental de la OMS (WHO Mental Health Survey Consortium), en el cual se demostró que hasta el 85 % de las personas con enfermedades mentales graves de las distintas regiones de todo el mundo no había recibido tratamiento durante los 12 meses previos (World Mental Health Survey Consortium, 2004).

¿Por qué las personas con problemas de salud mental no utilizan los servicios asistenciales? Una razón importante es el estigma fuertemente asociado con la enfermedad mental que, en ocasiones (p. ej., durante los períodos de crisis), puede complicarse con una alteración en la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre si deben solicitar y recibir tratamiento o no. La utilización de los servicios de salud mental también puede complicarse por las situaciones de detención y tratamiento involuntarios en algunos contextos, que podrían estar justificadas o no en términos de protección del individuo frente a las autolesiones o en términos del posible riesgo para la sociedad. Hay muchos factores que contribuyen a la desigualdad y se han propuesto numerosas soluciones (McDaid y cols., 2005b). Por ejemplo, pueden ser necesarias diversas salvaguardas para la protección de los derechos humanos y estas salvaguardas pueden influir en el consumo de los servicios (v. cap. 13) y en las acciones necesarias para mejorar la concienciación pública y para reducir el estigma y la discriminación.

Por tanto, si uno de los objetivos planteados en un país concreto es garantizar una igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios en función de las necesidades, los métodos utilizados para la distribución de los recursos desempeñarán un papel clave. El grupo MHEEN evaluó los distintos métodos de asignación de recursos para la financiación de la salud mental en 17 países de Europa occidental (Knapp y cols., 2006b). Con unas pocas excepciones notables, en los casos en que los presupuestos tenían carácter local estuvieron determinados por la referencia a los antecedentes históricos o a los juicios de carácter político más que por una cuantificación objetiva de las necesidades de la población. Los métodos utilizados posiblemente no dirigirán los recursos hacia las áreas en que tendrían mayor probabilidad de ser efectivos y también podrían provocar la persistencia de desigualdades, por ejemplo, si se continúan concentrando los recursos en las ciudades más grandes y se abandonan las áreas rurales de un país. El estigma puede significar que la salud mental no reciba una parte razonable del presupuesto y también pueden existir prejuicios respecto a la financiación de programas no institucionales.

Los métodos de asignación de los recursos incluso pueden ser más complejos en los países con un predominio de los sistemas de seguridad social sanitaria. Parte de la financiación (p. ej., para la sanidad pública y para los servicios de promoción de la salud) procederá de los impuestos, pero la mayor parte de ésta adoptará la forma de un reembolso directo por parte de los fondos de enfermedad hacia los proveedores de los servicios. El grupo MHEEN observó en Europa occidental un incremento en el uso de las tarifas correspondientes a los grupos relacionados de diagnóstico o GRD para el reembolso a los proveedores de servicios de salud mental, tanto en los países con un predominio de sistemas de seguridad social sanitaria como en los países con un predominio de financiación mediante impuestos. En algunos países, el uso de estos GRD ha generado una financiación insuficiente de la salud mental ya que las tasas de reembolso no siempre han tenido en cuenta de manera plena todos los costes asociados con los problemas mentales crónicos.

DIFICULTADES A LAS CUALES SE ENFRENTAN LOS RECURSOS

De acuerdo con los marcos, estructuras y evidencias descritos en este capítulo, es evidente que los recursos de los sistemas de salud mental en Europa y en el resto del mundo se enfrentan a diversas dificultades (Knapp y cols., 2006a).

Barreras para los recursos

Una de las dificultades más habituales que deben abordarse en Europa es la *insuficiencia de los recursos*, es decir, la escasez de recursos económicos a disposición de la salud mental. Esta insuficiencia es claramente un problema importante en los países en que el porcentaje del PIB dedicado a la sanidad es bajo y también en los países en los que el porcentaje del PIB dedicado a la salud mental es limitado. Si la asignación de fondos a la salud mental es

insuficiente, se reducen claramente las posibilidades de creación de un sistema de servicios efectivo y accesible. No obstante, con independencia del PIB de un país concreto, las diversas actitudes pueden representar una barrera importante para la asignación de recursos a la salud mental. En un estudio realizado en Alemania sobre la población general se observó que la sociedad tenía mucha menos voluntad para salvaguardar el presupuesto frente a las enfermedades mentales que en lo relativo a otras enfermedades (Matschinger y Angemeyer, 2004). Sólo el 10 % y el 7 % de los encuestados consideró la esquizofrenia y la depresión, respectivamente, entre las tres primeras áreas en que sería necesaria una protección de los presupuestos, en comparación con el 89 %, el 51 % y el 49 % en relación con la priorización de los tratamientos frente al cáncer, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y la enfermedad cardiovascular, respectivamente. Esta baja prioridad asignada a la salud mental en parte fue atribuida a la ignorancia de la posibilidad de tratamiento de estas enfermedades, una creencia que estuvo fundamentada en una estimación insuficiente de la susceptibilidad del individuo a la enfermedad mental. La gente de la calle también puede priorizar las enfermedades que implican una amenaza inmediata para la vida, en comparación con otros problemas de salud.

La escasez actual de profesionales en muchos países, junto con la probabilidad futura de que aparezcan dificultades adicionales a corto o largo plazo para la contratación del personal apropiado, representa la realidad de esta insuficiencia de recursos tal y como la experimentan las personas con problemas mentales. Estos problemas de escasez de profesionales posiblemente activarán la puesta en marcha de nuevas iniciativas de formación y la búsqueda de alternativas a las modalidades terapéuticas que requieren un contacto personal con el terapeuta. ¿Es posible el desarrollo de métodos de psicoterapia autoadministrados, fundamentados en manuales o basados en ordenadores, que permitan reducir las demandas de los especialistas en psicología clínica, en enfermería de psiquiatría y en psiquiatría, y que sean económicamente rentables? ¿Se producirán avances en los tratamientos farmacológicos que permitan aliviar los síntomas, reducir las tasas de recidiva o mejorar la calidad de vida, sin que vayan acompañados de efectos adversos inaceptables? ¿Serán económicamente accesibles estos tratamientos en todo el mundo? ¿Se producirán avances genéticos o de otro tipo que puedan revolucionar las estrategias preventivas y el tratamiento de los síntomas?

Una cuestión que no se suele tener muy en cuenta en la consideración del sistema de salud mental es la capacidad de mano de obra en el sector asistencial primario. Los planes y estrategias de salud mental nacionales reconocen con una frecuencia creciente la importancia de la atención primaria, pero ¿es suficiente su capacidad? Además de la definición de las funciones y necesidades de los especialistas que ejercen en el contexto asistencial primario, otro problema relacionado con la plantilla es el de sus conocimientos y sus habilidades. ¿Hasta qué punto los profesionales de atención primaria poseen la formación suficiente para reconocer los problemas mentales y para trabajar de manera efectiva con los profesionales de otras agencias? En el capítulo 9 se exponen diversas estrategias para la formación de los profesionales que ejercen en atención primaria. Por supuesto, también son importantes las necesidades formativas de los profesionales que trabajan en otras áreas de primera línea, como la asistencia social, el sistema escolar y el sistema penitenciario.

Los servicios existentes a menudo muestran una distribución insuficiente y con frecuencia están disponibles en el lugar y el momento equivocado, en relación con las necesidades y las preferencias de la población. Pueden estar concentrados en grandes ciudades o bien pueden estar disponibles únicamente para ciertos grupos de la población (por lo general, los de ingresos económicos mayores); también, tal y como ya se ha señalado, pueden estar vinculados con los grandes manicomios antiguos. Esta *dificultad en la distribución de los recursos* no tiene una solución fácil y a menudo está relacionada con los conceptos básicos de un sistema asistencial o de una sociedad. Las dificultades que aparecen al intentar redistribuir los recursos desvinculándolos de los grandes hospitales ilustran el intenso grado de «incrustación» de muchos recursos. Por supuesto, el hecho de que entre los distintos países haya diferencias importantes en sus patrones de provisión de servicios es una realidad inevitable. Se podrían ofrecer numerosos ejemplos:

1. La famosa legislación italiana para el cierre de los hospitales psiquiátricos y del sistema sanitario italiano actual descansa mucho menos en la atención de los pacientes en régimen de internado que, por ejemplo, las legislaciones de Alemania o Bélgica.
2. Holanda y Finlandia han realizado grandes inversiones en aspectos sociales psiquiátricos, mientras que Dinamarca ha hecho mucho más hincapié en la psicología clínica.
3. Los patrones de uso de los medicamentos reflejan las diferencias en las normativas de autorización y reembolso (v. cap. 7), así como también en las distintas culturas locales relativas a la prescripción, la educación de los profesionales, el marketing y la investigación. Por ejemplo, el uso de medicamentos psicotrópicos en Francia es tres veces mayor que en Holanda (Alonso y cols., 2004a).
4. En las sociedades mediterráneas se contempla a la familia generalmente como una fuente de apoyo de las personas con problemas mentales, con mayor importancia que en las sociedades del norte de Europa (v. cap. 16).
5. La posición y la función de la atención primaria también son bastante diferentes entre los distintos sistemas, con implicaciones claras en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes (v. cap. 9).

Por tanto, la barrera de la distribución presentará variaciones entre los distintos países, tanto en sus características como en su impacto.

Ninguno de los datos que ya se han presentado describe la distribución de los servicios *dentro* de un país. Por ejemplo, el programa nacional de salud mental de Bulgaria, iniciado en 2001, señalaba muy claramente que uno de los problemas del sistema de salud mental existente previamente era la gran heterogeneidad en la distribución de las camas hospitalarias. Al igual que en otros países, también había problemas por el hecho de que las camas de psiquiatría se utilizaban como un parámetro sustituto de las camas de residencias de enfermos crónicos. Este problema puede deberse a la falta de recursos en las residencias de enfermos crónicos o bien a la mala gestión de los casos individuales. Como parte del programa de salud mental húngaro:

«las camas psiquiátricas deberían estar localizadas más cerca del lugar de residencia del paciente, cada área de influencia de 150.000 personas poseerá servicios de

hospitalización, ambulatorios y de rehabilitación, y el promedio de camas en cada área de influencia oscilará entre 50 y 75. La reducción en el número de camas hospitalarias debe llevarse a cabo en paralelo a la introducción de unidades específicas que ofrezcan rehabilitación psiquiátrica en la comunidad».

(Gobierno de Bulgaria, 2000; Tomov y cols., 2004)

En España hay diferencias enormes entre las distintas comunidades autónomas (Haro y cols., 1998). En Inglaterra, al parecer, las variaciones locales en la inversión económica respecto a las vertientes sanitaria y social de la salud mental sólo en parte están relacionadas con las variaciones en las necesidades y en los precios de los servicios (Bindman y cols., 2000; Moscone y Knapp, 2005).

Por todo ello, la necesidad de considerar los patrones de provisión de recursos en los países puede ser más importante para el desarrollo de una política de salud mental en Europa más que las simples comparaciones entre los países ya que permiten identificar las diferencias existentes en las carteras de servicios entre las distintas localizaciones geográficas de cada país. En un estudio de comparación reciente entre nueve áreas italianas y cinco áreas españolas, dispersas geográficamente en los dos países, se demostró la existencia de una gran variación en el uso de las camas y, por ejemplo, la zona urbana de Turín presentó una tasa de utilización de las camas hospitalarias 7,6 veces mayor que la zona rural de Andalucía. En conjunto, el uso de camas comunitarias fue mucho mayor en Italia; en todas las zonas evaluadas de Italia las tasas de utilización fueron mayores que las observadas en España. También se han observado variaciones importantes en el uso de una amplia gama de servicios comunitarios (Salvador-Carulla y cols., 2005).

Esta variabilidad está relacionada con la dificultad de grado más general representada por la *inadecuación de los recursos*: los servicios existentes no son adecuados para las necesidades y los deseos de los pacientes. Un ejemplo evidente al cual tiene que volverse inevitablemente es la posición predominante de los grandes manicomios psiquiátricos en muchos sistemas. A pesar de que indudablemente en el momento en que se construyeron se contemplaban como la respuesta apropiada a las necesidades de salud mental, y aunque estas grandes y, a menudo, remotas instalaciones todavía podrían proporcionar «asilo» (en el sentido estricto del término) a las personas que sufren dificultades importantes, en muchos casos la calidad de la atención que se lleva a cabo en los grandes hospitales psiquiátricos es muy baja (v. cap. 10). En términos de costes económicos, estos hospitales también consumen una proporción elevada de los presupuestos de salud mental al tiempo que atienden sólo a una proporción pequeña de la población total con problemas mentales. Tal y como ya hemos señalado previamente, uno de los dilemas que se plantea es el hecho de que el cierre de un gran hospital psiquiátrico puede provocar una pérdida de recursos desde el sistema de asistencia en salud mental a otras áreas del sistema sanitario o de otros sistemas. A pesar de que están obsoletos y de que en muchos casos adquieren tintes escandalosos debido a la baja calidad de la atención prestada en ellos, uno de los argumentos planteados con frecuencia en favor del mantenimiento de los grandes hospitales psiquiátricos atendidos por especialistas es el hecho de que, al menos, representan un recurso reconocible y de presupuestación bloqueada en lo que se refiere a la atención en sa-

lud mental. Se ha debatido si éste es realmente un argumento defendible: la protección de unas instalaciones deterioradas y deshumanizadas por la única razón de que llevan la etiqueta de «salud mental» puede tener una defensa difícil.

Las disposiciones asistenciales o de apoyo también pueden estar organizadas de forma excesivamente rígida, por lo que el sistema es incapaz de responder a las diferencias o las modificaciones en las necesidades o preferencias individuales, así como a las distintas circunstancias comunitarias. Esta *inflexibilidad de los recursos* es frecuente cuando la información sobre las necesidades de la población de las individualidades es escasa y también cuando las personas usuarias de los servicios y sus familias tienen pocas oportunidades para participar en las tomas de decisiones respecto a sus tratamientos, así como (de nuevo) cuando existe un predominio de los procedimientos burocráticos. La inflexibilidad también se observa en los sistemas que promueven incentivos perversos para el mantenimiento de una ocupación máxima de las camas hospitalarias y residenciales: la introducción de un nuevo tratamiento o modelo de servicio que redujera la necesidad de las hospitalizaciones quizá no generaría ningún ahorro económico en el presupuesto del hospital si hubiera un incentivo económico o de cualquier otro tipo para el mantenimiento de una ocupación plena de las camas. También es posible que existan servicios que puedan cubrir las múltiples necesidades de las personas individuales y de sus familias, pero podrían estar mal coordinados. Esta situación puede complicarse por el problema del «presupuesto congelado», según ya se ha señalado.

Una dificultad o barrera final es el problema de la *cronología de los recursos*: la mayor parte de las mejoras en la práctica psiquiátrica requiere bastante tiempo para mejorar los resultados sanitarios o la rentabilidad económica. Además, la evidencia relativa a las mejoras de la práctica asistencial puede haberse obtenido en circunstancias experimentales y los ahorros de costes sugeridos por la investigación podrían no llevarse a cabo realmente en los contextos no experimentales. Por ejemplo, incluso cuando existen fondos para la salud mental, puede haber un problema transicional o a corto plazo de ausencia de profesionales adecuados, centros de tratamiento u otros recursos. Si un país sólo presenta un especialista en psiquiatría por cada 100.000 habitantes (tal y como ocurre en Albania), o si el número de psicólogos y de otros profesionales necesarios para algunas de las formas de prevención psicosocial respecto a las cuales hay una evidencia adecuada de efectividad y rentabilidad económica es escaso o nulo, incluso un incremento importante de la financiación en salud mental quizá no generaría una mejora en el acceso a los servicios adecuados. Esta barrera de falta de elasticidad en la provisión de los servicios únicamente puede ser una cuestión de retraso temporal, pero en muchos casos es muy problemática.

Superación de las barreras

La superación de las barreras a las cuales deben enfrentarse los recursos constituye una de las principales dificultades de los sistemas de salud mental europeos. En la mayor parte de los países, los recursos asignados a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas mentales son muy escasos. Así, no hay ningún país europeo que pueda justificar su inversión actual en atención psiquiátrica en función de las necesidades, la eficien-

cia, la equidad o los derechos humanos. Esta insuficiencia de la financiación se combina a menudo con otros problemas relativos a los recursos, como su escasa distribución, la inflexibilidad en su asignación o su utilización, y la falta de posibilidades de acceso. Si no se eliminan estas barreras a los recursos, también podrían acrecentar los problemas de injusticia en el acceso a los servicios, además de incrementar las ineficiencias de asignación productivas, ya que hacen que los servicios tengan más dificultades para responder a las necesidades en las preferencias de las personas usuarias. Los posibles pasos para la eliminación de estas dificultades no son igualmente aplicables o apropiados en todos los países. Cada uno de estos pasos debe ser considerado en función de su relevancia local y de su potencial para mejorar el nivel, la distribución, la idoneidad, la flexibilidad, la coordinación y la accesibilidad de los recursos necesarios para cubrir las necesidades de la salud mental.

Un aspecto fundamental en cualquier iniciativa es la necesidad de incrementar la concienciación respecto a los problemas de la salud mental, así como la necesidad de abordar el estigma y la discriminación. Algunas personas pueden considerar que la enfermedad mental es autoprovocada y que, por tanto, no merece una gran atención. Otras pueden creer que los problemas mentales tienen un tratamiento difícil. También hay personas que pueden ignorar la elevada prevalencia de las enfermedades mentales y, finalmente, hay personas que mantienen una actitud de rechazo hacia los pacientes cuya «mala salud» atribuyen a debilidad o a hipocondría. El incremento de la concienciación o del conocimiento acerca de la salud mental puede generar una mayor voluntad en el apoyo a las iniciativas de salud mental y el desarrollo de políticas nacionales de salud mental junto con planes de acción en este campo (Jorm, 2000). Por supuesto, éste es un objetivo ambicioso ya que, a pesar de que hay ejemplos de políticas y prácticas que han dado buenos resultados en la reducción del estigma (Sartorius, 2002), muchas actitudes relativas a la enfermedad mental presentan un profundo arraigo cultural y religioso. No obstante, se han introducido programas nacionales antiestigma que están siendo evaluados en varios países europeos, como Escocia.

El incremento de los recursos a disposición de la atención psiquiátrica no tendría como consecuencia una eliminación de todas las barreras, pero sería un importante punto de inicio. Ciertamente, algunos gobiernos tienen que otorgar una prioridad mayor a la salud mental para cubrir las necesidades en este área. La contribución de las enfermedades psiquiátricas al conjunto del problema representado por la enfermedad y la discapacidad, en combinación con la disponibilidad de intervenciones efectivas y económicamente rentables para la prevención y el tratamiento de las enfermedades, así como para la rehabilitación de los individuos, podrían justificar un aumento significativo de la financiación de la salud mental en muchos países. Este concepto tiene sentido desde las perspectivas de la justicia social y de la eficiencia.

Otro argumento para el incremento de la inversión económica es la implementación de un proceso de reforma de la salud mental. Tal y como queda explícitamente claro en otros capítulos de este libro, en muchos sistemas asistenciales de salud mental se han producido cambios espectaculares durante las últimas décadas, de manera que la mayor parte de los países europeos occidentales y de algunas otras áreas de Europa ha pasado de una época con predominio de los manicomios antiguos a una época centrada de manera mucho más proactiva o anticipada en las iniciativas de base comunitaria. Estos cambios requieren

recursos *adicionales*, al menos a corto plazo. Hay una necesidad obvia de inversión en nuevos recursos de capital físico y de capital humano en el ámbito comunitario antes que sea posible el cierre de un hospital, con objeto de garantizar una transición efectiva y sin fisuras de un sistema al otro. En segundo lugar, los sistemas comunitario y hospitalario deben convivir en paralelo durante cierto tiempo, lo que generará una duplicación de los gastos de explotación. En consecuencia, los reformadores de la salud mental casi con toda certeza tendrán que invertir para ahorrar. Muchos países necesitan claramente una inyección de recursos adicionales para promocionar la calidad de vida. Si las reformas introducidas no comportan ningún incremento de los gastos (o, todavía peor, si se introducen con el objetivo de ahorrar dinero), muchas personas pueden sufrir un rechazo asistencial o recibir una asistencia insuficiente. Esta situación debe ser abordada de manera enérgica.

La evidencia relativa a la rentabilidad económica puede apoyar la idea de la inversión en salud mental en muchos sectores de la sociedad; los beneficios del incremento de la inversión podrían incluir la disminución en el uso de los pagos por parte de la seguridad social, el incremento de la productividad, la reducción del contacto con el sistema judicial y penitenciario, y el incremento de la cohesión familiar y comunitaria. Sin embargo, este enfoque no debe ser interpretado como indicativo de que el ahorro de costes se conseguirá antes que se incremente la inversión en salud mental. Muchas intervenciones económicamente rentables también conllevan un *incremento* de los costes de manera que los reformadores no deben mantenerse a la defensiva en lo que se refiere a la solicitud de un aumento en los niveles de gasto para conseguir resultados mejores (Knapp, 2005).

Tal y como hemos descrito en el apartado de asignación de los recursos, algunas áreas de la práctica psiquiátrica están relativamente bien sustentadas por la evidencia: por ejemplo, muchos de los tratamientos utilizados con mayor frecuencia frente a la esquizofrenia y la depresión han sido objeto de estudios de rentabilidad económica. Aparte de ello, las evaluaciones económicas de las estrategias de promoción de la salud mental han sido bastante escasas. Dada la observación general de que, a diferencia de lo que ocurre con la mayor parte de la evidencia obtenida en estudios clínicos, la evidencia económica no puede extrapolarse fácilmente de un sistema sanitario o un país a otro, es necesaria la promoción de los estudios de investigación que puedan generar plataformas sólidas de rentabilidad económica *local* y la evidencia relacionada con la gama de opciones terapéuticas y de servicios existentes en un sistema de salud mental concreto. Teniendo en cuenta que los costes y el tiempo necesarios para generar nuevas evidencias son elevados, es necesario considerar seriamente la manera con que los resultados de estos estudios podrían ser adaptados a otros contextos o países. Ésta es sólo una de las diversas tareas que está evaluando en la actualidad la Red europea de economía de la salud mental (Mental Health Economics European Network) promovida por la Comisión Europea.

El programa en curso CHOICE (Choosing Interventions that are Cost Effective) de la OMS ha elaborado una base de datos relativa a la evidencia de la rentabilidad económica de numerosas intervenciones sobre salud mental en Europa. A pesar de que carece de especificidad en relación con el país, esta información se está utilizando en tres subregiones europeas de manera transparente con el objetivo de que los datos puedan ser adaptados para tener en cuenta las prioridades, los costes y la disponibilidad de los recursos locales

(Chisholm y cols., 2004, 2005). Esta base de datos confirma que en toda Europa se están aplicando tratamientos económicamente rentables, incluso en áreas geográficas en que los recursos sanitarios son muy limitados.

Asumiendo que los políticos pueden ser convencidos de las ventajas de una mayor inversión en salud mental, ¿cómo sería posible incrementar esta inversión? Entre las opciones están la expansión del presupuesto sanitario global, la priorización de la salud mental, la protección de los fondos dedicados a la salud mental mediante presupuestos bloqueados o cualquier combinación de estas medidas. Por supuesto, la última de las medidas señaladas tiene ventajas y desventajas ya que los presupuestos bloqueados pueden interrumpir el flujo de recursos hacia el *interior* y hacia el *exterior*, y también pueden potenciar el aislacionismo y reforzar las imágenes *negativas* de la naturaleza «especial» de la enfermedad mental. Otra opción existente en algunos países, en los cuales los datos relativos a la utilización de los recursos y a los costes son insuficientes, puede ser la introducción de los costes unitarios relacionados con los GRD. En principio, los GRD pueden ser un método efectivo para garantizar una transferencia suficiente de recursos hacia los servicios de salud mental de nivel secundario y de especialidad. Por supuesto, existe el peligro (subrayado por las experiencias recientes en Austria [v. cuadro 4-1]) de que la complejidad de la salud mental podría provocar una estimación insuficiente de los costes GRD (Zechmeister y cols., 2002). Éste es un problema general que se observa en todas las enfermedades crónicas.

La desigualdad en la asignación de los recursos constituye otra dificultad importante. Frente a ella pueden ser útiles la obtención de información y el uso de los datos de prevalencia local, los estudios relativos al coste de las enfermedades, las cifras correspondientes al problema representado por la discapacidad, las descripciones de la calidad de vida, la evidencia de la rentabilidad económica y las iniciativas antidiscriminación. Quizá sea posible una asignación más equitativa de los recursos mediante la reducción de la desigualdad en los ingresos económicos, con definición de métodos para prestar un servicio mejor en las áreas rurales y con fomento de la toma de decisiones por parte de los pacientes (McDaid y cols., 2005b). Ninguna de estas medidas es sencilla en absoluto, pero se podrían apoyar con una auditoría de equidad (¿quién recibe qué?, ¿con qué coste personal?) y de los estudios acerca de las necesidades de las personas usuarias de los servicios, de sus niveles de satisfacción y de sus preferencias, con diseño de fórmulas nacionales o regionales explícitas para una asignación apropiada y transparente de la financiación del capital invertido. El conocimiento detallado de la economía mixta de la salud mental, tanto en lo que se refiere a la provisión de fondos como a los métodos de financiación, tiene muchas utilidades potenciales, tal y como ya se ha señalado. Obviamente, el conocimiento detallado no es una solución en sí mismo, pero puede ofrecer una plataforma para determinar la manera de mejorar la disponibilidad, la distribución y el despliegue de los recursos.

En aquellos casos en que existe información relativa a las necesidades psiquiátricas en un país, esta información puede utilizarse para una asignación más equitativa de los recursos a niveles central y local, tal y como ha ocurrido en Inglaterra (cuadro 4-3). De esta manera, los proveedores de servicios y los adjudicatarios locales recibirían una parte del presupuesto sanitario nacional, teniendo en cuenta no sólo la edad y el sexo de la población local a la cual atienden, sino también las necesidades de salud mental de dicha población.

Mediante la realización regular de estudios, es posible abordar las áreas más problemáticas con ajuste de los presupuestos en función de los cambios producidos. Este enfoque sería muy apropiado en algunos de los países cuyos servicios de salud mental todavía están fuertemente arraigados en los grandes hospitales y cuya financiación está en función de la ocupación de las camas. La financiación en función de los individuos, más que en función de los hospitales, sería un elemento útil para eliminar una de las barreras a las cuales se enfrenta la desinstitucionalización.

Cuadro 4-3 Financiación de la atención psiquiátrica en Inglaterra

Los presupuestos anuales de los proveedores locales (grupos de atención primaria) de atención sanitaria están determinados en función de la asignación continuada de recursos a las poblaciones ponderadas, junto con algunas asignaciones y redistribuciones especiales. Las ponderaciones se realizan en función de los perfiles de edad y de diversos parámetros de necesidad asistencial, incluyendo un índice de necesidad de atención psiquiátrica desarrollado especialmente con este objetivo. Este índice combina varios indicadores de población que se utilizan para la asignación de la financiación a los gobiernos locales, junto con la evidencia de los patrones de las necesidades de atención psiquiátrica definidas en la Encuesta de salud de Inglaterra (Health Survey of England). La atención psiquiátrica como proporción de las asignaciones totales a los proveedores locales osciló en 2003-2004 desde el 22,5% hasta el 8,1%, con un promedio del 11,6% (Glover, 2004). Parte de esta variación se debe a la financiación adicional que reciben las residencias restantes de enfermos crónicos.

Los proveedores locales pueden dedicar a la salud mental más o menos dinero que el determinado por la asignación en función de las necesidades de la salud mental, pero en la provisión de los servicios los proveedores locales deben garantizar el ofrecimiento de servicios que cubran las necesidades del National Service Framework for Mental Health (Department of Health, 1999), comprobando que los recursos se asignan a la salud mental en función de la información basada en la evidencia. Algunas cantidades pequeñas de dinero adicional destinado a la atención psiquiátrica se pueden especificar mediante asignaciones especiales; durante los últimos años, estas asignaciones especiales han incluido fondos dirigidos hacia los delincuentes con trastornos mentales y a la implementación de diversos aspectos de la atención psiquiátrica contemplados en el Plan del National Health Service.

Los recursos existentes pueden utilizarse de manera más eficiente en cualquier sistema sanitario. Aunque en cierta manera es un tópico, podemos mejorar mucho si conseguimos que el dinero siga la estela de los pacientes o de las personas usuarias de los servicios. Las acciones de apoyo podrían incluir las evaluaciones apropiadas de las necesidades, la creación de oportunidades para que los y las pacientes se impliquen en los procesos de toma de decisiones, el traspaso de la responsabilidad de las disposiciones y compra de los servicios a las áreas locales al tiempo que se mantienen políticas nacionales y un nivel adecuado de fidelidad a los tratamientos, y el logro de estándares de alto nivel.

La mejora de la coordinación se puede conseguir mediante la reducción de los conflictos presupuestarios entre los distintos ministerios, con aplicación de medidas de compensación entre los presupuestos para conseguir mayor eficiencia global y, de nuevo, fomentando el proceso de toma de decisiones por parte de los pacientes. Ciertamente, en este proceso serían útiles las comisiones interministeriales y, quizá, incluso la transferencia de fondos hacia presupuestos conjuntos y la introducción de métodos de gestión de casos o de localización de

casos, de intermediación y de coordinación a nivel micro. Por supuesto, todas estas medidas tienen sus propios costes (de transacción), de manera que es necesario alcanzar un equilibrio cuidadoso de gasto entre los recursos propios de la provisión de la atención en salud mental y los recursos destinados simplemente a la coordinación. No obstante, estas iniciativas sólo van a ser remotamente posibles en los países que ya poseen cierto grado de coordinación y una dirección política estratégica. En los sistemas asistenciales sanitarios fragmentados y constituidos por proveedores múltiples, con un control centralizado escaso, la dificultad será enorme aunque la iniciativa puede ser más factible en las regiones con sistemas de poder bien desarrollados.

Otro método para conseguir que la financiación sea asignada a la cobertura de las necesidades, especialmente en el contexto comunitario, es el fomento de los «pagos directos» o «presupuestos individuales» (atención dirigida por el consumidor). Los individuos reciben una asignación económica con la cual pueden comprar algunos o todos los servicios. Este método no sólo capacita a los individuos, sino que promueve las actitudes de independencia y de inclusión, y al mismo tiempo ofrece mayores oportunidades para la rehabilitación, la educación, el ocio y el empleo. Este sistema sólo se ha introducido en unos pocos países (p. ej., en Inglaterra, Escocia y Holanda). A pesar de que no ha sido evaluado con detalle, si la experiencia fuera similar a aquella que se ha obtenido cuando estos pagos han sido utilizados por personas con cuadros de discapacidad física o sensorial, podrían evitarse algunos de los problemas asociados con la financiación y con los servicios de coordinación entre los proveedores de distintos sectores.

DIRECCIONES FUTURAS

Durante la última década se ha producido un incremento significativo en la atención prestada a la salud mental por parte de numerosos organismos supranacionales, incluyendo la OMS, la Comisión Europea y muchos gobiernos europeos, fundamentalmente con el compromiso reciente de todos los gobiernos europeos respecto a la asignación de un nivel «justo y suficiente» de recursos a la salud mental (WHO, 2005b). En la actualidad hay una evidencia sustancial de que la mayor inversión en recursos en muchas áreas de salud mental no sólo está justificada en función de la eliminación de las desigualdades, del elevado grado de exclusión social y de las consecuencias adversas, sino que también representa un uso más eficiente de los recursos sanitarios (y de otro tipo). Las ventajas respecto a la eficiencia pueden ser inmediatas y a largo plazo. Sin embargo, continúan existiendo lagunas en el conocimiento y las iniciativas internacionales dirigidas hacia el incremento de la concienciación con búsqueda de la extrapolación de los resultados obtenidos en los estudios de rentabilidad económica y de otro tipo (como el trabajo del programa CHOICE de la OMS a nivel mundial y el trabajo de la red MHEEN en Europa) pueden ser útiles para generar capacidad y para eliminar algunas de estas lagunas. Las iniciativas citadas pueden reforzar adicionalmente la concienciación acerca de la necesidad de inversión.

Por supuesto, estos desarrollos positivos no generarán por sí mismos un nivel de financiación de la salud mental congruente con su impacto a niveles individual y social. Son necesarios una comunicación efectiva y un compromiso progresivo con todas las partes de

todos los sectores implicados, incluyendo los políticos, las personas usuarias de los servicios y sus familias, el mundo empresarial, los sindicatos y el sistema escolar. Por tanto, cualquier discusión relativa a la financiación también debe tener en cuenta otros sectores que, en comparación con los sistemas asistenciales sanitarios europeos, pueden presentar barreras de acceso incluso mayores, con niveles más elevados de copago y de aplicación de umbrales en función de los ingresos individuales. Las ONG y los donantes internacionales también tendrán que continuar desempeñando un papel importante tanto en la financiación como en la provisión de los servicios. La sostenibilidad a largo plazo de las iniciativas efectivas debe constituir un objetivo importante.

Es clave reconocer que el problema no es sólo una cuestión del nivel de financiación de la salud mental, sino también de la forma con que se utilizan los fondos presupuestados. El desplazamiento hacia una asistencia de carácter más comunitario requiere el traspaso de fondos desde la atención de carácter institucional. Sin embargo, tal y como se ha descrito, puede haber muchas barreras para alcanzar este objetivo. Los incentivos económicos pueden ser una herramienta poderosa para mejorar el flujo de los fondos hacia el sistema asistencial de salud mental definido genéricamente y para redistribuir este flujo en el interior de éste, así como para crear incentivos y desincentivos que permitan aplicar mejores acciones y conseguir rendimientos mayores. La concienciación de los políticos respecto a las implicaciones que sus decisiones tienen sobre los costes puede ser una medida importante; conseguir que sean directamente responsables de sus decisiones económicas podría influir de manera muy especial en los comportamientos de cambio. Estos incentivos también pueden utilizarse para capacitar a las personas usuarias de los servicios con esquemas de pago directo por parte del consumidor con objeto de que tomen sus propias decisiones en relación con las necesidades de servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander ACG. McDonnell Douglas Corporation Employee Assistance Program Financial Offset Study 1985-1989. Westport, CT: Alexander Consulting Group, 1990.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S y cols. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004a; 420: 55-64.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S y cols. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004b; 420: 47-54.
- Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 Supl: 39-44.
- Andrews G, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 526-533.
- Aviva Plc. Disponible en: <http://www.aviva.com>, 2005.
- Badelt C, Osterle A. *Grundzüge der Sozialpolitik*. Viena: Manz, 2001.
- Bankauskaite V, Middtun NG. Mental health care reform in Lithuania: development and challenges. *Eurohealth* 2005; 11 (1): 19-23.
- Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2005; 84 (1): 1-13.
- Basu A. Cost-effectiveness analysis of pharmacological treatments in schizophrenia: critical review of results and methodological issues. *Schizophr Res* 2004; 71 (2-3): 445-462.
- Bebbington AC, Davies B. Equity and efficiency in the allocation of the personal social services. *J Soc Policy* 1983; 12 (3): 309-330.

- Becker T, Hulsmann S, Knudsen H y cols. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37 (10): 465-474.
- Beecham J, Hallam A, Knapp M, Carpenter JSW, Cambridge P, Forester-Jones R y cols. Twelve years on: service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospital. *J Ment Health* 2004; 13 (4): 363-377.
- Bindman J, Glover G, Goldberg D, Chisholm D. Expenditure on mental health care by English health authorities: a potential cause of inequality. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 267-274.
- Bjoerngaard J. SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller 2001. Unimed Report 1/02. Trondheim: SINTEF, 2002.
- Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H y cols. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *HTA* 2001; 5 (15): 1-146.
- Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 393-403.
- Chisholm D, Van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL, Saxena J. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 559-567.
- Cox T, Leka S, Ivanov I, Kortums E. Work, employment and mental health in Europe. *Work and Stress* 2004; 18 (2): 179-185.
- Dewa C, Hoch J, Lin E, Paterson M, Goering P. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 507-513.
- Dierckx H. Financing Mental Health Systems - Belgium. Report prepared for the Mental Health Economics European Network. Londres: LSE, 2004.
- Dixon A. Dilemmas in mental health. *Eurohealth* 2002; 8 (1): 25-28.
- Dixon A, McDaid D, Knapp M, Curran C. Financing mental health services in low and middle income countries: equity and efficiency concerns. *Health Pol Plann* 2006; 21 (3): 171-182.
- Dlouhy M. Mental health care system and mental health expenditures in the Czech republic. *J Ment Health Pol Econ* 2004; 7 (4): 159-165.
- Evers S. Financing Mental Health Systems - The Netherlands. Report prepared for the Mental Health Economics European Network. Disponible en: www.mhe-sme.org/en/projects_mheii.htm, 2004.
- Frank RG, McGuire T. Economics and mental health. En: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000.
- Funk M. Promoting social inclusion in an enlarged Europe - international cooperation and involving stakeholders in the mental health reform process. En: *Global Health Challenges: European Approaches and Responsibilities*. Gastein: European Health Forum Gastein, 2005.
- Gabriel P, Liimatainen M-R. *Mental Health in the Workplace*. Ginebra: International Labour Organization, 2000.
- Glover G. *Mental Health Care Funding in England*. Durham: Centre of Public Mental Health, Durham University, 2004.
- Gobierno de Bulgaria. *National Mental Health Programme of the Citizens of the Republic of Bulgaria 2001-2005*. Sofía: Gobierno de Bulgaria, 2000.
- Halsteinli V, Torvik H, Hagen T. *Vekst og virkemidler*. Tondheim: SINTEF, 2001.
- Harangozó J, Kristóf R. Where is Hungarian mental health reform? *Mental Health Reforms* 2000; 2: 14-18.
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 334-340.
- Healey A, Knapp M, Astin J, Gossop M, Marsden J, Stewart D y cols. Economic burden of drug dependency: social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 160-165.
- Jané-Llopis E, Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nimega: Radboud University Nijmegen, 2005.
- Jonsson L. Economic evidence in dementia: a review. *Eur J Health Econ* 2004; 5 Supl 1: S30-S35.
- Jorm A. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
- Knapp M. *The Economics of Social Care*. Londres: Macmillan, 1984.
- Knapp M. Economic barriers to innovation in mental health care. En: Marks I, Scott R, eds. *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Knapp M. The economic perspective: framework and principles. En: Knapp M, ed. *The Economic Evaluation of Mental Health Care*. Aldershot: Arena, 1995.
- Knapp M. Money talks: nine things to remember about mental health financing. *J Ment Health* 2005; 14 (2): 89-93.

- Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 166 (1): 120-122.
- Knapp M, Chisholm D, Astin J, Lelliott P, Audini B. Public, private and voluntary residential mental health care: is there a cost difference? *J Health Serv Res Policy* 1998, 3 (3): 141-148.
- Knapp M, Hallam A, Beecham J, Baines B. Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental health care. *Policy Politics* 1999; 27: 25-41.
- Knapp M, Chisholm D, Leese M, Amadeo F y cols. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. European psychiatric services: inputs linked to outcome domains and needs. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105 (1): 42-54.
- Knapp M, Novick D, Genkeer L, Curran C, McDaid D. Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; 416: 30-40.
- Knapp M, Barrett B, Romeo R, McCrone P, Byford S, Beecham J y cols. An International Review of Cost-Effectiveness Studies for Mental Disorders. Washington, DC: Fogarty International Centre of the National Institutes of Health, 2004.
- Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, McDaid D. Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Pol Plann* 2006a; 21 (3): 157-170.
- Knapp M, McDaid D, Amadeo F. Financing arrangements for mental health in Western Europe. *J Ment Health* 2006b [en prensa].
- Kovess V, Caldas de Almeida JM, Carta M y cols. Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *Eur Psychiatry* 2005; 20 (8): 521-528.
- Lewis M. Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and implications. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Loveman E, Green C, Kirby J, Takeda A y cols. The clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for Alzheimer's disease. *Technology Assessment Report*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F y cols. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001; 5 (21): 1-75.
- Matschinger H, Angemeyer M. The public's preference concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *Eur Psychiatry* 2004; 19 (8): 478-482.
- McDaid D. Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16 (4): 400-405.
- McDaid D, Curran C, Knapp M. Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *Int Rev Psychiatry* 2005a; 17 (5): 365-373.
- McDaid D, Oliver A, Knapp M, Funk M. *Minding Mental Health: Towards an Equitable Approach*. Londres: London School of Economics and Political Science, 2005b.
- McDaid D, Samyshkin Y, Jenkins R, Potasheva AP y cols. Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy* 2006 [en prensa].
- Ministry of Health. St meld 5 (2003-2004): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. White paper. Oslo: Ministry of Health, 2003.
- Moscone F, Knapp M. Exploring the spatial pattern of mental health expenditure. *J Ment Health Pol Econ* 2005; 8 (4): 205-217.
- Mossialos E, Thomson SMS. Voluntary health insurance in the European Union. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42 (12): 1.211-1.221.
- Normand C, Buse R. Social health insurance. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Oliver AJ. *Why Care about Health Inequality?* Londres: Office of Health Economics, 2001.
- O'Shea E, NiLeime A. Financing Mental Health Systems - Ireland. Report prepared for the Mental Health Economics European Network, 2004. Disponible en: http://www.mhe-sme.org/en/projects_mheii.htm.

- Pfeil W. Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer. Viena: BMSG, 2001.
- Pirraglia PA, Rosen AB, Hermann RC, Olchanski NV, Neumann P. Cost-utility analysis studies of depression management: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (12): 2.155-2.162.
- Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto US mental health services system: a public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35 (6): 685-693.
- Rizzo J, Abbott TA, Pashko S. Labour productivity effects of prescribed medicines for chronically ill workers. *Health Econ* 1996; 5 (3): 249-265.
- Romeo R, Byford S, Knapp M. Economic evaluations of child and adolescent mental health interventions: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46 (9): 919-930.
- Romeo R, Knapp M, Scott S. Economic cost of severe antisocial behaviour in children - and who pays it? *Br J Psychiatry* 2006; 188: 547-553.
- Rost K, Smith J, Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity: a randomised trial. *Med Care* 2004; 42 (12): 1.202-1.210.
- Salize HJ, Rossler W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community: a cost evaluation from a German catchment area. *Br J Psychiatry* 1996; 169 (1): 42-48.
- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E y cols. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain. An investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40 (2): 149-159.
- Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ* 2002; 324: 1.470-1.471.
- Schlesinger M, Dorwart R. Ownership and mental-health services: a reappraisal of the shift toward privately owned facilities. *N Engl J Med* 1984; 311 (15): 959-965.
- Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001; 323 (7.306): 191.
- Simon G, Katon W, Von Korff M y cols. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1.638-1.644.
- Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, Casteris CS, Bollini P. Effects of a limit on Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 1994; 331 (10): 650-655.
- Tamblyn R, Laprise R, Hanley A y cols. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001; 285 (4): 421-429.
- Ten Have M, Vollebergh W, Biji R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002; 68 (2-3): 203-213.
- Thomas C, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 514-519.
- Tomasson K. Financing Mental Health Systems - Iceland. Report prepared for the Mental Health Economics European Network, 2004. Disponible en: http://www.mhe-sme.org/en/projects_mheii.htm.
- Tomov T, Mladenova M, Lazarova I, Sotirov V, Okoliyski M. Bulgaria mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004; 16 (1-2): 93-106.
- Weich S, Lewis G. Material standard of living, social class and the prevalence of common mental disorders in Great Britain. *J Epidemiol Commun Health* 1998; 52 (1): 8-14.
- World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: World Health Organization, 2000.
- World Health Organization. Atlas. Mental Health Resources Around the World. Ginebra: World Health Organization, 2005a.
- World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Copenhagen: World Health Organization, 2005b.
- World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291 (21): 2.581-2.590.
- Zaluska M, Suchecka D, Traczewska J, Paszko J. Implementation of social services for the chronically mentally ill in a Polish health district: consequences for service use and costs. *J Ment Health Pol Econ* 2005; 8 (1): 37-44.
- Zechmeister I, Osterle A. Dann war auf einmal kein Geld mehr da. Zur Rolle der Finanzierung in der österreichischen Psychiatriereform. *Psychiatrische Praxis* 2004; 31 (4): 184-191.
- Zechmeister I, Osterle A, Denk P, Katschnig H. Incentives in financing mental health care in Austria. *J Ment Health Pol Econ* 2002; 5 (3): 121-129.

Capítulo 5

Base de evidencia en la política y la práctica de salud mental

RACHEL JENKINS, DAVID McDAID, TRAOLACH BRUGHA,
PAUL CUTLER Y ROBERT HAYWARD

INTRODUCCIÓN

Tal y como se ha descrito en el capítulo 1, en Europa la enfermedad mental es una parte importante del problema global que representa la enfermedad en términos genéricos (Wittchen y Jacobi, 2005). Hay una apreciación cada vez mayor de la importancia concreta de los trastornos mentales a consecuencia de su relación con la pobreza y la enfermedad física. Es indudable que la enfermedad mental se ha introducido en la agenda política, tal y como se puede observar claramente en la reciente Declaración y Plan de acción de la región europea (European Region Declaration and Action Plan) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la salud mental, y en la publicación también reciente del Libro verde de la Comisión Europea (European Commission Green Paper; Commission of the European Communities, 2005; WHO, 2005a). No obstante, a pesar del importante problema representado por los trastornos de la salud mental, la generación de la evidencia relativa a las intervenciones efectivas y el fomento del reconocimiento de la importancia de una salud mental adecuada (v. cap. 4) continúan recibiendo una proporción escasa de los presupuestos sanitarios en muchos países europeos.

Las políticas específicas de salud mental son esenciales para el establecimiento de los objetivos estratégicos, así como también los medios para aplicarlas; sin embargo, en varios países europeos estas políticas son inexistentes o están muy anticuadas (WHO, 2005b). Por supuesto, incluso si se aplicaran políticas en este sentido tendrían que estar basadas en la evidencia, no sólo en lo relativo al volumen y las características de los problemas de la salud mental en un determinado país, sino también en los conocimientos existentes respecto a las formas de abordar este problema. Por

supuesto, no es sólo una cuestión de salud mental; en todos los sectores de la política pública hay un reconocimiento creciente de la necesidad de tener en cuenta la evidencia en los procesos de toma de decisiones (Oliver y McDaid, 2002).

A pesar de que la política basada en la evidencia (quizá sería mejor denominarla política informada por la evidencia) puede adoptar muchas formas en el sector sanitario, hay una tendencia a equipararla con el concepto de medicina basada en la evidencia (MBE), un planteamiento que persigue la valoración rigurosa de la eficacia mediante estudios experimentales realizados con control. No obstante, la evidencia puede tener muchos orígenes, desde los ensayos clínicos experimentales hasta las encuestas y los estudios sobre grupos concretos. La evidencia también podría proceder de estudios realizados por la propia sociedad, de la presión ejercida por los medios de comunicación, o de ambos. Cada uno de estos enfoques tiene sus propios puntos fuertes y débiles. ¿Cómo se podrían utilizar estos diversos planteamientos para conseguir una política de salud mental informada por la evidencia?

En este capítulo se evalúa la forma de potenciar la política de salud mental informada por la evidencia. Se comienza con la consideración de la manera en que pueden aplicarse los planteamientos adoptados en el desarrollo de la MBE y se utiliza la experiencia conseguida en el desarrollo de políticas basadas en la evidencia en todo el espectro de la política pública. Es importante no considerar únicamente la evidencia obtenida en los ensayos clínicos experimentales; en este capítulo también se evalúan otras fuentes de evidencia que pueden ser utilizadas para informar acerca del proceso de toma de decisiones políticas.

Sin embargo, con demasiada frecuencia la evidencia ejerce un impacto escaso sobre la toma de decisiones políticas. Se puede perder en la miríada de exigencias sociales, anécdotas, mitos y grupos políticos y públicos a los cuales se deben enfrentar los responsables políticos. Además de poseer cierta capacidad para generar la evidencia, es importante el desarrollo de capacidad en la comunidad política para dar sentido a las diferentes fuentes de la evidencia. La potenciación de lo que se ha denominado «capacidad receptora» puede ser útil para filtrar las muchas fuentes de información «buena» y «mala», destacando así los puntos fuertes y las limitaciones de los diferentes planteamientos. Al final del capítulo se definen las formas con que pueden participar en el proceso de toma de decisiones políticas todas las partes implicadas en él, con atención especial a la situación de los países de Europa oriental. También se exponen las posibilidades de mejora del proceso de divulgación y difusión de las ideas, y se elimina así la laguna existente entre la investigación y la política de salud mental.

CRECIMIENTO DE LA MBE

El movimiento de la MBE comenzó a presentar una importancia real a principios de la década de 1970 aunque este término se acuñó en Canadá varios años más tarde (Evidence Based Medicine Working Group, 1992). El movimiento de la MBE se originó a partir de la preocupación social por la seguridad de algunos medicamentos y sobre todo se originó en Europa debido al elevado número de malformaciones congénitas en niños cuyas madres ha-

bían tomado talidomida durante el embarazo a lo largo de los años sesenta del siglo pasado. Se introdujeron nuevas normas por las cuales todos los medicamentos nuevos debían ser sometidos obligatoriamente a ensayos clínicos a gran escala antes que pudieran ser aprobados para su comercialización. Archie Cochrane, uno de los principales arquitectos del movimiento de la MBE, argumentaba que la normativa debía ir más allá de la simple afirmación de que las intervenciones terapéuticas eran seguras. Este investigador quería intervenciones terapéuticas que demostraran ser tanto eficaces como eficientes e insistía en la incorporación en los procesos de toma de decisiones de la evidencia empírica relativa al efecto de las intervenciones terapéuticas (Cochrane, 1973).

Así, la MBE subrayaba la necesidad de generar conocimiento mediante la investigación empírica sistemática. Su piedra angular fue el ensayo clínico efectuado con asignación aleatoria y control (ECAC), en el cual los individuos eran asignados aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo control. La idea de este tipo de ensayos clínicos no era nueva y su realización se incrementó en gran medida desde el trabajo bien conocido del tratamiento de la tuberculosis que llevaron a cabo Bradford-Hill y cols. (British Medical Research Council, 1948) poco tiempo después de finalizar la segunda guerra mundial. Como argumento se argüía que los estudios realizados con un control cuidadoso minimizaban el nivel de sesgo interno y, por tanto, ofrecían una estimación fiable de las consecuencias de incremento tras la aplicación de una intervención terapéutica en un contexto concreto.

Aunque inicialmente se concentró sobre los fármacos, con el paso del tiempo la MBE se amplió para la evaluación de otras formas de intervención, como los procedimientos quirúrgicos y los dispositivos médicos. Por ejemplo, en la actualidad poseemos los resultados de miles de estudios experimentales en los cuales se ha evaluado la eficacia de diferentes tratamientos medicamentosos frente a los trastornos mentales¹ y, en menor número, de estudios en los cuales se han evaluado otras intervenciones terapéuticas, como la psicoterapia o diferentes planteamientos para organizar y aplicar la atención psiquiátrica comunitaria. También se han desarrollado distintas metodologías para los estudios de manera que actualmente se están efectuando estudios de carácter preliminar en los cuales se aborda de forma exclusiva la eficacia de las intervenciones aplicadas en contextos clínicos ideales, seguidos de estudios de gran envergadura y de carácter naturalista (sin intervenciones externas) para evaluar las situaciones cotidianas, con el objeto de aumentar las posibilidades de generalización de los resultados obtenidos.

Alrededor de la MBE se ha desarrollado una «jerarquía de evidencia» y, a pesar de que hay algunas variaciones, la lista que aparece a continuación muestra la jerarquía típica. En esta jerarquía, las fuentes más sólidas de la evidencia son las técnicas de metaanálisis, que permiten agrupar la evidencia obtenida en cierto número de ECAC, seguidas de los resultados obtenidos en un único ECAC. A continuación se encontrarían diversos tipos de estudio efectuados sin asignación aleatoria, pero con control y, finalmente, estarían los estudios de casos únicos, en la parte más baja de la jerarquía. Por ejemplo, éste es el caso de la jerarquía ofrecida en una publicación reciente por la antigua Health Development Agency in

¹ Por ejemplo, en una base de datos finlandesa se han recogido más de 15.000 ensayos clínicos. Véase <http://www.psitri.stakes.fi>.

England (Weightman y cols., 2005) o la jerarquía propuesta por la Cochrane Collaboration. Con variaciones y modificaciones de grado menor, la mayor parte de las jerarquías de evidencia tiene esta estructura básica:

1. Revisiones y metaanálisis sistemáticos.
2. Ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y con control.
3. Ensayos clínicos efectuados sin asignación aleatoria y con control.
4. Estudios de cohortes/diseños de series temporales.
5. Estudios con diseño caso-control.
6. Estudios con diseño transversal.
7. Series de casos.
8. Publicaciones de casos aislados.

ENFOQUES CUALITATIVOS PARA LA EVALUACIÓN

En pocas jerarquías de la MBE se mencionan los enfoques cualitativos de la evaluación y en aquellas en que aparecen lo hacen en las zonas más bajas de la lista. A pesar de que la evidencia obtenida con la metodología de investigación cuantitativa (como los ECAC) es muy sólida, también tiene sus limitaciones. Este hecho ha quedado bien documentado en otras publicaciones (Tansella y cols., 2006) y por ello en este capítulo no se realiza ningún análisis detallado de sus puntos fuertes y débiles. Sin embargo, con independencia de la realización cada vez más frecuente de ensayos clínicos de carácter naturalista, un aspecto clave es el hecho de que sus resultados no se pueden extrapolar con facilidad. Por ejemplo, los medicamentos pueden administrarse de muchas formas diferentes en las distintas culturas y en los diversos contextos de sistemas sanitarios, lo que puede influir en su efectividad potencial. Otra limitación puede ser la exclusión en los ECAC de grupos de población específicos, como los ancianos o los niños, o bien de enfermedades comórbidas concretas.

Con independencia de sus ventajas y desventajas, algunas intervenciones no farmacológicas en salud mental ofrecen dificultades de evaluación mediante ECAC. Si pretendemos realizar intervenciones en toda la sociedad (p. ej. mediante campañas contra el estigma), puede ser difícil establecer un grupo control que no esté «contaminado» por la información que sus miembros podrían recibir por parte de las personas que participan en el grupo de intervención. Para la evaluación son necesarios enfoques diferentes que, desde la perspectiva de la jerarquía de la MBE, pueden ser contemplados como inferiores.

Algunos expertos sostienen que se debería otorgar un valor, al menos, similar a los estudios cuantitativos de observación (Black, 1996) y a los estudios cualitativos realizados sin control (Newburn, 2001). Este tipo de enfoque no sólo puede aplicarse para evaluar hipótesis que permitan enmarcar los estudios cuantitativos futuros, sino que los defensores de los métodos cualitativos también señalan que éstos reflejan mejor la realidad en la cual se desenvuelven los políticos que toman las decisiones, además de que ofrecen una com-

prensión mejor de los mecanismos sociales subyacentes por los cuales las intervenciones tienen éxito o fracasan (Sanderson, 2000).

¿Qué significa investigación cualitativa? Este amplio término cubre una extensa gama de métodos que «conllevan la recogida, organización e interpretación sistemáticas del material textual obtenido a partir de conversaciones u observaciones. Se utiliza para la exploración del significado de los fenómenos sociales, tal y como los experimentan los individuos, en su contexto natural» (Malterud, 2001: 483). A diferencia de los estudios cuantitativos, el objetivo no es obtener resultados estadísticamente significativos, sino explorar aspectos, patrones y asociaciones en un conjunto de datos más rico y diverso. Como tal, la investigación cualitativa es útil para abordar un conjunto diferente de preguntas de evaluación: no es tanto el «¿cuántos x ?», sino el «¿qué es x , cómo varía x en las diferentes situaciones y por qué?». El estudio de grupos con un denominador común, la observación de los contextos organizativos y de los comportamientos de equipo, así como las entrevistas a fondo son ejemplos de este enfoque.

Este tipo de investigación puede ser útil para informar el debate relativo a la extrapolación de los resultados obtenidos en los estudios. Se puede utilizar para evaluar resultados complejos de difícil cuantificación (p. ej., los cambios en una cultura organizativa o en el sentido de comunidad), pero que influyen en el éxito de una intervención. También pueden utilizarse para identificar las diferencias en la importancia que tienen los resultados para las distintas partes implicadas en el proceso (Pope y cols., 2002). En una revisión sistemática publicada recientemente para evaluar la actividad de la terapia electroconvulsiva (TEC) se observó que los resultados de la investigación promocionada por los usuarios de este servicio terapéutico indicaban un efecto beneficioso significativamente menor que los resultados obtenidos en los estudios promocionados o realizados por los especialistas clínicos. Se argumentó que este hecho podría deberse al hecho de que los estudios clínicos se suelen realizar al poco tiempo de que los pacientes hayan sido tratados mediante TEC y que en ellos se utilizan cuestionarios demasiado simplistas que no permiten abordar los complejos puntos de vista de los pacientes. En esta revisión sistemática se subrayó la necesidad de nuevos estudios de investigación cualitativa para identificar los resultados de utilidad para las personas que reciben esta forma de tratamiento (Rose y cols., 2003).

Los enfoques cualitativos no deben ser contemplados como una alternativa a los cuantitativos; de hecho, ambos enfoques pueden ser complementarios. La jerarquía de la evidencia contemplada en la MBE, que otorga un valor inferior a los métodos de investigación cualitativa (si se llegan a mencionar), puede ser sustituida por una matriz en que se destaque la necesidad de equiparar el diseño de la investigación con la pregunta a la cual debe responder la investigación, tal y como se ilustra en la tabla 5-1 (Muir-Gray, 1996; Petticrew y Roberts, 2003). A pesar de que es evidente que el agrupamiento sistemático de los resultados obtenidos en numerosos estudios constituye, en términos generales, la fuente de evidencia más robusta, y de que estos ensayos clínicos ofrecen una respuesta mejor respecto a la eficacia, la efectividad y la rentabilidad económica, la matriz indica que, en lo relativo a las cuestiones de idoneidad, grado de satisfacción, procesos de implementación del servicio y aceptabilidad, los métodos de investigación cualitativos son diseños de investigación apropiados.

Tabla 5-1 Una matriz de evidencia

Pregunta de investigación	Investigación cuantitativa	Encuesta	Estudios con diseño caso-control	Estudios de cohortes	ECAC	Estudios semixperimentales	Evaluación no experimental	Revisión sistemática
Efectividad: ¿funciona esto mejor que aquello?				+	++	+		+++
Proceso de provisión del servicio: ¿cómo funciona?	++	+					+	+++
Importancia: ¿tiene importancia?	++	++						+++
Seguridad: ¿los riesgos de daños compensan los beneficios?	+		+	+	++	+	+	+++
Aceptabilidad: ¿se demandará este servicio?	++	+			+	+	+	+++
Rentabilidad económica: ¿representa un buen uso de los escasos recursos?					++			+++
Idoneidad: ¿es una intervención apropiada?	++	++						++
Satisfacción por el servicio: ¿están satisfechos con el servicio las personas usuarias, los y las profesionales y otras partes implicadas?	++	++	+	+				+

+++ La evidencia más sólida; ++, una evidencia razonable; +, cierta evidencia débil. ECAC, ensayo clínico con asignación aleatoria y control. Adaptada de Petticrew y Roberts (2003). La matriz fue adaptada previamente de la propuesta originalmente por Muir-Gray (1996).

¿ES APLICABLE EL MOVIMIENTO DE LA MBE A LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL INFORMADA POR LA EVIDENCIA?

Brevemente, la respuesta es afirmativa, pero no de manera universal. La vinculación entre la MBE y la política informada por la evidencia es esencial para tener en cuenta una miríada de factores entre los cuales se incluyen el contexto local, las necesidades, las estructuras y recursos humanos existentes, y la flexibilidad del sistema para el cambio. La evidencia obtenida mediante métodos de investigación cuantitativa, como los ECAC en sí mismos, posiblemente no será suficiente para responder a muchas de las cuestiones a las cuales se deben enfrentar los políticos. Los políticos necesitan información adicional a la ofrecida por la evidencia obtenida en un ECAC en que se ha evaluado si los síntomas evolucionan mejor con el fármaco A o con el fármaco B y, quizá, con qué coste económico. Por ejemplo, necesitan conocer el contexto en que se realizó el estudio, las posibilidades de extrapolación de los resultados a un contexto concreto y las perspectivas de los usuarios de los servicios y de los profesionales de la salud mental respecto a la utilidad de los medicamentos evaluados. Los métodos complementarios de investigación cualitativa pueden ser útiles para ampliar esta información de manera que los políticos estén mejor informados del contexto en que se ha demostrado que las intervenciones individuales pueden ofrecer buenos resultados. Sin embargo, éste es sólo uno de los elementos adicionales de la información requerida para la toma de decisiones políticas informada por la evidencia.

Las preguntas clave y los aspectos contextuales relativos a las decisiones políticas son mucho más amplios que la simple determinación de lo que funciona mejor ya que deben operar a niveles *macro* o *general* y *micro* o *individual*. Por ejemplo, aunque el acceso a los nuevos medicamentos y el equilibrio entre las atenciones comunitaria y hospitalaria puede ser el problema predominante en algunos de los países relativamente ricos de Europa occidental, en otras partes del continente todavía pueden existir restricciones, incluso, para el acceso a los medicamentos básicos más antiguos. Además, en el sistema de salud mental puede haber un deseo o una flexibilidad escasa para la inversión en servicios de carácter comunitario.

Por ello, los aspectos políticos clave de algunos países pueden resolverse mediante la comprobación de que los medicamentos utilizados son adecuados en términos de su disponibilidad, y de que los profesionales poseen la formación básica y reciben la educación profesional continuada necesaria para su uso, para el control de los efectos adversos y para el reconocimiento de los síntomas tempranos de recidiva. Los políticos de estos países también pueden requerir información sobre los recursos necesarios y los métodos más efectivos para la aplicación de nuevos servicios, como la atención comunitaria, la rehabilitación, el empleo protegido y el control de los riesgos. Éstas son sólo algunas de las cuestiones que se deben considerar en la formulación de las políticas nacionales de salud mental (Jenkins y cols., 2002; WHO, 2004).

Otra limitación importante en la formulación e implementación políticas es la disponibilidad de recursos. Las intervenciones de gran rentabilidad económica que podrían ser contempladas por una política de salud mental quizá tengan un coste excesivo. Este hecho

puede tener consecuencias significativas respecto a los presupuestos sanitarios; si la inversión en nuevos enfoques económicamente rentables requiere una proporción mayor del presupuesto sanitario, entonces quizá se reduzca el número de personas que pueda recibir el tratamiento o la capacidad de toda la nación para el mantenimiento de otros servicios o para ofrecer la formación apropiada a los profesionales. Las soluciones políticas deben ajustarse a los recursos existentes en cada país (v. cap. 4).

Así, la política informada por la evidencia no se conseguirá simplemente con los diversos elementos de los cuales están constituidos los estudios de efectividad y de rentabilidad económica. Hace unos cuantos años, un prominente experto del movimiento de la MBE señaló que, si se tiene en cuenta que el único ECAC efectuado sobre la salud mental en atención primaria realizado en aquel momento indicaba la idoneidad de la participación de visitantes sanitarios para descartar la depresión en las mujeres que acababan de dar a luz, toda la política de salud mental primaria se debería enfocar, por tanto, hacia esta actividad. Este tipo de enfoque fragmentado y carente de estrategia es inadecuado. Por definición, la política debe basarse en una panorámica global sistemática y generalizada. Debe garantizar el establecimiento de conexiones, es decir, algo así como la colocación ordenada de todas las piezas de un rompecabezas de manera que el sistema pueda trabajar de una forma integrada y coherente que permita la implementación de las políticas.

¿QUÉ TIPOS DE INFORMACIÓN Y EVIDENCIA NECESITAN LOS POLÍTICOS?

Los políticos necesitan información cualitativa y cuantitativa sobre las distintas opciones políticas de salud mental en una forma accesible, organizada, precisa, triangular, utilizable y a disposición de las partes implicadas más relevantes (Jick, 1979; Smith, 1989; Kelle, 2001). Necesitan información sobre los aspectos sistémicos y programáticos (Hafner y Heiden, 1991), y deben analizar cuidadosamente los contextos político, económico e institucional para evaluar las necesidades y las posibilidades de reforma (Cassells, 1995).

Estas evaluaciones deben cubrir múltiples sectores, no sólo el bienestar sanitario, sino también el bienestar social, la vivienda, el empleo, la educación y la justicia, por citar sólo unos pocos de ellos. Además, estas evaluaciones deben tener en cuenta el rol desempeñado por las diferentes partes implicadas y los puntos de vista contemplados por ellas, incluyendo a las personas usuarias del servicio asistencial, las familias, el colectivo profesional interno y externo al sistema sanitario, los empresarios, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y la sociedad general. Hay que identificar los vínculos entre estos diferentes sectores y las partes implicadas; el análisis no sólo debe tener en cuenta el contenido potencial de la política, sino también las posibilidades prácticas de su implementación.

En el desarrollo de la política de salud mental es posible aplicar la experiencia obtenida en el desarrollo de los modelos genéricos para el diseño y la reforma de los sistemas sanitarios (p. ej., Hurst, 1991; Roemer, 1991; Frenk, 1994; Cassells, 1995; Murray y Frenk, 2000). Recientemente se ha despertado el interés por la consideración de sistemas de salud men-

tal específicos y por los mecanismos mediante los cuales los sistemas de salud mental interaccionan con los sistemas sanitarios generales y con esferas más amplias de la política social en cada país (Jenkins y cols., 2002; Goering y cols., 2003; Gulbinat y cols., 2004; WHO, 2004).

Integración del conocimiento

Es necesaria la información respecto al cuadro genérico del desarrollo del sistema, la infraestructura disponible, la capacidad humana, el perfil demográfico y las tendencias epidemiológicas de cada país. Esta información genérica puede ser útil para informar las decisiones, por ejemplo, la cantidad de dinero que se debe dedicar globalmente y cómo se debe repartir este dinero entre los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta información también puede ser útil para decidir el equilibrio que debe alcanzarse entre la atención sanitaria pública y la privada, entre la atención dispensada por la medicina general y por las especialidades, y entre la atención en salud mental y la asistencia social. Finalmente, también puede ayudar a determinar la importancia de la política pública sobre la salud mental. La información «específica» acerca de la efectividad de las intervenciones y de las opciones terapéuticas concretas evaluadas en los estudios de investigación cualitativos y cuantitativos debe complementar dicha información.

Por tanto, la dificultad básica es la integración de lo que pueden ser fragmentos sueltos de evidencia, conocimiento, experiencia y valores en un conjunto razonablemente cohesivo que permita responder a las necesidades de la clase política. Hasta hace poco tiempo eran escasos los estudios que se podían utilizar para fundamentar la toma de decisiones sobre «información genérica». Todavía es necesaria de manera urgente la información útil que permita incrementar la capacidad de la política de los distintos países. Un abordaje útil puede ser la síntesis política (v. más adelante).

Sin embargo, en lo que se refiere a los «estudios específicos», puede pisarse un terreno más firme ya que hay métodos que permiten sintetizar con mayor facilidad los resultados. Tal y como ilustra la tabla 5-1, puede observarse la gran capacidad de una revisión en este sentido. La revisión sistemática es un intento riguroso de identificar todos los estudios relevantes existentes tanto en la bibliografía publicada como en la no publicada. Las revisiones sistemáticas pueden centrarse en los ECAC aunque no es necesario que ello sea así. Los metaanálisis representan un paso adelante ya que en ellos se aplican técnicas estadísticas para combinar los resultados obtenidos en varios ECAC identificados en una revisión sistemática con objeto de alcanzar una conclusión de carácter más definitivo sobre la efectividad de una intervención.

Al igual que los demás métodos de evaluación, las revisiones sistemáticas también presentan limitaciones. Su calidad depende por completo de la calidad y la cantidad de los estudios en que se fundamentan (Herbert y Bo, 2005). No siempre se han realizado estudios de alta calidad sobre las cuestiones relevantes para la política propuesta, especialmente en los países con un producto interior bruto medio o bajo de Europa central y oriental. También se ha cuestionado la posibilidad de extrapolación de los resultados obtenidos en paí-

ses con un producto interior bruto alto, como Reino Unido, a otras partes de Europa en que el contexto, la infraestructura y el nivel de recursos pueden ser muy distintos. Otra limitación es la dificultad para efectuar revisiones sistemáticas en todo el amplio sector de la asistencia sanitaria y en la interfaz de este sector con las políticas de bienestar, justicia, educación y ambiente. Mediante este planteamiento, sólo se ha abordado un conjunto muy limitado de cuestiones políticas, aunque algunos grupos (como la Campbell Collaboration) están comenzando a trabajar más en esta área (v. más adelante).

Un método potencialmente adecuado para abordar estas intervenciones transectoriales, así como algunas de las «cuestiones genéricas», puede ser la aplicación de un nuevo enfoque denominado «síntesis política». Este enfoque va más allá de los límites de la revisión sistemática tradicional. A pesar de que todavía está en sus fases iniciales, el método de síntesis política ya ha sido adoptado por el NHS Service Delivery and Organization Unit inglés y también por la Canadian Health Services Research Foundation. Consiste en la realización de revisiones sistemáticas que incorporan información procedente no sólo de los ECAC, sino también de otras fuentes de evidencia, incluyendo la investigación cualitativa. Este método también utiliza enfoques de carácter deliberativo, como los grupos con un denominador común, las consultas públicas y los jurados no profesionales, con objeto de tener en cuenta algunos de los valores sociales que influirán en el buen resultado de una intervención concreta (Lavis y cols., 2005; Mays y cols., 2005; Pawson y cols., 2005; Sheldon, 2005). No obstante, hasta el momento, estos enfoques al parecer no han sido aplicados a los aspectos relacionados con la política de salud mental.

UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA INFORMADA POR LA EVIDENCIA

Ya se ha descrito la relación de la MBE con las decisiones políticas, con la definición de algunas de las necesidades informativas de la clase política. En este apartado se describen algunos de los elementos clave de un programa para facilitar y mejorar tanto la construcción como la implementación de una política informada por la evidencia (cuadro 5-1).

Cuadro 5-1 Elementos de un programa para mejorar la definición de una política informada por la evidencia

1. Potenciar el conocimiento respecto a los tipos de información que son útiles para el desarrollo de una política.
2. Comprobar que se lleva a cabo una evaluación de la situación para obtener información contextual que permita el diseño de la política en función de la situación local y desarrollar marcos y métodos de síntesis.
3. Fomentar la accesibilidad a la información.
4. Planificar la investigación y el desarrollo futuros para facilitar una política de salud mental basada en la evidencia.
5. Invertir en el desarrollo de mecanismos de transferencia del conocimiento entre la clase política y otras partes o grupos implicados.

Definición de la forma con que los diferentes tipos de información pueden utilizarse para el desarrollo político

Un primer paso importante en el desarrollo de una política de salud mental es el conocimiento de la manera con que pueden utilizarse los diferentes tipos de información para el desarrollo político. En última instancia, la política depende, en primer lugar, de la identificación de las necesidades de la población; después, del conocimiento de las estructuras y servicios existentes en el momento presente y, finalmente, de la determinación de la manera con que pueden potenciarse o modificarse las carteras de servicios actuales. La *investigación epidemiológica* y la información obtenida en las *recogidas de datos* y *los estudios locales sistemáticos* pueden ser útiles para conocer las necesidades de la población, por un lado, y la estructura y utilización actuales de los servicios, por el otro. En lo que se refiere a las políticas y a sus estrategias de implementación, para ser creíbles deben estar diseñadas detalladamente respecto a la situación local sobre la cual se pretenden aplicar. Para incrementar nuestros conocimientos del contexto local, es posible utilizar el método de *valoración y aproximación rápidas de la situación*.

Una vez que se han identificado las necesidades y se han definido los servicios y estructuras locales existentes, la política debe considerar la *base de evidencia respecto a las intervenciones y las estrategias necesarias para mejorar la salud mental*. En esta fase del proceso informativo deben manejarse los resultados de los estudios cualitativos y cuantitativos de las intervenciones específicas. Si las políticas y estrategias nacionales y locales ya han sido evaluadas, esta información también puede utilizarse para informar del debate político.

Identificación de las necesidades mediante la investigación epidemiológica

Un método convincente para identificar las necesidades de salud mental es el uso de la investigación epidemiológica (Jenkins, 2001). Se pueden utilizar métodos como las técnicas de entrevista epidemiológica (Wing y cols., 1990; Lewis y cols., 1992; Jenkins y Meltzer, 2003) para evaluar la salud mental, los trastornos mentales y la discapacidad que los acompaña, tanto en los individuos como en los grupos de población. También hay métodos con el fin de evaluar las necesidades de servicio de los sectores de población enfermos (p. ej., Marshall y cols., 1995; Phelan y cols., 1995; Avon Measure Working Group, 1996). Aunque la epidemiología es clave para los políticos (Jenkins, 2001), pocos países llevan a cabo estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la población general por la consideración de que estos estudios son relativamente caros y requieren mucho tiempo. Sin embargo, esto no es necesariamente así; la encuesta actual de salud mental mundial se ha realizado en 14 países de todo el mundo mediante estudios nacionales (World Mental Health Survey Consortium, 2004). En muchos países con un producto interior bruto bajo ya se han realizado estudios sobre atención en salud mental primaria y comunitaria que, a pesar de que se efectúan a una escala relativamente pequeña, son de gran utilidad (Institute of Medicine, 2001).

Identificación de las necesidades y determinación de la disponibilidad de servicios

También pueden desempeñar un papel clave los datos obtenidos en las encuestas domiciliarias realizadas a los usuarios y a las usuarias de servicios (a distintos niveles en cada

servicio), los datos sistemáticos obtenidos en los pacientes, los resultados de los servicios y los procesos. De nuevo, hay limitaciones en los sistemas de información sanitaria existentes, que a menudo están basados sobre todo en la obtención sistemática de datos correspondientes a las hospitalizaciones, las consultas y las altas hospitalarias. Estos sistemas de información pueden generar pocos datos acerca de las consultas ambulatorias y de las consultas que se realizan en la atención primaria o en la comunidad, y la información que ofrecen habitualmente acerca de las tasas de enfermedad en la población suele ser nula. En ocasiones incluyen datos de mortalidad, pero casi nunca sobre los resultados sanitarios o sociales a pesar de que son cada vez más abundantes las iniciativas para introducir parámetros de resultados sistemáticos de la atención en salud mental (Jenkins, 1990; Wing y cols., 1998). En este sentido se han producido avances; por ejemplo, en Inglaterra, con la introducción del conjunto mínimo de datos de salud mental, un instrumento dirigido hacia el agrupamiento de los datos, se cubren numerosos aspectos de las características personales de los pacientes individuales, de sus problemas y de su atención (Glover y Sinclair-Smith, 2000).

Los aspectos cronológicos y los relativos al acceso a esta información también son importantes. En algunos países estos datos se obtienen y publican con demasiado retraso para que puedan ser útiles para la planificación sanitaria y la toma de decisiones (Smith, 1989). En otros casos quizá no estén suficientemente sintetizados con la información cualitativa de manera que no pueden ser interpretados fácilmente por la clase política. Además, la información y la evidencia no siempre son accesibles fuera de los estrechos límites de los departamentos gubernamentales específicos que las generan (p. ej., el caso del servicio penitenciario).

Perspectivas diferentes acerca de lo que constituye la evidencia de la efectividad

Al mismo tiempo que hay un importante debate acerca del tipo de evidencia que debe utilizarse para informar acerca de la política y la práctica, se trata mucho menos sobre quién decide la evidencia que debe utilizarse o sobre qué fuentes de la evidencia deben tener prioridad. Tradicionalmente, la evidencia generada por las personas usuarias de los servicios ha generado un escaso impacto sobre el desarrollo de la política. Al menos en Inglaterra hay evidencia de que esta situación está comenzando a cambiar en las áreas en que existen grupos de base académica, como el Service Users Research Enterprise del Institute of Psychiatry, King's College London (Rose y cols., 2006) (v. también cap. 14). Rose y cols. han propuesto la utilización de un paradigma con perspectivas múltiples para integrar las diferentes fuentes de evidencia generadas por los distintos métodos de la investigación científica, incluyendo la producida por las personas usuarias de los servicios. Estos investigadores también han señalado que las personas usuarias de los servicios deberían desempeñar una función de mayor importancia en el planteamiento de las cuestiones que debe resolver la investigación, en la identificación de las intervenciones (y, por tanto, en las estrategias políticas) y en la comprobación de que los diseños de investigación tengan en cuenta las perspectivas de las personas usuarias de los servicios.

Evaluación y valoración de la situación

El proceso de reforma y las dificultades de implementación de la política y de los cambios institucionales han sido aspectos relativamente abandonados (Walt y Gilson, 1994) en comparación con los contenidos de la reforma a pesar de que ambos requieren una valoración detallada de la situación previa. Así, esta evaluación detallada de la situación debe ser considerada un requisito previo clave para la aplicación de una política informada por la evidencia (WHO, 2004).

El concepto de evaluación de la situación de la salud mental es similar al concepto de análisis de situación manejado en el contexto de la salud pública, en el cual se evalúan las necesidades y demandas de la población, los servicios existentes y los recursos actuales con objeto de introducir cambios y mejoras. Estas evaluaciones de la situación ofrecen un contexto básico para establecer las prioridades del desarrollo político y representan un punto de referencia común para el resto de los procesos de desarrollo político (Green, 1999). Son especialmente útiles en los países en que la recogida sistemática de la información no ha sido la norma. Por tanto, es necesaria una estrategia global para sintetizar la evidencia existente respecto al contexto, las necesidades, los recursos y los procesos de los resultados de múltiples fuentes, disciplinas y perspectivas.

Una de estas estrategias ha sido desarrollada y aplicada en 15 países de todo el mundo, incluyendo algunos europeos. El Perfil de salud mental del país (MHCP, Mental Health Country Profile) constituye uno de los instrumentos desarrollados por el International Mental Health Policy and Services Project para ayudar a los políticos a desarrollar iniciativas políticas de salud mental basadas en la evidencia (Gulbinat y cols., 2004; Jenkins y cols., 2004). Este proyecto pretende incrementar la accesibilidad, la disponibilidad y el uso de la información por parte de los políticos, con objeto de guiar el desarrollo en todo el mundo de una política de salud mental basada en la evidencia.

El análisis de la situación de la salud mental proporcionado por el MHCP ofrece información del contexto social y físico de cada país, incluyendo las necesidades y demandas de su población, los recursos existentes, los modelos de previsión de servicios y los resultados sanitarios y sociales. El instrumento MHCP pretende ayudar al desarrollo político en salud mental mediante cinco vías. En primer lugar, ofrece a los políticos una herramienta que *recoge y describe la información local* apropiada para la evaluación *estandarizada* de la situación global de la salud mental y que, al mismo tiempo, *tiene en cuenta el contexto sociocultural local*. En segundo lugar, este instrumento puede utilizarse para revisar la política de salud mental existente. En tercer lugar, sirve como *herramienta de capacitación* para alertar e informar a la clase política, los y las profesionales y otras partes implicadas sobre los aspectos importantes que deben ser considerados en el desarrollo de la política de salud mental. En cuarto lugar, ofrece información detallada específica de cada país en un *formato sistemático*, que facilita la posibilidad de compartir las experiencias de la reforma y las estrategias de la salud mental entre la clase política y otras partes implicadas. Y en quinto lugar, se ha diseñado para que constituya *una herramienta que genere capacidad* para potenciar su capacidad de evaluación de la situación y, por tanto, para fomentar el desarrollo y la implementación de políticas de salud mental. Este instrumento no trata de establecer una clasificación

de los países, ni tampoco elaborar tipologías artificiales, sino evaluar de manera objetiva la complejidad de las relaciones existentes en cada país y entre los distintos países respecto al contexto, las necesidades, los recursos, los procesos y los resultados de los complejos sistemas social, sanitario y de bienestar en su impacto sobre la salud mental.

Fomento de la accesibilidad a la información

Es importante utilizar, en la medida de lo posible, la base de evidencia existente respecto a las acciones efectivas y económicamente rentables. Dado que la evaluación realizada en un país específico puede ser limitada, las decisiones políticas pueden estar informadas por el análisis de la experiencia internacional. Todo ello debe llevarse a cabo con cuidado; los resultados obtenidos en un contexto quizá no sean extrapolables a contextos distintos en los cuales las estructuras, los recursos y la cultura pueden ser muy diferentes. También se plantean cuestiones distintas respecto a la capacidad para comprender e interpretar la información, incluso en las situaciones en que existe dicha información.

Hay diversas fuentes internacionales de información que pueden utilizarse en el proceso de desarrollo político. Entre ellas, el trabajo de la Cochrane Collaboration (www.cochrane.org), que publica revisiones sistemáticas de la evidencia relativa a la efectividad de las intervenciones sanitarias, así como el trabajo realizado por diversos organismos de evaluación de la tecnología sanitaria por diversos consejos consultivos de investigación, como el National Institute for Health and Clinical Excellence inglés (NICE; www.nice.org.uk), la Organización de investigación y desarrollo sanitarios holandesa (www.zonmw.nl) y la Mesa nacional finlandesa sobre salud y bienestar en Finlandia (www.stakes.fi).

Estas fuentes de evidencia son muy útiles para potenciar el acceso a la base de evidencia, aunque hasta el momento contienen mucha menos información de las cuestiones genéricas, más allá de los medicamentos específicos, las intervenciones psicológicas y las estructuras de servicios completos, como la asistencia de enfermería durante las 24 horas del día y la formación/rehabilitación de carácter laboral. Por ejemplo, son pocos los estudios de investigación relacionados con la salud mental (aunque cada vez son más abundantes; se está desarrollando una base de datos en www.imhpa.net), las intervenciones multisectoriales para abordar el estigma y la coordinación efectiva de la atención comunitaria.

Una organización de características similares a la Cochrane, la Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org), revisa y sintetiza la evidencia relativa a las intervenciones sociales y comportamentales, y la política pública, incluyendo la educación, el sistema penitenciario y el bienestar social, entre otras áreas. Su objetivo principal es la evidencia relativa a la intervención global o la efectividad política, así como la forma con que la efectividad se ve influida por las variaciones en el proceso y la implementación, los componentes de la intervención y los receptores de ésta, junto con otros actores. Se están realizando revisiones sistemáticas respecto a la salud mental. Otras fuentes de información útiles son la Red de evidencia sanitaria de la OMS (WHO's Health Evidence Network; <http://www.euro.who.int/hen>), que ha elaborado varios informes de síntesis acerca de la efectividad de la intervención en salud mental (v. Gilbody, 2004; Guo y Harstall, 2004; Thornicroft y Tansella, 2004).

Tal y como se ha expuesto en el capítulo 4, la información relativa a la rentabilidad económica de las intervenciones puede ser útil para decidir el mejor destino de unos recursos limitados y para definir la inversión en salud mental. Hay varias fuentes de información relativas a la rentabilidad económica de las distintas intervenciones. Quizá la más útil de estas fuentes sea la base de datos Choice (Choosing Interventions that are Cost Effective); www.who.int/choice/en/ de la OMS. Esta base de datos contiene información acerca de los planteamientos de mayor rentabilidad económica aplicados para abordar los trastornos relacionados con el alcohol (Chisholm y cols., 2004a) y la depresión (Chisholm y cols., 2004b) en tres regiones europeas distintas (y también en otras regiones del mundo), cada una de ellas con sus propios niveles de recursos disponibles. Otra fuente de información útil es la base de datos Economic Evaluation Database del NHS, gestionada por el Centre for Reviews and Dissemination at the University of York (www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm). Esta base de datos contiene información acerca de varios miles de evaluaciones económicas de relevancia para el NHS de Reino Unido, incluyendo muchos aspectos relacionados con la salud mental.

Planificación de la investigación y el desarrollo futuros en apoyo de la política de salud mental informada por la evidencia

Es importante considerar la forma de priorizar y rellenar las lagunas existentes en el conocimiento actual. Las políticas nacionales establecen una visión genérica y aplican una estrategia también genérica de manera que pueden abordar cuestiones que hasta el momento no han sido investigadas o lo han sido de manera insuficiente. ¿Cómo deberían actuar los políticos en las situaciones en que no existe ningún estudio de evaluación y en aquellas en que no es posible realizar ningún estudio de este tipo, o bien en las situaciones en que se han realizado estudios de investigación sobre otro contexto de forma que sus resultados quizá no sean aplicables? ¿Cómo podría reforzarse la base de evidencia para comenzar a rellenar estas lagunas?

Hay muchos ejemplos de políticas que se están aplicando en uno o varios lugares de una manera *ad hoc*, con inferencias a partir de un impacto aparente sobre la situación previa. Se ha observado que algunas intervenciones bien intencionadas de política social que intuitivamente podrían parecer eficaces han provocado resultados desafortunados e, incluso, muy peligrosos cuando se ha realizado su evaluación empírica (Petrosino y cols., 2000). Volviendo a la salud mental, sólo en Reino Unido y en Irlanda, las iniciativas políticas que se han llevado a cabo a lo largo de la historia se aplicaron, en ocasiones, en un área administrativa antes de su implementación genérica. Por ejemplo, el primer hospital psiquiátrico de alta seguridad, Dundrum, fue inaugurado en Irlanda en el siglo XIX en forma de un «manicomio para locos criminales» (Walsh y Daly, 2004). Posteriormente, se establecieron hospitales similares en Escocia e Inglaterra, todos los cuales continúan abiertos. Sin embargo, según los estándares actuales de la investigación, esta forma de atención se podría considerar lejos de ser óptima ya que los resultados obtenidos en un estudio de casos únicos pueden estar abiertos a interpretaciones muy alejadas del fundamento empírico. En cambio, la introducción de las camas atendidas por personal de enfermería las 24 horas del día fue

una medida basada en la evidencia obtenida en un estudio comparativo de evaluaciones de casos en Worcester y Manchester (Woolf y Goldberg, 1988; NHS Executive, 1996).

Lecciones aprendidas tras la evaluación del Care Programme Approach

Las experiencias anteriores también nos ayudan a considerar con detalle el diseño de los estudios futuros de manera que en ellos sea posible abordar las cuestiones para las cuales la clase política necesita una respuesta. Estas experiencias también subrayan la importancia de una interpretación cuidadosa de los resultados obtenidos en los estudios, así como de la prudencia a la hora de establecer conclusiones. Volviendo de nuevo a Reino Unido, el enfoque Care Programme Approach (CPA) es un buen ejemplo de política que fue introducida en respuesta a la presión social –y, por tanto, política– tras un incidente clínico. Además, se introdujo en función de los desarrollos innovadores que tuvieron lugar en otros países en relación con el método de gestión de casos, pero no fue una copia directa de los modelos aplicados en otros países, sino más bien un planteamiento específico para Reino Unido. El programa no estaba basado en un estudio previo sobre el CPA, ni tampoco era el mismo modelo que se había utilizado en los ensayos clínicos de gestión de casos, que habían sido realizados posteriormente por diversos equipos de investigación en Reino Unido. Los componentes clave del planteamiento CPA eran la existencia de un profesional clave, más que de un gestor de caso; la evaluación; la planificación asistencial, y la revisión regular en función de las necesidades.

Los ensayos clínicos sobre el método de gestión de casos realizados y posteriormente evaluados en una revisión Cochrane (Marshall y cols., 1998) tuvieron, de hecho, el objetivo de analizar el modelo de gestión de casos en el cual a cada paciente se le asignó un gestor de caso específico (no un profesional clave). Aparte de ello, los ensayos clínicos sobre el método de gestión de casos realizados en Reino Unido se llevaron a cabo tras la introducción del CPA de manera que los grupos control (también) recibieron la aplicación del CPA, al menos teóricamente. Las variables de resultado seleccionadas para su evaluación en la revisión Cochrane fueron las rehospitalizaciones, y este resultado se consideró negativo. No obstante, era bastante probable que el incremento de la atención a los pacientes provocara una reducción de su deterioro; así, respecto a muchos y muchas pacientes, la necesidad de rehospitalización pudo haber sido el resultado apropiado.

Por todas estas razones, los ensayos clínicos sobre el método de gestión de casos realizados en Reino Unido no constituyeron, en ningún sentido, una evaluación del planteamiento CPA en su aplicación en este mismo país, sino que fueron exactamente lo que se señaló en la revisión Cochrane que fueron. Éste es un buen ejemplo de la manera con que incluso las revisiones rigurosas pueden ser defectuosas debido a sesgos subjetivos. Contemplado retrospectivamente, podría ser un ejercicio útil considerar si los ensayos clínicos deberían haberse realizado sobre los componentes separados y conjuntos del CPA, o bien si fue razonable que la clase política asumiera que los componentes clave eran comprendidos lo suficiente para poseer un valor clínico.

Evaluación mediante enfoques multinivel

Uno de los métodos para mejorar la solidez de la base de evidencia respecto a las decisiones políticas es utilizar con mayor frecuencia diseños de evaluación como los ensayos clí-

nicos realizados con asignación aleatoria sobre individualidades agrupadas. Es clave comprender la necesidad de los enfoques multinivel para el diseño y la interpretación de este tipo de evaluaciones de los cambios políticos. Si no en todos, en la mayor parte de los ejemplos al menos suele existir interés por dos niveles: el efecto sobre los individuos (o sobre los hogares y las familias) y el efecto sobre una unidad de mayor nivel, como el sistema escolar, la comunidad e instituciones como las prisiones u otras. La política puede implementarse sobre una unidad de alto nivel al mismo tiempo que el objetivo puede ser la obtención de un efecto beneficioso a nivel individual. El agrupamiento es el fenómeno mediante el cual el efecto sobre los individuos tiende a ser similar entre aquellos que están agrupados en una unidad de alto nivel. De esta manera, los resultados obtenidos en los niños estarán influidos, en parte, por las características de su colegio, mientras que los resultados obtenidos por los pacientes lo estarán por las características del servicio clínico primario o de especialidad que les atiende. No conocemos ninguna guía formal acerca del uso de este tipo de metodología en relación con la implementación de políticas gubernamentales o administrativas. Sin embargo, Health Technology Assessment (Ukoumunne y cols., 1999) ha publicado una guía excelente respecto a las metodologías multinivel utilizadas en la evaluación de los sistemas sanitarios. Esta guía cubre las evaluaciones experimentales formales realizadas con asignación aleatoria, así como el diseño y la interpretación de los fenómenos que ocurren de manera natural.

Inversión en el desarrollo de mecanismos de transferencia de conocimiento entre la clase política y otras partes implicadas

Al principio de este capítulo se señalaba que, con demasiada frecuencia, la evidencia influye muy poco sobre las decisiones políticas de la misma manera que la evidencia se pierde en la miríada de diversas demandas, anécdotas, mitos y grupos de presión políticos y públicos a los cuales se tiene que enfrentar la clase política. Ésta puede plantear tres tipos específicos de preguntas o cuestiones (Lomas, 2005). Además de la pregunta típica de aquellos políticos que consideran los distintos aspectos de la MBE respecto al hecho de si hay algo que funcione (con mayor hincapié en el marco y el contexto), éstos también simplemente desean saber si una cuestión es lo suficientemente importante para justificar su atención. Si se considera que una cuestión tiene este grado de importancia, ¿cuál es su causa, qué intensidad tiene, a quién afecta y cuáles son sus posibles soluciones? Una tercera cuestión está relacionada con las consecuencias de la realización de una acción específica. De nuevo, ésta es una cuestión de contexto útil para informar a las partes implicadas cuyos distintos aspectos son la identificación de los grupos de interés que aceptan o rechazan la acción y las razones de ello, así como la determinación de las personas que se verán afectadas y cuáles serán las consecuencias y los posibles efectos adversos. En esta cuestión, también pueden incluirse las acciones complementarias que deberían aplicarse junto con la acción o reforma planificada.

Por todo ello, la formulación e implementación de la política de salud mental depende, en gran medida, del apoyo político y del establecimiento de alianzas y coaliciones entre los dife-

rentes grupos o partes implicadas. Un aspecto clave es la manera de mejorar los vínculos y las oportunidades para intercambiar información entre las personas que generan la evidencia y aquellas que necesitan utilizar la evidencia. Este objetivo podría considerar la manera de garantizar que la evidencia obtenida desde todas las perspectivas, incluyendo las correspondientes a las personas usuarias de los servicios y sus familias, tiene la oportunidad de informar el proceso de toma de decisiones políticas. Las estructuras y los mecanismos utilizados para la implicación de las personas usuarias han sido especialmente débiles en la mayor parte de Europa. En algunos de los países de Europa central y oriental, la dificultad es todavía mayor ya que hay muy poca cultura de la implicación de la comunidad en las decisiones políticas, sin antecedentes de personas usuarias o familias que se constituyan en organismos no gubernamentales para exigir mayor atención hacia todos los aspectos de la salud mental. En este mismo apartado se describe posteriormente un ejemplo de iniciativa para fomentar una participación local de este tipo en el proceso de toma de decisiones políticas.

El contexto en que se utiliza la evidencia es decisivo; puede haber una capacidad *institucional* e *individual* limitada para interpretar y utilizar la evidencia junto con otras fuentes de información (Lomas, 2000; Oliver y McDaid, 2002; Lavis y cols., 2003). ¿Cómo podría desarrollarse en mayor medida la capacidad de interpretación de las diferentes fuentes de evidencia en la comunidad política (y, por tanto, en el conjunto de las demás partes implicadas) si cada una de estas fuentes utiliza su propia metodología con sus consiguientes puntos fuertes y débiles? ¿Cómo puede conseguirse que las personas comprendan mejor el hecho de que la falta de evidencia acerca de la efectividad de una intervención no significa que haya evidencia de la ausencia de un efecto por dicha intervención? Quizá lo más importante sea la respuesta a la pregunta de cómo es posible que la clase política y sus consejeros puedan identificar con mayor facilidad los estudios de baja calidad y realizados con diseños de bajo nivel que pueden influir erróneamente en la política y la práctica, y que impiden la asignación de los escasos recursos a otras actividades más efectivas. A continuación se exponen los abordajes para el incremento de la capacidad de la comunidad política en el objetivo de interpretar y utilizar la información.

Desafío de la transferencia del conocimiento

Es importante reconocer que la transferencia del conocimiento es un proceso complejo: la toma de decisiones nunca es un simple proceso lineal en que la información procedente de los individuos que generan el conocimiento puede ser utilizada en el proceso de toma de decisiones políticas. En vez de ello, es necesario tener en cuenta numerosos factores e influencias de sentidos distintos: por ejemplo, las consideraciones políticas, la industria, la defensa de los grupos familiares y de los servicios, y los problemas éticos y de equidad. Los estudios de investigación procedentes del contexto público, que en ocasiones se realizan a lo largo de muchos años, también pueden ser un elemento de perfeccionamiento de la política. Los resultados obtenidos en una serie de estudios sobre salud mental patrocinados por el sector público de Nueva Zelanda han estado relacionados estrechamente con el desarrollo de una política de salud mental en este país (Brunton, 2005). Las decisiones políticas también podrían estar influidas (para bien o para mal) por la experiencia personal de los políticos respecto a posibles problemas de salud mental en sus propias familias, así

como por los distintos escándalos o incidentes que aparecen en los medios de comunicación. Por ejemplo, el estímulo principal para la reforma del sistema de salud mental en Grecia provino en mayor medida de un documental televisivo en relación con las condiciones existentes en un manicomio de la isla de Leros a principios de los años ochenta del pasado siglo que de cualquier forma de evidencia científica (Strutti y Rauber, 1994).

Si se tiene en cuenta el ejemplo relativamente infrecuente de la situación de Leros y otros escándalos y acontecimientos de carácter sensacionalista, en la mayor parte de los casos la evidencia necesaria para informar acerca del proceso de toma de decisiones políticas puede requerir mucho tiempo y es poco probable que las decisiones se tomen en respuesta a una información fragmentada (un enfoque direccionado por el conocimiento). Entre los numerosos modelos de utilización de los resultados de la investigación (Hanney y cols., 2003), también se incluyen varios modelos políticos y de resolución de problemas que sugieren que la información puede provocar un impacto «instructivo» y penetrante con el tiempo, lo que facilita la concienciación y estimula la aceptación futura de los conocimientos fragmentados (Weiss, 1979).

También hay que recordar que la medición del impacto de la evidencia en el proceso de toma de decisiones políticas puede ser en sí misma una tarea extremadamente compleja y difícil que requiere un grado elevado de acceso al proceso de decisión para identificar realmente las conexiones existentes entre la evidencia y la política. Es especialmente difícil cuando, a consecuencia de una nueva evidencia, se mantiene la situación actual, de manera que –al menos en la superficie– parece que no se ha producido ningún cambio. Además, incluso cuando se observa un nexo aparente entre la publicación de un resultado específico y una modificación concreta en la política y la práctica, de hecho, esta información podría ser utilizada simplemente como una justificación para una acción preordenada o para algo en lo que ya cree la clase política (Weiss, 1999).

En cualquier caso, si se desea mejorar la transferencia de conocimiento al proceso de toma de decisiones políticas, vale la pena conocer algunas de las barreras tácticas que hay que superar para ello. Entre estas barreras está la ausencia de contacto personal entre los individuos que generan la evidencia y la comunidad política. También puede ocurrir que la evidencia no ofrezca respuestas a las cuestiones políticas clave que interesan a la clase política. Los resultados obtenidos en los estudios pueden ser incomprensibles y la falta de transparencia en la presentación de los resultados puede hacer difícil las comparaciones entre los estudios con resultados contradictorios.

El ambiente en que se desarrollan la política, la legislación y la implementación también debe ser comprendido con detalle. Este ambiente político incluye las estructuras de los ministerios de sanidad, las dinámicas y tensiones entre los ministerios, el grupo de empleados y empleadas civiles, los consejeros y consejeras profesionales pertenecientes a los gobiernos, los consejeros y consejeras profesionales que no pertenecen a los gobiernos, la influencia de las personas usuarias y los y las profesionales, la influencia de los medios de comunicación y de la sociedad general, y la influencia de los y las profesionales relacionados (p. ej., clase política especializada en legislación sobre salud mental). Entre estos distintos grupos puede haber un vacío de conocimiento dado que realmente hablan lenguajes diferentes, poseen marcos conceptuales distintos en su comprensión de

las cuestiones relacionadas con la salud mental y presentan grados diferentes de acceso a la información existente. Los cambios frecuentes de plantilla y las modificaciones organizativas incrementan las dificultades para el desarrollo de un conocimiento común y de unos objetivos y estrategias compartidos. Los cambios frecuentes de personal, en especial en los equipos ministeriales, significan que es inevitable la discrepancia entre las escalas temporales del desarrollo político y las escalas temporales de la evaluación científica, de manera que el desarrollo político casi siempre va por delante de la cronología de la investigación.

Establecimiento de vínculos entre las partes implicadas

Las buenas relaciones personales entre los investigadores y la clase política facilitan un proceso iterativo de diálogo y de intercambio de puntos de vista. Se ha demostrado que una medida eficaz es la puesta en contacto de ambos grupos desde una fase inicial, junto con otras partes implicadas, con objeto de identificar las cuestiones que deben abordarse mediante la investigación, cuestiones con relevancia política y factibles desde el punto de vista de la investigación. El establecimiento de alianzas entre los distintos grupos para el desarrollo y la implementación de medidas políticas puede ser una medida efectiva tanto para la realización de la propia investigación como para su divulgación efectiva (Walter y cols., 2003, 2005). Un entorno de apoyo también facilita el conocimiento de la investigación. Este modelo de alianzas se ha aplicado con algunos resultados para la vinculación de una unidad de investigación universitaria y organismo de política de salud mental del gobierno provincial de Ontario (Goering y cols., 2003).

Promoción de la implicación del usuario en el proceso de toma de decisiones políticas: ejemplo del proyecto Pathways to Policy

Hay un reconocimiento cada vez mayor de que las personas usuarias, las familias y otras partes implicadas de base, incluyendo cuidadores y cuidadoras informales y formales, profesionales y gestores, han sido excluidos históricamente de los procesos políticos. La participación en la política comunitaria por parte de estos grupos puede facilitar la promoción de la mejora de la calidad y fomentar la idoneidad de los servicios; por tanto, es necesario el fomento de mecanismos para incrementar las oportunidades de participación (Funk y cols., 2005). Entre los ejemplos relativos a la forma de alcanzar este objetivo están el establecimiento de foros políticos locales y nacionales, como los que pueden encontrarse en la actualidad en varios países de Europa occidental y, con una frecuencia cada vez mayor, en algunos países de Europa oriental. Mediante la participación de las personas usuarias y de las partes implicadas a nivel local, la política y la práctica de salud mental pueden conseguir mayor protección e inversión por parte de todos los sectores de la sociedad, sobre todo en lo que se refiere a los sectores que hasta ahora han sido excluidos (Barham, 1992). Es posible reunir la experiencia local y el conocimiento del mundo real.

A pesar de que en Europa occidental las estructuras de la sociedad civil están relativamente bien establecidas, su desarrollo reciente en los países de Europa central y oriental, junto con la potenciación de las estructuras democráticas e institucionales locales con expresión de la pluralidad de puntos de vista en relación con la salud mental, ha ofrecido un

nuevo impulso para una transparencia mayor en la generación y evaluación de las opciones políticas. Se ha planteado una oportunidad para la promoción de las distintas cuestiones de la salud mental como algo fundamental para la ciudadanía y los derechos humanos; ya no representa una cuestión separada, sino una parte integral de la agenda básica del desarrollo humano (Cutler y Hayward, 2005, 2006).

El proyecto Pathways to Policy, establecido mediante una alianza con algunas ONG de salud mental locales en cinco países (Estonia, Bosnia y Herzegovina, Rumanía, Armenia y Kirguistán) se ha centrado en el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos para potenciar la capacidad de participación en el análisis de la situación de los servicios locales, en la participación, en el diálogo con los y las profesionales acerca de los planes de evaluación y tratamiento, y en el desarrollo de relaciones multisectoriales estratégicas para conseguir los cambios. Los objetivos globales han sido el incremento de la participación activa en los procesos y el aumento de la concienciación social respecto a la salud mental.

Este proyecto fue el resultado de los cambios en los intereses y la visión de los grupos locales en países de Europa central y oriental, con exigencia de participación a un nivel comunitario mayor (Barham y Hayward, 1995). Los cambios estratégicos en la región y el desarrollo de la sociedad civil ofrecieron un «telón de fondo» a este precedente. Se planteó la cuestión del aumento de la confianza y la concienciación entre los grupos de base implicados en los derechos y la capacidad necesarios para participar en la política de salud mental. También se produjo el reconocimiento del hecho de que las personas usuarias, sus familias y otros actores locales de la comunidad habían sido excluidos de los procesos políticos previos (Cutler y Hayward, 2003). El proyecto demostró los beneficios que pueden conseguirse mediante la participación de los grupos locales implicados en el proceso de toma de decisiones políticas. Este «modelo proceso-política» subrayó la importancia de la forma de implementación de la política y se centró en los resultados del proyecto respecto a la generación de una capacidad política local con mecanismos de diálogo más que en los resultados de una política concreta. Se observaron cuatro parámetros fundamentales de progreso en la generación de capacidad².

El primero de estos parámetros fue el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos para la generación de capacidades políticas locales. Las personas usuarias de los servicios de salud mental, sus familias, cuidadores, las ONG y otros grupos locales implicados en la salud mental en cada uno de los cinco países participantes en el proyecto Pathways to Policy pudieron desarrollar nuevas habilidades y conocimientos respecto a la participación y la política. Las habilidades se utilizaron para la aplicación de acciones locales de mejora de la calidad de vida de las personas y los grupos con problemas psiquiátricos. Mediante el establecimiento de vínculos con la clase política, esta experiencia de aprendizaje se manifestó en ambas direcciones; por ejemplo, en un seminario político realizado en Tallín, a una miembro de la sección de salud mental del Ministerio de Asuntos Sociales de Estonia se le pidió que participara en un pequeño grupo con varias personas usuarias. Más tarde, esta persona señaló que había aprendido más acerca de la realidad de los proyectos locales de vivienda en relación con la salud mental mediante la

² Pueden encontrarse más detalles en Cutler y Hayward (2005, 2006).

discusión que con una evaluación formal del servicio, y que se había convencido del valor de la evaluación de los servicios realizada por las personas que los utilizan.

El segundo parámetro para cuantificar el progreso fue el desarrollo de nuevas relaciones estratégicas para el cambio. Las personas usuarias de los servicios de salud mental y una amplia gama de otros grupos locales implicados establecieron nuevas relaciones, más sólidas y sostenibles entre sí. Estas relaciones les permitieron a unos aprender de los otros, establecer alianzas y asociaciones, y, en última instancia, influir en mayor medida sobre las políticas y prácticas de salud mental locales. El foro de Tallín colaboró en una revisión de la política de salud mental promovida a nivel estatal, contribuyendo al documento marco de la política de salud mental nacional. Como resultado del proyecto, las personas usuarias del servicio pudieron participar en mayor medida en la política de salud mental a nivel local, gracias a la participación activa y visible en los foros políticos locales y en los planes locales de acción. El cuarto logro fundamental fue el incremento de la concienciación pública acerca de las cuestiones sobre salud mental por medio de foros políticos locales y de la contribución positiva y la experiencia de personas ex usuarias de los servicios de salud mental que trabajaron con los medios de comunicación y con el público. En el cuadro 5-2 se muestran ejemplos específicos adicionales de otras iniciativas que han permitido la generación de capacidad y que han facilitado mayor participación de las personas usuarias de los servicios en el proceso de toma de decisiones políticas.

Cuadro 5-2 Ejemplos de avances en la generación de capacidad por efecto del proyecto Pathways to Policy

- Mayor conocimiento del estado de los servicios locales.
- Desarrollo de una pequeña red de abogados que defienden a las personas usuarias de los servicios.
- Contacto de los medios de comunicación con los grupos de personas usuarias, con vinculación entre personas usuarias de servicios, por un lado, y foros políticos y organizaciones de salud mental, por el otro.
- Formación de las personas usuarias de los servicios por parte de la medicina general y de la policía para incrementar la concienciación respecto a las necesidades de las personas que sufren problemas mentales.
- Influencia en los documentos marco de política de salud mental nacional.
- Desempeño de un papel prominente de las personas usuarias de los servicios en las consultas públicas, con una consideración especial de aspectos de gran importancia, como las barreras frente al empleo.
- Incremento de la asertividad y la confianza de las personas usuarias de los servicios implicados en los foros políticos locales.
- Oportunidades para el diálogo entre los usuarios de los servicios y el sistema judicial en relación con los procedimientos de hospitalización involuntaria.

Al principio de este capítulo se insistió en el valor de utilizar métodos diversos no sólo para obtener la evidencia relativa a lo que puede funcionar o no, sino también respecto al contexto, la cultura y las estructuras de un sistema. También se subrayó el hecho de que la perspectiva de las personas usuarias de los servicios y de sus familias puede presentar diferencias importantes respecto a la de otros grupos y es importante que estas perspectivas formen parte de las fuentes de información utilizadas para fomentar la política informada por

la evidencia. Mediante sus diferentes seminarios políticos, foros abiertos y consultas públicas, el proyecto Pathways to Policy no sólo ha permitido identificar diversas cuestiones localizadas muy específicas, sino también varios problemas genéricos que afectan a todos los países que participaron en él, incluyendo las dificultades a nivel local en el acceso a la información relativa a cuestiones tan diversas como los derechos humanos, los tratamientos alternativos, los efectos adversos de la medicación y las alternativas políticas.

En conjunto, el proyecto demostró que es posible crear vínculos para el intercambio y el diálogo entre las personas usuarias de los servicios de salud mental, los cuidadores y las familias, y otros grupos implicados, como la clase política, en países en que las condiciones para el desarrollo de una política de salud mental informada por la evidencia son todavía limitadas. Se forjaron relaciones nuevas y sostenibles con un aprendizaje, unas alianzas y unas asociaciones de carácter innovador que han influido de manera positiva en la política y las prácticas de la salud mental local, y que han ayudado a eliminar puntos de vista fuertemente arraigados sobre la política y la práctica de salud mental.

Generación de capacidad receptora para fomentar la toma de decisiones políticas informada por la evidencia

Una de las dificultades a las cuales se enfrenta la clase política es escudriñar la información proporcionada por los abundantes estudios, todos ellos realizados con una metodología de investigación diferente y con niveles de calidad distintos. ¿Qué relevancia puede tener para los políticos de Polonia un estudio sobre la provisión de atención comunitaria realizado en Reino Unido? Si la terapia cognitivo-comportamental funciona en Madrid, ¿también lo hará en Oslo o Sofía? Si un programa nacional para la prevención del suicidio da buenos resultados en Escocia, ¿será adecuada su aplicación en Baviera? ¿Cómo se podría reforzar la «capacidad receptora» de la comunidad política, es decir, su habilidad para interpretar y valorar la relevancia de las distintas fuentes de evidencia, y su capacidad de interacción con los diferentes grupos que generan la evidencia?

A menudo, los estudios e informes son largos y complejos desde el punto de vista técnico, lo que hace improbable que vayan a ser leídos por la clase política. Así, los individuos que generan la evidencia han sido descritos como si residieran en una comunidad completamente distinta a la de la clase política. Ambas comunidades pueden tener grandes dificultades de comunicación, además de mantener un sentimiento mutuo de desconfianza (Innvaer y cols., 2002). Claramente, son necesarios documentos breves y concisos que subrayen los resultados y las consecuencias potencialmente clave de cualquier intervención o estrategia.

Esto no significa que no se deba ofrecer información detallada respecto a la evidencia; sin embargo, esta información detallada se debería ofrecer a empleados y empleadas civiles clave y a consejeros políticos, más que a la propia clase política con todas sus limitaciones de tiempo. Las recomendaciones de los consejeros pueden desempeñar un papel clave en la determinación de la dirección de la política. Un método adicional para mejorar la «capacidad receptora» de ambas comunidades para el intercambio de ideas puede ser la participación de las personas denominadas «intermediarias de conocimiento», es decir, personas con cierta formación en los aspectos técnicos de la investigación sobre los servicios de sa-

lud y que también se mueven cómodamente en los entornos políticos. Típicamente, estas personas ejercen como consejeros en los ministerios de sanidad, pero pueden mantener vínculos sólidos con las comunidades de investigación y con otros grupos interesados o partes implicadas. Estas personas pueden filtrar los muchos tipos diferentes de información que bombardean constantemente a los políticos y el proceso de toma de decisiones políticas, una función especialmente apropiada en las situaciones de recambio frecuentes de los empleados civiles, tal y como ocurre en algunos sistemas políticos. Estos intermediarios de conocimiento han participado con algún resultado en Canadá para poner en relación a investigadores e investigadoras de la salud mental con la clase política (Goering y cols., 2003).

Con independencia de la posible participación de las personas intermediarias de conocimiento, es imposible ir más allá de una evaluación superficial de la evidencia proporcionada por la investigación cuantitativa y cualitativa siempre que no se presente de una manera transparente y clara. Para ello es necesario lo siguiente: una presentación clara de las preguntas de investigación que se intentan resolver con un estudio; la metodología usada; mecanismos para la selección de los grupos o poblaciones participantes en el estudio; definición de los criterios de expresión aplicados, y declaración del grado de independencia de las personas que evalúan e investigan respecto a las personas promotoras del estudio. Se han publicado directrices internacionales bien desarrolladas respecto a los métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. Una guía bien conocida relativa a los ECAC es la Declaración CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), que pretende ayudar a los autores a mejorar la publicación de sus resultados mediante el uso de una lista de 22 puntos (Moher, 1998). Con un planteamiento similar, el grupo QUORUM ha elaborado una lista de puntos para la publicación de los metaanálisis de ECAC (Moher y cols., 1999) y la Cochrane Collaboration ha publicado una guía sobre métodos para presentar los resultados obtenidos en las revisiones sistemáticas. De la misma manera, se pueden presentar los métodos y el ámbito para la aplicación de los instrumentos al mismo tiempo que también se publican guías para los estudios cualitativos que pueden indicar, por ejemplo, la composición de los grupos evaluados y la forma de registro o interpretación de las respuestas a las cuestiones planteadas (Pope y cols., 2002).

CONCLUSIONES

La noción de MBE se contempla frecuentemente como un concepto bastante estrecho. Sobre todo se ha aplicado a medicamentos, en menor medida a intervenciones psicológicas, bastante menos a intervenciones complejas y prácticamente nada a estructuras de servicios completos. La MBE, complementada por otras fuentes de información que abordan aspectos como el grado de satisfacción y la idoneidad de los servicios, es una herramienta esencial en el proceso de formulación de la política de salud mental. Sin embargo, sólo es uno de los múltiples elementos que influyen en este proceso.

La política informada por la evidencia no es simplemente la suma de fragmentos dispersos de MBE, sino un planteamiento que posee sus requerimientos, procesos y limitaciones específicos. Así, es evidente que sean necesarias las herramientas conceptuales para

ayudar a personas expertas en planificación y a la clase política en la aplicación de estrategias de diseño y reforma, y para determinar y realizar el seguimiento de los efectos provocados por los cambios políticos, institucionales y del sistema sanitario (Cassells, 1995). Es importante que las herramientas conceptuales respondan a la acusación de que, históricamente, se ha prestado atención al contenido de la reforma del sector sanitario hasta el punto de que han sido ignorados los participantes y los procesos implicados, así como el contexto en que se aplican las políticas (Walt y Gilson, 1994; Koivusalo y Ollila, 1998). También es clave la dedicación de tiempo, recursos y atención suficientes para la generación de las condiciones necesarias para un diálogo político entre todas las partes implicadas, incluyendo entre ellas a las personas usuarias de los servicios. En algunos países europeos en que los recursos y el interés por la política de salud mental son limitados, la participación ascendente y la generación de capacidad pueden desempeñar una función importante para situar la salud mental en la agenda política y, quizá, también para fomentar el desarrollo de políticas a niveles local y nacional.

Finalmente, es importante destacar el hecho de que la política informada por la evidencia sólo puede llevarse a cabo si los individuos que toman las decisiones en última instancia poseen las habilidades o el apoyo necesarios para interpretar y valorar las numerosas fuentes diferentes –y a menudo contradictorias– de evidencia e información. El concepto de intermediación del conocimiento es un posible medio para alcanzar este objetivo y debería ser sometido a una evaluación detallada.

BIBLIOGRAFÍA

- Avon Measure Working Group. *The Avon Mental Health Measure. A User Approach to Assessing Need*. Londres: MIND, 1996.
- Barham P. *Closing the Asylum*. Harmondsworth: Penguin, 1992.
- Barham P, Hayward R. *Relocating Madness*. Londres: FAB, 1995.
- Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996; 312: 1.215-1.218.
- British Medical Research Council. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. *BMJ* 1948; 2: 768-782.
- Brunton W. The place of public inquiries in shaping New Zealand's national mental health policy, 1858–1996. *Aust N Z Health Pol* 2005; 2: 24.
- Cassells A. *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries*. Ginebra: World Health Organization, 2005. WHO/SH5/NHP/95.4.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Studies Alc* 2004a; 65 (6): 782-793.
- Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004b; 184: 393-403.
- Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1973.
- Commission of the European Communities. *Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Green Paper. Bruselas: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.
- Cutler P, Hayward R. Grass-roots initiatives in mental health policy in Eastern Europe. *Eurohealth* 2003; 8 (5): 39-42.
- Cutler P, Hayward R. *Exploring the Usefulness of the Policy-as-process Model to Mental Health NGOs Working in Eastern Europe and Central Asia*. Centre for Reflection on Mental Health Policy Research Paper. Canterbury: Interaction Press, 2005.

- Cutler P, Hayward R. Stakeholder involvement: a challenge for intergovernmental organizations. *J Publ Ment Health* 2006; 5 (1): 14-17.
- Evidence Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268 (17): 2.420-2.425.
- Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Pol* 1994; 27 (1): 119-134.
- Funk M, Minoletti A, Drew N, Taylor J, Saraceno B. Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments. *Health Prom Int* 2005; 21 (1): 70-75.
- Gilbody S. What is the Evidence on Effectiveness of Capacity-building of Primary Health Care Professionals in the Detection, Management and Outcome of Depression? Copenhagen: World Health Organization, 2004.
- Glover G, Sinclair-Smith H. Computerized information systems in English mental health care providers in 1998. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35 (11): 518-522.
- Goering P, Butterill D, Jacobson N, Sturtevant D. Linkage and exchange at the organizational level: a model of collaboration between research and policy. *J Health Serv Res Pol* 2003; 8 Supl 2: 14-19.
- Green A. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Gulbinat W, Manderscheid R, Baingana F, Jenkins R y cols. The International Consortium on Mental Health Policy and Services: objectives, design and project implementation. *Int Rev Psychiatry* 2004; 16 (1-2): 5-17.
- Guo B, Harstall C. For which Strategies of Suicide Prevention is there Evidence of Effectiveness? Copenhagen: World Health Organization, 2004.
- Hafner H, Heiden W. Methodology of evaluative studies in the mental health field. En: Freeman H, Henderson J, eds. *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Londres: Gaskell, 1991.
- Hanney SR, González-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Pol Syst* 2003; 1 (2): 1-28.
- Herbert RD, Bo K. Analysis of quality of interventions in systematic reviews. *BMJ* 2005; 331: 507-509.
- Hurst J. Reforming health care in seven European nations. *Health Aff (Millwood)* 1991; 10 (3): 7-21.
- Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Pol* 2002; 7 (4): 239-244.
- Institute of Medicine. *Neurological, Psychiatric and Development Disorders: Meeting the Challenge of the Developing World*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- Jenkins R. Towards a system of outcome indicators for mental health care. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 500-514.
- Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103 (1): 2-14.
- Jenkins R, Meltzer H, eds. A decade of national surveys of psychiatric epidemiology in Great Britain: 1990-2000. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15 (1-2): 5-200.
- Jenkins R, McCulloch A, Friedli L, Parker C. *Developing a National Mental Health Policy*. Hove: Psychology Press, 2002.
- Jenkins R, Gulbinat W, Manderscheid R, Baingana F y cols. The mental health country profile: background, design and use of a systematic method of appraisal. *Int Rev Psychiatry* 2004; 16 (1-2): 31-47.
- Jick TD. Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Admin Sci Quart* 1979; 24 (4): 602-611.
- Kelle U. Sociological explanations between micro and macro and the integration of qualitative and quantitative methods. *Forum Qualitative Sozial Forschung/Forum Quantitative Social Research* 2001; 2 (1). Disponible en: <http://qualitative-research.net/fqs-eng.htm>.
- Koivusalo M, Ollila E. *Making a Healthy World: Agencies, Actors and Policies in International Health*. Londres: Zed Books, 1998.
- Lavis J, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. How can research organization more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quart* 2003; 81 (2): 221-248.
- Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Pol* 2005; 10 Supl 1: 35-48.
- Lewis G, Pelosi A, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992; 22 (2): 465-486.
- Lomas J. Using linkage and exchange to move research into policy at a Canadian Foundation. *Health Aff (Millwood)* 2000; 19 (3): 236-240.
- Lomas J. Using research to inform healthcare managers and policy makers' questions: from summative to interpretive synthesis. *Healthcare Pol* 2005; 1 (1): 55-71.

- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines, *Lancet* 2001; 358: 483-488.
- Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998; 2: Art. No. CD000050. DOI: 10.1002/14651858.CD000050.
- Marshall M, Hogg LI, Lockwood A. The Cardinal Needs Schedule – a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychol Med* 1995; 25 (3): 605-617.
- Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Pol* 2005; 10 Supl 1: 6-20.
- Moher D. CONSORT: an evolving tool to help improve the quality of reports of randomized controlled trials: consolidated standards of reporting trials. *JAMA* 1998; 279 (18): 1.489-1.491.
- Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomized controlled trials: the QUOROM statement: quality of reporting of meta-analyses. *Lancet* 1999; 354 (9.193): 1.896-1.900.
- Muir-Gray JM. Evidence-based Healthcare. Londres: Churchill Livingstone, 1996.
- Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78 (6): 717-739.
- Newburn T. What do we mean by evaluation? *Children and Society* 2001; 15 (1): 5-13.
- NHS Executive. 24 Hour Nursed Care for People with Severe and Enduring Mental Illness. Leeds: NHS Executive, 1996.
- Oliver A, McDaid D. Evidence-based health care: benefits and barriers. *Soc Pol Soc* 2002; 1 (3): 183-190.
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Pol* 2005; 10 Supl 1: 21-34.
- Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Finckenauer J. Well meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime & Delinquency* 2000; 46 (3): 354-379.
- Petticrew M, Roberts H. Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57 (7): 527-529.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T y cols. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 585-589.
- Pope C, Van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Safe Health Care* 2002; 11 (2): 148-152.
- Roemer M. National Health Systems of the World. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Rose D, Wykes T, Leese M, Bindman J, Fleischman P. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1.363-1.368.
- Rose D, Thornicroft G, Slade M. Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006; 429: 109-114.
- Sanderson I. Evaluation in complex policy systems. *Evaluation* 2000; 6 (4): 433-454.
- Sheldon TA. Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *J Health Serv Res Pol* 2005; 10 Supl 1: 1-5.
- Smith G. Development of rapid epidemiologic assessment methods to evaluate health status and delivery of health services. *Int J Epidemiol* 1989; 18: S2-S15.
- Strutti C, Rauber S. Leros and the Greek mental health system. *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40 (4): 306-312.
- Tansella M, Thornicroft G, Barbui C, Cipriani A, Saraceno B. Seven criteria for improving effectiveness trials in psychiatry. *Psychol Med* 2006; 36 (5): 711-720.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
- Ukoumunne O, Gulliford M, Chinn S, Sterne J, Burney P. Methods for evaluating area-wide and organization-based interventions in health and health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999; 3 (5): 1-92.
- Walsh D, Daly A. Mental Illness in Ireland 1750–2002: Reflections on the Rise and Fall of Institutional Care. Dublin: Health Research Board, 2004.
- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Pol Plann* 1994; 9 (4): 353-370.
- Walter I, Davies H, Nutley S. Increasing research impact through partnerships: evidence from outside health care. *J Health Serv Res Pol* 2003; 8 Supl 2: 58-61.

- Walter I, Nutley S, Davies H. What works to promote evidence-based practice? A cross-sector review. *Evidence and Policy* 2005; 1 (3): 335-363.
- Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. *Grading Evidence and Recommendations for Public Health Interventions: Developing and Piloting a Framework*. Londres: Health Development Agency, 2005.
- Weiss C. The many meanings of research utilization. *Publ Admin Rev* 1979; 39 (5): 426-431.
- Weiss C. The interface between evaluation and public policy. *Evaluation* 1999; 5 (4): 468-486.
- Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper J, Goel R y cols. SCAN schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47 (6): 586-593.
- Wing JK, Beevor A, Curtis R, Park S, Haddon S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-18.
- Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacology* 2005; 15 (4): 357-376.
- Woolf K, Goldberg D. Further observations on the practice of community care in Salford. Differences between community psychiatric nurses and mental health social workers. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 30-37.
- World Health Organization. *Mental Health Policy, Plans and Programmes (updated version)*. Ginebra: World Health Organization, 2004.
- World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhague: World Health Organization, 2005a.
- World Health Organization. *Atlas. Mental Health Resources Around the World*. Ginebra: World Health Organization, 2005b.
- World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291 (21): 2.581-2.590.

Capítulo 6

Avances en el tratamiento de las enfermedades mentales

VILLE LEHTINEN, HEINZ KATSCHNIG, VIVIANE KOVESS-MASFÉTY
Y DAVID GOLDBERG

INTRODUCCIÓN

Este capítulo se inicia con la definición y breve descripción de los trastornos mentales. En él también se exponen las categorías de intervención terapéutica más importantes frente a éstos. A continuación se presentan algunos datos epidemiológicos acerca del déficit de necesidades (especialmente las no cubiertas) de tratamiento psiquiátrico. Después se describe con mayor detalle cada categoría de tratamiento, incluyendo los abordajes terapéuticos farmacológicos y otros tratamientos somáticos, las intervenciones de psicoterapia y las intervenciones psicosociales, haciendo especial hincapié en el impacto que algunos de estos avances han tenido en las políticas sanitarias y de salud mental. La importancia de la integración de los diferentes modos de tratamiento queda implícita a lo largo de todo el capítulo. Finalmente se consideran los posibles avances futuros del tratamiento.

DEFINICIONES DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El concepto y la clasificación de las enfermedades mentales se han modificado a lo largo del tiempo. Tradicionalmente, las categorías principales eran: psicosis, neurosis, trastornos de la personalidad, alcoholismo y trastornos relacionados con el uso de otras sustancias, y trastornos mentales orgánicos. La discapacidad intelectual (retraso mental) e, incluso, la epilepsia en ocasiones han sido consideradas categorías de trastornos mentales, sobre todo en épocas pasadas; esta tendencia todavía se observa en algunos de los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, esta práctica ya no es apropiada y sólo fomenta antiguos prejuicios ha-

cia la epilepsia y hacia los problemas de la salud mental. Las clasificaciones más recientes de las enfermedades, como la Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10 (ICD-10, International Classification of Diseases ICD-10; WHO, 1992) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), aplican genéricamente las categorías señaladas, aunque el término «neurosis», por ejemplo, ya no se suele utilizar.

La CIE-10 define los trastornos mentales como «la existencia de un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o comportamientos asociados en la mayor parte de los casos con dificultades e interferencias con la actividad personal». La clasificación DSM-IV-TR ofrece una definición más completa: «Un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción».

La etiología de la mayor parte de los problemas psiquiátricos no se conoce con detalle. Es evidente que en los trastornos denominados «funcionales» (no orgánicos), como la esquizofrenia o la depresión, las causas son múltiples y heterogéneas. Sin embargo, gracias a estudios epidemiológicos y de otro tipo se sabe que hay muchos factores que contribuyen a la aparición de la enfermedad mental. Estos determinantes o factores de riesgo pueden agruparse en las siguientes categorías:

1. *Factores biológicos* (herencia; riesgos pre, peri y posnatales, y enfermedades físicas).
2. *Factores psicológicos* (separación temprana, experiencias traumáticas y sentido escaso de la coherencia).
3. *Factores sociales* (falta de apoyo social, bajo nivel social, falta de empleo y desintegración social).

El modelo de estrés-vulnerabilidad, desarrollado originalmente por Zubin y Spring (1977) para la esquizofrenia, al parecer es el más apropiado para explicar un buen número de trastornos mentales. Algunos de los determinantes incrementan la vulnerabilidad mientras que otros actúan como factores precipitantes o de mantenimiento. El incremento de la vulnerabilidad puede deberse a factores hereditarios, a factores biológicos que influyen en el desarrollo cerebral durante el embarazo, a factores asociados con el cuerpo (p. ej., enfermedades o lesiones) y, evidentemente, a factores psicosociales, como el vínculo inseguro y la separación materna. En las etapas más avanzadas de la infancia, el abuso físico, el abuso sexual y el abandono son causas importantes de problemas psiquiátricos. Los factores limitantes generalmente son acontecimientos vitales adversos o dificultades en el desarrollo (p. ej., el inicio del colegio o la salida del hogar paterno).

TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

El tratamiento de la enfermedad mental puede clasificarse de manera similar en función de los determinantes:

1. *Tratamientos biológicos*: los más importantes son los psicofármacos, aunque también deben mencionarse otras modalidades, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y la fototerapia.
2. *Tratamientos psicológicos o psicoterapias*.
3. *Intervenciones psicosociales*, como la gestión de casos, las actividades cotidianas, las intervenciones familiares, las redes terapéuticas y de orientación.

A pesar de que, durante la primera mitad del siglo xx, se produjeron algunos avances en los tratamientos, a lo largo de los 50 últimos años estos avances han sido de enorme importancia (v. también cap. 2). Todos estos avances han generado un impacto tremendo sobre las personas que sufren problemas psiquiátricos y sobre sus familias, así como también sobre los profesionales de la salud, el sistema asistencial y la sociedad en general. Más adelante se describen los avances más importantes que han ocurrido en las diferentes categorías de tratamiento a lo largo de las últimas décadas, así como sus efectos (tanto positivos como negativos).

Según las encuestas epidemiológicas realizadas en muchos países, los trastornos mentales son muy frecuentes en la población general (Goldberg y Huxley, 1980, 1992; Bland y cols., 1994; Kessler y cols., 1994; Meltzer y cols., 1995; Almeida-Filho y cols., 1997; Bijl y cols., 1998; Andrews y cols., 2001; Jacobi y cols., 2004; Kessler y cols., 2005; Pirkola y cols., 2005). Como resumen de estos estudios, puede concluirse que, en términos generales, la prevalencia de cualquier trastorno mental durante el mes anterior oscila entre el 10 y el 15 % de la población mientras que la prevalencia durante los 6-12 meses previos es del 15-25 % y la prevalencia a lo largo de toda la vida llega hasta el 30 %. En los estudios realizados sobre niños también se han observado tasas elevadas de prevalencia: entre el 10 y el 20 % en los niños en edad escolar (p. ej., Fombonne, 1994; Puura y cols., 1998). La depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas mentales con mayor prevalencia, seguidos de los trastornos relacionados con la ingesta de sustancias adictivas en los adultos. Entre los niños, los más frecuentes son el déficit de atención y los trastornos del comportamiento.

Sin embargo, la aparición de un trastorno mental no siempre implica la necesidad de tratamiento, una cuestión que debe ser evaluada por separado (Lehtinen, 1985; Bebbington, 1990). La evaluación de la necesidad de tratamiento no es necesariamente una tarea sencilla, sobre todo en lo que se refiere al tipo de tratamiento más adecuado, a pesar de la publicación de varias guías de tratamiento durante los 20 últimos años (p. ej., American Psychiatric Association, 2002; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Todavía existen diferentes escuelas de psiquiatría (p. ej., en lo relativo al hecho de si el tratamiento de elección debe ser la psicoterapia o la medicación). Por tanto, la evaluación de la necesidad del tratamiento es más fácil que la decisión respecto al tipo de tratamiento. En estudios epidemiológicos también se han observado situaciones en las cuales el paciente en cuestión no es consciente de su problema psiquiátrico y, por tanto, no solicita ayuda o bien

es consciente de la existencia de síntomas somáticos para los cuales no es posible encontrar ninguna causa física, solicitándola para los problemas de tipo físico más que para el problema mental que lo acompaña. ¿Debería considerarse que estas personas necesitan tratamiento?

Ciertamente, estos problemas han contribuido al hecho de que los estudios en que se realiza una evaluación explícita de la necesidad de tratamiento psiquiátrico sean mucho más escasos que los realizados acerca de la incidencia de los trastornos mentales. La tabla 6-1 ofrece una panorámica general de algunos de estos estudios. En esta tabla se puede observar que, según los resultados obtenidos en estos estudios, aproximadamente el 10 % de la población presenta algún nivel de necesidad autopercebida de tratamiento, aunque son muchas más las personas que no son conscientes de sus problemas mentales y que podrían evolucionar mejor si recibieran tratamiento por parte de su médico general (MG) o de otros profesionales de la asistencia primaria.

En los estudios epidemiológicos también se ha demostrado que es frecuente que quede sin cubrir la necesidad de tratamiento de las enfermedades mentales (Goldberg y Huxley, 1980, 1992; Howard y cols., 1996; Flisher y cols., 1997; Kessler y cols., 2001; McConnell y cols., 2002; Bebbington y cols., 2003; World Mental Health Survey Consortium, 2004). En el caso de la depresión y de los trastornos de ansiedad, generalmente sólo recibe alguna forma de tratamiento el 20-30 % de los y las pacientes, aunque en el caso de las psicosis esta cifra se incrementa hasta el 80 %. La ausencia de tratamiento se debe en parte a la disponibi-

Tabla 6-1 Necesidad de tratamiento por enfermedades mentales en grupos de población seleccionados

Autores (año)	País	Tamaño de la muestra	Edad	Autopercepción de la necesidad de tratamiento (%)	Evaluación clínica de la necesidad de tratamiento (%)
Weyerer y Dilling (1984)	Alemania	1.536	0	8,7	–
Shapiro y cols. (1984)	Estados Unidos	3.481	18	13,6	–
Regier y cols. (1988)	Estados Unidos	18.571	18	11,2	–
Lehtinen y cols. (1990)	Finlandia	7.217	30	8,6	17,2
Lehtinen y cols. (1993)	Finlandia	743	31-80	9,6	20,6
McConnell y cols. (2002)	Irlanda del Norte	1.242	18-64	–	14,4
Narrow y cols. (2002)	Estados Unidos	28.959	18	–	18,5

lidad insuficiente de los servicios asistenciales, en parte a la falta de reconocimiento de la necesidad de tratamiento y en parte al temor al estigma y a otras actitudes sociales negativas.

Se han publicado algunos estudios que contradicen esta tendencia, en los que se han observado tasas mayores de uso de servicios en los trastornos mentales más habituales. En el estudio Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) se observó que, en conjunto, durante un período dado de 12 meses, la tercera parte de las personas con cualquier problema mental utilizaba los servicios psiquiátricos de asistencia primaria o de especialidad. Las tasas en algunos subgrupos de la población fueron mucho mayores que las observadas en otros numerosos estudios. Más del 60 % de las personas con trastornos del estado de ánimo recibió alguna forma de ayuda y en lo relativo a los trastornos de ansiedad esta cifra superó el 40 %. Una de las razones adelantadas para explicar estas tasas de utilización de los servicios asistenciales fue el nivel económico necesario para el acceso a los mismos (Bijl y Ravelli, 2000). En el estudio Mini-Finland Health Survey realizado en Finlandia se observó que casi todos los pacientes en que se establecía un diagnóstico psiquiátrico mantenían en algún momento de su vida contacto con un servicio de salud mental (Lehtinen y cols., 1990). Estos estudios ilustran la necesidad de la prudencia a la hora de extraer conclusiones en las comparaciones entre los distintos países; en algunos de los estudios se han utilizado metodologías muy divergentes y se han evaluado grupos de población diferentes, al tiempo que las estructuras del sistema sanitario también pueden haber influido en los resultados.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y OTROS TRATAMIENTOS SOMÁTICOS

Los tratamientos somáticos de trastornos mentales se pueden clasificar en farmacológicos, convulsivos, psicocirugía y otras formas de tratamiento, como la fototerapia. Indudablemente, los más importantes son los tratamientos psicofarmacológicos.

Psicofármacos

En la actualidad, la psicofarmacología moderna cuenta con una historia de aproximadamente 50 años (v. caps. 2 y 7). Antes de 1950, la psiquiatría clínica sólo podía disponer de algunas pocas sustancias muy inespecíficas, como el opio, el cloral, los barbitúricos y el paraldehído. A lo largo de la década de 1950 se produjo claramente un cambio decisivo. El primer neuroléptico, la clorpromacina, fue sintetizado en 1950; los primeros «tranquilizantes menores», como el clordiacepóxido, fueron comercializados varios años después, y los primeros antidepresivos (imipramina y fenelcina) ya se estaban utilizando antes de 1960. Hoy día existen psicofármacos más o menos específicos frente a casi todos los trastornos mentales y cada año se comercializan nuevos psicofármacos. Para muchos psiquiatras, los psicofármacos constituyen el elemento fundamental del tratamiento de la enfermedad mental y nadie hoy día podría imaginar un sistema de salud mental moderno que no los utilizara (Bazire, 1997; Sussman, 2005). Los tratamientos farmacológicos también han influido de ma-

nera importante en el sistema asistencial de salud mental. A continuación se describen muy brevemente los psicofármacos más importantes, aunque se reconoce la imposibilidad de ofrecer una exposición detallada de lo que constituye un área compleja y difícil.

Los *antipsicóticos* o *neurolépticos* principalmente están indicados en el tratamiento de la esquizofrenia y de otras psicosis, enfermedades en las cuales, al parecer, constituyen el tratamiento farmacológico de elección a pesar de que su efecto es bastante inespecífico y básicamente sintomático (American Psychiatric Association, 1997). Estos medicamentos reducen las alucinaciones y las ideas delirantes, y también disminuyen parcialmente la distorsión del razonamiento, la ansiedad y la inquietud en los pacientes. Además, la mayor parte de estos fármacos produce un efecto específico de alivio que justifica su denominación como «neurolépticos». Un problema importante que presentan estos medicamentos, sobre todo los denominados neurolépticos «antiguos», son sus numerosos efectos adversos, especialmente sobre el sistema muscular (temblores y rigidez). La mayor parte de estos efectos adversos altera de manera importante al paciente y, en algunos casos, pueden ser potencialmente mortales (síndrome neuroléptico maligno), aparte de que algunos de los efectos adversos que aparecen a largo plazo pueden ser permanentes (discinesia tardía). Así, los neurolépticos clásicos han sido sustituidos en gran medida por los denominados neurolépticos atípicos o de «segunda generación», que provocan menos efectos adversos y que posiblemente también producen un efecto terapéutico mayor sobre los denominados «síntomas negativos» y sobre los «síntomas depresivos» (Thomas y Lewis, 1998). Entre los neurolépticos atípicos, la clozapina suele ser eficaz en pacientes en que han fallado otros neurolépticos, aunque también se acompaña de efectos adversos.

Los *antidepresivos* son el segundo grupo importante de psicofármacos. Estimulan la actividad psicomotora del paciente con depresión, elevan el estado de ánimo y mejoran el razonamiento negativo. Los diferentes tipos de antidepresivos presentan mecanismos de acción distintos, pero su efecto principal consiste en incrementar la cantidad de serotonina, noradrenalina o ambas en diversas áreas específicas del cerebro. A lo largo de la década de 1990 se comercializó un grupo de antidepresivos «nuevos» con menos efectos adversos y de menor intensidad, pero con un efecto terapéutico aparentemente similar al de los antidepresivos antiguos (Perry, 1996). El crecimiento en el uso de estos medicamentos ha sido enorme en muchos países a lo largo de los 10 últimos años o más (v. más adelante). Recientemente se ha expresado la preocupación por los efectos adversos asociados con algunos de los antidepresivos nuevos (Healy, 1998; v. cap. 7), aunque, en general, parece que son más seguros que los medicamentos «tricíclicos» antiguos a los cuales han sustituido prácticamente por completo. Otro grupo de medicamentos útiles en el tratamiento de la depresión recurrente es el de los estabilizadores del estado de ánimo (p. ej., el litio).

Otros *psicofármacos* son los ansiolíticos o tranquilizantes menores y los hipnóticos. Estos medicamentos tienen un problema: pueden provocar lo que se ha denominado «dependencia de las dosis bajas», que dificulta a los pacientes la interrupción de la medicación. En ocasiones causan tolerancia, en el sentido de que el paciente debe incrementar la dosis para conseguir el efecto adecuado. Debido a ello, estos medicamentos conllevan el riesgo de utilización errónea o excesiva, sobre todo en los casos en que se consumen estos medicamentos de manera regular o a largo plazo.

Otros tratamientos somáticos

Los tratamientos convulsivos se introdujeron en psiquiatría durante los años treinta del siglo pasado. La aplicación de estos tratamientos se ha reducido gradualmente, en parte, por problemas éticos y, en parte, por el desarrollo de tratamientos más eficaces y menos controvertidos. Entre ellos cabe citar la TEC, el único que todavía se utiliza hoy día en el tratamiento de los síntomas depresivos graves. Se ha demostrado que la TEC es el tratamiento más eficaz en la depresión grave y recurrente, en especial en los casos asociados con síndrome somático, ideas suicidas intensas o rasgos psicóticos (Olson y cols., 1998). Una forma relativamente nueva de tratamiento somático es la fototerapia para el tratamiento de un trastorno específico, el trastorno afectivo estacional (TAS) (Lam, 1994). La exposición diaria regular a luz intensa parece prevenir y aliviar los síntomas. La estimulación magnética transcraneal (EMTC) y la estimulación del nervio vago (ENV) son tratamientos que también han dado algunos resultados en la depresión.

Impactos y consecuencias políticas

La introducción de los psicofármacos modernos provocó cambios espectaculares en todo el sistema asistencial psiquiátrico a partir de la segunda guerra mundial. Estos medicamentos indudablemente han facilitado la reducción del número de camas hospitalarias psiquiátricas y con frecuencia han contribuido al cierre de los hospitales psiquiátricos. También han facilitado el establecimiento de sistemas de tratamientos alternativos basados en la comunidad, así como la adaptación de otras formas de intervención terapéutica, como las psicoterapias y la rehabilitación psicosocial. Dichos avances han mejorado la situación y la calidad de vida de muchas personas que sufren problemas mentales. El tratamiento medicamentoso adecuado, a menudo combinado con otras formas de tratamiento y de rehabilitación, permite que pacientes que anteriormente permanecían recluidos a largo plazo en los hospitales psiquiátricos puedan llevar una vida más o menos independiente en la comunidad. Por supuesto, estos cambios positivos no sólo se explican por los avances en los tratamientos farmacológicos, aunque parece evidente que sin estos tratamientos no habrían sido posibles. Ciertamente, han existido otros factores, como el desarrollo de diversas formas de tratamiento, el incremento del conocimiento de las enfermedades mentales y de la concienciación respecto a ellas, y cambios sociales de tipo general, como una actitud más positiva hacia las personas que sufren trastornos mentales y hacia todas las cuestiones relacionadas con la salud mental en general (v. caps. 3 y 14).

Sin embargo, la situación no siempre es tan positiva como se acaba de describir. Todos los avances citados han estado acompañados de la aparición de nuevos problemas. El cierre de los hospitales y la falta de sistemas asistenciales comunitarios adecuados ha provocado la marginación de un número sustancial de personas usuarias de los servicios de salud mental en algunos países (v. cap. 10). La falta de vivienda de las personas con problemas mentales se ha convertido en un problema creciente (Gill y cols., 2003), especialmente en muchas de nuestras grandes ciudades. Todo ello parece exacerbar otros problemas, como

el alcoholismo y la drogadicción, la criminalidad y el riesgo de violencia. Los pacientes que tienen enfermedades mentales muestran un aumento en el riesgo de realizar actos violentos, aunque a menudo son ellos las víctimas de la violencia ejercida por otros. Cada vez es mayor el número de personas con enfermedades mentales recluidas en cárceles, que, por supuesto, no son el lugar adecuado para su atención (Lader y cols., 2003) (en el cap. 3 se aborda la exclusión social).

Los avances citados también han generado otras consecuencias. En lo que se refiere a las familias, se ha incrementado la carga asistencial representada por el cuidado de familiares con enfermedades mentales crónicas, aunque en muchas familias la posibilidad de convivir de nuevo con uno de sus miembros compensa el incremento de sus responsabilidades asistenciales (v. cap. 16). En lo que respecta a la sociedad, el cierre de muchos hospitales psiquiátricos ha generado un ahorro económico aunque, en contrapartida, el establecimiento de un sistema asistencial comunitario alternativo también requiere recursos. El problema existente en muchos países europeos ha sido la falta de transferencia del dinero ahorrado por el cierre de los hospitales al desarrollo de la atención comunitaria, lo que ha dado lugar a un incremento en la participación asistencial de las familias y en la transferencia de las responsabilidades económicas a los sistemas asistenciales sociales (a menudo, con una autorización menor), además del riesgo de marginación.

El uso de los antidepresivos se ha incrementado espectacularmente durante los 20 últimos años. Por ejemplo, en Finlandia, el consumo de estos fármacos se multiplicó por cinco durante la década de 1990 (Lehtinen y cols., 1993; v. cap. 7). Ciertamente, hay varias razones para explicar este cambio: el reconocimiento más preciso de la depresión, tanto por la propia sociedad como por los médicos de atención primaria; la disponibilidad de antidepresivos con efectos adversos menores y menos frecuentes, y la mejor aceptación de los antidepresivos por parte de los pacientes, claramente con una participación importante de las agresivas campañas de marketing realizadas por la industria farmacéutica. Una de las consecuencias positivas ha sido que, hoy día, las personas que sufren depresión tienen una posibilidad mayor de recibir tratamiento. Según los resultados de los estudios epidemiológicos realizados a partir de la década de 1990, la tercera parte o menos de las personas con trastorno de depresión recibe alguna forma de tratamiento (Lin y Parikh, 1999; McConnell y cols., 2002; Ialongo y cols., 2004). Entre las consecuencias negativas del incremento en el uso de los antidepresivos están la prescripción cada vez más frecuente de estos nuevos fármacos a personas que carecen de indicaciones reales (algo así como una «píldora de la felicidad») y, quizá, también el abandono de otras formas de tratamiento de la depresión, especialmente la psicoterapia.

PSICOTERAPIAS

Las psicoterapias se utilizan con frecuencia y son bien aceptadas por la sociedad, aunque hay muchos profesionales con una formación muy diversa (si realmente poseen una formación en este sentido) que se adjudican a sí mismos la condición de psicoterapeutas. En la mayor parte de los países no se ha prestado mucha atención a la regulación y evaluación de

los profesionales, por lo que la psicoterapia es una preocupación para parte de la sociedad. Sin embargo, la demanda social es muy elevada: en estudios realizados sobre población general, la mayor parte de las personas declara que, si sufrieran problemas psicológicos o comportamentales, considerarían que la psicoterapia sería el tratamiento apropiado (Angermeyer y Matschinger, 1996; Jorm y cols., 1997; Saragoussi y cols., 2005). Muchas menos personas consideran que el tratamiento ideal son los psicofármacos y expresan su temor a la adicción a estos medicamentos (Angermeyer y cols., 1993; Saragoussi y cols., 2006).

En muchos países se han llevado a cabo iniciativas para aclarar la situación con objeto de proteger a la sociedad, sobre todo frente a las sectas que supuestamente ofrecen ayuda psicológica. El pago total o parcial de las psicoterapias a través del sistema sanitario también es un problema por el cual algunos países europeos establecen directrices respecto a las indicaciones clínicas y también respecto a las titulaciones de los profesionales (v. cap. 4).

Múltiples facetas de la psicoterapia

La definición de psicoterapia no es sencilla. En general, se puede definir como un procedimiento psicológico cuyo objetivo es introducir cambios psicológicos favorables en un individuo o en un grupo de personas mediante una interacción psicosocial específica que debe haber sido validada científicamente y que se tiene que haber adquirido con una formación específica. La definición considera cuatro aspectos diferentes de la psicoterapia: el objetivo, la meta, el método y la formación, que se describen a continuación:

1. El *objetivo* son las personas que sufren un problema de salud mental.
2. La *meta* es el alivio o la curación del problema.
3. El *método* psicológico utilizado está basado en la aplicación sistemática y dirigida hacia objetivos de una teoría psicológica científicamente validada.
4. Un requisito imprescindible para la aplicación de esta técnica es la *formación* específica en ella.

En su significado moderno y científico, la psicoterapia se lleva utilizando más de 100 años para el tratamiento de los problemas mentales. Uno de sus pioneros más importantes fue, sin duda alguna, Sigmund Freud, creador del psicoanálisis a principios del siglo XIX. Desde la época de Freud, se han desarrollado cientos de técnicas de psicoterapia basadas en diversas teorías. En la mayor parte de las revisiones y metaanálisis sobre las distintas formas de psicoterapia, como el realizado recientemente por el Instituto Nacional de Investigación francés (INSERM, 2004), se suelen identificar seis marcos teóricos principales por motivos operativos:

1. Abordaje analítico/psicodinámico.
2. Abordaje comportamental.
3. Abordaje cognitivo-comportamental.
4. Abordaje humanista (de Rogers).

5. Abordaje mediante teoría de sistemas (incluyendo la mayor parte de las terapias de grupo y familiares).
6. Psicoterapias orientadas a la solución de problemas, que no están basadas en una teoría específica, sino que son intervenciones estandarizadas y basadas en la investigación, aplicadas frente a trastornos específicos (como la esquizofrenia, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, etc.).

Además de esta clasificación teórica, las psicoterapias también se pueden agrupar en función de la persona a la cual van dirigidas, de su intensidad de aplicación o de su duración esperada. Así, existen psicoterapias individuales, terapias de familia y de grupo, y terapias a largo (con una duración de varios años) y a corto plazo (aproximadamente, entre seis y diez visitas). La psicoterapia más intensiva (el psicoanálisis) puede requerir cinco visitas semanales durante años, aunque algunas formas de psicoterapia de apoyo a largo plazo se llevan a cabo mediante visitas muy infrecuentes.

En un estudio realizado por la Comisión Europea para la comparación de distintas formas de psicoterapia en Europa, se solicitó a 195 psicoterapeutas de ocho países europeos (Bélgica, Italia, Polonia, Reino Unido, Suecia, Portugal, Francia y Suiza), que ejercían en centros ambulatorios de salud mental, que rellenaran una serie de cuestionarios (Power, 1997). Los resultados de este estudio ofrecieron información interesante a pesar de que no era plenamente representativa de los países citados. Según su propia estimación, los encuestados identificaron nueve tipos de psicoterapia: psicoanálisis, terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, terapia psicodinámica breve, terapias de grupo, terapia de orientación, terapia humanista (de Rogers, bioenergética) y terapia conyugal/sexual, además de una categoría abierta que incluía abordajes diversos. En algunas áreas fue necesaria la especificación de subcategorías: por ejemplo, la categoría psicoanalítica puede subdividirse en el psicoanálisis clásico y la psicoterapia psicoanalítica. La terapia de grupo también puede ser psicoanalítica, pero además puede estar fundamentada en alguna otra teoría psicológica. Todo ello ilustra la diversidad de los métodos, incluso cuando se utiliza una definición relativamente precisa de psicoterapia, tal y como ocurre en el estudio citado («un abordaje terapéutico y una práctica asistencial, individuales o de grupo, relacionados con una técnica específica y estandarizada, que utilizan una estrategia programada en lo relativo a la planificación y a los resultados desarrollados»).

Profesionales de la psicoterapia

La psicoterapia no se considera un tratamiento puramente médico. De esta manera, los profesionales que aplican psicoterapia no tienen por qué ser médicos. En la práctica, la psicoterapia es aplicada por personas procedentes de ámbitos profesionales muy variados. En el estudio europeo citado previamente se observó que la diversidad de las psicoterapias se acompaña de una diversidad todavía mayor en los profesionales que las aplican, en lo que se refiere a su formación básica: el 33 % de los psicoterapeutas eran psiquiatras; el 47 %, psicólogos; el 4 %, asistentes sociales; el 6 %, profesionales de enfermería, y el 10 %, per-

sonas con algún otro tipo de formación. Además, esta variabilidad de psicoterapeutas presentó diferencias considerables en los distintos países; en Francia, el 78 % eran psiquiatras, mientras que en Suecia y en Reino Unido no había psiquiatras. Además, el 12 % de los encuestados realizaba «terapia de orientación» en Bélgica, Italia, Suiza y Suecia, mientras que esta terapia no existía en los demás países participantes.

En el estudio realizado por la Comisión Europea, la mayor parte de los psicoterapeutas pertenecía a alguna sociedad científica. La tercera parte de ellos había recibido formación en psicoanálisis, la tercera parte en terapia comportamental y la tercera parte en terapia de familia o de pareja; sin embargo, de nuevo, estas proporciones fueron muy variables en los distintos países: en Francia, el 78 % poseía formación en psicoanálisis, mientras que en Italia esta proporción era del 0 %. La duración media de la formación aproximadamente era de 5 años, con una supervisión de alrededor de 5-6 años. Sin embargo, es necesario destacar el hecho de que los participantes en esta encuesta procedían del sistema sanitario del sector público y que los resultados obtenidos en ella podrían no ser aplicables al sector sanitario privado, en el cual entre las personas que se denominan a sí mismas psicoterapeutas hay una gama mucho más amplia de contextos formativos y profesionales. En la mayor parte de los países europeos se ha establecido una lista de las diversas sociedades que ofrecen servicios de formación en psicoterapia con objeto de proteger a la sociedad; sin embargo, estas listas no están necesariamente coordinadas o unificadas y en algunos países no existen. Todo ello significa que en algunos países el título de psicoterapeuta puede ser utilizado por cualquier profesional e, incluso, por personas que carecen de cualquier tipo de formación aceptable.

En la mayor parte de los países existe una normativa legal clara y explícita respecto a los requerimientos profesionales que deben ser exigidos a las personas que se denominan a sí mismas psicoterapeutas. Uno de los problemas es la diversidad de la formación de los numerosos profesionales que ofrecen psicoterapia. Los sistemas sanitarios deben ejercer algún tipo de control sobre la formación y la cualificación de un psicoterapeuta. Durante los últimos años se han realizado intentos para aclarar la situación; por ejemplo, en muchos países un psicoterapeuta es un profesional legalmente autorizado para ejercer y sólo pueden utilizar este título las personas con dicha autorización.

Evidencia de la efectividad de la psicoterapia

Se han realizado intentos de evaluación de las distintas formas de psicoterapia desde el trabajo pionero de Knight (1952), que estudió retrospectivamente a 592 pacientes que habían recibido psicoanálisis durante más de 6 meses. La evaluación se centró en los síntomas, la productividad de los y las pacientes, su grado de adaptación (incluyendo el placer sexual y las habilidades de superación y de resolución de problemas) y las relaciones interpersonales. El resultado principal consistía en el hecho de que mejoraba o se curaba el 56 % de los pacientes. Sin embargo, al incluir en el resultado a los 6 meses a los y las pacientes que abandonaban el tratamiento durante este período de tiempo, la tasa de mejoría o curación alcanzaba tan sólo el 30 %. (Hay que tener en cuenta que aproximadamente el 30 % de los

y las pacientes que participan en cualquier ensayo clínico puede presentar cierta mejoría debido al efecto placebo [Miller y Rosenstein, 2006].)

Este trabajo pionero se continuó con otros muchos. En estudios más recientes, los investigadores han intentado establecer estándares para la evaluación, incluyendo el uso de grupos control y la realización de un diseño aleatorio con seguimiento a largo plazo. En varios estudios se ha demostrado la eficacia del tratamiento psicoterapéutico administrado junto al tratamiento farmacológico, en pacientes con diversos trastornos mentales (Katschnig y Windhaber, 1998; Marder y cols., 2003; Stiles y cols., 2006), lo que ha contribuido al incremento de la credibilidad y la popularidad de la intervención psicoterapéutica. En los últimos años se han resumido mediante metaanálisis los resultados obtenidos en varios estudios, con una estimación de la eficacia terapéutica en función del tipo de trastornos evaluados y del tipo de psicoterapia aplicada (Bateman y Fonagy, 2000; Roth y Fonagy, 2004; INSERM, 2004).

En estas revisiones se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Las psicoterapias psicodinámicas han demostrado ser efectivas, especialmente en los pacientes con trastornos de la personalidad.
2. Las terapias cognitivo-comportamentales han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos relacionados con el abuso del alcohol, la bulimia y los trastornos de la personalidad.
3. Las terapias familiares han sido efectivas en la anorexia, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.
4. Las intervenciones psicoeducativas han sido efectivas en el trastorno bipolar y en la esquizofrenia.

En la mayor parte de los casos, la psicoterapia se ha evaluado junto con el tratamiento mediante psicofármacos o bien se ha comparado con este tratamiento.

Psicoterapia y aspectos políticos

Las psicoterapias son eficaces en el tratamiento de diversos problemas de la salud mental, pero todavía hay una controversia importante respecto al papel que deben desempeñar en el tratamiento de éstos. Uno de los problemas planteados es el elevado número de escuelas de psicoterapia, cada una de ellas con sus propias tradiciones y sistemas formativos, que no siempre se entienden entre sí y que incluso pueden oponerse las unas a las otras. Esta falta de entendimiento también existe entre los psicoterapeutas y los profesionales que prefieren los tratamientos somáticos, especialmente los medicamentos, aunque en la mayor parte de los casos el tratamiento más efectivo es la combinación apropiada de psicofármacos y de psicoterapia.

Aparte de ello, también es evidente que el desarrollo de las diferentes técnicas psicoterapéuticas ha influido de manera importante en las actitudes de la sociedad hacia la enfer-

medad mental, tal y como se refleja en los medios de comunicación y en el desarrollo de los sistemas de salud mental. Las teorías psicológicas sobre las cuales están fundamentadas estas técnicas han ayudado a comprender mejor los problemas de la salud mental y a aceptarlos como parte de nuestra vida cotidiana, tal y como ocurre con las enfermedades físicas. Hoy día, la psicoterapia es una parte esencial y apropiada de la gama de tratamientos necesarios para un abordaje terapéutico completo de los trastornos mentales. El ofrecimiento de la psicoterapia debe constituir una parte integral del plan o la estrategia de salud mental de cada país, región y unidad terapéutica.

La financiación de la psicoterapia también es una cuestión importante. En muchos países la ofrecen principalmente psicoterapeutas privados, lo que plantea dudas acerca de las indicaciones y las enfermedades cuyo tratamiento debe ser reembolsado parcial o totalmente para que los pacientes puedan cubrir los costes de éste. El tipo de profesional que aplica la psicoterapia también es esencial ya que aquellos que no son médicos cobran menos y, a menudo, son más accesibles que los psiquiatras siempre que su formación sea la adecuada. Una recomendación política es introducir protocolos a nivel nacional respecto a los tipos de trastornos psiquiátricos frente a los cuales las distintas formas de psicoterapia pueden ser útiles, así como respecto al tipo de psicoterapia que debe aplicarse y a la formación necesaria del profesional que lo hace (Roth y Fonagy, 2004). Para ello, se deben efectuar estudios a gran escala sobre los distintos tipos de psicoterapia, con seguimiento de los resultados durante un largo período de tiempo.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

A lo largo de los últimos 30 años ha existido la tendencia a diferenciar la psicoterapia de las distintas intervenciones psicosociales, de manera que la primera aborda el mundo interno de cada paciente o de pequeños grupos de pacientes mientras que las segundas actúan sobre el contexto en que vive la persona. En la práctica, esta distinción probablemente no sea tan clara (p. ej., en el caso de la terapia familiar) aunque es importante mantener separadas ambas formas de intervención ya que la formación necesaria para su aplicación es distinta. Mientras que la psicoterapia es un tratamiento que utiliza métodos psicológicos con independencia de si se aplica individualmente o en grupo, las intervenciones psicosociales no se dirigen principalmente hacia el individuo, sino hacia el contexto en que vive, con objeto de modificar dicho contexto o de conseguir que contribuya a mejorar los síntomas y la calidad de vida. La sistematización de las intervenciones psicosociales todavía se encuentra en una situación tan abierta como la del campo de la psicoterapia o, incluso aún más, dado que no se han establecido «escuelas» formales. La mayor parte de los avances simplemente ha tenido lugar gracias a iniciativas personales aplicadas a nivel local y que se han implementado posteriormente en otras áreas mediante el conocimiento difundido por las publicaciones. Con una frecuencia mayor que en el caso de la psicoterapia, los abordajes psicosociales están orientados hacia los problemas y han sido bien evaluados, sobre todo en lo que se refiere al trabajo realizado con los familiares de personas que sufren problemas psiquiátricos.

A menudo, desde un punto de vista conceptual, las intervenciones psicosociales no están claramente separadas de los servicios de salud mental y, de hecho, algunas de las intervenciones psicosociales que se recogen a continuación también se pueden subsumir en los servicios de salud mental (p. ej., la estructuración de la vida cotidiana en función de la atención al hospital de día). Este solapamiento queda reflejado en muchos capítulos del *Textbook of Community Psychiatry*, de Thornicroft y Szmulker (2001). Un método para clasificar las intervenciones psicosociales es evaluar el tamaño de la red social implicada. Así, podríamos distinguir las intervenciones realizadas a nivel micro (p. ej., los familiares y amistades de una persona usuaria del servicio), el nivel meso (organizaciones e instituciones pertenecientes al sistema escolar) y el nivel macro (la sociedad en su conjunto, con sus normas y valores en las distintas culturas y subculturas). Cuanto más nos aproximamos al nivel macro, más borrosas y peor investigadas son las intervenciones.

Entre las intervenciones psicosociales específicas están las siguientes:

1. *Gestión de casos*, es decir, participación de un coordinador en la asistencia del usuario del servicio y de sus familiares, con objeto de coordinar todos los posibles recursos de ayuda.
2. *Tratamiento comunitario asertivo (TCA)* y programas de alcance asertivos dirigidos hacia las personas con trastornos mentales graves.
3. *Ayuda para la estructuración de la vida cotidiana*, incluyendo oportunidades de contacto para las personas que permanecen inactivas; estas oportunidades pueden ser ofrecidas por hospitales de día, centros de día, clubes, etc.
4. *Apoyo para vivir de manera independiente*, siempre que sea posible, o *provisión de una vivienda protegida* (instalaciones residenciales, hogares de grupo, etc.).
5. *Servicios de ayuda para que los pacientes puedan encontrar un trabajo apropiado en el mercado laboral o en contextos protegidos* sobre el principio de «primero colocarse, después formarse» (a diferencia del principio tradicional de «primero formarse, después colocarse»). Un avance interesante en esta área es la creación de compañías y empresas sociales por parte de los pacientes.
6. *Ofrecimiento de participación en actividades sociales normales* (especialmente, las culturales).
7. *Provisión de un estándar satisfactorio de vida*, que incluya el acceso a la atención sanitaria y a la ayuda legal.
8. *Actuación junto con la familia del paciente*, en lo que se ha convertido en la intervención psicosocial a nivel micro. Los tipos de actividades son numerosos y consisten en terapia familiar, grupos psicoeducativos dirigidos a los familiares del paciente, los grupos familiares múltiples, los grupos de autoayuda familiar y las organizaciones de autoayuda familiar. Muchas de estas intervenciones han sido estandarizadas y documentadas. El concepto de emoción expresada, tal y como se propuso durante la década de 1970, constituyó un gran impulso para esta iniciativa (Brown y cols., 1962; Kuipers, 1979; Bogren, 1997; v. también cap. 16).

Generalmente, estas intervenciones se combinan con la farmacoterapia y se deben aplicar en forma de tratamientos integrados, especialmente en lo que se refiere a los pacientes

con problemas psiquiátricos persistentes que viven en la comunidad (v. Herz y Marder, 2002). Desde un punto de vista práctico, no hay ninguna intervención posible a nivel macro, pero es importante reconocer que a este nivel es necesario tener en cuenta las diferencias transculturales respecto a cada tipo de tratamiento psiquiátrico, especialmente en una época de incremento de las migraciones (p. ej., en casos de refugiados desplazados y también a consecuencia de los impactos de la globalización; v. cap. 15). A nivel macro, también puede definirse el tipo de sistema sanitario de cada país y la manera con que estas estructuras sanitarias (financiación por impuestos y sistemas de seguridad social) influyen en la disponibilidad y la calidad de la atención psiquiátrica. Por tanto, la investigación sobre los servicios sanitarios y las políticas de salud mental también podrían clasificarse como iniciativas psicosociales a nivel macro.

A nivel meso, la reestructuración de los servicios psiquiátricos representa, en sí misma, una intervención importante, aunque no se aborda en este capítulo (Thorncroft y Tansella, 2004; v. cap. 10). En lo que se refiere a la participación de otras organizaciones, como el sistema escolar, el sistema militar o la industria, es necesario considerar su estructura; sin embargo, la intervención en estos ámbitos no es tarea propia de la psiquiatría. Dado que las personas que sufren problemas de salud mental viven hoy día predominantemente fuera de los hospitales psiquiátricos y están integradas en organizaciones e instituciones «normales», éstas deben ser tenidas en cuenta por los planes y las estrategias globales de salud mental.

Los desarrollos más importantes en las intervenciones psicosociales se refieren a la inclusión de los familiares en los procesos de atención y tratamiento, en especial en lo que se refiere a los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo los esquizofrénicos. La función del profesional de alguna manera queda diluida en las intervenciones psicosociales y el término «profesional» en sí mismo incluso podría requerir su reconsideración. Muchos de los abordajes utilizados tienen más de educativo que de terapéutico y, dado que la mayor parte de las personas usuarias de los servicios viven fuera de los hospitales psiquiátricos, los aspectos de la vida cotidiana han alcanzado una prioridad importante. Conceptos como discapacidad, calidad de vida, capacitación y autoayuda desempeñan una función cada vez más importante y una de las obligaciones de los profesionales, en este sentido, es considerar dichos conceptos.

DIRECTRICES NICE PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), de Inglaterra y Gales, ha elaborado una serie de directrices para la aplicación de los métodos de la medicina basada en la evidencia en el establecimiento de políticas dirigidas hacia la profesión sanitaria, tanto la medicina general como la especialidad. El protocolo sobre la depresión (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) ilustra muchos de los aspectos expuestos en este capítulo. Aunque en Reino Unido la depresión de cualquier grado de intensidad se trata en el nivel asistencial primario¹, es más habitual que las personas con una depresión de bajo

¹ N. del T.: así en el original.

nivel sean tratadas en medicina general más que por especialistas. También es cierto que, a medida que aumenta la gravedad de la depresión, se reduce su prevalencia, por lo que cada vez son más numerosas las personas con depresión leve que aquéllas con depresión de intensidad moderada, etc. En lo que se refiere a los recursos humanos, no hay profesionales suficientemente formados para ofrecer psicoterapia a todas las personas que podrían requerirla. El protocolo NICE recoge recomendaciones detalladas no sólo en relación con los tratamientos medicamentosos y psicológicos, sino también sobre la mejor utilización de los servicios; así, en este documento se plantea el mismo modelo de tres niveles recomendado en el capítulo presente.

A la vista de las limitaciones en el número de profesionales y en los servicios ofrecidos, el protocolo utiliza un enfoque «escalonado» en el cual cada escalón indica la necesidad de un tratamiento más especializado (y, generalmente, mucho más caro). Tras definir en el *primer escalón* el proceso detallado a través del cual la medicina general puede mejorar las tasas de detección de la depresión, el protocolo pasa al *segundo escalón*, que recoge el tratamiento adecuado de la depresión leve (diagnosticable mediante los criterios CIE-10, con cuatro síntomas, además de los síntomas iniciales). Ambos escalones ocurren en el nivel asistencial primario y los lleva a cabo la medicina general o los profesionales de enfermería especializados en psiquiatría. En pacientes con depresión leve no se observan diferencias entre el tratamiento con antidepresivos y la administración de un placebo, de manera que a la profesión sanitaria del nivel primario se le recomienda que utilice otras intervenciones terapéuticas, como las técnicas de autoayuda, el ejercicio físico, la «observación» y los métodos de resolución de problemas. Los medicamentos, en cambio, desempeñan una función en pacientes con depresión leve, pero no como antidepresivos, sino como un medio para restablecer el sueño o para conseguir una sedación diurna. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-comportamental computarizada es efectiva en la depresión leve. Sin embargo, los antidepresivos pueden desempeñar un papel en los casos en que la depresión leve persiste tras el tratamiento de un episodio más grave o bien si el paciente tiene antecedentes de depresión.

El *tercer escalón* es el tratamiento de la depresión de grado moderado, definida por la existencia de cinco o seis síntomas adicionales, y de la depresión grave, definida por la existencia de siete síntomas adicionales o más. En este caso, los antidepresivos han demostrado ser efectivos y se recomienda su uso debido a su toxicidad relativamente baja, su escaso coste económico, su baja incidencia de síndrome de abstinencia y su elevado nivel de tolerabilidad; sin embargo, no hay evidencia de que un antidepresivo sea más efectivo que los demás. Se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) a la vista de estas consideraciones. Son ejemplos de antidepresivos recomendados el citalopram y la fluoxetina, o bien la sertralina en los pacientes con cardiopatía. Las intervenciones psicológicas sencillas (como la técnica de resolución de problemas, aplicada por parte de los profesionales de atención primaria) pueden ser efectivas, pero también son algo más caras que los medicamentos. Los episodios aislados de depresión moderada e intensa idealmente deben tratarse en el nivel asistencial primario. A pacientes con depresión crónica se les debe ofrecer una combinación de antidepresivos y de terapia cognitivo-comportamental.

El *cuarto escalón* es el abordaje terapéutico de la depresión que no ha respondido a otros tratamientos, que es recurrente o atípica, o que cursa con síntomas psicóticos. Estas enfermedades deben ser atendidas por los profesionales de la psiquiatría en contextos de especialidad o de atención primaria. En el protocolo se aborda con detalle cada uno de estos tipos de depresión y, de nuevo, se vuelve a recomendar el tratamiento con antidepresivos. Además, se recomiendan las intervenciones psicológicas de elevado coste económico, como la terapia cognitivo-comportamental o la psicoterapia interpersonal, en combinación con un antidepresivo, si fuera necesario. En los planes terapéuticos debe participar una amplia gama de especialistas en salud mental. El *quinto escalón* es la hospitalización, que se debe llevar a cabo siempre que exista riesgo de autolesiones o de suicidio. Además de todas las intervenciones descritas en el cuarto escalón, en este contexto también deben considerarse las residencias u hogares de acogida y la TEC.

Se han elaborado directrices NICE respecto a muchas enfermedades mentales y se han publicado en varios formatos distintos. El protocolo relativo a la depresión se puede encontrar en el sitio web www.nice.org.uk/pdf/word/CG023NICEguideline.doc.

PERSPECTIVAS FUTURAS

En el siglo xx se produjo un avance enorme en el tratamiento y el control de los problemas de la salud mental. Actualmente se dispone de tratamientos efectivos y bien estudiados, sobre todo en el campo de la farmacología, aunque también cada vez más en el campo de la psicoterapia y las intervenciones psicosociales. Las innovaciones más importantes se introdujeron entre las décadas de 1950 y 1970, y desde entonces no ha habido aportaciones auténticamente revolucionarias en el campo del tratamiento. Sin embargo, lo que se posee hoy día es un mayor conocimiento basado en la evidencia respecto a la efectividad de los diferentes métodos terapéuticos aunque todavía debe determinarse con mayor detalle cuál es su función en el mundo real.

Los fármacos de última generación presentan menos efectos adversos y son mejor tolerados por los pacientes, pero los progresos en relación con la actividad han sido modestos. El objetivo de estos medicamentos principalmente es sintomático y una proporción elevada (30-40 %) de los pacientes que los utilizan no obtiene efectos beneficiosos. Una razón importante es el hecho de que la etiología de los denominados «trastornos mentales funcionales» todavía no ha sido aclarada y posiblemente sea multifactorial. Por tanto, todavía hay una necesidad importante de estudios de investigación en este campo.

Una de las áreas de mayor importancia ciertamente será la investigación biológica de los problemas de la salud mental, una línea en la cual se han realizado avances sustanciales durante los últimos años. También pueden esperarse los efectos indirectos de esta investigación, especialmente en el desarrollo de tratamientos. No obstante, muchos expertos han advertido en contra del optimismo excesivo en esta cuestión (Hedgecoe, 2004). Parece bastante improbable que alguna vez puedan encontrarse métodos de tratamiento biológico que, por sí mismos, puedan curar enfermedades crónicas del desarrollo, como la esquizofrenia. Siempre se necesitará una combinación de muchas formas de tratamiento, adaptadas en

función de las necesidades específicas y, a menudo, cambiantes de cada paciente, y también en función de las necesidades de las redes de apoyo de estos pacientes, sobre todo de la familia (Alanen, 1997).

A pesar de ello, la moderna investigación cerebral ha ofrecido algunas perspectivas nuevas sobre la posibilidad de desarrollar e, incluso, descubrir nuevas formas de tratamientos biológicos. Las áreas más prometedoras de investigación indudablemente han sido la biología molecular y la tecnología genética, así como el uso de nuevos métodos de investigación, como las técnicas de neuroimagen cerebral. La investigación genética se ha desarrollado enormemente durante los últimos años, con revelación de algunos genes específicos relacionados, por ejemplo, con la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Levinson y cols., 2003). Sin embargo, en el caso de la esquizofrenia parece que no se debe a la alteración de un gen único, sino que existen varios genes que pueden incrementar el riesgo de la enfermedad. También parece evidente que los errores genéticos no son causa necesaria ni suficiente. La etiología de la esquizofrenia todavía debe considerarse un proceso multifactorial en el cual están incluidos los factores de riesgo psicosociales. No obstante, en función de toda esta nueva investigación respecto a las causas biológicas, es probable que puedan desarrollarse métodos de tratamiento nuevos y más específicos.

Los tratamientos psicológicos y psicosociales también se desarrollarán en el futuro. Los nuevos estudios de investigación revelarán nuevos conocimientos, por ejemplo, sobre el significado de la interacción social en la promoción de la salud mental y en la prevención de los problemas psiquiátricos. Ya en este momento, las intervenciones específicas para el fomento de la buena crianza de los hijos y de la interacción entre el lactante y los padres han generado buenos resultados en la prevención de los problemas de la salud mental de los niños (Stewart-Brown y cols., 2004; Barlow y cols., 2005; Brown y Sturgeon, 2006).

CONCLUSIÓN

Hay una gran cantidad de conocimiento basado en la evidencia respecto a los abordajes terapéuticos integrados en los cuales se combinan la farmacoterapia, por un lado, y alguna forma de psicoterapia o intervención social, por el otro. En varios ensayos clínicos efectuados sobre pacientes con esquizofrenia o con trastornos de ansiedad ha quedado plenamente demostrada la superioridad de estos enfoques terapéuticos combinados (Katschnig y Windhaber, 1998; Marder y cols., 2003).

Cada vez es más frecuente que los parámetros de cuantificación de los resultados no sólo contemplen los síntomas psicopatológicos, sino también los problemas de discapacidad, la calidad de vida y la actividad (Katschnig y cols., 2005). En lo relativo a la esquizofrenia, en varios estudios se ha observado que los nuevos antipsicóticos pueden motivar a los pacientes a participar en programas psicosociales (Rosenheck y cols., 1998).

En resumen, lo que ya era evidente con el sentido común ha quedado demostrado en la realidad mediante investigación científica: el hecho de que el abordaje terapéutico centrado en el individuo (es decir, la farmacoterapia y la psicoterapia) se debe complementar con abordajes terapéuticos que tengan en cuenta el contexto vital de las personas que su-

fren enfermedades mentales. Al diseñar nuevos servicios, es necesario considerar las intervenciones familiares, la orientación, las intervenciones para el fomento de las redes de apoyo, el trabajo comunitario, la rehabilitación psicosocial y otros parámetros psicosociales. Además, lo que necesitamos de manera urgente es la evaluación de la efectividad en el «mundo real» de todos los métodos terapéuticos descritos en este capítulo, en el momento en que se apliquen en un sistema asistencial concreto. En muchos lugares todavía no se han implementado métodos de tratamientos efectivos (combinados).

BIBLIOGRAFÍA

- Alanen YO. Schizophrenia: Its Origins and Need-adapted Treatment. Londres: Karnac Books, 1997.
- Almeida-Filho N, De Jesús MJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB y col. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 524-529.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154 Supl 4: 1-63.
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2002. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
- Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 145-153.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94 (5): 326-336.
- Angermeyer MC, Daumer R, Matschinger H. Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry* 1993; 26 (4): 114-120.
- Barlow J, Parsons J, Stewart-Brown S. Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: Care, Health and Development* 2005; 31 (1): 33-42.
- Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 138-143.
- Bazire S. Psychotropic Drug Directory 1997: The Professionals' Pocket Handbook and Aide Memoire. Wiltshire: Quay Books, 1997.
- Bebbington PE. Population surveys of psychiatric disorder and the need for treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25 (1): 33-40.
- Bebbington P, Meltzer H, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Ceresa C y col. Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15 (1-2): 115-122.
- Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and the need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Publ Health* 2000; 90 (4): 602-607.
- Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (12): 587-595.
- Bland RC, Newman SC, Russell JM, Orn HT, eds. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: phenomenology and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 376 Supl: 1-70.
- Bogren L. Expressed emotion, family burden and quality of life in parents with schizophrenic children. *Nord J Psychiatry* 1997; 51 (4): 229-233.
- Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med* 1962; 16: 55-68.
- Brown H, Sturgeon S. Healthy start of life and reducing early risks. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Flisher AJ, Kramer RA, Grosser RC, Alegría M y cols. Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychol Med* 1997; 27 (5): 1.145-1.154.

- Fombonne E. The Chartres study I: prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 69-79.
- Gill B, Meltzer H, Hinds K. The prevalence of psychiatric morbidity among homeless adults. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15 (1): 134-140.
- Goldberg DP, Huxley PJ. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Londres: Tavistock, 1980.
- Goldberg DP, Huxley PJ. *Common Mental Disorders: A Bio-social Model*. Londres: Routledge, 1992.
- Healy D. *The Anti-depressant Era*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.
- Hedgecoe A. *The Politics of Personalised Medicine: Pharmacogenetics in the Clinic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- Herz MI, Marder SR. *Schizophrenia: Comprehensive Treatment and Management*. Filadelfia, PA: Williams & Wilkins, 2002.
- Howard KI, Cornille TA, Lyons JS, Vessey JT y cols. Patterns of mental health service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (8): 696-703.
- Ialongo N, McCreary BK, Pearson JL, Koenig AL y cols. Major depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *J Affect Disord* 2004; 79 (1-3): 127-136.
- INSERM. *Psychotherapie: trois approches évaluées*. En: INSERM, ed. *Expertise Collective*. Paris: INSERM, 2004.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M y cols. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34 (4): 597-611.
- Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Politt P y cols. Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32 (8): 468-473.
- Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of Life in Mental Disorders*, 2.^a ed. Chichester: Wiley, 2005.
- Katschnig H, Windhaber J. Die Kombination einer Neuroleptika-Langzeitmedikation mit psychosozialen Massnahmen. En: Riederer P, Laux G, Pöldinger W, eds. *Neuro-Psychopharmaka – Ein Therapie-Handbuch*. Band 4: Neuroleptika, 2.^a ed. Viena: Springer, 1998.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB y cols. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (1): 8-19.
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR y cols. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 2001; 36 (6): 987-1.007.
- Kessler RC, Demler O, Olfson FM, Pincus HA y cols. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352: 2.515-2.523.
- Knight RP. An evaluation of psychotherapeutic techniques. *Bull Menninger Clin* 1952; 16: 113.
- Kuipers L. Expressed emotion: a review. *Br J Soc Clin Psychol* 1979; 18 (2): 237-243.
- Lader D, Singleton N, Meltzer H. Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15 (1-2): 144-147.
- Lam RW. Seasonal affective disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1994; 7 (1): 9-13.
- Lehtinen V. Assessment as to the need for psychiatric treatment. *Nord J Psychiatry* 1985; 39: 463-469.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen E, Raitasalo R y cols. Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81 (5): 426-431.
- Lehtinen V, Veijola J, Lindholm T, Väisänen E y cols. Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla (con resumen en inglés: Stability and Changes of Mental Health in the Finnish Adult Population). *Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisu* AL, 1993; 36.
- Levinson DF, Levinson MD, Segurado R, Lewis CM. Genome scan metaanalysis of schizophrenia and bipolar disorder, part I: methods and power analysis. *Am J Hum Genet* 2003; 73 (1): 17-33.
- Lin E, Parikh SV. Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *J Affect Disord* 1999; 53 (2): 153-162.
- Marder SR, Glynn SM, Wirshing WC, Wirshing DA y cols. Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone or haloperidol: 2-year outcomes. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (8): 1.405-1.412.
- McConnell P, Bebbington P, McClelland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland: population study in the District of Derry. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 214-219.
- Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. *The Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 1*. Londres: HMSO, 1995.

- Miller FG, Rosenstein DL. The nature and power of the placebo effect. *J Clin Epidemiol* 2006; 59 (4): 331-335.
- Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59 (2): 115-123.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. Londres: Gaskell, 2005.
- Olfson M, Marcus S, Sackeim HA, Thompson J, Pincus HA. Use of ECT for the inpatient treatment of recurrent major depression. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (1): 22-29.
- Perry PJ. Pharmacotherapy for major depression with melancholic features: relative efficacy of tricyclic versus selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *J Affect Disord* 1996; 39 (1): 1-6.
- Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H y cols. DSM-IV mood, anxiety and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40 (1): 1-10.
- Power M. First results on the psychotherapist questionnaire in psychotherapies in Europe on seven countries. European Commission mimeo, 1997.
- Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J y cols. Psychiatric disturbances among prepubertal children in southern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (7): 310-318.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS y cols. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45 (11): 977-986.
- Rosenheck R, Tekall J, Peters J, Cramer J y cols. Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine? *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (7): 618-625.
- Roth A, Fonagy P. *What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford: The Guilford Press, 2004.
- Saragoussi D, Kovess V, Suchocka A, Sevilla-Dedieu C y cols. Help-seeking intentions among the public for mental health disorders: a French study (trabajo presentado en 2006).
- Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, von Korff M y cols. Utilization of health and mental health services: three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41 (10): 971-978.
- Stewart-Brown S, Patterson J, Mockford C, Barlow J y cols. Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Arch Dis Child* 2004; 89 (6): 519-525.
- Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychol Med* 2006; 36 (4): 555-566.
- Sussman N. General principles of psychopharmacology. En: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8.ª ed. Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Thomas C, Lewis S. Which atypical antipsychotics? *Br J Psychiatry* 1998; 172: 106-109.
- Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Thornicroft G, Tansella G. The components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
- Weyerer S, Dilling H. Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feltstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. *Nervenarzt* 1984; 55: 30-42.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Clinical Guidelines*. Ginebra: WHO, 1992.
- World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2.581-2.590.
- Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86 (2): 103-126.

Capítulo 7

Psicofármacos en Europa

NIKOLAS ROSE

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos 50 años, la atención sanitaria en las sociedades libres, democráticas y desarrolladas, especialmente en Estados Unidos y en Europa, ha mostrado un grado de dependencia cada vez mayor de los pro-

En este capítulo he utilizado datos obtenidos por mí mismo y por Mariam Fraser para nuestro estudio «The Age of Serotonin» financiado por el Wellcome Trust Programme in Biomedical Ethics y realizado en el Department of Sociology at Goldsmiths College, de la Universidad de Londres. Quiero agradecer a nuestra investigadora, Angelique Praat, su trabajo en la recogida y el análisis de parte de este material. Al igual que cualquier otro investigador en esta área, mi trabajo sigue las líneas de investigación abiertas inicialmente por David Healy, y mis argumentos están basados en su trabajo. También he utilizado en este estudio datos procedentes de IMS Health, detallados en la nota 1, y en este sentido me gustaría agradecer a Robin Keat, Pete Stephens e Ian Webster de IMS, especialmente su ayuda y sus consejos respecto a los datos, y a Pete Stephens, especialmente los datos correspondientes al IMS Third Study. También quiero agradecer a Reinhold Killian y a otros expertos que revisaron un boceto inicial de este capítulo, presentado, en primer lugar, en el Seminario del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios sobre Salud Mental en Europa: políticas y práctica, celebrado en Oslo en septiembre de 2003.

¹ Los datos correspondientes a precios y tamaños de los mercados de los psicofármacos no son fáciles de obtener en muchos países. En lo que se refiere a Reino Unido, es posible conseguir cifras aproximadas del período que se inicia en 1980 en el Government Statistical Service, que ofreció amablemente los datos que se han utilizado en este análisis.

En lo que se refiere a los fármacos que aparecen recogidos en las listas de la Convention on Psychotropic Substances (1971) de Naciones Unidas (alucinógenos, psicoestimulantes, sedantes y algunos analgésicos con utilidad médica y científica, pero que también se pueden consumir en forma de drogas), anualmente se publican datos comparativos internacionales en los informes sobre sustancias psicotrópicas elaborados por el International Narcotics Control Board, actualmente disponibles en la página web www.incb.org/. Sin embargo, estos datos no incluyen la mayor parte de los antidepresivos y antipsicóticos; en relación con estos medicamentos, es necesario establecer contacto con las organizaciones comerciales para conseguir datos respecto a las compañías farmacéuticas.

Para acceder a estos datos, se encargó a IMS Health tres estudios a medida en función de los datos que esta organización ha obtenido en más de 120 países, incluyendo datos relativos a los países seleccionados, a los fármacos prescritos en los hospitales y a las ventas al por menor de los medicamentos. Estos datos constituyeron la base para los cálculos realizados por el equipo de ma-

ductos farmacéuticos comercializados¹, especialmente en lo que se refiere a la psiquiatría y la salud mental. Podrían denominarse sociedades «psicofarmacológicas». Aunque es difícil evaluar el valor preciso del mercado, las estimaciones basadas en los precios de los fabricantes colocaron el mercado europeo en 4.741 millones de dólares estadounidenses en el año 2000 (2.110 millones en 1990) en comparación con un total de 11.619 millones de dólares estadounidenses (2.502 millones en 1990)² del mercado estadounidense. En muchos contextos diferentes, de maneras diferentes y en relación con diversos problemas, en función de la medicina, la psiquiatría, los padres y uno mismo, las capacidades subjetivas del ser humano están siendo reconfiguradas sistemáticamente por los psicofármacos. El objetivo de este capítulo es describir en qué se basan estos cambios y evaluar el impacto provocado por la manera de prescribir psicofármacos en Europa, mediante el análisis de datos comparativos sobre el uso de este tipo de medicamentos en los distintos países.

nera que IMS carece de responsabilidad respecto a ellos y respecto a las interpretaciones efectuadas a partir de ellos. En los dos primeros estudios se evaluó la situación en varias regiones geográficas amplias durante la década comprendida entre 1990 y 2000. Las regiones seleccionadas fueron Estados Unidos, Japón, Unión Europea, Sudamérica (Argentina, Brasil, México, Colombia, Perú, Uruguay y Venezuela), Sudáfrica (no fue posible conseguir los datos correspondientes a otros países de África subsahariana) y Pakistán (no fue posible conseguir datos de la India durante un período de 12 años). En el tercer estudio se evaluó la situación en los 15 países que formaban la Unión Europea entre 1993 y 2002. A menos que se indique otra cosa, la referencia a «Europa» en este capítulo se refiere a los datos correspondientes a la Unión Europea de 15 países.

En el primer estudio se obtuvieron datos acerca del tamaño del mercado en dólares estadounidenses y con los precios propuestos por los fabricantes, ajustados en función de las tasas existentes de cambio de divisas. El segundo contenía el desglose de las moléculas respecto al volumen de fármacos prescritos. El tercer estudio ofreció datos desglosados respecto a tipos seleccionados de medicamentos utilizados en los países de la Unión Europea.

La principal medida comparativa utilizada es la unidad de dosificación estándar (UDE). La UDE se determina dividiendo el número de unidades vendidas por el factor unitario estándar, que es la dosis habitual más pequeña de un fármaco, según lo definido por IMS Health. Por ejemplo, respecto a las formulaciones sólidas orales, el factor unitario estándar es un comprimido o una cápsula, mientras que respecto a las formulaciones líquidas en forma de jarabe el factor unitario estándar es el de una cucharilla (5 ml) y en las formulaciones líquidas en forma inyectable es el de una ampolla o vial. Éste es el mejor parámetro existente para la realización de comparaciones aunque dista mucho de ser perfecto. Por ejemplo, una caja de un producto que se administra cuatro veces al día y que pretende cubrir 30 días representa 120 UDE por cada caja vendida, mientras que una caja similar de un producto que sólo se consume una vez al día representa solamente 30 UDE. Actualmente son mucho más frecuentes los productos cuyo régimen de dosificación consiste en una sola administración diaria, en comparación con épocas anteriores. En estas circunstancias, los análisis de la UDE podrían indicar que el mercado ha sufrido un colapso, incluso teniendo en cuenta que el número de días de tratamiento se ha mantenido constante o incluso ha aumentado. Por tanto, el uso de las UDE por motivos de comparación a lo largo de los períodos de tiempo y las regiones geográficas considerados en este capítulo conlleva algunos riesgos de manera que, en los aspectos en que estos riesgos se han considerado de una relevancia especial, se ha intentado complementar las UDE con otros parámetros. Las fechas indicadas corresponden a años de calendario. Los precios se refieren a las ventas totales del fabricante (no a los precios de venta al por menor), en dólares estadounidenses y con la tasa de cambio de divisas existente en la fecha en cuestión. Las cifras proporcionadas por IMS Health están basadas en sus informes, pero los análisis, las tablas y las figuras son de elaboración propia. Algunos fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, como los antiepilépticos, no han sido considerados en este capítulo ya que la mayor parte de las prescripciones de éstos se realiza por enfermedades distintas de las psiquiátricas.

Siempre que se ha considerado apropiado, los datos están estandarizados respecto al tamaño de la población y aparecen expresados en forma de UDE por cada 1.000 habitantes, durante el año en cuestión. En el IMS Second Study se utilizaron los datos de población correspondientes a 2001, obtenidos del CIA *World Factbook* 2001, mientras que en el IMS Second Study se utilizaron los datos de población correspondientes a 2003 obtenidos a través del CIA *World Factbook* 2003; todos ellos están disponibles en la página web www.cia.gov/cia/publications/factbook/.

² IMS Health: First Study.

DESARROLLO DEL PARADIGMA PSICOFARMACOLÓGICO

Es bien sabido que el primer psicofármaco ampliamente utilizado fue la clorpromacina (Largactil® y Thorazine®), desarrollado a partir de los antihistamínicos en los años posteriores a la segunda guerra mundial³. Al parecer, dos psiquiatras franceses, Pierre Deniker y Jean Delay, quienes administraron este medicamento a un grupo de pacientes psicóticos con agitación en el Hospital Sainte-Anne de París en 1952, descubrieron sus efectos psiquiátricos. Su difusión en los manicomios de toda Europa y Norteamérica, y su producción por parte de Smith, Kline and French (que adquirió la patente estadounidense) sólo en el año 1955 proporcionaron 75 millones de dólares (Healy, 2001: 97). Se consideró que este fármaco no era un sedante como los barbitúricos o el cloral, sino que actuaba específicamente sobre los síntomas de la enfermedad mental. No obstante, hasta finales de la década de 1960, la mayor parte de los psiquiatras lo contemplaba como un «tranquilizante» general, y muchos pensaban que su utilidad principal consistía en el hecho de que los pacientes podían presentar la compenetración terapéutica necesaria para la aplicación de la psicoterapia. Así, muchos psiquiatras señalaban que los efectos de estos medicamentos no eran la supresión de los síntomas, como las alucinaciones, ni mucho menos la curación de la esquizofrenia, sino la reducción de las alteraciones que provocaban los síntomas en el paciente (p. ej., los pacientes todavía continuaban presentando alucinaciones auditivas de persecución, pero se desinteresaban por ellas). Sin embargo, a lo largo de la década de 1960, los ensayos clínicos realizados a gran escala y con control de doble ciego fueron reconocidos como el método de prueba más convincente en psicofarmacología, y en estos estudios se demostró aparentemente que los fármacos neurolépticos abordaban de forma específica los síntomas de la esquizofrenia. También, supuestamente se demostró que los neurolépticos producían un perfil bajo de efectos adversos, una conclusión que fue refutada posteriormente con aceptación gradual de que estos medicamentos provocaban una disfunción irreversible de los movimientos denominada discinesia tardía (Gelman, 1999). En la actualidad, los neurolépticos se consideran algo más que simples «tranquilizantes»; más bien, parece que abordan los síntomas específicos del trastorno psicótico.

Poco tiempo después de la aceptación de los efectos clínicos de los neurolépticos, se realizaron intentos para determinar su mecanismo de acción. Los experimentos en ratas al parecer demostraron que la clorpromacina y los fármacos relacionados con ella (a menudo denominados «neurolépticos») eran antagonistas de la acción de la auto L-dopa y potenciaban la acumulación de los metabolitos de la dopamina y la noradrenalina en el cerebro de la rata. En función de ello, los investigadores comenzaron a argumentar que los neurolépticos podían prevenir o bloquear de alguna manera la captación de dopamina y, en cierta medida, la noradrenalina por parte de los receptores, tras su liberación en la sinapsis. En 1963, Carlsson y Lindqvist propusieron una «hipótesis de la dopamina» en relación con el mecanismo de acción específico de los neurolépticos. Mediante una simple inversión de la cadena causal, también se propuso una hipótesis de la dopamina para la esquizofrenia en sí misma, es

³ El mejor trabajo histórico acerca del desarrollo de los psicofármacos es el de David Healy; este capítulo está basado fundamentalmente en él (sobre todo en Healy, 1997, 2001).

decir, si los antipsicóticos provocaban su efecto con el bloqueo de la acción de la dopamina, entonces la esquizofrenia podía estar relacionada con una sensibilidad excesiva frente a la dopamina. Parecía obvio que había una relación recíproca entre el mecanismo de acción del fármaco y la causa de la enfermedad. A medida que se desarrollaron técnicas psicofarmacológicas experimentales más refinadas, se aceptó que todos los medicamentos que parecían ser clínicamente efectivos como antipsicóticos bloqueaban un tipo concreto de receptor de la dopamina (el denominado receptor D₂) localizado en un área específica del cerebro (las regiones mesocorticales). El problema residía en el hecho de que la evidencia farmacológica aparentemente sólida que relacionaba la eficacia clínica de un «antipsicótico» concreto con su afinidad por los receptores D₂ postsinápticos no se correspondía con una evidencia firme de que los pacientes a los cuales se les diagnosticaba esquizofrenia presentaran alguna alteración en el sistema de la dopamina. A pesar de las discrepancias no resueltas respecto a la certeza y la significación de la evidencia obtenidas en los pacientes, la hipótesis de la dopamina se convirtió en la piedra angular para el desarrollo comercial, a lo largo de las décadas de 1960 y 1970, de medicamentos que fueron clasificados como antipsicóticos.

El argumento respecto a la especificidad de la acción de los psicofármacos y la creencia en una relación recíproca entre el mecanismo de acción del medicamento y el fundamento neuroquímico de la enfermedad también fueron elementos clave para el desarrollo de los antidepresivos. El primero de ellos, la imipramina (Tofranil®), también se obtuvo a partir de los antihistamínicos a principios de la década de 1950. El entusiasmo inicial por este fármaco fue escaso en parte porque en aquella época no se consideraba que la depresión fuera un problema psiquiátrico importante. Tofranil® fue comercializado en 1958, en alguna medida a consecuencia de los buenos resultados obtenidos con Thorazine® y Largactil®, y se convirtió en el primer antidepresivo «tríciclico» en los años sesenta del siglo pasado; el adjetivo de tricíclico tenía relación con su estructura química formada por tres anillos. La historia de los antidepresivos también es un relato que culmina con la reivindicación de la especificidad del medicamento, es decir, con la afirmación de que el fármaco actuaba en las localizaciones neuronales afectadas por la enfermedad. A principios de los años cincuenta del siglo pasado se desarrolló un fármaco antituberculoso denominado iproniacida, a partir del combustible desechado de los misiles V-2 que había sido adquirido a muy bajo precio por Hoffman-La Roche. Sin embargo, cuando se utilizó en el tratamiento de la tuberculosis se observó que provocaba euforia; los periódicos publicaron que los pacientes tuberculosos bailaban por los pasillos. Al poco tiempo, los psiquiatras comenzaron a experimentar el potencial de la iproniacida en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales. Inicialmente, se consideró que la iproniacida pertenecía a la misma categoría que otros estimulantes. Sin embargo, en 1952 se publicaron varios artículos en los cuales se argumentaba que este medicamento producía este efecto mediante la inhibición de una enzima denominada monoaminooxidasa, lo que provocaba un retraso en el agotamiento de estas monoaminas en el cerebro. Además, las sustancias que en aquella época se consideraban neurotransmisores cerebrales realmente correspondían a monoaminas, es decir, adrenalina, noradrenalina, dopamina (las denominadas catecolaminas) y serotonina (una indolamina). Los investigadores comenzaron a considerar que la depresión y la euforia se correlacionaban en sí mismas con los niveles de estos neurotransmisores (las monoaminas) en el cerebro. En un principio, la hi-

pótesis pareció bastante extraña ya que los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina, no inhibían la monoaminoxidasa. Sin embargo, finalmente este dato fue importante para determinar un mecanismo de gran importancia, la recaptación. Se demostró que los fármacos tricíclicos bloqueaban el mecanismo a través del cual las neuronas reabsorben y, por tanto, conservan los neurotransmisores que segregan, por lo que el neurotransmisor activo está presente durante más tiempo en la sinapsis. Este mecanismo de acción ha sido clave para el desarrollo de la nueva familia de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

En 1960 había gran resistencia a la posibilidad de que las neuronas cerebrales se comunicaran por medios químicos y todavía más a la idea de que la actividad de los neurotransmisores pudiera influir en el comportamiento. De hecho, este tipo de razonamiento todavía era controvertido en la época de la antipsiquiatría europea, por un lado, y el predominio del psicoanálisis en la psiquiatría estadounidense, por el otro. Sin embargo, transcurridos dos décadas, la psiquiatría biológica comenzó a definir los fundamentos del razonamiento psiquiátrico e hizo que las compañías farmacéuticas se convirtieran en actores clave en el conocimiento y tratamiento de los problemas de la salud mental. Las compañías farmacéuticas invirtieron grandes sumas en la investigación psicofarmacológica con la esperanza de desarrollar nuevos fármacos de alta rentabilidad económica. Sin embargo, a lo largo de este período sólo hubo un avance conceptual importante; el interés pasó de la secreción de los neurotransmisores a los efectos de los receptores que «reconocían» ciertas aminas y que eran activados cuando éstas eran liberadas en la sinapsis. En este momento, se argumentaba, los antidepresivos «funcionaban» porque también eran «reconocidos» por estos receptores. Cuando sus moléculas «se unían» a los receptores podían estimularlos o bien podían bloquear su acción; este razonamiento se conoció como el mecanismo de estimulación e inhibición de los receptores. En la nueva línea de pensamiento, los receptores y los neurotransmisores se contemplaban como cerraduras y llaves que funcionaban ya que encajaban con precisión las unas en las otras. La posición icónica de Prozac® (hidrocloruro de fluoxetina) tuvo menos que ver con su eficacia que con la creencia de que era el primer «fármaco inteligente». Se diseñó una molécula cuya forma le permitía bloquear específicamente diversos receptores identificados en el sistema de la serotonina de manera que sólo influía en los síntomas específicos y, por tanto, generaba un «perfil de efectos adversos» bajo.

Inicialmente, cada neurotransmisor se relacionaba con una «enfermedad» concreta: la dopamina con la esquizofrenia y la serotonina con la depresión. A medida que progresó la investigación, se demostró que esta hipótesis simple era insostenible; al poco tiempo se demostró la existencia de dos tipos de receptores de la dopamina, D₁ y D₂, y a finales de la década de 1980 se identificaron los receptores D₃ y D₄. En el caso de la serotonina, al menos se describieron siete «familias» de receptores 5-hidroxitriptamina (5HT), la mayor parte de los cuales presentaba varios subtipos. Sin embargo, de nuevo, esto no fue obstáculo alguno para las explicaciones propuestas dado que se argumentó que cada uno de estos receptores poseía una función específica, que las alteraciones de cada tipo de receptor se relacionaban con un síntoma psiquiátrico específico y que estos síntomas podían ser eliminados mediante fármacos diseñados específicamente para actuar sobre ellos. Además, se identificaron otros muchos neurotransmisores, como los aminoácidos, en especial el ácido gamma-aminobutírico (GABA, *gamma amino-butyrac acid*); a comienzos del siglo xx, su número ya era de

varios centenares. Sin embargo, esto tampoco fue ningún problema para las explicaciones propuestas ya que se consideraba que cada neurotransmisor podía estar implicado en una forma específica de trastorno mental y que, por tanto, podía ser abordado por psicofármacos diseñados apropiadamente. En efecto, esta explicación se relacionó adecuadamente con la suposición básica de la *especificidad* basada en los avances más recientes en el desarrollo de los psicofármacos (quizá con mayor intensidad que respecto a cualquier otro tipo de fármacos). Esta suposición tiene realmente tres vertientes. En primer lugar, el credo neurocientífico considera que estos fármacos podrían y deberían (idealmente) poseer una especificidad de objetivo. En segundo lugar, el credo clínico considera que los médicos podrían diagnosticar específicamente cómo una enfermedad concreta cada cuadro de alteración del estado de ánimo, de la voluntad, del deseo y del afecto. En tercer lugar, el credo neurocientífico considera que los estados de ánimo, deseos y afectos específicos se deben a configuraciones concretas de los sistemas de neurotransmisores. Estas tres suposiciones se superponen entre sí y también están íntimamente implicadas en la proliferación de las categorías de enfermedad recogidas en cada edición sucesiva del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la American Psychiatric Association, en el cual el número de diagnósticos concretos superaba los 350 en 1994 (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1994). Esta multiplicidad de clasificaciones ofrece una oportunidad de mercado extraordinaria dado que las compañías buscan una diversificación de sus productos para colocarlos en distintos nichos de mercado, bien mediante la realización de modificaciones de grado menor en las moléculas antiguas para producir moléculas nuevas, o bien mediante la solicitud de aprobación de los fármacos (que ya han comercializado como tratamientos específicos) para las categorías diagnósticas concretas recogidas en el DSM-IV.

En el curso de estos acontecimientos, dos distinciones clave comenzaron a debilitarse. La primera fue la distinción entre los estados y los rasgos (estados de enfermedad y rasgos de la personalidad) ya que se comenzó a argumentar que tanto los episodios de enfermedad (p. ej., la depresión) como las variaciones en los rasgos (p. ej., la timidez o la agresividad) podían ser modificados por los psicofármacos (Knutson y cols., 1998). La segunda fue la distinción entre trastornos mentales y trastornos físicos; tal y como se recoge en la cuarta edición del DSM: «Aunque este volumen se denomina *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el término de trastorno mental (*mental disorder*) implica por desgracia una distinción entre trastornos «mentales» y trastornos «físicos», lo que representa un anacronismo reduccionista de la dualidad mente/cuerpo»⁴.

Aparte de ello, la neuropsiquiatría molecular comenzó a «diseccionar» numerosos elementos diferentes de los sistemas de neurotransmisores cuyas variaciones podrían tener significación desde el punto de vista psiquiátrico (receptores, potenciales de membrana, canales iónicos, vesículas sinápticas y su migración, almacenamiento y descarga, regulación de los receptores, bloqueos de los receptores, unión a receptores y otros muchos). Tras el desarrollo de la cartografía del genoma como consecuencia del Human Genome Project, estas variaciones en los elementos de los sistemas de neurotransmisores se atribuyeron a variaciones en las secuencias de ADN que al parecer codificaban los diversos aspectos de la

⁴ American Psychiatric Association, 1994.

neurotransmisión, es decir, en ese momento las variaciones se podían atribuir a polimorfismos de nucleótidos aislados. A principios del siglo XXI se ha producido un avance adicional significativo en las iniciativas para encajar el aparente perfil terapéutico de los diferentes psicofármacos en los distintos aspectos de la comunicación neural. Algunos investigadores se han centrado en los mecanismos de transducción de la señal acoplados a proteínas G, en los sistemas de generación de segundos mensajeros y en la modulación de la expresión genética, en parte para explicar el hecho de que, a pesar de que el efecto de los fármacos sobre los receptores es casi instantáneo, los efectos terapéuticos pueden tardar en aparecer días o semanas⁵. Esta investigación también ha sido estimulada por el deseo de definir los mecanismos moleculares subyacentes del modo de acción de fármacos «estabilizadores del estado de ánimo», como el carbonato de litio, utilizados en el tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar, dado que estos fármacos no modulan directamente la secreción ni la captación de neurotransmisores. Otros investigadores han argumentado a favor del posible papel que pueden desempeñar los psicofármacos en la modulación de la neurogénesis en el cerebro adulto y han propuesto que la neurogénesis desempeña un papel en la fisiopatología y el tratamiento de enfermedades neurobiológicas, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos relacionados con sustancias⁶. Sugieren estos investigadores que los avances citados y las vías más complejas y ambientalmente abiertas respecto a la enfermedad descubren nuevos vínculos entre los conceptos biográfico y neuronal en la etiología y el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas. No se entrará en detalles ya que la cuestión es sencillamente la siguiente: hoy día, el encaje entre la creencia en la eficacia terapéutica de los psicofármacos, por un lado, y las teorías relativas a su modo y mecanismo de acción sobre la neurona, por el otro, significa que, casi de manera inevitable, el fundamento de las variaciones normales y patológicas del estado de ánimo, la voluntad, el deseo y la cognición se localiza a este nivel molecular.

Por todo ello, durante la década de 1990 se produjo un cambio de enorme importancia en el fundamento y la práctica psiquiátricas. Con independencia de ello, la evidencia sólida que vinculaba las variaciones en la actividad de los neurotransmisores con los síntomas de los trastornos mentales en los pacientes no medicados era escasa a pesar de que muchos investigadores buscaban esta evidencia y en algunos artículos se anunció que se había descubierto. Dejando aparte la cuestión de que la mayor parte de los nuevos «fármacos inteligentes» no son más efectivos que sus viejos predecesores, la reivindicación consistía en que causan menos «efectos adversos». Los trastornos mentales se contemplan de manera que, al menos en principio, muestran una vinculación de los síntomas con alteraciones en las neuronas, las sinapsis, las membranas, los receptores, los canales iónicos, los neurotransmisores, los mecanismos de unión, las enzimas y los genes que las codifican. Además, la fabricación y la acción de los psicofármacos se conciben en estos términos. No es que se descarten los efectos biográficos, sino que la biografía (p. ej., el estrés familiar o el abuso sexual) influye en su impacto sobre el cerebro. El ambiente desempeña su papel, pero la falta de empleo, la pobreza y otras cuestiones similares causan sus efectos únicamente por el impacto que cau-

⁵ Principalmente, Husseini Manji y su equipo en el Laboratory of Molecular Pathophysiology del National Institute of Mental Health estadounidense (p. ej., Manji y cols., 2001).

⁶ Principalmente, Duman y su equipo (p. ej., Duman y cols., 1997, 2001).

san sobre el cerebro. Las experiencias desempeñan un papel (p. ej., el abuso de sustancias, el estrés o el traumatismo psicológico), pero, de nuevo, lo hacen por su impacto sobre los parámetros neuroquímicos cerebrales. Para las compañías que fabrican y comercializan psicofármacos, este modo de razonamiento originó una nueva forma de presentación de la especificidad y la eficacia de sus medicamentos frente a enfermedades psiquiátricas concretas, cada una de ellas vinculada ahora con una alteración en un aspecto específico del sistema de neurotransmisores. Se iniciaba la nueva época de los psicofármacos inteligentes.

MERCADO DE LOS MEDICAMENTOS

No existen datos comparativos e históricos precisos sobre los psicofármacos que se han prescrito desde la década de 1950. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado una unidad específica de medida para determinar la intensidad del uso de los productos farmacéuticos. Esta unidad de medida es la dosis diaria definida (DDD, *defined daily dose*) y en la actualidad se está utilizando cada vez más como un estándar de comparación en forma de la DDD por cada 1.000 personas y día⁷. Sin embargo, la recopilación y publicación de cifras detalladas de la DDD respecto al uso de psicofármacos en Europa está todavía en sus fases iniciales y presenta abundantes lagunas. Otros datos proceden de las organizaciones comerciales que realizan un seguimiento de la industria farmacéutica, especialmente de la principal de ellas, IMS Health. En este capítulo se consideran los estudios patrocinados principalmente por IMS Health con objeto de ilustrar algunas tendencias y patrones generales. El parámetro IMS utilizado para evaluar estas tendencias es la unidad de dosificación estándar (UDE) (en la primera nota a pie de página hay una explicación de este parámetro), que no se puede convertir directamente en unidades DDD⁸. A pesar de que la interpretación de las cifras detalladas está sujeta a numerosas matizaciones y reservas, y de que las cifras reales sólo deben ser consideradas como indicativas, son lo suficientemente sólidas para este objetivo.

Se comienza considerando algunas diferencias regionales genéricas. La panorámica inicial (tabla 7-1) revela un aumento importante en la tendencia a la prescripción de psicofármacos en todas las regiones, entre 1990 y 2000, según las unidades de clasificación estándar. En el grupo de las regiones más desarrolladas, Estados Unidos muestra un crecimiento de aproximadamente el 70 %; Europa, de un 44 %, y Japón, de un 30 %. En el grupo de regiones menos desarrolladas, Sudamérica se mantiene muy constante con un crecimiento de tan sólo el 1,6 %, Sudáfrica crece alrededor del 13 % y, sin embargo, el uso de fármacos de prescripción en Pakistán se incrementa el 33 % (aunque a partir de una cifra inicial bastante baja)⁹.

⁷ La DDD es la dosis de mantenimiento media consumida por día respecto a un fármaco utilizado frente a su indicación principal en los adultos; las DDD son asignadas por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la OMS en Noruega (www.whooc.no/atcddd/).

⁸ Es posible calcular la conversión entre las UDE y las DDD aunque hay que hacerlo individualmente para cada fármaco mediante la transformación de las UDE en mediciones ponderadas con conversión posterior de éstas en DDD, que también muestran una ponderación específica.

⁹ Por supuesto, incluso estos datos están influidos por las políticas nacionales en lo que se refiere a los medicamentos que requieren prescripción o receta, no en relación con aquellos que no la requieren; por tanto, si un fármaco o grupo de fármacos pasa de requerir prescripción a no requerirla, deja de aparecer en las cifras.

Tabla 7-1 Prescripción de psicofármacos en regiones seleccionadas en el período 1990-2000 (UDE, en miles)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Unión Europea	30.612.851	32.975.134	34.026.814	38.169.030	40.443.452	42.464.477
Estados Unidos	9.965.639	11.540.978	13.830.291	16.074.244	19.001.486	18.953.979
Japón	7.817.352	8.144.026	8.398.988	8.974.334	9.243.612	10.049.994
Latinoamérica	3.696.757	3.695.284	3.515.827	3.483.267	3.521.456	3.723.646
Pakistán	631.172	680.378	874.607	927.253	868.876	825.437
Sudáfrica	277.579	303.834	314.972	383.234	345.159	378.434

UDE, unidades de dosificación estándar.
De IMS Health Second Study. Véase nota 1.

Tabla 7-2 Prescripción de psicofármacos en regiones seleccionadas y en función de las clases de medicamentos en 2001 (UDE por cada 1.000 habitantes)

	Estados Unidos	Europa	Japón	Sudamérica	Sudáfrica	Pakistán
Tranquilizantes	20.361	22.630	28.211	4.781	2.266	3.802
Antidepresivos	33.768	19.010	9.202	1.835	2.330	919
Sedantes e hipnóticos	7.362	15.562	14.721	1.299	1.701	387
Antipsicóticos, todos	6.954	8.373	14.437	1.062	1.490	754
Psicoestimulantes	6.488	364	184	47	105	7
Total	74.934	65.940	66.940	9.023	7.892	5.868

UDE, unidades de dosificación estándar.
De IMS Health Second Study. Véase nota 1.

Esta variación en la intensidad de la prescripción medicamentosa es muy instructiva, pero puede observarse un patrón bastante diferente cuando se relaciona el número de dosis estándar prescrito en cada región (cifras de IMS) a su población (nuestros datos). Las cifras correspondientes al año 2001 (tabla 7-2) indican que la tasa anual *total* de prescripción de psicofármacos es, en realidad, muy similar en las regiones más desarrolladas (Estados Unidos, Europa y Japón), y oscila entre 66 y 75 dosis estándar por cada 1.000 personas y año. La tasa de prescripción medicamentosa en las tres regiones menos desarrolladas es aproximadamente similar, aunque se mantiene en un 10 % de la existente en las regiones desarrolladas. No obstante, en estas cifras hay variaciones regionales significativas en las *proporciones* de las diferentes clases de psicofármacos que se prescriben.

En Estados Unidos, los antidepresivos representan una proporción de los psicofármacos mucho mayor que en cualquier otra región del mundo (casi el 45 %), mientras que los antipsicóticos, los hipnóticos y los sedantes se prescriben proporcionalmente menos. En Japón, Sudamérica y Pakistán se prescriben proporciones elevadas de tranquilizantes y proporciones correlativamente bajas de antidepresivos. Estados Unidos es la única región en que los psicoestimulantes, como el metilfenidato y las anfetaminas, constituyen una proporción significativa del mercado de los psicofármacos, pues representan casi el 10 % en el año 2000. En Europa, los antidepresivos representan alrededor del 28 % del total de los psicofármacos; los tranquilizantes, aproximadamente el 35 %, y los psicoestimulantes, alrededor del 0,5 %.

El elemento de comparación más interesante para Europa, en su conjunto, es Japón. A pesar de que en Japón la tasa global de prescripción de psicofármacos es genéricamente similar a la que existe en Europa (y en Estados Unidos), la proporción de prescripciones de tranquilizantes y antipsicóticos es mucho mayor y la correspondiente a los antidepresivos es inferior al 15 %. En Japón no parece que haya existido el extraordinario interés por las benzodiazepinas y los neurolépticos tradicionales que sacudió la psicofarmacología de los países occidentales y en este país tampoco parece que se haya producido la «epidemia» de depresión y de antidepresivos (Healy, 2001). Así, en Japón nunca se llegó a comercializar el hidrocloruro de fluoxetina y los primeros ISRS (fluvoxamina y paroxetina) no se comercializaron hasta 1999 y 2000. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se está comenzando a «descubrir» en Japón. A continuación se describen con mayor detalle las variaciones existentes entre los países europeos con objeto de comprobar si hay diferencias similares en el interior de una región geográfica limitada y, si así fuera, cómo se pueden entender.

UNIÓN EUROPEA

Si estudiamos con mayor detalle las cifras correspondientes a la Unión Europea (UE-15) a lo largo de la década de 1990 (tabla 7-3), puede observarse que, aunque el número global de UDE prescritas se incrementó en un 19 %, las prescripciones correspondientes a los tranquilizantes, sedantes e hipnóticos se mantuvieron relativamente estables, con un ligero crecimiento de aproximadamente el 5 % durante este período. La prescripción de antipsicóticos se incrementó el 17 %, principalmente como resultado del crecimiento del mercado de los nuevos antipsicóticos «atípicos», mientras que los psicoestimulantes presentaron un aumento de casi el 90 % desde una cifra basal baja. No obstante, el crecimiento principal tuvo lugar en el grupo de los antidepresivos: la prescripción de antidepresivos se incrementó casi el 50 % durante la década de 1990.

Las cifras y las tendencias son más claras cuando se expresan en forma de UDE por cada 1.000 habitantes (tabla 7-4). De nuevo, la prescripción de tranquilizantes, sedantes, hipnóticos y antipsicóticos se mantuvo relativamente estable a lo largo de la década citada. El incremento más notable tuvo lugar en la prescripción de psicoestimulantes, que se multiplicó por 10, y de antidepresivos, que casi se duplicó durante este período con un aumento debido, casi completamente, a un incremento de 14 veces del número de prescripciones correspondientes a ISRS (tabla 7-5).

Tabla 7-3 Prescripción de psicofármacos en Europa en el período 1990-2000 (UDE, en miles)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Tranquilizantes	7.513.609	7.571.866	7.438.466	7.836.741	7.889.968	8.127.616
Antidepresivos	3.399.914	3.855.187	4.261.443	5.237.285	5.909.638	6.451.185
Sedantes e hipnóticos	5.277.560	5.472.512	5.476.647	5.782.375	5.849.562	5.626.615
Antipsicóticos, todos	2.486.725	2.737.709	2.728.829	2.890.676	2.921.099	3.015.128
Psicoestimulantes	12.069	14.785	18.412	36.656	62.605	113.005
Total	18.689.877	19.652.059	19.923.797	21.783.733	22.632.872	23.333.549

UDE, unidades de dosificación estándar.
De IMS Health Second Study. Véase nota 1.

Tabla 7-4 Prescripción de psicofármacos en Europa en el período 1990-2000 (UDE por cada 1.000 habitantes)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Tranquilizantes	20.599	20.758	20.393	21.484	21.630	22.282
Antidepresivos	9.321	10.569	11.683	14.358	16.201	17.686
Sedantes e hipnóticos	14.468	15.003	15.014	15.852	16.037	15.425
Antipsicóticos, todos	6.817	7.505	7.481	7.925	8.008	8.266
Psicoestimulantes	33	41	50	100	172	310
Total	51.238	53.876	54.621	59.720	62.048	63.969

UDE, unidades de dosificación estándar.
De IMS Health Second Study. Véase nota 1.

Tabla 7-5 Prescripción de antidepresivos en Europa en el período 1990-2000 (UDE por cada 1.000 habitantes)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Antidepresivos distintos de los ISRS	8.831	9.588	9.950	11.218	11.467	10.634
Antidepresivos ISRS	534	1.013	1.752	3.147	4.741	7.070
Antidepresivos, todos	9.321	10.569	11.683	14.358	16.201	17.686

ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; UDE, unidades de dosificación estándar.
De IMS Health Second Study. Véase nota 1.

Estas cifras globales oscurecen las grandes variaciones en el uso de los diferentes tipos de psicofármacos existentes entre los distintos países de la Unión Europea. En las tablas 7-6 a 7-13 se ofrecen datos relevantes respecto a tres clases de medicamentos: anti-depresivos, antipsicóticos y psicoestimulantes.

Los datos no demuestran la existencia de patrones claros excepto en lo que se refiere a la variabilidad nacional. Francia es el país con un nivel mayor de prescripción de *antidepresivos*, seguido estrechamente por Bélgica y Reino Unido, mientras que los niveles de prescripción en Italia y Grecia son relativamente bajos. En Alemania, cuyo nivel de prescripción global de antidepresivos se sitúa en los niveles más bajos de la UE-15, se ha producido una lenta aceptación de los ISRS. En conjunto, la prescripción de antidepresivos por cada 1.000 habitantes se duplicó entre 1993 y 2002, con un incremento de 10 veces en el uso de ISRS. Hay una gran variación en la tasa de prescripción de *ansiolíticos*. Mientras que estas tasas de prescripción se han mantenido relativamente estables en la mayor parte de los países a lo largo de la década de 1990, en Francia se han reducido (aunque continúan siendo elevadas). La prescripción de ansiolíticos en Portugal fue la mayor de todos los países de la UE-15 en 1993 y se incrementó un 30 % a lo largo de la citada década. En España se produjo un aumento similar, desde una cifra basal más baja. En lo relativo a los *antipsicóticos*, Finlandia (que muestra una tasa de prescripción de antidepresivos seis veces mayor) es el país que presenta –con una gran diferencia– el nivel mayor de prescripción de antipsicóticos por persona; esta tasa es aproximadamente 10 veces mayor que la existente en Suecia y Alemania, los siguientes países en cuanto a la tasa de prescripción de antipsicóticos. A pesar de que en algunos estudios se ha sugerido que la prevalencia de la esquizofrenia en Finlandia es superior a la existente en otros muchos países, con una cifra del 1,3 % aproximadamente (p. ej., Hovatta y cols., 1997), hay datos recientes que indican una reducción en esta prevalencia (Suvisaari y cols., 1999) e incluso las estimaciones más elevadas no pueden explicar el aumento de 10 veces en el uso de antipsicóticos; además, Finlandia es el sexto país en la tasa de prescripción de antidepresivos. En Reino Unido, la prescripción de antipsicóticos es baja en comparación con el resto de los países de la Unión Europea. También hay grandes variaciones en la prescripción de *psicoestimulantes* de manera que prácticamente no se prescriben en Italia mientras que se prescriben con niveles bajos en Irlanda, Francia, Austria y España; con niveles medios en Bélgica, Alemania y Reino Unido, y con niveles altos en Holanda y Luxemburgo.

En conjunto, tal y como demuestran claramente los resúmenes de la tabla 7-14 y la figura 7-1, parece que cada país presenta un patrón distintivo de prescripción de las clases principales de psicofármacos; sin embargo, no está claro que este patrón refleje la existencia de diferencias en las tasas relativas de incidencia de las diferentes enfermedades mentales.

Los datos de IMS no reflejan apropiadamente la situación de los países nórdicos. Afortunadamente, en estos países hay datos adecuados aunque utilizan el índice OMS de la DDD. Estos datos se presentan en las tablas 7-15 a 7-18¹⁰.

¹⁰ Estos datos fueron compilados por Ville Lehtinen.

Tabla 7-6 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: todos los antidepressivos

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Todos los antidepressivos, incluyendo los estabilizadores del estado de ánimo (UDE por cada 1.000 habitantes)										
Alemania	10.708	12.401	15.064	17.266	17.544	19.205	18.739	17.932	17.523	17.438
Austria	8.179	9.037	9.425	10.160	11.334	12.568	14.863	16.584	17.460	18.639
Bélgica	14.277	15.106	16.495	17.860	19.221	20.931	22.683	24.199	25.178	26.691
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España**	6.922	7.737	8.775	9.922	11.036	12.267	13.909	15.379	16.902	18.673
Finlandia	10.544	11.820	13.092	14.255	14.825	15.672	17.084	18.295	19.471	20.759
Francia	20.098	20.375	20.659	20.306	21.144	22.121	22.680	23.856	25.954	26.893
Grecia***	5.206	5.086	5.014	5.781	5.922	6.638	7.671	8.433	9.751	11.656
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	3.901	15.983	16.754
Irlanda***	9.729	10.672	11.599	12.590	13.442	14.255	15.570	17.938	19.625	20.906
Italia	6.727	6.718	6.875	7.058	7.200	7.249	7.838	8.773	10.589	11.155
Luxemburgo***	8.921	9.307	10.420	11.932	12.876	14.917	16.113	16.220	16.817	17.786
Portugal***	10.254	11.743	12.825	14.119	15.120	16.140	17.186	19.018	20.903	22.659
Reino Unido	12.705	13.444	15.446	17.242	18.915	20.247	21.415	22.234	24.167	25.623
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. UDE, unidades de dosificación estándar.

De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-7 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: antidepresivos convencionales

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	Antidepresivos no ISRS (UDE por cada 1.000 habitantes)									
Alemania	10.509	12.131	14.714	16.811	16.872	18.289	17.592	16.493	15.683	15.087
Austria	7.071	7.322	6.981	7.008	7.128	7.373	8.568	9.383	9.525	9.865
Bélgica	11.818	11.339	11.481	11.648	12.044	13.252	13.945	14.452	14.711	15.218
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España**	5.499	5.528	5.660	5.990	6.118	6.355	6.656	6.887	7.288	7.750
Finlandia	8.780	9.116	8.957	8.983	8.935	9.127	9.584	9.864	10.154	10.552
Francia	17.050	16.720	16.080	14.852	14.655	14.452	14.208	14.708	15.528	15.869
Grecia***	4.900	4.560	4.229	4.583	4.529	4.768	5.095	5.063	5.260	5.939
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	2.027	8.165	8.415
Irlanda***	8.964	9.320	9.636	9.962	10.077	10.081	10.287	11.131	11.920	12.456
Italia	5.866	5.827	5.728	5.763	5.713	5.603	5.403	5.392	5.576	5.363
Luxemburgo***	7.899	7.471	7.652	8.007	8.288	9.486	9.313	9.076	9.228	9.389
Portugal***	9.353	9.820	10.156	10.840	11.231	11.486	11.158	11.511	11.985	12.274
Reino Unido	11.203	11.334	12.430	13.106	13.716	14.240	14.443	14.180	14.846	15.454
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-8 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: antidepresivos, ISRS

	ISRS (UDE por cada 1.000 habitantes)										
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Alemania	199	271	350	454	672	916	1.147	1.439	1.840	2.351	
Austria	1.107	1.716	2.445	3.152	4.206	5.195	6.294	7.201	7.935	8.774	
Bélgica	2.459	3.766	5.014	6.212	7.177	7.679	8.738	9.747	10.468	11.473	
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España**	1.423	2.209	3.115	3.933	4.918	5.912	7.253	8.492	9.615	10.923	
Finlandia	1.764	2.704	4.136	5.272	5.890	6.545	7.500	8.432	9.317	10.207	
Francia	3.048	3.655	4.579	5.455	6.489	7.669	8.472	9.148	10.425	11.024	
Grecia***	306	526	785	1.198	1.394	1.870	2.576	3.370	4.491	5.717	
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	1.874	7.818	8.339	
Irlanda***	765	1.352	1.964	2.628	3.364	4.174	5.283	6.807	7.704	8.450	
Italia	861	890	1.147	1.295	1.487	1.645	2.434	3.381	5.013	5.792	
Luxemburgo***	1.022	1.836	2.768	3.925	4.587	5.431	6.800	7.144	7.589	8.397	
Portugal***	901	1.923	2.669	3.279	3.890	4.653	6.028	7.507	8.918	10.384	
Reino Unido	1.502	2.110	3.016	4.137	5.199	6.007	6.972	8.054	9.322	10.169	
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-9 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: todos los antipsicóticos

	Todos los antipsicóticos (UDE por cada 1.000 habitantes)											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002		
Alemania	9.236	9.261	9.492	9.670	9.761	9.791	9.740	9.726	9.951	10.310		
Austria	6.799	6.756	7.008	7.239	7.262	7.298	7.430	7.518	7.759	8.165		
Bélgica	8.954	8.726	8.768	8.752	9.034	9.031	9.098	8.774	8.868	9.040		
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
España**	6.284	6.587	6.902	7.277	7.657	7.907	8.640	8.996	9.367	9.615		
Finlandia	19.277	19.744	19.741	19.749	19.343	19.016	18.900	18.617	18.273	17.975		
Francia	11.099	11.026	10.535	10.687	10.493	10.155	10.074	10.073	10.071	9.868		
Grecia***	5.986	5.721	5.519	6.165	5.946	6.058	6.705	7.102	7.563	8.466		
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	2.076	4.228	4.275		
Irlanda***	5.279	5.587	5.816	6.198	6.412	6.476	6.613	6.854	6.600	6.768		
Italia	4.292	4.296	4.506	4.600	4.638	4.696	4.888	5.302	5.697	5.558		
Luxemburgo***	5.017	5.101	5.575	5.606	5.537	5.994	5.964	5.731	5.748	5.861		
Portugal***	6.145	6.525	7.078	7.650	7.826	8.039	8.460	9.268	9.600	9.881		
Reino Unido	4.160	4.162	4.504	4.231	4.163	3.938	3.712	3.379	4.045	3.838		
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-10 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: antipsicóticos típicos

	Antipsicóticos típicos (UDE por cada 1.000 habitantes)										
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Alemania	8.808	8.768	8.945	9.034	9.012	8.882	8.624	8.384	8.150	8.040	
Austria	6.388	6.292	6.477	6.606	6.444	6.162	5.825	5.541	5.375	5.294	
Bélgica	8.954	8.726	8.768	8.620	8.577	8.380	8.096	7.337	6.969	6.511	
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España**	6.269	6.454	6.606	6.861	6.970	6.761	7.035	6.943	6.772	6.466	
Finlandia	18.475	18.776	18.448	18.195	17.383	16.685	15.877	14.800	13.472	12.118	
Francia	10.546	10.376	9.829	9.780	9.406	8.891	8.637	8.519	8.231	7.756	
Grecia***	5.948	5.517	5.201	5.701	5.310	5.132	5.341	5.186	4.915	4.773	
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	1.406	2.726	2.564	
Irlanda***	5.279	5.556	5.727	6.015	6.050	5.848	5.679	5.488	4.212	3.663	
Italia	4.288	4.196	4.241	4.086	3.857	3.665	3.570	3.611	3.360	3.055	
Luxemburgo***	4.990	5.060	5.478	5.410	5.267	5.490	5.176	4.590	4.297	3.991	
Portugal***	5.500	5.781	6.180	6.680	6.756	6.876	7.113	7.374	7.153	6.845	
Reino Unido	4.160	4.162	4.504	4.231	4.163	3.905	3.612	3.226	3.858	3.620	
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-11 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: antipsicóticos atípicos

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antipsicóticos atípicos: amisulprida, clozapina, olanzapina, quietapina, risperidona, sertindol y zotepina (UDE por cada 1.000 habitantes)										
Alemania	428	493	547	635	749	910	1.117	1.342	1.801	2.270
Austria	411	464	532	633	818	1.136	1.605	1.977	2.384	2.871
Bélgica	0	0	0	133	457	651	1.002	1.437	1.899	2.529
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España**	15	132	296	415	687	1.146	1.605	2.053	2.595	3.149
Finlandia	802	967	1.293	1.554	1.960	2.332	3.023	3.817	4.801	5.857
Francia	553	650	706	908	1.088	1.264	1.437	1.554	1.840	2.112
Grecia***	38	204	319	464	636	926	1.364	1.916	2.648	3.693
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	671	1.501	1.711
Irlanda***	0	31	89	183	362	628	934	1.366	2.389	3.105
Italia	4	100	265	514	781	1.031	1.318	1.691	2.337	2.503
Luxemburgo***	27	41	97	196	270	504	787	1.141	1.451	1.870
Portugal***	645	744	898	970	1.070	1.164	1.346	1.895	2.447	3.035
Reino Unido	-	-	-	-	-	33	100	153	187	218
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-12 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: ansiolíticos

	Ansiolíticos (UDE por cada 1.000 habitantes)										
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Alemania	9.583	9.312	9.205	9.065	8.801	8.703	8.534	8.868	8.609	7.719	
Austria	12.140	11.792	11.514	11.540	12.087	12.292	12.422	12.429	12.451	12.411	
Bélgica	38.609	37.337	36.965	37.484	38.391	38.830	39.035	39.034	38.778	38.583	
Dinamarca*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España**	21.657	22.974	24.726	26.498	28.674	30.363	32.891	34.756	36.403	37.824	
Finlandia	19.927	20.258	20.350	20.457	20.631	21.006	20.972	21.297	21.656	22.201	
Francia	46.599	45.363	43.801	42.559	41.513	41.067	39.957	40.460	41.101	39.960	
Grecia***	17.380	16.684	16.484	18.118	16.833	17.416	18.739	18.862	19.299	21.682	
Holanda**	-	-	-	-	-	-	-	-	16.862	16.643	
Irlanda***	12.284	12.815	13.276	14.065	14.337	14.788	14.434	15.813	16.237	16.400	
Italia	22.549	22.457	23.444	24.172	23.844	23.758	23.841	24.002	24.044	23.416	
Luxemburgo***	26.663	26.367	28.375	29.531	30.862	32.506	32.119	31.156	31.265	31.530	
Portugal***	44.938	48.532	49.823	52.499	52.274	53.551	56.073	58.210	59.414	59.131	
Reino Unido	6.848	6.545	6.706	6.973	7.174	7.406	7.496	6.887	7.031	6.960	
Suecia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*Sin datos del IMS. **Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000. ***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Tabla 7-13 Europa en función del tipo de psicofármaco y del país: psicoestimulantes (dextroanfetamina y metilfenidato)

	Psicoestimulantes (UDE por cada 1.000 habitantes)									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alemania	47	59	82	123	167	241	351	521	665	681
Austria	0	2	4	3	6	20	36	56	85	109
Bélgica	107	125	153	193	265	333	455	582	699	885
Dinamarca**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	250	187	71	77	86	106	128	170	211	262
Finlandia**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	3	4	4	9	15	19	25	39	53	77
Grecia*	-	-	-	51	4	-	-	-	-	8
Holanda	-	-	-	-	-	-	-	568	1.257	1.423
Irlanda	-	-	-	138	12	-	-	-	-	23
Italia**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	32	38	41	86	138	225	372	726	999	1.191
Portugal**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	114	124	166	247	337	419	507	602	646	667
Suecia**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor. **Sin datos del IMS.

UDE, unidades de dosificación estándar.

De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

Si se utiliza a Finlandia (respecto a la cual también existen datos IMS) como elemento de comparación, puede comprobarse que todos los países nórdicos se sitúan en la parte alta de la lista de países europeos en lo que se refiere a la prescripción de antidepresivos. Sin embargo, Finlandia continúa caracterizándose, incluso entre los países nórdicos, por su muy elevada tasa de prescripción de antipsicóticos (tabla 7-16), manteniéndose a un nivel similar que el resto de los países nórdicos en lo que se refiere a las tasas de prescripción de sedantes y tranquilizantes, ansiolíticos e hipnóticos.

Tabla 7-14 Comparativa europea en la prescripción de las principales clases de psicofármacos por país, 2002 (UDE por cada 1.000 habitantes)

	Todos los antidepresivos	ISRS	Ansiolíticos	Antipsicóticos	Psicoestimulantes
Alemania	17.438	2.351	7.719	10.310	681
Austria	18.639	8.774	12.411	8.165	109
Bélgica	26.691	11.473	38.583	9.040	885
Dinamarca*	–	–	–	17.661	–
España**	18.673	10.923	37.824	9.615	262
Finlandia	20.759	10.207	22.201	112.259	–
Francia	26.893	11.024	39.960	9.868	77
Grecia***	11.656	5.717	21.682	8.466	8
Holanda**	16.754	8.339	16.643	4.275	1.423
Irlanda***	20.906	8.450	16.400	6.768	23
Italia	11.155	5.792	23.416	5.558	–
Luxemburgo***	17.786	8.397	31.530	5.861	1.191
Portugal***	22.659	10.384	59.131	9.881	–
Reino Unido	25.623	10.169	6.960	3.838	667
Suecia*	–	–	–	10.710	–

*Sin datos del IMS.

**Sin datos correspondientes a España (hospitales) hasta 1999 y a Holanda (precio al por menor) hasta 2000.

***Datos obtenidos únicamente de los paneles de ventas al por menor.

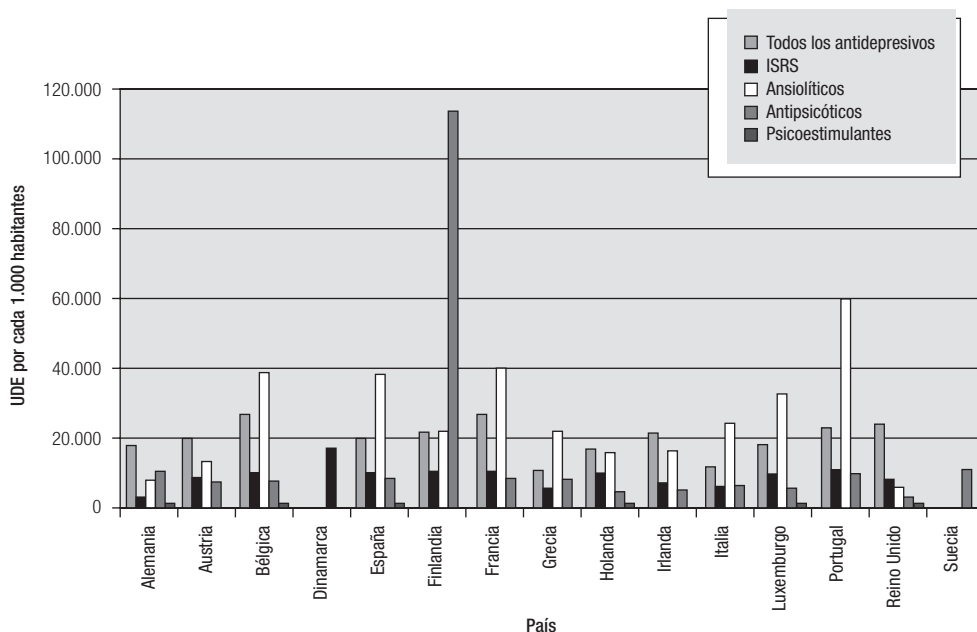
ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; UDE, unidades de dosificación estándar.

De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

PSICOFÁRMACOS Y SISTEMA SANITARIO

Los cambios citados han sucedido en el contexto de la transformación general de los sistemas sanitarios europeos a lo largo del período citado, especialmente en lo que se refiere a la sustitución de la hospitalización de los pacientes por su «atención comunitaria». Durante la década de 1980, la mayor parte de los expertos que expresaron su opinión acerca de los cambios habidos en la política de salud mental relacionó el cambio del tratamiento hos-

Figura 7-1 Comparativa en la Unión Europea de la prescripción de las principales clases de psicofármacos, 2002 (UDE por cada 1.000 habitantes).



ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; UDE, unidades de dosificación estándar. De IMS Health Third Study. Véase nota 1.

pitalario por el tratamiento comunitario con el aumento en el uso de psicofármacos, aunque la relación de causalidad se puso en duda. En la base de datos European Health for All de la OMS existen datos comparativos respecto a la disminución del número de camas hospitalarias psiquiátricas. Estos datos ofrecen una imagen de la existencia de una dirección común del cambio en todos los países europeos, pero demuestran que la naturaleza y la velocidad de los cambios, así como las políticas y la organización, presentan grandes variaciones entre los distintos países (tablas 7-19 y 7-20).

Según estos datos de la OMS, en el año 2000 el número de camas hospitalarias por cada 100.000 habitantes en la UE-15 oscilaba entre 14,1 en Italia y 186,3 en Bélgica, mientras que la reducción de este número entre 1986 y 2000 osciló entre el 85,9% en Italia y tan sólo el 7,1% en Holanda. Hay razones para el escepticismo en relación con la precisión de estas cifras, que no siempre han sido confirmadas en otros estudios de investigación, sobre todo cuando se consideran las instituciones y residencias psiquiátricas no hospitalarias. Este escepticismo puede ser especialmente notable en el caso de Italia, donde, tal y como se describe posteriormente, el problema del número de camas tuvo una importancia especial en el contexto del debate relativo a las consecuencias de la Ley 180, promulgada en 1978, cuyo objetivo era iniciar la paulatina reducción de los hospitales psiquiátricos. En 1978 había 78.538 camas en los hospitales psiquiátricos; en el estudio PROGRES (PROGetto strutture RESidenziali), financiado

Tabla 7-15 Prescripción de antidepresivos en el período 1996-2001, en los países nórdicos, en DDD por cada 1.000 habitantes

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dinamarca	20,5	24,1	27,1	30,3	33,5	–
Finlandia	23,5	25,4	27,4	31,8	35,5	39,4
Noruega	30,9	31,5	31,8	36,1	41,4	–
Suecia	34,8	32,0	37,5	41,7	48,8	–

DDD, dosis diarias definidas.

Tabla 7-16 Prescripción de antipsicóticos en el período 1996-2001, en los países nórdicos, en DDD por cada 1.000 habitantes

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dinamarca	8,1	8,3	8,3	8,3	8,9	–
Finlandia	15,2	15,0	14,7	15,2	15,3	15,7
Noruega	8,5	8,5	8,5	8,7	9,0	–
Suecia	9,3	7,8	8,3	8,5	8,6	–

DDD, dosis diarias definidas.

Tabla 7-17 Prescripción de ansiolíticos en el período 1996-2001, en los países nórdicos, en DDD por cada 1.000 habitantes

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dinamarca	25,7	24,2	23,4	22,6	22,0	–
Finlandia	29,0	29,1	28,9	29,8	30,1	31,0
Noruega	18,0	18,0	18,5	18,8	19,0	–
Suecia	17,4	16,0	16,4	16,8	17,1	–

DDD, dosis diarias definidas.

Tabla 7-18 Prescripción de hipnóticos en el período 1996-2001, en los países nórdicos, en DDD por cada 1.000 habitantes

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dinamarca	38,9	35,1	33,2	32,0	31,1	–
Finlandia	40,8	42,9	43,7	47,3	49,0	51,6
Noruega	26,8	28,4	29,4	30,3	31,8	–
Suecia	44,3	42,3	44,3	45,5	47,2	–

DDD, dosis diarias definidas.

Tabla 7-19 Camas hospitalarias en psiquiátricas el período 1986-2001, en Europa, por cada 100.000 habitantes

País	1986	1991	1995	1996	1997	1999	2000
Albania	–	39,85	30,07	29,76	28,22	27,72	29,38
Alemania	–	153,82	131,64	127,94	126,95	127,03	127,68
Armenia	80,05	63,13	55,45	46,38	46,36	47,23	42,21
Austria	101,83	95,71	80,69	74,17	71,54	62,75	61,27
Bélgica	215,04	179,31	165,47	164,26	164,04	186,99	186,36
Bulgaria	86,37	87,94	88,96	87,79	88,69	64,85	63,93
Croacia	140,96	117,05	100,73	105,93	103,29	100,22	104,19
Dinamarca	170,75	91,81	80,42	80	78,74	77,98	–
Eslovaquia	90,74	99,63	91,65	91,57	92,42	90,15	89,43
Eslovenia	81,29	80,74	80,38	80,3	79,95	77,77	77,13
España	85,64	67,65	60,29	58,75	56,65	–	–
Estonia	188,32	184,14	106,29	99,82	97,25	82	79,08
Ex República Yugoslava de Macedonia	66,85	84,78	77,57	75,13	70,61	72,83	70,77
Federación Rusa	133,66	132,19	126,86	124,82	123,23	119,5	119,3
Finlandia	318,35	216,21	126,24	120,34	113,82	106,07	103,45
Francia	199,91	154,2	128,82	120,02	119,54	111,59	107,07
Grecia	120,3	113,93	110,29	106,96	107,02	92,12	90
Holanda	167,52	176,56	170,88	171,76	170,76	158	155,68
Hungría	127,12	128,47	48,9	48,39	47,87	44,35	43,42
Irlanda	326,46	216,64	161,39	149,11	136,56	123,21	122,82
Islandia	180,51	142,25	117,85	–	–	–	–
Israel	178,42	144,07	122,42	118,08	108,19	98,04	88,87
Italia	100	62,79	42,34	38,68	28,65	16,16	14,14
Kazajistán	77,39	88,03	78,57	76,04	68,85	65,61	66,05
Kirguistán	89,14	84,83	66,83	66,03	62,98	55,41	56,49
Letonia	210,39	191,47	198,91	177,88	179,38	166,83	168,65
Lituania	186,65	159,82	133,83	133,47	128,78	127,04	127,73
Luxemburgo	272,88	205,89	101,05	99,62	98,34	–	–
Moldavia	94,03	101,25	94,73	93,88	91,64	73,86	69,24
Noruega	123,48	81,35	68,5	68,18	67,78	66,14	66,31
Polonia	95,45	88,96	80,04	79,31	76,9	68,65	67,44
Portugal	90,75	86,74	72,52	73,73	71,56	–	–
Reino Unido	235,1	164,03	88,5	84,76	81,87	–	–
República Checa	148,11	132,79	113,87	113,22	112,13	110,86	113,01
Rumanía	81,27	79,4	76,53	76,1	76,12	75,23	75,89
Suecia	229,26	150,46	94,85	82,3	70,84	65,32	62,72
Suiza	185,04	161,08	137,57	128,62	113,44	113,75	115,56
Turquía	10,93	14,96	13,34	13,04	13,07	12,8	12,65
Ucrania	131,82	132,17	120,99	110,78	100,8	98,2	97,72

Nota. Estos datos no siempre son congruentes con los datos de los distintos países recogidos por otros medios y deben ser contemplados con prudencia. De European Health For All Database de la OMS. Disponible en: <http://www.euro.who.int/hfadb>.

Tabla 7-20 Disminución del número de camas hospitalarias psiquiátricas en el período 1986-2001, en la Unión Europea de 15 países y en los países nórdicos (las cifras corresponden al número de camas por cada 100.000 habitantes)

País	1986	1991	1995	1996	1997	1999	2000	Porcentaje de disminución, 1986-2000
Alemania	-	153,82	131,64	127,94	126,95	127,03	127,68	16,8**
Austria	101,83	95,71	80,69	74,17	71,54	62,75	61,27	39,8
Bélgica	215,04	179,31	165,47	164,26	164,04	186,99	186,36	13,3
Dinamarca	170,75	91,81	80,42	80	78,74	77,98	-	54,3*
España	85,64	67,65	60,29	58,75	56,65	-	-	33,9***
Finlandia	318,35	216,21	126,24	120,34	113,82	106,07	103,45	67,5
Francia	199,91	154,2	128,82	120,02	119,54	111,59	107,07	46,4
Grecia	120,3	113,93	110,29	106,96	107,02	92,12	90	25,2
Holanda	167,52	176,56	170,88	171,76	170,76	158	155,68	7,1
Irlanda	326,46	216,64	161,39	149,11	136,56	123,21	122,82	62,4
Islandia	180,51	142,25	117,85	-	-	-	-	-
Italia	100	62,79	42,34	38,68	28,65	16,16	14,14	85,9***
Luxemburgo	272,88	205,89	101,05	99,62	98,34	-	-	64,0***
Noruega	123,48	81,35	68,5	68,18	67,78	66,14	66,31	46,3
Portugal	90,75	86,74	72,52	73,73	71,56	-	-	21,1***
Reino Unido	235,1	164,03	88,5	84,76	81,87	-	-	65,2
Suecia	229,26	150,46	94,85	82,3	70,84	65,32	62,72	72,5

*1986-1999. **1991-2000. ***1986-1997. ****Es necesario tener en cuenta las reservas expresadas en el texto. Si se consideraran todas las camas, la disminución en Italia estaría cercana al 50 %.
 Nota: Estos datos no siempre son congruentes con los datos de los distintos países recogidos por otros medios y deben ser contemplados con prudencia.
 De European Health For All Database de la OMS. Disponible en: <http://www.euro.who.int/hfadb>.

por el Instituto de Salud Nacional italiano, se demostró que el 31 de mayo de 2000 había 1.370 instituciones y residencias psiquiátricas no hospitalarias que mantenían un total de 17.138 camas, y se recomendó la creación adicional de 4.500 camas para enfermos agudos en los hospitales públicos y de 5.500 camas de este tipo en los hospitales privados, es decir, un total de 27.138 camas, correspondientes a 47,6 camas por cada 100.000 habitantes, una cifra que todavía es baja respecto a los estándares europeos, pero que es más de tres veces superior a la ofrecida por la base de datos de la OMS (De Girolamo y cols., 2002).

Por ello, en conjunto, las cifras de camas hospitalarias ofrecidas por la OMS no son una buena indicación del uso real de las camas. Por ejemplo, en Reino Unido el número de pacientes hospitalizados en los hospitales públicos por alguna enfermedad mental (expresado en forma de camas hospitalarias anuales a partir de 1984) se redujo desde una cifra máxima superior a 150.000 en 1954 hasta menos de 40.000 en 1998 y esta tasa se redujo desde casi 3,5 ingresadas¹¹ por cada 1.000 habitantes en 1954 hasta menos de 0,8 a finales de siglo. No obstante, la imagen que se obtiene es diferente si consideramos el número de días de ocupación de las camas ofrecidas por el sector sanitario público a las personas con enfermedades mentales. En los años transcurridos entre 1991-1992 y 1997-1998, esta cifra se redujo el 21 % (hasta 11,5 millones), mientras que durante este mismo período los días de ocupación de las camas ofrecidas «en la comunidad» (es decir, hogares de acogida y residencias) se incrementaron el 86 %, hasta 4,2 millones; la cifra de *ingresos* en los servicios de psiquiatría de los hospitales del National Health Service (NHS) se incrementó realmente desde 4,2 hasta 4,4 millones al mismo tiempo que aumentó el número de primeras visitas a las clínicas ambulatorias, los servicios de psicología clínica, las consultas de enfermería psiquiátrica comunitaria y los centros hospitalarios de día (Government Statistical Service, 1998: tablas B22-27). No obstante, para comprender este cuadro de estancias cortas, hospitalizaciones múltiples e incremento progresivo del papel de supervisión desempeñado por profesionales ajenos y ajenas a la medicina (un cuadro con el cual está familiarizada la mayor parte de los países que han presentado una disminución importante en el número de camas hospitalarias), tiene que añadirse a los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico por parte de los médicos generales.

Por todo ello, no deberíamos equiparar de manera simplista la disminución en el número de camas con la disminución en la aplicación a los pacientes individuales de tratamientos psiquiátricos en situación de hospitalización. En la tabla 7-21 también queda claro que no hay una relación simple entre el número de camas psiquiátricas por cada 100.000 habitantes y la tasa de prescripción de psicofármacos, y que tampoco hay relación (al menos, a lo largo de los años en que existen datos comparativos) entre las tasas de disminución de las camas hospitalarias y las tasas de incremento en el uso de antidepresivos y de otros tipos de psicofármacos. Por ello, la explicación de las variaciones en las tasas de uso de psicofármacos debe estar en algún otro lugar.

Podría considerarse que el mejor factor predictivo del uso de psicofármacos quizá fuera la prevalencia de los trastornos mentales. Por desgracia, los datos existentes en la base de datos European Health for All respecto a la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales en cada país europeo son muy limitados, y prácticamente inexistentes en

¹¹ N. del T.: «detained» en el original.

Tabla 7-21 Relación entre el número de camas hospitalarias por cada 100.000 habitantes (1997) y las tasas de prescripción de antidepresivos y antipsicóticos (UDE por cada 1.000 habitantes; se ha seleccionado el año 1997 por ser el más completo en lo relativo a las estadísticas del número de camas)

	Número de camas hospitalarias por cada 100.000 habitantes	Antidepresivos	Antipsicóticos
Portugal	170,76	15.120	7.826
Bélgica	164,04	19.221	9.034
Italia	136,56	7.200	4.638
Alemania	126,95	17.544	9.761
Francia	119,54	21.144	10.493
Finlandia	113,82	14.825	19.343
Grecia	107,02	5.922	5.946
Holanda	98,34	–	–
Dinamarca	78,74	–	–
Suecia	71,56	–	–
Austria	71,54	11.334	7.262
España	67,78	11.036	7.657
Reino Unido	56,65	18.915	4.163
Luxemburgo	28,65	12.876	5.537
Irlanda	–	13.442	6.412

UDE, unidades de dosificación estándar.

Nota. Los datos de camas hospitalarias utilizados en esta tabla no siempre son congruentes con los datos de los distintos países recogidos por otros medios y deben ser contemplados con prudencia.

De Datos IMS y European Health For All Database de la OMS. Disponibles en: <http://www.euro.who.int/hfad>.

lo que se refiere a la mayor parte de los nuevos Estados miembros y respecto a los Estados que han solicitado su adhesión a la Unión Europea, es decir, países respecto a los cuales se posee datos adecuados sobre el uso de psicofármacos. La información existente, basada en los sistemas nacionales de notificación por parte de los hospitales y centros sanitarios, no apoya la creencia de que exista una relación simple de este tipo. Por ejemplo, a comienzos de la década de 1990, la prevalencia de las enfermedades mentales en Austria y Francia era casi idéntica (aproximadamente, del 0,95 %) mientras que las tasas de

prescripción de antidepresivos y antipsicóticos en Francia duplicaban a las existentes en Austria. Las tasas de prevalencia registradas en Reino Unido y Finlandia también eran aproximadamente equivalentes (alrededor del 1,5 %). Sin embargo, a pesar de que los niveles de prescripción de antidepresivos en ambos países eran muy similares, la tasa de prescripción de antipsicóticos en Finlandia era más de cuatro veces superior a la existente en Reino Unido. Aunque los datos sobre la prevalencia no son ciertamente sólidos, hay pocas indicaciones que apoyen la sugerencia de que pueden contemplarse de forma sencilla

Tabla 7-22 Relación entre la prescripción de psicofármacos y la proporción del presupuesto sanitario dedicado al gasto en farmacia

Países clasificados según la proporción del presupuesto sanitario dedicado al gasto en farmacia	Gasto total en farmacia (en %) del presupuesto sanitario total, para ambos sexos (2001, excepto donde se señala otra cosa)	Prescripción de antidepresivos (UDE por cada 100.000 habitantes, 2001)	Prescripción de antipsicóticos (UDE por cada 100.000 habitantes, 2001)
Portugal	22,8*	20.983	9.600
Italia	22,3	10.589	5.697
Francia	21,0	25.954	10.071
España	17,8**	16.902	9.367
Bélgica	16,3***	25.178	8.868
Reino Unido	15,8***	24.167	4.045
Finlandia	15,7	19.471	18.273
Austria	15,1	17.460	7.759
Alemania	14,3	17.523	9.951
Grecia	14,0	9.751	7.563
Suecia	13,5	–	–
Luxemburgo	12,1****	16.817	5.748
Irlanda	10,3	19.625	6.600
Holanda	10,1	15.983	4.228
Dinamarca	8,9	–	–

*1998; **1990; ***1997; ****2000. UDE, unidades de dosificación estándar.

De Datos IMS y European Health For All Database de la OMS. Disponibles en: <http://www.euro.who.int/hfadb>.

las diferencias en la prevalencia de los trastornos diagnosticados para explicar las variaciones en las tasas de prescripción.

La base de datos contiene información sobre otro factor que –podría anticiparse– está relacionado con el uso de los psicofármacos: la proporción del gasto sanitario total dedicada a los medicamentos. Podría considerarse que las tasas de prescripción de psicofármacos están relacionadas con la tendencia general del sistema sanitario y de la profesión médica de cualquier país hacia el uso de tratamientos medicamentosos. Sin embargo, tal y como se demuestra en la tabla 7-22, no hay ninguna relación clara entre estos índices.

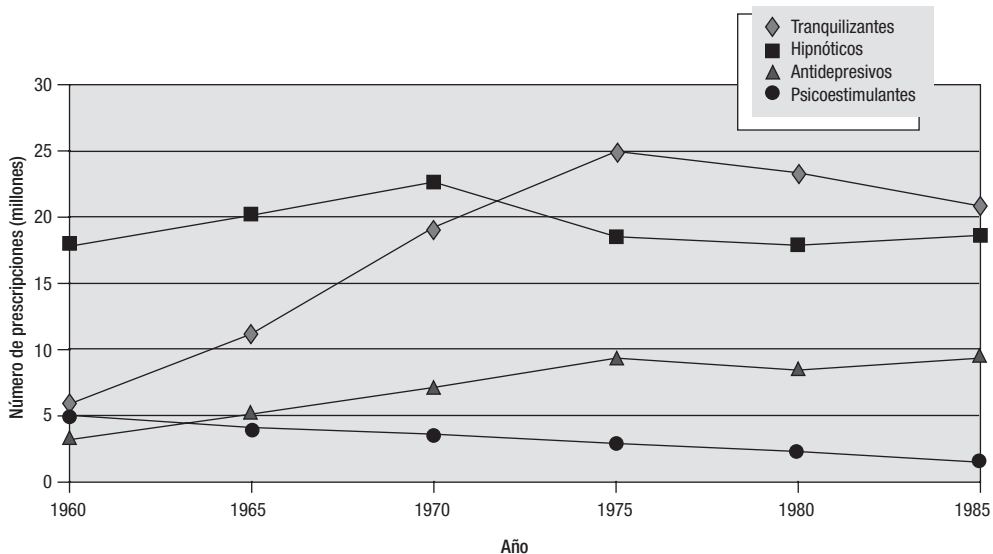
Por tanto, casi no queda más remedio que concluir señalando que las tasas de prescripción de los psicofármacos tienen más que ver con las divergencias en las creencias relativas a la prescripción y en los hábitos de los profesionales médicos de los diferentes países (indudablemente, relacionadas también con las demandas y expectativas de la población real y potencial de pacientes) que con las características globales de los sistemas sanitarios o con la propensión general de estos sistemas a depender de los tratamientos hospitalarios. A continuación se expone un análisis somero de datos correspondientes a algunos países en concreto de la Unión Europea.

Reino Unido

Los datos de la prescripción de psicofármacos durante la parte inicial del período considerado son difíciles de conseguir. Los datos procedentes de Reino Unido y presentados por Ghodse y Khan (1988) en relación con el período 1960-1985 (fig. 7-2) muestran una tendencia al incremento de las prescripciones de tranquilizantes y antidepresivos a lo largo de este período, así como una disminución en las prescripciones de psicoestimulantes (lo que podría deberse a su reclasificación como supresores del apetito)¹². Mientras que en la década de 1980 hubo un debate público acerca de la intensidad con que se prescribían tranquilizantes menores frente a las situaciones cotidianas de infelicidad y estrés, acerca de las posibles consecuencias a largo plazo de estos medicamentos y acerca de los problemas de dependencia, este debate no alcanzó al uso de otros psicofármacos en el creciente sector de la psiquiatría comunitaria. Mejor dicho, alcanzó al uso de otros psicofármacos en términos de los problemas causados por los pacientes que residían en la comunidad y que eran supervisados de manera insuficiente de forma que interrumpían su medicación en perjuicio de su propia capacidad para actuar y con las consiguientes consecuencias indeseables para sus familias y para la comunidad. El debate se planteó fundamentalmente entre aquellos que consideraban que la «atención comunitaria» era inherentemente más humana ya que restringía menos la libertad personal y que, por tanto, estaban preocupados por su implementación parcial y lenta, y aquellos otros que sugerían que el problema radicaba en el

¹² Extrañamente, Ghodse y Khan no incluyeron en esta tabla los datos correspondientes a los neurolépticos, posiblemente porque el objetivo principal de su estudio fue la prescripción inadecuada de fármacos que pueden causar dependencia o que pueden provocar cuadros de abuso.

Figura 7-2 Prescripción de fármacos psicoactivos (en millones) en Reino Unido durante el período 1960-1982 (cifras aproximadas).



Reproducido de Ghodse y Khan (1988), figura 1, realizada principalmente con datos de la Office of Health Economics de Londres.

«abandono» de los enfermos y las enfermas mentales con la peligrosa ilusión de que podrían sobrevivir en el rudo mundo fuera del hospital. No se consideró excesivamente la posibilidad de que tan sólo se produjera la sustitución de las restricciones físicas por las restricciones psicofarmacológicas. Cualesquiera que fueran sus diferencias, la mayor parte de las personas que participaron en este debate adoptó el punto de vista de que el progreso radicaba en la insistencia en la similitud entre la enfermedad mental y la enfermedad física, lo que podría eliminar o reducir el estigma, facilitando el tratamiento apropiado, y también en la insistencia sobre la disponibilidad de tratamientos farmacológicos efectivos y apropiados frente a la enfermedad mental. Las objeciones al ascenso de la psiquiatría farmacológica se limitaron a unos pocos especialistas inconformistas, a los psicoanalistas y los terapeutas psicodinámicos que habían quedado desplazados y que se mantenían a la defensiva, y a algunos elementos residuales de los movimientos antipsiquiatría de la década de 1960. Asimismo, dado que la atención política se desplazó durante los años ochenta del siglo pasado hacia el control del riesgo que aparentemente constituían para la «sociedad general» los y las «pacientes psiquiátricos(as) comunitarios(as)», de nuevo se atribuyó un papel estelar a los medicamentos; aparentemente, una de las causas principales de la recidiva de las enfermedades de los y las pacientes psiquiátricos(as) se debía a la falta de cumplimiento de los regímenes medicamentosos y, en los casos extremos, se podía considerar que ésta era la causa de su comportamiento homicida. Parecía que, a partir de esta época, un sistema psiquiátrico abierto tendría que depender fundamentalmente de la creencia en las posibilidades terapéuticas y de control de los psicofármacos.

Tabla 7-23 Prescripción de psicofármacos en Inglaterra durante el período 1980-2000 (millones de prescripciones dispensadas)

Clase medicamentosa	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Hipnóticos y ansiolíticos	24.459	24.373	22.035	21.870	19.642	17.471	16.850	15.970	15.882	16.244	16.464
Fármacos utilizados en las psicosis y en trastornos relacionados	2.438	2.350	2.342	2.508	2.771	3.039	3.793	4.273	4.826	5.396	5.874
Antidepresivos	7.369	7.312	6.886	7.029	7.348	8.027	9.914	11.816	14.962	18.424	22.022
Estimulantes del sistema nervioso central	213	135	80	75	62	64	76	97	154	224	269
Total*	34.480	34.171	31.343	31.481	29.824	28.601	30.633	32.156	35.822	40.284	44.629

*Puede no corresponder con exactitud a las cifras ofrecidas, debido al redondeo.
De Government Statistical Service. Véase nota 1.

Los datos de tendencia correspondientes al período 1980-2000 (tabla 7-23) demuestran que, a lo largo de los 20 años transcurridos desde 1980, el número total de prescripciones realizadas respecto a las cuatro clases principales de fármacos utilizados en pacientes con enfermedades psiquiátricas (hipnóticos y ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos y psicoestimulantes) se incrementó desde aproximadamente 34,5 millones hasta alrededor de 44,5 millones, lo que representó un crecimiento de casi el 30 %. Sin embargo, este incremento global oscurece el hecho de que, entre 1980 y 1994, el número de prescripciones presentó realmente una disminución, sobre todo a consecuencia de la reducción en las prescripciones de hipnóticos y ansiolíticos (los tranquilizantes menores y las píldoras para dormir, cuyo uso había generado preocupación). Estas cifras demuestran una disminución de un 32 % (desde alrededor de 24,5 millones de prescripciones anuales hasta aproximadamente 16,5 millones) en las prescripciones de los hipnóticos y los ansiolíticos, junto a un incremento de alrededor del 200 % en el número de prescripciones de antidepresivos (desde cerca de 7,5 millones de prescripciones anuales hasta alrededor de 22 millones)¹³. Estas cifras demuestran un incremento relativamente pequeño en el número de prescripciones de los dos fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH (dextroanfetaminas y metilfenidato), desde algo más de 111.000 en 1980 hasta algo más de 260.000 en 2000. No obstante, estas cifras llevan a error. En términos cuantitativos, el incremento fue de casi cinco veces, desde 6.280.790 unidades estándar en 1980 hasta 29.358.340 en 2000, y casi las dos ter-

¹³ No existen cifras comparables previas. Se puede observar que los datos existentes hasta 1990 no son congruentes con los de 1991 en adelante. Las cifras correspondientes al período 1980-1990 están basadas en facturas y en una muestra de una de cada 200 prescripciones proporcionadas únicamente por la farmacia comunitaria y los vendedores de productos. Las cifras de 1991 en adelante están basadas en los distintos elementos y cubren todas las prescripciones proporcionadas por las farmacias comunitarias, los profesionales médicos que venden productos y los profesionales médicos que realizan prescripciones de fármacos de administración personal.

ceras partes de este incremento estuvieron referidas a metilfenidato (Ritalin®), que ha presentado un incremento importante en el número de prescripciones desde su introducción en 1991. El coste neto de los ingredientes de estos fármacos relacionados con el TDAH aumentó desde 72.970 libras esterlinas británicas en 1980 hasta la escalofriante cifra de 29.358.340 libras esterlinas británicas en el año 2000. Sin embargo, aunque el coste de todas estas clases de psicofármacos se multiplicó por 10, desde aproximadamente 50 millones de libras esterlinas anuales en 1980 hasta alrededor de 530 millones en 2000, la variación fue congruente, en términos generales, con el incremento global del coste de la factura medicamentosa a nivel presupuestario, de manera que el presupuesto dedicado a los psicofármacos se mantiene en una cifra aproximada del 8 % del presupuesto total dedicado por el NHS a los medicamentos.

Italia

Es interesante comparar estos datos con los correspondientes a Italia, un país en que el cambio hacia la psiquiatría comunitaria fue encabezado por el trabajo de un grupo de jóvenes psiquiatras políticamente comprometidos y comprometidas que se agruparon alrededor de Franco Basaglia desde los primeros años sesenta hasta el fallecimiento prematuro de este líder en 1980 (Scheper-Hughes y cols., 1987). Bajo la bandera de la «psiquiatría democrática», estos profesionales intentaron combatir lo que consideraban la criminalización científica de la diferencia, manifestada en la segregación de los enfermos y las enfermas mentales en manicomios cerrados. En Italia, este movimiento fue de manera invariable el resultado de un proceso de compromiso jurídico. Las campañas en este sentido culminaron con la promulgación de la Ley 180 en 1978, en la cual se introdujeron importantes limitaciones legales a cualquier forma de ingreso obligatorio en los manicomios, y en la cual también se abordaba la desaparición gradual de estos centros mediante la resocialización de las personas interesadas en ellos y de la provisión de una red de servicios ambulatorios, hospitales generales y centros comunitarios de salud mental.

Según Michael Donnelly, el número de camas hospitalarias psiquiátricas en Italia aumentó de manera constante durante el período posterior a la segunda guerra mundial y hasta mediados de los años sesenta del siglo pasado, alcanzando una cifra máxima superior a 98.000 camas (es decir, 173 camas por cada 100.000 habitantes) (Donnelly, 1992). A partir de este momento se inició una tendencia a la baja con la desaparición de aproximadamente 1.390 camas anuales, y esta tendencia se aceleró en el período 1973-1978 con la desaparición de más de 3.000 camas anuales, y durante el período 1978-1983 con la desaparición de más de 4.000 camas anuales. El número real de *residentes* en los hospitales (a diferencia de la cifra correspondiente a las camas disponibles) alcanzó su cifra máxima en 1993 con casi 92.000 pacientes; esta cifra se había reducido a 38.000 pacientes en 1981.

A lo largo del siguiente período hubo un debate intenso sobre si estas reformas habían sido implementadas de manera plena; las personas defensoras de éstas argumentaban que habían sido bloqueadas y presionadas, mientras que sus oponentes señalaban que las

Tabla 7-24 Prescripción de psicofármacos (ventas al por menor) en el período 1990-2001, en Italia y Francia, en UDE, por cada 1.000 habitantes

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001
Italia: tranquilizantes	2.118	2.085	2.146	2.318	2.280	2.269	2.279
Francia: tranquilizantes	4.998	4.821	4.584	4.301	4.150	4.089	4.192
Italia: antidepresivos	640	633	644	691	711	852	1.036
Francia: antidepresivos	1.952	1.998	2.059	2.052	2.236	2.411	2.653
Italia: sedantes + hipnóticos	956	862	857	908	863	868	885
Francia: sedantes + hipnóticos	2.870	2.924	3.136	3.211	3.524	3.369	3.482
Italia: antipsicóticos	337	322	339	382	410	442	475
Francia: antipsicóticos	1.204	1.147	1.114	1.080	1.026	1.018	1.018
Italia: psicoestimulantes	0	0	0	0	0	0	0
Francia: psicoestimulantes	0	0	0	1	2	4	5
Italia: psicodélicos/psicoanalépticos	113	106	104	98	90	78	74
Italia: total	4.164	4.007	4.089	4.397	4.354	4.508	4.749
Francia: total	11.025	10.891	10.894	10.645	10.938	10.891	11.350

UDE, unidades de dosificación estándar.
De IMS Health Second Study. Véase nota 2.

reformas simplemente habían dado lugar a una transferencia de la atención institucional al sector privado, sólo en el caso de los y las pacientes que podían asumir económicamente el coste de ello, con abandono en las calles de aquellos que no podían hacerlo¹⁴. El debate fue mucho menor en lo relativo al grado de dependencia de este nuevo sistema psiquiátrico «abierto» respecto a la prescripción de psicofármacos para que los y las pacientes pudieran permanecer «en la comunidad». No es fácil obtener los datos relativos a las prescripciones medicamentosas durante el período inicial. Sin embargo, entre 1990 y 2000, los datos existentes no apoyan el punto de vista de que la reducción de las camas hospitalarias en Italia se acompañara de un nivel de prescripción de psicofármacos superior al nivel medio: a pesar de la existencia de un número mayor de camas hospitalarias psiquiátricas en Francia (incluso, teniendo en cuenta las cifras mayores existentes en Italia y determinadas en el estudio PROGRES), las cifras correspondientes a todas las clases de medicamentos se incrementaron en Francia casi el doble de lo que lo hicieron en Italia (tabla 7-24). En ambos países, el aumento en la prescripción de antidepresivos a lo largo de este período estuvo referido por completo a los ISRS: el número de prescripciones de estos medicamentos se

¹⁴ Se puede observar que los datos de Donnelly no apoyan este argumento respecto a la transferencia de pacientes al contexto hospitalario privado.

multiplicó por seis en Francia a lo largo de este período (desde 207 hasta 1.323 UDE por cada 1.000 habitantes) y por 13 en Italia (desde 43 hasta 583 UDE por cada 1.000 habitantes)¹⁵.

Una segunda característica sorprendente es el bajo nivel de prescripción de psicoestimulantes; en Italia no se prescribieron en absoluto y la tasa de prescripción en Francia continuó siendo baja a pesar de haber aumentado. La prescripción de tranquilizantes se mantuvo relativamente estable a lo largo de este período, pero en este caso, al igual que en otras categorías de medicamentos, la tasa de prescripción en Francia fue aproximadamente el doble de la de Italia.

Francia

Entre los países de la Unión Europea, Francia mantiene unos niveles aproximadamente medios en el uso de antipsicóticos, pero presenta una tasa muy elevada de prescripción de antidepresivos y tranquilizantes. En parte, la razón puede ser el hecho de que Francia es el tercer país en lo que se refiere a la proporción del presupuesto sanitario global destinado a todo tipo de fármacos (el 21 %). No obstante, a pesar del bajo consumo de psicofármacos, Italia dedica una proporción incluso mayor (22,3 %) de su presupuesto sanitario global a la compra de medicamentos. Así, esta diferencia se podría explicar por la existencia de características concretas a nivel nacional en relación con el contexto cultural, los pacientes o los profesionales médicos.

Ciertamente, parece que éste es el punto de vista de los medios de comunicación franceses. En un estudio publicado en noviembre de 2003 en el periódico inglés *The Guardian* se estimaba que casi uno de cada cuatro franceses tomaba tranquilizantes, antidepresivos, antipsicóticos u otros fármacos de prescripción que actúan sobre el estado de ánimo. Según *The Guardian*, en el informe se revelaba que al 40 % de los hombres y mujeres franceses mayores de 70 años se les prescribía de manera sistemática al menos una clase de estos fármacos con capacidad de adicción y que también se prescribía sistemáticamente a alrededor del 4 % de los niños menores de 9 años. Los comentaristas relacionaron estas cifras con el hecho de que los franceses son entusiastas consumidores de medicamentos y señalaron los intentos recientes del Ministerio de Sanidad francés por eliminar 900 del total de 4.300 fármacos prescritos en Francia de la lista de medicamentos por los cuales el sistema sanitario reembolsa. Edouard Zarifian, un profesor de psicología médica, señaló que la tasa de uso de estos medicamentos dependía tanto de pacientes como de médicos; de los primeros, porque no quedaban contentos a menos que salieran de la consulta con una receta, y de los segundos, porque estaban encantados de rellenar recetas. Este investigador comentó que «los médicos franceses se han convertido en mercaderes de una falsa felicidad. No son capaces de resistir las presiones de los y las pacientes ni de las grandes compañías farmacéuticas. Son realmente el elemento sobre el cual

¹⁵ En los estudios realizados por Barbui y cols. sobre diversas bases de datos nacionales también hay una estimación del incremento de ventas de antidepresivos del 53 % entre 1988 y 1996; en la estimación correspondiente a 1996, los antidepresivos ISRS representaron el 30 % de las ventas. Véanse Barbui y cols. (1999, 2003) y Pietraru y cols. (2001).

hay que insistir a nivel educativo»¹⁶. Este comentario es un ejemplo de la forma más habitual con que el crecimiento de los psicofármacos ha sido contemplado por los psiquiatras y científicos sociales de la rama crítica, es decir, como la influencia de las compañías farmacéuticas y de sus estrategias de marketing sobre las creencias y los hábitos de prescripción de los profesionales médicos, tanto de especialistas en psiquiatría como de medicina general. En diciembre de 2004, el Ministerio de Sanidad francés planteó la posibilidad de prohibir por completo las prescripciones de antidepresivos a pacientes menores de 18 años de edad, uniéndose así al creciente número de expertos preocupados por el uso de estos medicamentos en los niños.

EN DEFENSA DE LA PSICOFARMACOLOGÍA

Aunque los patrones de prescripción medicamentosa presentan variaciones considerables en los distintos países europeos, en casi todos ellos se ha producido un incremento constante en la prescripción de antidepresivos. Así, quizá el análisis detallado de esta clase de medicamentos nos permitiría el conocimiento de los factores que influyen en la prescripción de los psicofármacos en términos generales. Por supuesto, la explicación más sencilla del extraordinario incremento que ha experimentado la prescripción de antidepresivos a lo largo de la última década es, en primer lugar, el hecho de que la depresión es más frecuente actualmente de lo que era antes y, en segundo lugar, el hecho de que en la actualidad se poseen tratamientos medicamentosos nuevos y más potentes para su tratamiento. La primera explicación representa el punto de vista, por ejemplo, de la OMS, en cuyo informe de 2001 se señalaba que la depresión afecta a más de 340 millones de personas en todo el mundo y se argumentaba que la depresión está exacerbada por factores sociales, como el envejecimiento de la población, la pobreza, la falta de trabajo y otros factores estresantes similares, con la siguiente predicción: «Si se mantienen las tendencias demográficas actuales y continúa la transición epidemiológica, hacia el año 2020 la depresión se incrementará hasta el 5,7 % del problema global que representa la enfermedad, convirtiéndose en la segunda causa de pérdida de años de vida con ajuste de la discapacidad (DALY, *disability adjusted life years*). En todo el mundo, se convertirá en la segunda causa de pérdida de DALY en las personas de ambos sexos, únicamente por detrás de la cardiopatía isquémica. A partir de entonces, la depresión será el componente principal del problema representado por la enfermedad en los países desarrollados» (WHO, 2001: 30).

La explicación de que actualmente se poseen tratamientos medicamentosos potentes y efectivos es ciertamente el argumento principal, no solamente de las compañías farmacéuticas y de algunos psiquiatras, sino también de algunos grupos electorales clave, especialmente en Estados Unidos. Así, la National Alliance for the Mentally Ill in America proclamó en 2001 que la enfermedad mental es un trastorno cerebral biológico debido al desequilibrio químico entre los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina,

¹⁶ Todo ello citado por *The Guardian*, 8 de noviembre de 2003. Disponible en: www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1080507,00.html.

que en ocasiones muestra una predisposición genética desencadenada por los acontecimientos vitales y que se puede tratar con medicamentos que incrementan la disponibilidad de neurotransmisores de la misma manera que la diabetes se trata con la administración de insulina (Styron, 1991)¹⁷. Tanto en Reino Unido como en Estados Unidos, las campañas para «reconocer la depresión» actúan sobre estos términos: argumentan que la depresión es una enfermedad que a menudo tiene rasgos hereditarios en forma de un incremento de la susceptibilidad frente a los acontecimientos vitales, que en muchas ocasiones no recibe tratamiento y que los fármacos constituyen el tratamiento de primera línea; entre las campañas citadas, se encuentra la denominada Defeat Depression, que se ha llevado a cabo recientemente en Reino Unido. Este punto de vista acerca del fundamento bioquímico y de la susceptibilidad al tratamiento de la depresión también ha sido popularizado en una serie de relatos de carácter autobiográfico publicados por personajes públicos muy conocidos; por ejemplo, *Darkness Visible* de William Styron (1991) o *The Noonday Demon* de Andrew Solomon (2001).

La mayor parte de sociólogos que han analizado el incremento en la incidencia de la depresión y en la utilización de los tratamientos frente a ésta no se sienten satisfechos con estos relatos «realistas». Ciertamente, hay una evidencia epidemiológica convincente que indica que algunos factores, como la falta de la vivienda, la pobreza, el paro laboral o las condiciones laborales precarias y estresantes, se asocian con un incremento en los niveles de la morbilidad psiquiátrica. Sin embargo, estos factores al parecer no son suficientes para explicar el rápido incremento en el diagnóstico y la prescripción medicamentosa de la depresión, incluso si se acepta que las condiciones sociales actuales tienen un carácter más patogénico que las que existían en épocas anteriores. Las explicaciones sociológicas antiguas en el sentido de que los trastornos mentales estaban relacionados con las características generales de la organización social han pasado de moda; por ejemplo, la sugerencia de que la vida urbana genera neurastenia o de que el capitalismo aísla al individuo y le crea tensiones hasta el punto del trastorno mental, con la posible excepción de los relatos de carácter feminista en lo relativo al patriarcado. Alain Ehrenberg ha propuesto recientemente que la depresión representa el elemento recíproco de los nuevos conceptos sobre la individualidad que han surgido en las sociedades modernas (2000). Este investigador señala que, a comienzos del siglo xx, la norma de la individualidad estaba basada en la culpa y, por tanto, la patología básica era la neurosis. Sin embargo, en las sociedades que celebran la responsabilidad individual y la iniciativa personal, el elemento patológico recíproco de la norma de la autosuficiencia activa es la depresión. A pesar de que esta explicación cultural global posiblemente es insuficiente, es factible el hecho de que la experiencia denominada depresión por los pacientes y sus médicos tenga lugar en relación con una norma cultural que propone una vida activa, responsable y selectiva en la cual la individualidad aplica todo su potencial en la sociedad mediante la configuración de un estilo de vida. El estímulo continuo a la acción, la elección, la autorrealización y la mejora genera una imagen de la persona normal a la que juzgan los demás, que consideran como patológicos los modelos diferentes. Además, esta norma y los individuos y las expectativas sociales que aparecen a

¹⁷ Disponible en: <http://www.nami.org/illness/whatis.html>. Consultado el 12 de agosto de 2002.

consecuencia de ésta, parece relacionada con la reciente prominencia de los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés post-traumático¹⁸.

No obstante, hay otros factores que también deben ser considerados. En primer lugar, es indudable que estos acontecimientos están relacionados con la importancia cada vez mayor otorgada a la salud en el conjunto de aspiraciones y valores éticos de los prósperos países occidentales, con la facilidad con la que las personas que viven en este tipo de culturas definen sus problemas y sus soluciones en términos de salud y enfermedad, y con la tendencia a considerar los conceptos actuales de salud y enfermedad en términos de alteraciones del funcionamiento corporal tributarias de tratamiento. En segundo lugar, los acontecimientos citados están relacionados indudablemente con una transformación más profunda de la persona. El sentido que tenemos de nosotros mismos como individuos «psicológicos» (desarrollado a lo largo del siglo xx y basado en el hecho de que poseemos un espacio interno profundo configurado por nuestra biografía y nuestras experiencias, origen de nuestra individualidad y asiento de nuestros descontentos) está siendo suplementado por la tendencia a definir los aspectos clave de la individualidad de cada persona en términos corporales; es decir, por la tendencia a contemplarnos a nosotros mismos como «corpóreos» y a contemplar nuestro cuerpo en el lenguaje de la biomedicina contemporánea (Novas y Rose, 2000). Aunque los problemas se podrían haber situado previamente en un espacio psicológico (el espacio de la neurosis, la represión y el traumatismo psicológico), actualmente se sitúan en el propio cuerpo o en un órgano concreto del cuerpo, el cerebro. Sin embargo, la dimensión clave en este punto quizá sea la forma con que los clínicos contemplan la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento apropiado.

En los países que no permiten la publicidad directa al consumidor de los psicofármacos, el marketing de las compañías farmacéuticas se dirige en primer lugar a los médicos. El ejemplo inicial (y más citado) de esta «colaboración» entre la enfermedad y su tratamiento es la depresión. Frank Ayd realizó para la compañía farmacéutica Merck uno de los ensayos clínicos clave que llevó a la creación de la primera patente para el uso de amitriptilina como antidepresivo. En el libro publicado en 1961 por Ayd, *Recognizing the Depressed Patient*, se señalaba que la mayor parte de los casos de depresión estaba sin diagnosticar y que no era necesaria la participación de un o una psiquiatra para establecer estos diagnósticos; la depresión se podía diagnosticar en las personas ingresadas en planta de los hospitales generales y en las consultas de atención primaria (Healy, 1997). La compañía Merck imprimió 50.000 copias del libro de Frank Ayd y las distribuyó por todo el mundo. Tal y como señala Healy, Merck no solamente vendió amitriptilina, sino que también vendió un nuevo concepto de lo que era la depresión y de cómo se podía diagnosticar y tratar. A partir de ese mo-

¹⁸ Ya se ha descrito que, hasta hace poco tiempo, la patología de ejemplo en Japón ha sido la ansiedad, no la depresión. El DSM-IV diferencia los trastornos del estado de ánimo (entre los cuales se incluyen los cuadros de depresión mayor) de los trastornos de ansiedad. Por supuesto, los antidepresivos ISRS no fueron comercializados en primera instancia frente a la depresión mayor ni el trastorno bipolar, sino frente a la depresión de leve a moderada, un área de límites borrosos en la cual se están estableciendo nuevos vínculos entre la depresión y la ansiedad. Al mismo tiempo que las estrategias de marketing tienden a evitar la clasificación de los trastornos de ansiedad como formas de depresión, los psiquiatras consideran en general que son procesos estrechamente relacionados entre sí.

mento, parecía que los antidepresivos habían descubierto un mercado aún sin explotar fuera de los hospitales. También tuvo audiencia la idea de que algunos medicamentos abordaban específicamente las bases neuroquímicas de la depresión y que las compañías farmacéuticas invertían grandes cantidades de dinero en la investigación para el desarrollo de los antidepresivos. Se desarrollaron escalas de valoración para el diagnóstico de la depresión (especialmente, la Escala de depresión de Hamilton); estas escalas generaron nuevos criterios respecto a la depresión ya que no sólo se utilizaban para evaluar la eficacia de los fármacos, sino que también modificaban las características de la enfermedad en sí misma. Se formuló la hipótesis de la serotonina respecto a la depresión y, a pesar de las obvias deficiencias científicas de ésta, este concepto se convirtió en la plataforma para el desarrollo farmacológico que condujo a los ISRS con el establecimiento de una nueva manera de pensar respecto a las variaciones en el estado de ánimo, en términos de modificaciones en los niveles de sustancias químicas cerebrales, una idea que caló profundamente en la imaginación de los profesionales médicos, y de la sociedad.

COPRODUCCIÓN. ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y DEMANDA

A pesar de lo señalado, los acontecimientos descritos en este capítulo requieren algo más que la transformación de la mirada profesional; implican una colaboración más compleja entre la enfermedad, el tratamiento y la demanda. El mejor ejemplo de ello es el de los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad social, trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada [TAG]) y su relación en primera instancia con una marca comercial concreta, Paxil® (paroxetina, comercializada como Seroxat® en Europa), de la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline.

Ya en 1987, la sección de la tercera edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales correspondiente a la prevalencia de los trastornos de ansiedad señalaba lo siguiente: «Cuando se descartan otros trastornos que podrían explicar los síntomas de ansiedad [previamente se había señalado que estos trastornos no se deben diagnosticar si la preocupación patológica y la ansiedad aparecen en el contexto de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico, por ejemplo], no es frecuente que el trastorno de ansiedad sea diagnosticado en pacientes atendidos clínicamente» (American Psychiatric Association, 1987). Sin embargo, en la cuarta edición, publicada en 1994, en la misma sección se señalaba lo siguiente: «En grupos de población general, la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada es de aproximadamente el 3 % mientras que la prevalencia a lo largo de la vida es del 5 %¹⁹. En las consultas especializadas en trastornos de ansiedad, aproximadamente el 12 % de los pacientes sufre trastorno de ansiedad generalizada» (American Psychiatric Association, 1994). En este contexto, se efectuó una reconceptualización del TAG; en aquel momento, el diagnóstico podía coexistir con los trastornos del estado de ánimo y también se podía separar del grupo general de estos trastornos. Los

¹⁹ *N. del T.*: «In a community sample, the lifelong prevalence rate for Generalized Anxiety Disorder was approximately 3 per cent, and the lifetime prevalence rate was 5 per cent» en el original.

resultados obtenidos en los ensayos clínicos efectuados con administración de Paxil® como tratamiento del TAG permitieron que a este medicamento se le diera publicidad como si se tratara de un tratamiento específico de este trastorno y que, por tanto, ya se podía separar, al menos en su presentación pública, de la depresión. Además, una vez que el TAG se separó de la depresión, fue posible calcular de nuevo su prevalencia. En abril de 2001, cuando GlaxoSmithKline anunció que la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense había aprobado Paxil® para el tratamiento del TAG (en aquel momento fue el primer ISRS aprobado para este trastorno en Estados Unidos), se insistió en el hecho de que este trastorno afectaba a «más de 10 millones de norteamericanos, el 60 % de los cuales eran mujeres»²⁰.

Recientemente, los vínculos y relaciones entre los sistemas de clasificación de las enfermedades, los trastornos y los diagnósticos, por un lado, y el marketing, la aprobación y publicidad de los psicofármacos, por el otro, han sido objeto de una fuerte crítica. Muchas figuras destacadas de la psiquiatría norteamericana (y del resto del mundo) realizan labores de asesoría para las compañías farmacéuticas; dependen de estas compañías para la financiación de sus estudios de investigación; están implicadas en los procesos de clasificación y evaluación de sus productos; pertenecen a los comités responsables de la revisión y actualización de los criterios diagnósticos; aconsejan a las autoridades de los organismos de aprobación respecto a la idoneidad y los riesgos de los medicamentos y, finalmente, tienen intereses económicos y poseen acciones de las propias compañías farmacéuticas²¹. Ciertamente, tan pronto como la FDA aprobó el uso de Paxil® en la primavera de 2001, GlaxoSmithKline inició una campaña de marketing en Estados Unidos. Esta campaña se caracterizó por el hecho de que lo publicitado no fue tanto el medicamento, Paxil®, como la enfermedad, el TAG. En su publicidad, especialmente en la publicidad dirigida al consumidor que es legal en Estados Unidos, GlaxoSmithKline argumentaba que el TAG es un trastorno que afecta a muchos millones de personas, que es distinto de la preocupación habitual que puede presentar una persona y que es una enfermedad médica genuina, que se debe a alteraciones en los sistemas de neurotransmisores cerebrales, y que se podía tratar de manera efectiva con Paxil®. Como ISRS para el tratamiento de la depresión, Paxil® llegó relativamente tarde al mercado. Sin embargo, la velocidad de incremento de las prescripciones en Estados Unidos se equiparó a la de las marcas superventas, y en 2001 se consiguieron muy buenos resultados de ventas al relacionar este medicamento con el tratamiento de los trastornos de ansiedad, de manera que llegó a alcanzar una cuota de mercado aproximadamente igual a la de Zoloft® de Pfizer y a la de Prozac® de Lilly²². Otros fabricantes de fármacos se esforzaron en conseguir nuevas licencias para sus propios anti-depresivos con el objetivo de que fueran aprobados como tratamiento del TAG y de otros trastornos de ansiedad (Wyeth con Venlafaxine XF® y Pfizer con Zoloft®), o bien para patentar nuevas moléculas que pudieran ser aprobadas específicamente como tratamiento de

²⁰ Disponible en la página web de *Doctor's Guide*: www.psigroup.com/dg/1f8182.htm. Consultado el 12 de agosto de 2002.

²¹ Healy (1997); véase también la carta de dimisión de Lauren Mosher (un líder de la psiquiatría social norteamericana) «The American Psychopharmaceutical Association: Lauren Mosher, Resignation letter to APA», 1998. Disponible en: www.oikos.org/mosher.htm. Consultado el 12 de agosto de 2002.

²² N. del T.: «Lilley» en el original.

este diagnóstico. Pfizer compró los derechos de Pagoclone® a Indevus Pharmaceuticals, pero los devolvió en junio de 2002 cuando los resultados de sus propios ensayos clínicos demostraron que este medicamento presentaba niveles de eficacia significativamente superiores a los del placebo; las ventas de Indevus se redujeron el 65 % el mismo día del anuncio de Pfizer y esta última compañía concentró todos sus esfuerzos en un fármaco propio, Pregabalin®²³. Los intereses de los accionistas y el valor clínico al parecer están entremezclados inextricablemente.

La publicidad directa al consumidor de los fármacos de prescripción en Estados Unidos se ha convertido en una industria que mueve anualmente 2.500 millones de dólares, desde que en 1997 tuviera lugar una relajación en la legislación relativa a la publicidad de los fármacos. Sin embargo, Estados Unidos no es el único país en que el «tráfico de enfermedades» se ha convertido en una táctica clave del marketing²⁴. Tal y como han señalado Ray Moynihan y otros investigadores, este proceso implica el establecimiento de alianzas entre las compañías farmacéuticas ansiosas por comercializar un producto indicado para una enfermedad concreta, los grupos biosociales organizados por y para los pacientes que sufren una enfermedad que al parecer es del tipo que puede ser tratada con dicho producto, y los médicos ansiosos también por diagnosticar problemas que están siendo diagnosticados de manera insuficiente (Moynihan y cols., 2002; Moynihan, 2003a, 2003b). Las campañas de concienciación respecto a las enfermedades, financiadas directa o indirectamente por las compañías farmacéuticas que poseen las patentes de los medicamentos que pueden tratar dichas enfermedades, lanzan el mensaje del sufrimiento causado por los aparentes síntomas de estas enfermedades insuficientemente diagnosticadas y tratadas, interpretando los datos existentes de manera que puedan maximizar sus cifras de prevalencia. El objetivo de estas campañas es llamar la atención de la población y del personal médico respecto a la existencia de la enfermedad y respecto a la existencia de un tratamiento frente a ella, configurando sus temores y ansiedades en un contexto clínico. A menudo, estas campañas se realizan con compañías de marketing que llevan a los medios de comunicación a pacientes que sufren estas enfermedades y que cuentan sus propias historias, así como a expertos que explican todas las características de la nueva enfermedad. Entre los ejemplos ofrecidos por Moynihan y cols. (2002) –que incluyen la relación entre la calvicie y Propecia®, entre la disfunción eréctil y Viagra® y entre el síndrome del colon irritable y Lotronex®, así como la promoción por parte de Pfizer de una nueva enfermedad denominada «disfunción sexual femenina»– está la promoción por parte de Roche de su antidepresivo Auroxix® (moclobemida) para el tratamiento de la fobia social, en una campaña realizada en 1997 en Australia. En esta campaña participó una compañía de relaciones públicas que publicaba en la prensa artículos con historias contadas por pacientes e incluyó el establecimiento de una alianza con un grupo de pacientes denominado Obsessive Compulsive and Anxiety Disorders Federation of Victoria, la financiación de un gran congreso sobre la fobia social y la presen-

²³ Disponible en: http://biz.yahoo.com/bw/020607/72033_2.html. Consultado el 15 de agosto de 2002; disponible en: www.biospace.com/ccis/news_story.cfm?StoryID=8819419&full=1. Consultado el 15 de agosto de 2002.

²⁴ Véase Alan Cassels (2002) «The drug companies' latest marketing tactic: 'disease awareness' pitch – a new licence to expand drug sales». Disponible en: www.policyalternatives.ca/publications/articles/article315.html. Consultado el 12 de agosto de 2002.

tación de estimaciones máximas de la prevalencia de esta enfermedad. Tal y como se puede observar en las guías prácticas publicadas en la página web de la revista *Pharmaceutical Marketing*, ninguna de estas tácticas se lleva a cabo de manera encubierta²⁵.

CAMBIOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

A pesar de todo, durante los últimos años las brillantes promesas propuestas han quedado oscurecidas. En una serie de sentencias judiciales con una intensa publicidad, con casos de homicidios y suicidios, la responsabilidad se ha atribuido no tanto a las individualidades implicadas como a los fármacos que estaban tomando. En el otoño de 1994 llegó a un tribunal de Louisville (Estados Unidos) la primera demanda contra Prozac[®]; en este caso, Joseph Wesbecker, quien, poco tiempo después de comenzar a tomar Prozac[®] (5 años antes), disparó sobre 28 personas en la empresa de artes gráficas en la cual trabajaba y mató a ocho de ellas antes de dispararse a sí mismo. Este caso generó una alarma social intensa por los efectos adversos de estos medicamentos, así como una gran preocupación respecto al incremento de la agitación (acatisia) y de las ideas suicidas en un número pequeño, pero significativo, de pacientes a quienes se les administró Prozac[®]; por dicha preocupación, las autoridades alemanas responsables de la aprobación de medicamentos insistieron en 1984 en la inclusión de una frase de advertencia en los folletos de los productos antes de su aprobación. A medida que la primera generación de psicofármacos ha ido perdiendo los derechos de patente, sus fabricantes se han visto implicados en una gran cantidad de casos similares. En junio de 2001, un tribunal de Cheyenne (Estados Unidos) sentenció a Glaxo-SmithKline al pago de 6,4 millones de dólares a la familia de Donald Schell, quien, dos días después que su médico de cabecera le recetara Paxil[®] frente a la depresión, asesinó a su esposa, a su hija y a su nieta, y se suicidó después. El jurado consideró que la acción del fármaco tenía una responsabilidad del 80 % en los asesinatos. Dos semanas antes, en mayo de 2001, un tribunal australiano sentenció que tras la prescripción de sertralina (Zoloft[®]), uno de los antidepresivos más utilizados en Australia, David Hawkins asesinó a su esposa e intentó suicidarse: «Estoy plenamente convencido de que si no hubiera sido por el Zoloft[®] que había tomado, no hubiera estrangulado a su esposa», señaló el juez Barry O'Keefe²⁶. En 2003, el Committee on Safety in Medicine de Reino Unido publicó un informe de protocolo terapéutico en el cual señalaba que los antidepresivos concretos del grupo de los ISRS no habían demostrado ser eficaces en los niños y adolescentes menores de 18 años de edad y que, por tanto, no se deberían utilizar en el tratamiento de la depresión en los pacientes de este tipo.

En diciembre de 2004, al mismo tiempo que el Ministerio de Sanidad francés expresaba su preocupación por la prescripción de antidepresivos a niños, la Medicine and Health Products Regulation Agency de Reino Unido presentó un informe de revisión de los ISRS, advirtiendo que en la mayor parte de los pacientes adultos se deberían utilizar las dosis más

²⁵ Disponible en: www.pmlive.com/pharm_market/prac_guides.cfm. Consultado el 12 de agosto de 2002.

²⁶ Disponible en: <http://www.antidepressantsfacts.com/David-John-Hawkins.htm>.

bajas y que algunos de estos medicamentos sólo deberían ser prescritos por especialistas y no por los médicos de cabecera. Además, en la misma época, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) de Reino Unido elaboró un informe en que se señalaba que, aunque a los pacientes adultos con diagnóstico de depresión moderada y atendidos en atención primaria se les deberían ofrecer formulaciones genéricas de antidepresivos del grupo de los ISRS, era necesaria una explicación cuidadosa y detallada de los riesgos; asimismo, se indicaba que en los pacientes con una depresión de grado leve el tratamiento inicial debía ser la «observación atenta», con recomendación de medidas como el ejercicio físico y las terapias de autoayuda y cognitivo-comportamental, pero no el uso de un antidepresivo porque el cociente entre riesgo y beneficio de estos medicamentos se consideraba poco adecuado (National Institute for Clinical Excellence, 2004). Por la misma época, comenzaron a arreciar las críticas no sólo sobre la fiabilidad de la evidencia publicada respecto a los cocientes entre riesgo y beneficio de los ISRS, sino también respecto a las dificultades para interrumpir la administración de estos medicamentos, dificultades que no se referían a cuadros de dependencia (tal y como se había sugerido con frecuencia), sino a los intensos y desagradables efectos físicos (dolores, sudoración profusa, náuseas y otros muchos) que se producían cuando los pacientes que habían estado tomando algunos de estos medicamentos dejaban de hacerlo, lo que indudablemente se debía al hecho de que las moléculas actuaban en todos los tejidos del cuerpo y al hecho de que el incremento artificial de sus niveles originaba una disminución de la producción de diversas moléculas por el organismo, o bien a una reducción de la sensibilidad del organismo frente a diversas moléculas²⁷. Estos ciclos de entusiasmo, dudas, escándalos e informes de alarma también han sido habituales en la historia de la introducción de otros psicofármacos, especialmente los tranquilizantes menores. Generalmente, a continuación de estos ciclos se produce una sistematización del uso de dichos medicamentos, con niveles menores y más estables, ya fuera del contexto de la publicidad. Aparte de ello, mientras que las controversias públicas de este tipo pueden reconfigurar los detalles de las prácticas de prescripción y los relativos a los grupos de pacientes a quienes se dirigen los distintos tipos de medicamentos, es poco probable que pongan en cuestión los supuestos básicos de la psiquiatría biológica, su aceptación cada vez mayor y el valor (tanto cognitivo como terapéutico) que otorga esta concepción de la psiquiatría a las explicaciones neuroquímicas y al tratamiento farmacológico de los problemas psiquiátricos.

CONCLUSIONES

En cierto sentido, los avances que se han producido en el uso de los psicofármacos sólo representan una dimensión de un nuevo conjunto de relaciones entre los conceptos de salud y enfermedad, las prácticas de tratamiento y prevención de las alteraciones de la función corporal, y las innovaciones comerciales, los métodos de marketing y la competencia por

²⁷ Hay una revisión de 1997 acerca de estos efectos en la página web de la American Society of Consultant Pharmacists. Disponible en: <http://www.ascp.com/public/pubs/tcp/1997/oct/ssri.html>. Consultado el 12 de agosto de 2002.

los beneficios y por el valor de las acciones de las compañías farmacéuticas. No obstante, estos avances han adquirido un carácter específico en relación con la salud mental. Tal y como se sabe, a lo largo de la segunda mitad del siglo xx, la psicoterapia y las terapias de orientación se convirtieron en un buen negocio. Sin embargo, la psiquiatría en sí misma (tanto en los hospitales psiquiátricos como en las consultas de psiquiatría, las consultas de medicina general y las consultas privadas) también se convirtió en un mercado enorme y de gran rentabilidad para la industria farmacéutica. Estos acontecimientos han continuado hasta el momento presente. Sería un error pretender que todas las formas de problemas de la salud mental tienen un origen «biológico», en el sentido con que se ha utilizado dicho término en este capítulo. Así, los avances más recientes sugieren cierta reconciliación entre los marcos biomédico y social respecto a la consideración de los problemas de la salud mental, especialmente con la mediación de la versátil idea del «estrés». En cualquier caso, incluso en las situaciones en que los médicos mantienen conceptos diferentes respecto a la etiología de estos problemas, casi todos los tratamientos conllevan el uso de medicamentos.

Dado que la psiquiatría actual es, en gran parte, el resultado de los avances que han tenido lugar en el campo de la psicofarmacología, las decisiones comerciales están configurando realmente los patrones del razonamiento psiquiátrico a nivel muy básico. La mayor parte de las compañías farmacéuticas obtiene un porcentaje considerable de sus ingresos gracias al marketing de los psicofármacos de manera que, para alcanzar resultados, dependen del logro de una cuota de mercado suficiente que permita mantener el valor de las acciones de la compañía. Las fábricas de las compañías farmacéuticas son los laboratorios clave para la innovación psiquiátrica y, en un sentido auténticamente real, los laboratorios de psiquiatría forman parte de las fábricas de psicofármacos. La evaluación realizada por Paul Rabinow respecto a las nuevas ciencias de la vida es especialmente idónea en lo que se refiere a la psiquiatría: ya no es suficiente la búsqueda de la verdad para movilizar la producción del conocimiento psiquiátrico, sino que la salud (o, más bien, los beneficios obtenidos mediante las promesas de salud) se ha convertido en la principal fuerza motriz para la producción de los conocimientos clave en todo lo relativo a la enfermedad mental (Rabinow, 1996). Bien podría ocurrir que los nuevos psicofármacos (los ISRS y otros fármacos relacionados, los antipsicóticos atípicos, etc.) sean más eficaces, provoquen menos efectos adversos o posean ambas características en comparación con los medicamentos a los cuales desplazan. Sin embargo, también es cierto que el cambio que ello implica (del uso de medicamentos genéricos y baratos al uso de medicamentos caros y protegidos por patentes) tendrá consecuencias importantes en los sistemas sanitarios y en la economía de la salud, en un contexto en que los medicamentos se han convertido en la primera línea de tratamiento. Todo ello podría generar consecuencias especialmente importantes en los países que accedieron a la Unión Europea en 2004, que son contemplados por las compañías farmacéuticas como posibles nuevos mercados a pesar de las graves limitaciones de financiación de la atención psiquiátrica que hay en ellos. Puede anticiparse la aparición de consecuencias considerables en toda Europa, en relación con esta mezcla de incremento de la atribución biomédica de los problemas psiquiátricos por parte de los propios psiquiatras, la expansión de las oportunidades de mercado para las compañías farmacéuticas oc-

cidentales en los países de Europa oriental, la tendencia al uso de medicamentos caros «inteligentes» y la «colaboración» entre la enfermedad y los tratamientos para que los pacientes tengan en cuenta que cualquier problema mental que puedan presentar es tributario de tratamiento con psicofármacos.

Por todo ello, las consecuencias de los numerosos acontecimientos que se exponen en este capítulo no pueden reducirse a un debate sobre la eficacia, como si la enfermedad, el tratamiento y la curación fueran elementos independientes entre sí. Los psicofármacos de nueva generación prescritos con mayor frecuencia son recetados para el tratamiento de enfermedades cuyos límites son borrosos, incluso de enfermedades cuya concepción y existencia son objeto de debate, y su objetivo no es tanto la «curación» de una alteración específica de la normalidad (un estado patológico) como la modificación con que son experimentadas, vividas y aceptadas las diversas vicisitudes de la vida de la persona que toma estos medicamentos. Fuera del campo de la psiquiatría, los fármacos más vendidos no son los necesarios para el tratamiento de las enfermedades agudas, sino los que se utilizan frente a situaciones de carácter crónico que en épocas anteriores habrían sido consideradas endémicas, como las estatinas para la disminución de los niveles séricos de los lípidos que al parecer predisponen a infarto miocárdico y accidente cerebrovascular; los tratamientos hormonales sustitutivos para minimizar los efectos de la menopausia, especialmente en lo relativo a la sexualidad; los fármacos utilizados para el control a largo plazo de la hipertensión arterial, y los medicamentos utilizados en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la pirosis. Los psicofármacos con mayores ventas son de este tipo, sobre todo los que en la actualidad se están publicitando y prescribiendo de forma intensa para el tratamiento de la ansiedad, la depresión, o ambas, en sus numerosas nuevas variedades. También son los fármacos con mayor susceptibilidad a la ampliación y la reconfiguración de los límites de la enfermedad contra la cual se dirigen y de su «idoneidad de tratamiento». Estos fármacos conllevan la reconfiguración de la vida desde un punto de vista farmacológico y hasta límites muy superiores a los que previamente se consideraban como enfermedad, con actuación sobre características que en épocas anteriores se consideraban parte de la propia vida.

La significación del uso sistemático de tratamientos farmacológicos frente a la enfermedad mental no sólo radica en sus efectos específicos, sino también en la forma con que dicha práctica reconfigura la forma con que tanto los expertos como cualquier persona de la calle interpretan, aceptan y comprenden su mundo. Los psicoanalistas introdujeron en la existencia del ser humano un método auténticamente nuevo para comprenderse a uno mismo, en términos de lo inconsciente, la represión, las neurosis, el complejo de Edipo y, por supuesto, la importancia clave de la sexualidad en nuestra vida psíquica. Por tanto, parece razonable preguntarnos si la medicina general, la psiquiatría y otros y otras profesionales de la salud mental están comenzando a contemplar en términos de alteraciones de los neurotransmisores los problemas que sus pacientes experimentan según el modelo simplista de la enfermedad mental antedicho. Este razonamiento equivale a imaginar que la enfermedad reside en el cerebro del individuo y en los procesos que se producen en él, contemplando los psicofármacos como la primera línea de intervención terapéutica no sólo para el alivio sintomático, sino como un tratamiento específico de las alteraciones neuroquími-

cas citadas. Si realmente se está experimentando una reconfiguración «neuroquímica» de la persona, las posibles consecuencias sociales y éticas a lo largo del siglo XXI serán profundas y la razón es que estos medicamentos se están convirtiendo en el elemento clave de la forma en que nuestro comportamiento se considera problemático y es controlado, por nosotros mismos y por otras personas.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual For Mental Disorders: With Special Supplement On Plans For Revision. Prepared by the Committee on Nomenclature and Statistics of The American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

American Psychiatric Association. DSM II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Prepared by the Task Force on DSM-IV and Other Committees and Work Groups of The American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Ayd FJ. Recognizing the Depressed Patient: With Essentials of Management and Treatment. Nueva York: Grune & Stratton, 1961.

Barbui C, Broglio E, Laia AC, D'Agostino S, Enrico F, Ferraro L y cols. Cross-sectional database analysis of antidepressant prescribing in Italy. *J Clin Psychopharmacology* 2003; 23 (1): 1-34.

Barbui C, Campomori A, D'Avanzo B, Negri E, Garattini S. Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRI: national trends, regional differences and impact on suicide rates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34 (3): 152-156.

Donnelly M. The Politics of Mental Health in Italy. Londres: Routledge, 1992.

Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (7): 597-606.

Duman RS, Malberg J, Nakagawa S. Regulation of adult neurogenesis by psychotropic drugs and stress. *J Pharmacol Exp Ther* 2001; 299 (2): 401-407.

Ehrenberg A. La Fatigue d'Être Soi. París: Odile Jacob, 2000.

Gelman S. Medicating Schizophrenia: A History. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1999.

Ghodse H, Khan I, eds. Psychoactive Drugs: Improving Prescribing Practices – Meeting on the Training of Health Care Professionals in Rational Prescribing. Ginebra: World Health Organization, 1988.

Government Statistical Service. Health and Personal Social Statistics: England. Londres: Government Statistical Service, 1998.

Healy D. The Antidepressant Era. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.

Healy D. The Creation of Psychopharmacology. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.

Hovatta I, Terwilliger JD, Lichtermann D, Makikyro T, Suvisaari J, Peltonen L y col. Schizophrenia in the genetic isolate of Finland. *Am J Med Genet* 1997; 74 (4): 353-360.

Knutson B, Wolkowitz OM, Cole SW, Chan T, Moore EA, Johnson RC y cols. Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (3): 373-379.

Manji HK, Moore GJ, Chen G. Bipolar disorder: leads from the molecular and cellular mechanisms of action of mood stabilisers. *Br J Psychiatry* 2001; 178: S107-S119.

Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003a; 326: 1.189-1.192.

Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 2003b; 326: 1.193-1.196.

Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-891.

National Institute For Clinical Excellence. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Londres: National Institute For Clinical Excellence, 2004.

Novas C, Rose N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Econ Soc* 2000; 29 (4): 485-513.

Pietraru C, Barbui C, Poggio L, Tognoni G. Antidepressant drug prescribing in Italy, 2000: analysis of a general practice database. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57 (8): 605-609.

Rabinow P. *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1996.

Scheper-Hughes N, Lovell Anne M, Basaglia F. *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia*. Nueva York: Columbia University Press, 1987.

Solomon A. *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression*. Londres: Chatto & Windus, 2001.

Styron W. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. Londres: Cape, 1991.

Suvisaari JM, Haukka JK, Tanskanen AJ, Lonnqvist JK. Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 to 1965. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 (8): 733-740.

World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: WHO, 2001.

Capítulo 8

Marco político para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales

EVA JANÉ-LLOPIS Y PETER ANDERSON

¿QUÉ PROBLEMA REPRESENTAN LOS TRASTORNOS MENTALES?

Los trastornos mentales y del comportamiento pueden observarse en personas de cualquier edad, cualquier región geográfica, cualquier país y cualquier sociedad, y en un momento determinado se considera que afectan al 10 % de la población adulta (WHO, 2001). Más del 25 % de las personas desarrolla uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Cinco de las diez causas principales de discapacidad y fallecimiento prematuro en todo el mundo pertenecen al grupo de los trastornos mentales y del comportamiento, incluyendo depresión, abuso en el consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos (Murray y López, 1996). En 1990, los trastornos mentales y neurológicos representaban el 10 % de la discapacidad y el fallecimiento prematuro a nivel mundial. En 2002, esta cifra se incrementó hasta el 12,9 %. Se ha estimado que para el año 2020 esta cifra alcanzará el 15 %, y en este mismo año la depresión unipolar por sí misma representará el 5,7 % de la discapacidad en todo el mundo (Murray y López, 1996).

Además del problema de carácter sanitario, los costes sociales y económicos que conllevan las enfermedades mentales para las sociedades son elevados, persistentes y de gran intensidad. Con independencia de los costes de los servicios sanitario y social, la pérdida del puesto de trabajo y la disminución de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, los niveles de delitos y los problemas de salud pública, y el impacto negativo de la mortalidad prematura, hay otros costes intangibles que no han sido considerados, como los correspondientes a las pérdidas de oportunidades por parte de los pacientes y de sus familias (WHO, 2001).

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En diversas revisiones y publicaciones se han definido las diferencias y las coincidencias entre la prevención y la promoción en el campo de la salud mental. En el cuadro 8-1 se recogen algunas de las definiciones utilizadas.

Cuadro 8-1 Definiciones de los conceptos de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales

La promoción de la salud mental persigue la protección, el apoyo y el mantenimiento del bienestar emocional y social, con generación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan las actividades psicológica y psicofisiológica óptimas, la potenciación de la salud mental respetando al mismo tiempo los factores culturales, y el mantenimiento de la equidad, la justicia social y la dignidad personal. Las iniciativas, desarrolladas con un método de capacitación de las personas, se aplican tanto sobre las personas sin riesgo como sobre las que sufren problemas mentales o se recuperan de ellos, en el proceso de conseguir una salud mental positiva, una potenciación de la calidad de vida y una reducción de las desigualdades existentes en las expectativas de salud entre los distintos países y grupos.

«Prevenir» significa literalmente «intervenir o adoptar de manera anticipada las medidas necesarias para impedir que ocurra algo». La prevención de los trastornos mentales se centra en la reducción de los factores de riesgo y en la potenciación de los factores protectores relacionados con la enfermedad mental, con el objetivo de reducir el riesgo, la incidencia, la prevalencia y la recidiva de los trastornos mentales, el tiempo durante el cual los pacientes sufren síntomas y el riesgo de padecimiento de una enfermedad mental, con prevención o retraso de sus recidivas y con disminución del impacto de la enfermedad en la persona afectada, su familia y la sociedad.

Definiciones extraídas de Mrazek y Haggerty (1994); Hosman y Jané-Llopis (1999); Detels y cols. (2002), y WHO (2004b, 2004c).

Tal y como indican estas definiciones, se ha argumentado que la prevención y la promoción son estrategias distintas, pero coincidentes (WHO, 2004a, 2004b); mientras que la promoción de la salud mental se centra en los determinantes de la salud, aunque va más allá de la prevención de los trastornos mentales, se suele considerar que la actividad de prevención forma parte del concepto más genérico de promoción de la salud mental (Herrman y Jané-Llopis, 2005).

EFICACIA DE LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Además de las ventajas que los tratamientos pueden ofrecer respecto a los trastornos mentales, en dos informes resumen elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2004b, 2004c) y en las publicaciones que les acompañan se demuestra que las actividades de promoción de la salud mental (Herrman y cols., 2005) y de prevención

de los trastornos mentales (Hosman y cols., 2006a) pueden ser efectivas y crear ventajas sanitarias, sociales y económicas importantes.

Aunque todavía hay muchos expertos que no están convencidos de que la promoción y la prevención puedan contribuir a la reducción del problema y los costes crecientes representados por la enfermedad mental, el campo de la salud mental pública está reconociendo cada vez más claramente la necesidad de un enfoque global de la salud mental. Se ha destacado el hecho de que, aunque el tratamiento de los trastornos mentales puede ser muy efectivo, realmente sólo tiene valor una vez que la enfermedad mental ya se ha manifestado. Una política pública que sólo contemple la curación y el mantenimiento presenta claras desventajas. Además de las consecuencias de adoptar medidas cuando los individuos y las familias ya llevan mucho tiempo soportando el sufrimiento, la evidencia demuestra que hay una gran proporción de casos tratados de manera insuficiente (Kazdin, 1993), además de tasas elevadas de recidiva tras el tratamiento (Muñoz, 1998).

MARCO POLÍTICO PARA LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Este capítulo está basado en la evidencia existente y en las revisiones más recientes (WHO, 2004b, 2004c; Jané-Llopis y cols., 2005), y aborda la respuesta política para la adopción de medidas en las áreas de la promoción y la prevención en salud mental (Jané-Llopis y Anderson, 2005). En el apartado siguiente se ofrecen ejemplos de políticas y programas dirigidos hacia la promoción de la salud mental a lo largo de toda la vida del individuo. Además, se presenta un modelo de respuesta política para reducir el riesgo de algunos problemas psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, los trastornos del comportamiento, los trastornos relacionados con sustancias y el suicidio. Aunque hay una evidencia sólida respecto a la idoneidad de la reducción de los factores de riesgo y del incremento de los elementos de protección relacionados con los trastornos mentales, hasta el momento la evidencia relativa a la prevención real de los trastornos mentales es bastante menor. Las razones de ello han sido descritas en otras publicaciones (WHO, 2004c), pero una de las explicaciones más frecuentes es la necesidad de realización de estudios de eficacia en los cuales participe un elevado número de personas con objeto de conseguir la potencia estadística que permita demostrar una reducción en la tasa de inicio de los trastornos mentales, especialmente cuando se estudian grupos de población que no muestran aumento en el riesgo. No obstante, se han realizado algunos estudios que demuestran la prevención real de nuevos casos de depresión mayor, especialmente en los niños y adolescentes (Clarke y cols., 1995, 2001). En el cuadro 8-2 se resumen los enfoques preventivos y de promoción a partir de los cuales algunas formas de intervención han demostrado ser eficaces. En los distintos apartados de este capítulo se exponen ejemplos de dichas intervenciones eficaces, destacando el marco político que podría guiar los procesos de toma de decisiones y de implementación. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todas las intervenciones son o pueden ser efectivas y que es clave basar el proceso de implementación en el conocimiento de las intervenciones que han demostrado ser eficaces.

Cuadro 8-2 Diversos enfoques eficaces para la prevención y la promoción en el área de salud mental

	Infancia/adolescencia	Edad adulta	Grupos de edad avanzada
Política y programas de salud mental	Programas para la enseñanza de habilidades escolares generales, como habilidades vitales y habilidades de resolución de problemas	Visitas para la enseñanza de la crianza de su hijo a mujeres con depresión	Intervenciones de detección temprana en atención primaria
	Cambios en el entorno escolar	Intervenciones sobre grupos de padres en relación con niños difíciles	Prescripciones de antidepresivos para la prevención del suicidio
	Intervenciones escolares de tipo holístico con combinación de generación de habilidades y cambios en el entorno	Apoyo de la salud mental y tratamiento temprano de las personas con riesgo	
	Programas cognitivo-comportamentales dirigidos hacia los niños con riesgo de depresión	Técnicas de control del estrés	
	Técnicas de control del estrés	Modelos cognitivo-comportamentales de la depresión	
		Intervenciones breves frente al alcohol en el nivel de atención primaria	
		Prescripción de antidepresivos para la prevención del suicidio	
Salud pública y política pública	Visitas domiciliarias, desarrollo sano	Evitación del uso de sustancias adictivas durante el embarazo	Actividad física
	Intervenciones sobre los padres	Intervenciones sobre la enseñanza de la crianza de los hijos por parte de los padres	Educación de los pacientes
		Intervenciones para la mejora de la tarea laboral realizada y de los aspectos técnicos	
		Mejoras en la claridad de la función que debe desempeñarse en el puesto de trabajo y en las relaciones sociales	
		Intervenciones combinadas para abordar tanto las empresas como los empresarios	
		Aprendizaje de nuevas habilidades por parte de las personas desempleadas	
		Impuestos sobre el alcohol y el tabaco Intervenciones globales en la comunidad y en los medios de comunicación frente al abuso en el consumo de alcohol Reducción de los medios para cometer el suicidio Políticas para reducir la inseguridad económica Políticas sociales para fomentar el apoyo social y la inclusión, y para impedir la exclusión social Acceso a la educación preescolar Mejora de la vivienda	

POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA DEL INDIVIDUO

La implementación de políticas especialmente dirigidas hacia la promoción de la salud mental en toda la población con objeto de abordar los problemas de salud mental puede dar pie a avances sustanciales en lo relativo a la salud mental, con mejora de los aspectos social y económico de la sociedad (WHO, 2004c). En este apartado se revisan las opciones existentes para el diseño de una política de salud mental formada por estrategias efectivas que deben aplicarse durante toda la vida del individuo con objeto de mejorar la salud mental y de reducir los riesgos de los trastornos mentales.

Lactantes y niños pequeños

Durante los primeros meses y años de la vida, la actividad mental, social y física tiene un desarrollo mayor que a lo largo de cualquier otra época de la vida (Unicef, 2001). El inicio saludable de la vida incrementa en gran medida las posibilidades del niño en sus actividades posteriores en el colegio, con los compañeros, las relaciones íntimas que tienen lugar más adelante y el establecimiento de lazos mayores con la sociedad. Las intervenciones realizadas en las fases iniciales de la vida, incluyendo la crianza por los padres y las intervenciones preescolares, se centran principalmente en la potenciación de los mecanismos de resistencia y competencia de los padres y las familias con estrategias educativas (WHO, 2004c). Estas intervenciones han demostrado ser de gran utilidad para mejorar la salud física y mental de padres e hijos, así como para incrementar la competencia de los niños, su bienestar mental y su actividad en la sociedad; además, el efecto de ello se ha mantenido a lo largo de generaciones (WHO, 2004c; Brown y Sturgeon, 2006).

Embarazo sin sustancias adictivas

El uso de sustancias adictivas, como alcohol, tabaco y drogas, durante el embarazo puede causar lesiones al feto y al niño (Tuthill y cols., 1999). En concreto, el consumo de tabaco duplica el riesgo de que el lactante presente un peso corporal bajo al nacer (Institute of Medicine, 2001). Entre las estrategias más adecuadas están los programas educativos para ayudar a las mujeres a abandonar el tabaco y el incremento del peso corporal de los niños al nacer con efectos beneficiosos sobre la salud mental tanto inmediatos como a largo plazo (Institute of Medicine, 2001). Por ejemplo, Windsor y cols. (1993) evaluaron una intervención comportamental de 15 minutos aplicada a mujeres fumadoras que estaban embarazadas y lograron un incremento del 6 % en la tasa de abandono del tabaco. Los hijos de las mujeres que dejaron de fumar presentaron un incremento de 200 g al nacer, mientras que los hijos de las mujeres que redujeron el consumo de cigarrillos sólo mostraron un aumento de 100 g.

Visitas domiciliarias a las madres primerizas

Las mujeres que están embarazadas por primera vez, especialmente las que son solteras o adolescentes, y las que viven en un contexto de pobreza muestran un aumento

en el riesgo de problemas psiquiátricos y tienen más dificultades para ofrecer a sus hijos una crianza sana durante sus primeros años de vida (WHO, 2004c). A menudo, el parto prematuro y el peso corporal bajo al nacer de los recién nacidos son factores que incrementan el riesgo de problemas cognitivos y comportamentales, así como de trastornos mentales, durante la infancia y en la etapa adulta (Elgen y cols., 2002).

Las intervenciones mediante visitas domiciliarias durante el embarazo y la primera infancia, con evaluación del uso de sustancias por la madre, de los mecanismos de superación del estrés, del estilo de crianza por parte de los padres y de los sistemas de apoyo y los servicios sanitarios, pueden generar mejoras en los contextos asistencial, social y económico (Olds, 1989, 1997, 2002; Olds y cols., 1998). Por ejemplo, los resultados obtenidos en varios ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria en el contexto del Prenatal/Early Infancy Project, un programa de visitas domiciliarias realizadas por profesionales de enfermería, demostraron un aumento del peso corporal de hasta 400 g con mejora de la salud mental tanto de las madres como de los niños, disminución del uso de los servicios sanitarios, reducción de los malos tratos a los niños, incremento de los logros educativos de los niños y reducción a largo plazo de los problemas comportamentales en los niños y los adolescentes (Olds, 1989, 1997, 2002; Olds y cols., 1998). Se ha sugerido que las intervenciones mediante visitas domiciliarias pueden ser económicamente rentables, sobre todo si se tienen en cuenta los resultados a largo plazo (Olds, 2002; Brown y Sturgeon, 2006).

Intervenciones sobre los estilos de crianza de los niños por parte de los padres

La crianza positiva y proactiva con mantenimiento de una actitud de elogios, estímulo y afecto hacia el niño puede incrementar su autoestima y su competencia social y escolar, y representa un mecanismo de protección frente a los comportamientos perturbadores y los cuadros de uso de sustancias en épocas posteriores de su vida (Brown y Sturgeon, 2006). En cambio, los estilos de crianza negativos por parte de los padres representan un factor contribuyente importante a la aparición de trastornos físicos y psiquiátricos en el niño (Stewart-Brown y cols., 2005).

Las intervenciones tempranas de crianza de los hijos que estimulan las habilidades básicas de lectura del niño pueden mejorar su alfabetización y sus desarrollos cognitivo, emocional y del lenguaje, facilitando la transición al colegio. Los programas formativos de padres aplicados en grupo y dirigidos a las familias en situación de riesgo pueden mejorar el comportamiento de los niños entre 3 y 10 años de edad (Coren y Barlow, 1999). También se ha sugerido que estas intervenciones tienen una rentabilidad económica mayor y que ofrecen mejores resultados a largo plazo, en comparación con los métodos en los cuales la intervención se aplica sobre los padres de manera individual (Barlow, 1999). Los programas de crianza de los hijos también pueden ser eficaces para promocionar la salud psicosocial de las madres a corto plazo (Barlow y cols., 2001). Por ejemplo, en un metaanálisis en el cual se combinaron los resultados de 17 programas de crianza, se demostró una mejoría significativa en los niveles de depresión, ansiedad/estrés, autoestima y problemas de relación en comparación con los resultados obtenidos en los grupos control (Barlow y Coren, 2004).

Niños y adolescentes

El colegio influye significativamente en el comportamiento y el desarrollo de todos los niños. El rendimiento escolar bajo y los logros escolares escasos incrementan el riesgo de aparición de problemas sociales y mentales, comportamiento antisocial, delincuencia, trastornos relacionados con sustancias, embarazo en la adolescencia, problemas del comportamiento y participación en delitos. En cambio, los logros escolares están relacionados con un desarrollo social y emocional positivo, incremento en las posibilidades de empleo y de ingresos económicos, y acceso a los recursos sanitarios, sociales y comunitarios (Weare, 2000). Los logros y el apoyo de los adultos fomentan la salud mental y pueden contarrestar una amplia gama de situaciones adversas, como la pobreza, la residencia en un barrio con un elevado nivel de delincuencia, los trastornos relacionados con abuso de sustancias en los padres y conflictos familiares. El colegio representa un medio eficiente para fomentar la salud y el desarrollo académico y emocional de los jóvenes. No existe ningún otro contexto en que sea posible actuar de manera sistemática sobre una proporción tan elevada de niños y adolescentes (Domitrovich y cols., 2006).

Hay tres tipos de programas de promoción de la salud mental que pueden aplicarse en el contexto escolar y que han demostrado ser eficaces para potenciar los mecanismos de resistencia de los niños y los adolescentes.

Programas generales de enseñanza de habilidades

Los programas generales de tipo cognitivo, de resolución de problemas y de enseñanza de habilidades sociales aplicados durante las enseñanzas primaria y secundaria pueden mejorar significativamente la cognición, el conocimiento emocional y las habilidades de resolución de problemas, y reducen los problemas de interiorización y exteriorización, con disminuciones del 50 % en los síntomas depresivos (Greenberg y cols., 2001).

Programas de introducción de cambios en los contextos escolares

Los programas que reestructuran los entornos de los colegios y las aulas para fomentar un comportamiento positivo, así como aquellos en que se estimula la obediencia con una serie de mecanismos de refuerzo, pueden obtener reducciones sostenidas en el comportamiento agresivo (Felner y cols., 1993).

Combinación de ambos enfoques: programas con componentes múltiples

Los programas de prevención y promoción que abordan simultáneamente niveles diferentes, como la modificación del entorno del colegio y la mejora de las capacidades individuales de los estudiantes con implicación de los padres, son más eficaces que los que actúan sólo a un nivel (WHO, 2004b; Domitrovich y cols., 2006). Estos programas deben aplicarse de manera genérica sobre todas las cuestiones escolares y se deben implementar durante más de 1 año (Weare, 2000).

Vida laboral

Los factores de estrés, como el ruido, la sobrecarga laboral, las presiones de tiempo, la realización de tareas repetitivas, los conflictos interpersonales y la inseguridad en el trabajo pueden ser causa de problemas mentales e incrementan el riesgo de aparición de ansiedad, depresión y trastornos mentales relacionados con el estrés (Price y Kompier, 2006). Las estrategias efectivas para mejorar la salud mental en el entorno laboral y prevenir el riesgo de padecimiento de trastornos mentales son las siguientes: intervenciones sobre la labor realizada e intervenciones de tipo técnico (p. ej., enriquecimiento del trabajo, mejoras ergonómicas, reducción del ruido, disminución de la carga laboral); mejora en la claridad del rol y en las relaciones sociales (p. ej., comunicación, resolución de conflictos), e intervenciones que abordan múltiples cambios tanto en lo que se refiere al puesto de trabajo como a los trabajadores (Price y Kompier, 2006). Con independencia de la existencia de una legislación nacional o internacional relativa al entorno psicosocial laboral, en la cual se insiste en la valoración y la gestión de los riesgos, estas estrategias todavía se aplican de manera insuficiente (Schaufeli y Kompier, 2001) y la mayor parte de los programas persigue únicamente la reducción de los problemas cognitivos asociados con los factores de estrés y sus efectos subsiguientes (Murphy, 1996), más que la reducción o eliminación de los factores de estrés en sí mismos. De la misma manera, el deterioro organizativo, la pérdida involuntaria del empleo y el paro laboral a largo plazo causan estrés y alteraciones de la salud mental y general, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conflictos conyugales (Price y cols., 2002). Muchos de estos problemas asociados con la falta de empleo incrementan los costes de los servicios sanitarios y sociales para la sociedad (Vinokur y cols., 1991).

Son varios los programas de intervención desarrollados y evaluados para ayudar a los trabajadores en situación de desempleo a reintroducirse en el mercado laboral. Estos programas combinan la instrucción básica acerca de la búsqueda de empleo con la potenciación de la motivación, las habilidades de superación y el apoyo social hacia las personas que buscan trabajo (Price y cols., 1992). Por ejemplo, el programa *Winning New Jobs* (cuadro 8-3) ha sido evaluado y reproducido en ensayos clínicos de gran envergadura realizados con asignación aleatoria, tanto en Estados Unidos como en Finlandia, y se han demostrado efectos positivos sobre las tasas de recuperación de un puesto de trabajo, la calidad y la remuneración de los empleos conseguidos, el incremento en la capacidad de búsqueda de un trabajo, y la reducción en la depresión y las dificultades (Price y cols., 1992; Price y Vinokur, 1995; Vuori y cols., 2002; Vuori y Silvonnen, 2005).

Cuadro 8-3 *Winning New Jobs Programme: promoción de la recuperación del empleo y salud mental*

El *Winning New Jobs Programme* fue desarrollado en Estados Unidos para ayudar a los trabajadores desempleados a buscar un nuevo trabajo y a superar las múltiples dificultades del desempleo y de la búsqueda de trabajo (Caplan y cols., 1989; Price y cols., 1992; Price y Vinokur, 1995). Los seminarios de medio día que se llevan a cabo a lo

largo de una semana se centran en la identificación de estrategias efectivas de búsqueda de trabajo, la mejora de las habilidades de búsqueda de trabajo por los participantes, el incremento de la autoestima, la confianza y la motivación de los participantes para que persistan en sus actividades de búsqueda de trabajo. Dos formadores aplican el programa a grupos de 12 a 20 personas.

El programa ha sido evaluado en ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria en los cuales han participado miles de trabajadores estadounidenses desempleados. Los resultados han indicado un aumento en la calidad del nuevo trabajo encontrado, un incremento de la autoestima y la disminución de las dificultades psicológicas y los síntomas de depresión, a lo largo de un período de 2 años, especialmente entre las personas con mayor riesgo de depresión (Price y cols., 1992). Además, el programa también ha demostrado una protección de los trabajadores frente a los efectos adversos de la pérdida subsiguiente de trabajo ya que adquieren una sensación importante de control respecto a las dificultades que conlleva la búsqueda de un empleo (Price, 2003).

En estudios de rentabilidad económica se han demostrado unos beneficios económicos tres veces superiores a la inversión, al cabo de 2,5 años, y unos beneficios de más de 10 veces superiores a la inversión al cabo de 5 años (Vinokur y cols., 1991).

Este programa ha sido adoptado en Finlandia con la denominación de Työhön Job Search Programme para abordar las diferencias culturales respecto a la falta de empleo, la duración de la seguridad social y económica, y las políticas laborales respecto al uso de los programas correspondientes al mercado laboral. En un ensayo clínico efectuado con asignación aleatoria y control respecto a la implementación de este programa, en el cual participaron más de 1.000 trabajadores en busca de empleo, al cabo de 6 meses se demostró un incremento en la calidad del nuevo empleo (un efecto más intenso en las personas con riesgo de presentar desempleo a largo plazo) y una reducción en los niveles de dificultades (más intenso en las personas con mayor riesgo de depresión). Las reducciones en los síntomas depresivos y los incrementos en la autoestima se observaron a los 2 años de la implementación del programa. Los participantes que fueron evaluados en los grupos de intervención también señalaron beneficios respecto a una mayor participación en el mercado de trabajo ya que habían conseguido un empleo o habían participado en actividades de formación laboral (Vuori y cols., 2002; Vuori y Silvonen, 2005).

Jubilación y vejez

A lo largo de los próximos 30 años, la proporción de personas mayores de 80 años de edad (como parte de las mayores de 65 años) se incrementará en Europa entre el 22 y el 30 % (WHO, 2002a). Este rápido incremento del envejecimiento de la población conlleva un cambio en las estructuras demográficas de la sociedad y pondrá en primera línea problemas como el aumento en el riesgo de algunas enfermedades mentales (p. ej., la demencia), de enfermedades crónicas relacionadas con la edad y de disminución de la calidad de vida (Levkoff y cols., 1995). Además de la pérdida del nivel de salud y de las capacidades funcionales y cognitivas, los ancianos tienen más posibilidades de experimentar pérdidas individuales en su red de apoyo social (p. ej., por pérdida de familiares o disminución de contactos sociales) y también en su posición personal en la vida (p. ej., jubilación o disminución de los ingresos), por lo que estas personas presentan riesgo de padecimiento de problemas mentales (Reynolds y cols., 2001).

La salud mental de las personas de edad avanzada ha mejorado mediante la aplicación de intervenciones para incrementar la actividad física (Deuster, 1996; Mather y cols., 2002): por ejemplo, mediante la práctica del taichi (Chen y cols., 2001; Li y cols., 2001). En una revisión Cochrane de los programas educativos dirigidos a los pacientes, en los cuales se incluía un componente de instrucción para las personas con artrosis, se identificaron 24 ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control en los cuales se obtuvieron mejoras a corto plazo en lo relativo a la discapacidad y al estado psicológico de los pacientes, incluyendo la depresión (Riemsma y cols., 2002). Las intervenciones de detección temprana aplicadas en el nivel de atención primaria (Burns y cols., 2000; Shapiro y Taylor, 2002) también han demostrado buenos resultados en la mejora de la salud mental de los ancianos con riesgo. Posiblemente, se podría reducir el riesgo de demencia mediante la prevención de los traumatismos craneoencefálicos y la disminución de la presión arterial elevada o de los niveles de colesterol (Cooper, 2002), aunque todavía son necesarios nuevos estudios de investigación en esta área.

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE PADECIMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES

Depresión y ansiedad

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia (WHO, 2003) y, en Europa, la depresión unipolar representa por sí misma la tercera causa de discapacidad, con el 6,1 % de años de vida con ajuste de la discapacidad (DALY, *disability adjusted life years*) en 2002 (Üstun y cols., 2004). Los niños que durante su lactancia e infancia han sufrido cuadros de abuso infantil, los que han perdido a sus padres o han padecido los efectos del divorcio de sus padres y los niños cuyo padre o madre sufre una enfermedad mental tienen una probabilidad hasta el 50 % mayor de presentar problemas escolares, como fracaso escolar, y también de presentar problemas mentales, como depresión y ansiedad (Beardslee y cols., 1998; WHO, 2004c).

Se ha demostrado que las estrategias efectivas, como los programas escolares preventivos dirigidos hacia los niños en riesgo en los cuales se aplican modelos cognitivo-comportamentales (Clarke y cols., 1995), métodos de potenciación de las habilidades vitales para la resolución de problemas (Greenberg y cols., 2001) y métodos de control del estrés (Hains y Ellman, 1994), reducen en más del 50 % los síntomas de ansiedad, según lo observado en una revisión sistemática (Gillham y cols., 2000) y en un metaanálisis de los programas dirigidos hacia la prevención de la depresión (Jané-Llopis y cols., 2003). Sólo en un pequeño número de ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria se ha demostrado que estas medidas son eficaces para reducir el inicio de la ansiedad (Dadds y cols., 1997, 1999) y de los trastornos de depresión (Clarke y cols., 1995, 2001) (cuadro 8-4) en los niños y los adolescentes, con disminuciones globales superiores a las dos terceras partes.

Cuadro 8-4 Prevención de la depresión en los adolescentes con riesgo

El Coping with Stress Course es un programa de prevención que se aplica en grupo y cuyo objetivo es prevenir los episodios de depresión unipolar en los adolescentes de secundaria que muestran un riesgo elevado de depresión. Este programa (Clarke y cols., 1990) se centra durante sus 15 sesiones en la formación de los adolescentes para que sean capaces de identificar y enfrentarse a los pensamientos irracionales y fuertemente negativos, y en enseñarles mecanismos de superación que refuercen su capacidad de resistencia. En un estudio de evaluación participó un total de 150 adolescentes con riesgo de depresión futura, que fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención de prevención cognitiva o a un grupo control de «asistencia habitual» (Clarke y cols., 1995). Al cabo de 12 meses, la incidencia total de los trastornos afectivos en el grupo de intervención era del 14,5 %, mientras que en el grupo control era del 25,7 %, lo que representa una reducción del 43,5 % en el número de nuevos casos de depresión (Clarke y cols., 1995).

Recientemente, esta misma intervención ha sido implementada y evaluada en hijos de 13 a 18 años de edad de hombres y mujeres con depresión (Clarke y cols., 2001). Los binomios joven/progenitor (grupo desmoralizado) fueron incluidos en el estudio en función de si el joven presentaba síntomas depresivos subclínicos o bien si tenía antecedentes de algún episodio de depresión mayor. Los jóvenes desmoralizados fueron asignados aleatoriamente a un grupo de asistencia habitual o bien a un grupo de asistencia habitual más un programa de prevención constituido por 15 sesiones de grupo en las cuales se aplicaron métodos de terapia cognitiva y en las cuales se les enseñó a identificar los patrones de razonamiento negativos y a generar contrapensamientos más realistas y positivos. Se observaron efectos significativos de prevención respecto a los síntomas de depresión señalados por los propios pacientes. El análisis de supervivencia en función del número total de episodios depresivos mayores indicó una ventaja significativa en el grupo experimental (incidencia acumulada de depresión mayor del 9,3%), en comparación con el grupo de asistencia habitual (28,8 %), tras un período medio de seguimiento de 14 meses (Clarke y cols., 2001).

Otras intervenciones que han generado una reducción de los síntomas depresivos en adultos y en ancianos (Jané-Llopis y cols., 2003) son los modelos cognitivo-comportamentales (Allart-van Dam y cols., 2003), las intervenciones domiciliarias aplicadas a las familias en riesgo (Aronen y Kurkela, 1996), las políticas de control del estrés en el puesto de trabajo (Heaney y cols., 1995a, 1995b), las intervenciones de detección y control en la atención primaria (Gilbody, 2004) y la potenciación de las redes comunitarias y de la actividad física en los ancianos (Jané-Llopis y cols., 2006).

Trastornos del comportamiento, intimidación, agresión y violencia

Los trastornos del comportamiento y los trastornos del aprendizaje se asocian con fracaso escolar, accidentes, lesiones, enfermedades físicas, falta de empleo, rendimiento laboral bajo, actividad delictiva, problemas en las relaciones íntimas del adulto, trastornos relacionados con abuso de sustancias y trastornos de ansiedad y depresión (Yoshikawa, 1994). Los costes sociales y económicos de los trastornos del comportamiento y de los comportamientos agresivos y violentos son enormes e incluyen los correspon-

dientes al tratamiento, al sistema judicial, a los servicios sociales, al sistema escolar, a los costes emocionales y económicos que deben afrontar los individuos y las familias (Eddy, 2006).

Los programas efectivos para la mejora del comportamiento de los niños con riesgo de problemas comportamentales que posteriormente manifiestan actitudes de agresión combinan estrategias de control del comportamiento en las clases, potenciación de habilidades sociales e implicación de los padres (Reid y Eddy, 1997). Estos programas pueden reducir a la mitad los comportamientos perturbadores y la agresión, incluyendo la intimidación, los robos y el vandalismo (Olweus, 1991). De la misma manera, los programas dirigidos hacia los niños cuyos padres sufren trastornos relacionados con sustancias pueden reducir los problemas del comportamiento (Eddy, 2006).

Sustancias adictivas

Las sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas) pueden causar intoxicación y lesiones, así como una amplia gama de problemas de salud y otros relacionados con la dependencia (v. cap. 11). En conjunto, en Europa su consumo es la causa de la quinta parte del problema global representado por la enfermedad y el fallecimiento prematuro (tabaco, 12 %; alcohol, 8 %, y drogas, 2 %) (WHO, 2002b). Estas sustancias no sólo causan problemas a las personas que las consumen, sino también a las personas de su entorno, y constituyen una causa importante de desigualdades socioeconómicas en términos de salud. Generan un problema económico de enorme cuantía para la sociedad y reducen de manera importante la productividad económica. Entre el 10 y el 15 % del presupuesto sanitario total se dedica al tratamiento de los problemas asociados con el consumo de sustancias (WHO, 2001). Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias representan en sí mismos una entidad patológica y también pueden acompañar a una amplia gama de trastornos mentales y del comportamiento, incluyendo la depresión y el suicidio (WHO, 1992).

Las opciones eficaces y económicamente rentables para reducir los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son las medidas de tipo ambiental que influyen en los precios, la disponibilidad y el marketing de las propias sustancias (Anderson, 1999; WHO, 2004a). La opción política más efectiva es la aplicación de impuestos, de manera que el incremento del precio del tabaco y el alcohol reduce tanto su consumo como los problemas asociados (Anderson y cols., 2006). En lo que se refiere al alcohol, los resultados sanitarios y sociales directos de las políticas de impuestos son la reducción en la incidencia y prevalencia de la hepatopatía alcohólica, de los accidentes de tráfico y de otras lesiones deliberadas y accidentales, del suicidio, de la violencia familiar y de los impactos negativos asociados sobre la salud mental en relación con las consecuencias atribuidas al consumo de alcohol. Se ha estimado que, en la Unión Europea, el incremento del 25 % en el nivel actual de los impuestos sobre el alcohol permitiría evitar anualmente 656.000 cuadros de discapacidad y de fallecimiento prematuro con un coste administrativo total de 159 millones de libras esterlinas al año (Anderson y Baumberg, 2006; Chisholm y cols., 2004). El aumento en el coste del alcohol provocaría una reducción de las lesiones asocia-

das con los trastornos neuropsiquiátricos, disminuiría los costes asistenciales relacionados con el alcohol e incrementaría los ingresos en las arcas públicas con los impuestos (Babor y cols., 2003).

Los incrementos en los ingresos de los fondos públicos también permitirían su utilización para una promoción adicional de las políticas de salud mental. Los anuncios de prohibición y las restricciones a la disponibilidad de las sustancias también son medidas eficaces (Anderson y cols., 2006). Otras medidas políticas son las intervenciones comunitarias exhaustivas y las realizadas a través de los medios de comunicación. Las limitaciones al consumo de cigarrillos en los lugares públicos y en los puestos de trabajo privados reducen tanto la prevalencia del tabaquismo como el consumo diario medio de cigarrillos entre los fumadores (Fichtenberg y Glantz, 2002). En un análisis econométrico se observó que la prohibición de consumo de cigarrillos en el puesto de trabajo redujo la prevalencia del tabaquismo en un 4-6 % y el consumo diario medio de cigarrillos entre los fumadores en un 10 % (Evans y cols., 1999). La introducción de la prohibición del consumo de cigarrillos en público en una de las jurisdicciones de California provocó una disminución del 40 % en las hospitalizaciones por infarto miocárdico (Sargent y cols., 2004). A pesar de su popularidad, las intervenciones en el sistema escolar han tenido –por desgracia– una efectividad limitada (Babor y cols., 2003). En cambio, las intervenciones realizadas en el nivel de atención primaria son eficaces para reducir los trastornos relacionados con el tabaco y el alcohol, además de que son las intervenciones sanitarias de mayor rentabilidad económica (Anderson y cols., 2006).

Prevención del suicidio

Los factores de riesgo más importantes para el suicidio son el padecimiento de trastornos psiquiátricos (fundamentalmente, depresión, dependencia del alcohol y esquizofrenia), los factores estresantes sociales anteriores o recientes (p. ej., dificultades en la infancia, abuso sexual o físico, falta de empleo, aislamiento social y problemas económicos graves), los casos de suicidio entre familiares, amigos o compañeros, la escasa accesibilidad a la ayuda psicológica y el acceso a los medios para cometer suicidio (Wasserman, 2001).

Entre los jóvenes, la educación respecto al suicidio en el contexto escolar ha dado resultados contradictorios y, en general, no ha creado ningún impacto positivo sobre los comportamientos suicidas (Wasserman, 2001). Aunque en algunos estudios se han demostrado cambios en las actitudes y en los intentos de suicidio notificados (Hosman y cols., 2006b), en otros se ha señalado que la educación escolar respecto al suicidio realmente puede incrementar el número de estudiantes que consideran el suicidio como una posible solución a sus problemas (Shaffer y cols., 1990). Estos resultados contradictorios han llevado a la conclusión de que los programas escolares deben desarrollarse según la base científica y no deben ser implementados mediante iniciativas entusiastas de personas ajenas al contexto profesional (Wasserman y Narboni, 2001). Una estrategia llevada a cabo en Estados Unidos que ha sido efectiva para la prevención del suicidio entre los adolescentes es un abordaje escolar con componentes múltiples, entre los cuales están una política escolar de prevención del suicidio, la formación y orientación de los profesores, la educación de los padres, los métodos

de control del estrés y los currículos de habilidades vitales para los estudiantes, junto con el establecimiento de un equipo de crisis en cada colegio (Zenere y Lazarus, 1997). En una revisión sistemática publicada recientemente respecto a la evidencia en el contexto de la prevención del suicidio se señala que, en la población escolar general, suelen ser eficaces los programas de prevención del suicidio basados en los cambios de comportamiento y en las estrategias de superación (WHO, 2004d). Los métodos de formación en habilidades y de apoyo social dirigidos hacia los adolescentes de riesgo alto han generado reducciones en los factores de riesgo e incrementos en los factores protectores (WHO, 2004d).

Algunas de las estrategias más efectivas para la prevención del suicidio entre los adultos son la prescripción de antidepresivos a los pacientes con depresión (WHO, 2004d) y la reducción del acceso a los medios para cometer el suicidio (Mann y cols., 2005; Hosman y cols., 2006b). La eliminación de los métodos para cometer el suicidio ha dado resultados evidentes y espectaculares, e incluye estrategias para la eliminación de las posibilidades de intoxicación con el gas doméstico y con los gases de los tubos de escape, las medidas de seguridad en los edificios altos y en los puentes, la limitación de las cantidades de medicamentos que no requieren receta y de la prescripción de los fármacos especialmente tóxicos, y la limitación en el acceso a los pesticidas (Gunnell y Frankel, 1994; Wasserman, 2001). La OMS ha propuesto la reducción en el acceso a los medios de suicidio como una estrategia esencial de su modelo «humano-ecológico» para la prevención del suicidio (WHO, 1998).

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU POSIBLE IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL

Los ajustes en la legislación, la implementación política y la asignación de recursos en múltiples sectores pueden tener ventajas sustanciales en lo que se refiere a la salud mental de los ciudadanos europeos. En este apartado se revisan las consecuencias que pueden tener las políticas públicas competentes e integradas respecto a la mejora de la salud mental y la disminución del riesgo de padecimiento de trastornos mentales.

Reducción de la inseguridad económica

La inseguridad económica altera la salud mental ya que los factores determinantes principales de los trastornos mentales son los ingresos económicos, la educación y el empleo (Morris y cols., 2000; The Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001). Los niveles absolutos de ingresos determinan las alteraciones de la salud mental asociadas con la pobreza (Patel, 2005), mientras que las diferencias relativas en los ingresos (con independencia de la clase social) están relacionadas con un gradiente en el nivel de salud mental que afecta a todos los escalones de la jerarquía social. La inseguridad económica influye en la salud mental de las personas de cualquier edad y los grupos de menor nivel socio-económico muestran una incidencia mayor de partos prematuros y recién nacidos con peso bajo al nacer, depresión y trastornos relacionados con consumo de sustancias por par-

te de los adultos (Barker, 1998; Van de Mheen y cols., 1998; Bradshaw, 2000; Patel y Kleinman, 2003). Cuanto más tiempo viven las personas bajo circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor sufrimiento mental padecen y menores son las posibilidades de que puedan disfrutar de un nivel de salud mental adecuado cuando envejecen. La distribución de los ingresos no sólo es importante en lo que se refiere a la salud mental, sino también respecto a la cohesión social. Las sociedades con grandes desigualdades en los ingresos económicos también tienden a presentar mayores niveles de delitos violentos y menores niveles de cohesión social (Hsieh y Pugh, 1993), lo que también aumenta el riesgo de problemas mentales (v. el apartado siguiente).

El curso vital incluye una serie de transiciones críticas: los cambios emocionales y materiales de la primera infancia, el paso de la educación primaria a la secundaria, el inicio de la vida laboral, el abandono del hogar y la creación de una familia, los cambios de trabajo y el afrontamiento de las posibles situaciones de desempleo, y, finalmente, la jubilación. Cada una de estas fases puede influir sobre la salud mental al empujar a las personas hacia un camino más o menos adecuado. Dado que las personas que han conocido las situaciones de desventaja en el pasado presentan mayor riesgo en cada transición subsiguiente, las políticas de bienestar no sólo deben ofrecer redes de seguridad, sino también un trampolín para la anulación de cualquier desventaja previa (Bartley y cols., 1997). Las políticas dirigidas hacia el bienestar de las familias, como los intentos de aliviar las penurias económicas o de ofrecer acceso al cuidado de los niños, pueden generar una mejora global en la salud física y mental de los niños y los futuros adultos (WHO, 2004b, 2004c).

Mejora de la cohesión social a través de políticas sociales y apoyo social

Las redes sociales y los sistemas de apoyo social mejoran la salud mental, incrementan la cohesión social y aumentan la seguridad en las comunidades (House y cols., 1988). La cohesión social, definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas y respeto en las comunidades o en toda la sociedad, protege a las personas y su salud mental. En cambio, la falta de cohesión social altera la salud mental (Kawachi y Berkman, 2003).

El apoyo social y la pertenencia a una red social de comunicación y de apoyo mutuo ofrecen valor y estima a las personas, y proporcionan recursos de carácter emocional y práctico (WHO, 2004b) que les pueden proteger frente a los trastornos mentales (WHO, 2004c). Asimismo, las personas que reciben menores niveles de apoyo social y emocional por parte de los demás tienen más posibilidades de experimentar un bienestar inferior, mayores niveles de depresión, un riesgo más elevado de complicaciones durante el embarazo y mayor incidencia de discapacidad por enfermedades crónicas (Oxman y cols., 1992); la desestructuración de las relaciones sociales también reduce la confianza e incrementa los niveles de violencia (Raudenbush y Earls, 1997).

La exclusión social puede ser la causa y el resultado de los trastornos sociales. Las personas en paro, las pertenecientes a numerosos grupos étnicos minoritarios, las discapa-

citadas, las que residen o han residido en instituciones como cárceles, hogares infantiles u hospitales psiquiátricos, los refugiados y las personas sin hogar muestran un riesgo especialmente elevado a causa de la exclusión social y de los problemas psiquiátricos asociados (WHO, 2004c). El racismo, la discriminación y la estigmatización también conducen a la exclusión social. Por su parte, la exclusión social incrementa el riesgo de divorcio y separación, discapacidad, enfermedad, cuadros de adicción y aislamiento social, y viceversa, en lo que constituye un círculo vicioso que intensifica aún más las dificultades a las cuales deben enfrentarse las personas (Townsend y Gordon, 2002).

Las políticas gubernamentales integradas que fomentan la cohesión social con el desarrollo y la potenciación de las redes sociales y de la capacitación personal, así como con la reducción de las desigualdades materiales, también contribuyen a la promoción de la salud mental y a la reducción de las cifras de fallecimiento prematuro y discapacidad relacionados con la enfermedad mental (WHO, 2004b; Patel, 2005).

Ampliación del acceso a la educación

Los niveles educativos se asocian con un gradiente respecto a la enfermedad mental similar al existente en relación con los ingresos económicos (WHO, 2004b). La falta de educación limita la capacidad del individuo para acceder a sus derechos económicos. El incremento de la educación potencia las competencias cognitivo-emocionales e intelectuales, así como las perspectivas de empleo, y reduce las desigualdades sociales y el riesgo de padecimiento de trastornos mentales, como la depresión (Kuh y Ben-Shlomo, 1997). Los niños criados en entornos con limitaciones del aprendizaje o que acuden al colegio con síntomas de depresión obtienen un beneficio menor en el nivel educativo primario de manera que este comienzo anómalo de su educación puede reducir sus logros futuros y asociarse con una tasa mayor de fracaso escolar en los años posteriores (Hertzman y Wiens, 1996).

El acceso a la educación preescolar puede eliminar el vínculo entre la privación y la enfermedad mental. Por ejemplo, tal y como se describe en el cuadro 8-5, en un ensayo clínico efectuado con asignación aleatoria y control sobre el aprendizaje preescolar activo por parte de niños procedentes de contextos de pobreza, en combinación con un programa de visitas domiciliarias, demostró una mejora del desarrollo cognitivo y los logros educativos, con una reducción de los problemas de comportamiento y de carácter delictivo durante los primeros años de la edad adulta; además, en este estudio se demostró que las medidas aplicadas tuvieron una elevada rentabilidad económica a lo largo del tiempo (Schweinhart y Weikart, 1998).

Cuadro 8-5 Efectos a largo plazo de la educación preescolar en los niños en riesgo

Uno de los estudios realizados con control cuyos resultados han sido más convincentes respecto a los efectos beneficiosos a largo plazo de la intervención preescolar en los niños que viven en situación de pobreza es el High/Scope Perry Preschool Project (Schweinhart y Weikart, 1998; Schweinhart, 2000). Aplicado sobre niños de 3-4 años de

edad y origen afroamericano procedentes de entornos de pobreza y con riesgo, el programa combina una intervención preescolar de medio día con aplicación de un currículo de enseñanzas apropiado para el nivel de desarrollo de los niños, junto con visitas domiciliarias semanales. A corto plazo, los niños de los grupos de intervención presentaron una mejora en su desarrollo cognitivo, disminución en los niveles de discapacidad del aprendizaje, incremento de los logros escolares, mejora del ajuste social y disminución del fracaso escolar durante la enseñanza secundaria. Cuando el seguimiento se realizó hasta los 27 años de edad, los adultos jóvenes mostraron un incremento de la competencia social, una reducción del 40 % en el número de detenciones de carácter policial a lo largo de su vida, un incremento del 40 % en las tasas de alfabetización y empleo, una reducción de la dependencia de los sistemas de bienestar y una mejora de la responsabilidad social (Schweinhart y Weikart, 1998). Los costes de 1.000 dólares estadounidenses por cada niño se recuperaron con el beneficio conseguido por el programa, que se estimó en más de 7.000-8.000 dólares estadounidenses por cada niño (Barnett, 1993), debido a la disminución de los costes de escolarización, el incremento del pago de impuestos por estas personas a consecuencia de sus ingresos económicos mayores, la reducción de los costes para los sistemas de bienestar, la disminución de los costes del sistema judicial y la reducción de los costes relacionados con las víctimas de los delitos (Schweinhart y Weikart, 1998).

Implementación de políticas laborales para el fomento de la salud

Las políticas laborales también pueden influir en la salud mental. Tanto la cantidad como la calidad del trabajo desempeñado influyen de manera intensa sobre los factores relacionados con la salud mental, incluyendo los ingresos económicos, las redes sociales y la autoestima. En cambio, la falta de empleo pone en riesgo la salud mental debido a sus consecuencias psicológicas y económicas, con un incremento en la incidencia de depresión y ansiedad (Price y Kompier, 2006). El riesgo es mayor en las regiones en que el desempleo es generalizado (Bethune, 1997). Dado que los trabajos poco satisfactorios e inseguros pueden ser tan peligrosos como el desempleo, el simple hecho de tener trabajo no siempre es un factor de protección frente a la enfermedad mental: la calidad del trabajo también es importante. Respecto a las personas que tienen trabajo, hay una asociación clara entre el grado de empleo y la enfermedad mental, incluyendo la incidencia de bajas por enfermedad (Burchell, 1994).

El control por parte del gobierno de una economía que reduce los altibajos de los ciclos de negocio puede mejorar la seguridad en el trabajo y reducir el desempleo. Para los trabajadores desempleados, las coberturas adecuadas del desempleo pueden provocar un efecto protector sobre la salud mental. Se han diseñado diversas políticas laborales que pueden aplicarse en las épocas de dificultades económicas con objeto de reducir el riesgo de desempleo o de destrucción de los puestos de trabajo, incluyendo los trabajos compartidos, las políticas de seguridad laboral, los recortes en las nóminas y en las horas trabajadas, entre otras (Bartley y Plewis, 2002). Para equiparar el número de personas con el trabajo existente, son importantes los estándares educativos elevados y los programas adecuados de formación continuada.

Mejora de la vivienda y promoción de una planificación urbana saludable

El hogar es el entorno físico en que las personas pasan la mayor parte de su tiempo de manera que debería facilitar una salud mental positiva (Shaw y cols., 1999). Las condiciones inadecuadas de la vivienda están relacionadas con las alteraciones de la salud mental y conllevan el riesgo de aparición de trastornos mentales (Thomson y Petticrew, 2005). Las intervenciones para mejorar las condiciones de la vivienda también mejoran la salud mental y ejercen un efecto positivo sobre factores sociales más genéricos, como la seguridad, los delitos y la participación social y comunitaria (Raudenbush y Earls, 1997). Las intervenciones para la mejora de la vivienda son las generadas por las necesidades de salud y la reubicación o regeneración comunitaria y las dirigidas hacia la mejora de la eficiencia energética, como las referidas a los sistemas de calefacción (Thomson y cols., 2001). En una revisión sistemática de los efectos causados sobre la salud por la mejora de la vivienda se han demostrado avances en la salud física y mental señalados por las propias personas, impactos sociales genéricos sobre parámetros sociales, como la percepción de seguridad, reducción de los delitos e incremento de la participación social y comunitaria (Thomson y cols., 2001).

De la misma manera, las ciudades también pueden influir de manera directa sobre la salud mental. El diseño de las ciudades, las estrategias de zonificación, la disminución de los niveles de ruido y las instalaciones públicas pueden reducir el estrés, los problemas sociales y la violencia (WHO, 1999). Los barrios socialmente marginados y desintegrados contribuyen al estrés y la frustración de las personas, e inhiben el desarrollo de las redes de apoyo. En los contextos urbanos, las políticas de transporte que fomentan la bicicleta, el paseo y el transporte público estimulan la actividad física, reducen los accidentes mortales, incrementan el contacto social y estimulan la interacción social en las calles (McCarthy, 1999; WHO, 1999). Las áreas recreativas, las calles seguras y el acceso al transporte público y a las instalaciones y servicios públicos básicos son recursos esenciales para una comunidad sana y segura que mantiene redes sociales sólidas de manera que son elementos que deben mantenerse y mejorarse (Social Exclusion Unit, 2003).

La promoción de una gestión eficiente del transporte mediante una política adecuada de precios de éste en el interior de la ciudad, la integración del transporte público, los esquemas de vehículos prioritarios, la reducción de la velocidad del tráfico, las prohibiciones de tráfico en áreas peatonales y los controles de aparcamiento son medidas que pueden reducir la polución del aire, la congestión ciudadana, el ruido y los accidentes (Fletcher y McMichael, 1996; WHO, 1999; Dora y Phillips, 2000). Los entornos urbanos bien planificados, con separación entre los ciclistas y peatones, por un lado, y el tráfico de vehículos, por el otro, incrementan la seguridad de las personas que usan la bicicleta y de las que caminan. Los diseños de la vivienda y la ciudad deben buscar soluciones para contrarrestar los sentimientos de soledad y para reforzar las redes sociales (Kawachi y Berkman, 2003), y fomentar así la actividad física diaria, así como ofrecer soluciones a los grupos con necesidades especiales, como los discapacitados y los ancianos.

PODEMOS CONSEGUIRLO

Abordaje integrado de las políticas de promoción de la salud mental

La salud mental y los trastornos mentales pueden ser el resultado de una serie de acciones combinadas por parte de la sociedad. Aunque muchos de los problemas clave de la salud mental se deben a factores de riesgo, como el abuso de sustancias o el abuso de los niños, las causas principales de la enfermedad mental son la pobreza y la privación socioeconómica. Es importante destacar el hecho de que para un mismo nivel de ingresos económicos, las sociedades con menores niveles de desigualdad económica tienden a presentar más cohesión social, menos delitos y tasas menores de fallecimiento a consecuencia de los trastornos mentales (Marmot y Wilkinson, 1999). La implicación de todo ello es que la aplicación de políticas económicas adecuadas, el fomento del apoyo social y la potenciación de las relaciones sociales pueden contribuir de manera importante a la salud mental. Las iniciativas políticas, tanto por parte del sector sanitario como por parte de otros sectores, pueden generar una mejora significativa en la salud mental comunitaria, lo que, a su vez, exige un abordaje integrado e intersectorial al desarrollo de la salud mental.

Durante la European Ministerial Conference on Mental Health de la OMS, que se celebró en Helsinki en enero de 2005, los gobiernos de la región europea de la OMS firmaron la Declaración (WHO, 2005a) y el Plan de acción (WHO, 2005b) de la OMS relativos a la salud mental. Los componentes de prevención y promoción del Plan de acción, junto con una iniciativa actual recogida en el Libro verde sobre la salud mental de la Comisión Europea (Green Paper for mental health; EC, 2005a), además del proceso de consulta aplicado en todos los miembros de la Unión Europea, establecieron un marco para el desarrollo de planes de acción nacionales globales que incluían medidas de prevención y promoción en salud mental. Estas recomendaciones genéricas para la búsqueda de soluciones han sido ampliadas y traducidas en acciones específicas que quedan recogidas en la publicación *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe* (Jané-Llopis y Anderson, 2005), en la que se identifican las opciones basadas en la evidencia para la acción en 10 áreas distintas.

No obstante, además del uso de la evidencia para informar y guiar las decisiones en lo relativo a la implementación, el método de implementación tiene en sí mismo tanta importancia como los programas y políticas que se implementarán. Hay varios principios que garantizan una implementación de alta calidad y que deben ser considerados desde el principio en los procesos de toma de decisiones políticas y de implementación. Además, es clave la aplicación de sistemas de control y de medidas de evaluación de la implementación con objeto de divulgar las prácticas efectivas y conocer el impacto de las acciones implementadas. Algunos de estos determinantes relativos a la implementación efectiva y sostenida se recogen en el cuadro 8-6, mientras que en los apartados siguientes se abordan las cuestiones relativas a la generación de capacidad y a la participación de todas las partes implicadas.

Cuadro 8-6 Determinantes principales para la implementación y la sostenibilidad efectivas

Fomento y apoyo de la toma de decisiones basada en la evidencia respecto a la implementación

Amplía la base de conocimientos respecto a la salud mental, mediante el desarrollo y el mantenimiento de sistemas de información que generan, controlan y elaboran el conocimiento existente acerca de los factores de riesgo y de protección, del nivel de salud mental de la población, de la disponibilidad de medios de prevención y de la promoción de ciertas intervenciones relevantes respecto a la salud mental, incluyendo el desarrollo de estrategias para eliminar las lagunas en la evidencia y los nuevos planteamientos para abordar las dificultades sociales con un apoyo sostenido a las medidas de control y notificación.

Implementación de calidad alta de los programas

Apoya la capacidad de generación mediante la formación del personal y del desarrollo de las habilidades necesarias, con supervisión y apoyo organizativos, garantizando los recursos adecuados, las infraestructuras y los instrumentos de control para la implementación, y el desarrollo de directrices para una implementación de alta calidad con participación de las partes más relevantes, incluyendo la de otros sectores importantes con el establecimiento de alianzas.

Apoyo a la evaluación, generación y mejora del conocimiento

Desarrolla y utiliza indicadores apropiados para la salud mental, sus determinantes y los resultados de las intervenciones de prevención y promoción, con un proceso de apoyo y evaluación de los resultados de todas las intervenciones implementadas y de su rentabilidad económica; evalúa el impacto de las políticas sobre salud mental; estimula la revisión y mejora de los programas y políticas en función de los conocimientos generados, y garantiza que la información generada es divulgada y utilizada de manera apropiada.

De Jané-Llopis y Anderson (2005); Barry y cols. (2005); Herrman y Jané-Llopis (2005).

Generación de capacidad e implementación de sistemas de apoyo

El desarrollo de políticas efectivas para la salud mental y de un enfoque integrado para la acción debe estar apoyado por su conocimiento y adopción por parte de los distintos países y comunidades, por su adaptación y diseño a todas las zonas y culturas, por su implementación efectiva, por la evaluación y monitorización de su implementación y resultados, y por la sostenibilidad de las prácticas efectivas aplicadas a niveles local y nacional (WHO, 2004c).

Con objeto de cubrir estos requerimientos, las políticas nacionales deben estar basadas en el establecimiento de alianzas entre las partes más relevantes, los elementos de promoción de la generación de capacidad y de formación para la obtención de experiencia, y el desarrollo de recursos e infraestructuras que faciliten el establecimiento de políticas, el desarrollo e implementación de programas, y la provisión de servicios preventivos (WHO, 2004e; Jané-Llopis y Anderson, 2005).

Un ejemplo de participación de las partes implicadas

La movilización de las partes implicadas puede llevarse a cabo en cada país concreto y a nivel europeo. Un ejemplo de iniciativa para el desarrollo de la promoción de la salud mental es la IMHPA Network, la red europea para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales (www.imhpa.net). Cofinanciada por la Comisión Europea, en esta red participan 29 países europeos y diversas organizaciones europeas y redes relacionadas. Para la divulgación e implementación de los programas, y para el fomento de las alianzas y las iniciativas a nivel nacional, las redes IMHPA en cada país están estableciendo grupos o comités de expertos con participación de los diferentes actores en lo relativo a la salud mental, con distintos niveles profesionales. El objetivo de estos grupos de cada país es el intercambio de información sobre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales con objeto de cooperar y fomentar el desarrollo en esta área. Una de las iniciativas llevadas a cabo por estas alianzas es un programa para conocer la capacidad existente en promoción de la salud mental y en prevención de los trastornos mentales a niveles nacionales y regionales. Los grupos de expertos de cada país han obtenido una información sistemática de las infraestructuras disponibles, las políticas y los recursos para la prevención, y la promoción de la salud mental (www.imhpa.net/infrastructures-database). Por ejemplo, la información incluye la disponibilidad de políticas de salud mental, el diseño de programas formativos dirigidos a los profesionales, la identificación de las partes implicadas con mayor relevancia y la evaluación de las iniciativas en los distintos países. Toda la información ha sido recogida en la publicación *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across European Member States: A Collection of Country Stories* (EC, 2005b). Esta información es útil para incrementar la toma de conciencia acerca de las estructuras existentes de manera que sea posible coordinar las iniciativas y superar las barreras para el buen resultado en el desarrollo y la implementación de medidas de promoción de la salud mental (Jané-Llopis, 2005).

CONCLUSIONES

La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales han demostrado mejorar la salud y los desarrollos social y económico (WHO, 2004b, 2004c). Un marco político integrado que incluya la prevención y la promoción en el ámbito de la salud mental, dentro y fuera del sector sanitario, puede reducir de manera eficiente el problema de la salud mental y también puede mejorar la salud mental de todas las personas.

Para el desarrollo y la implementación de una política de salud mental, es clave tener en cuenta los niveles de evidencia respecto a la efectividad, la idoneidad y aceptabilidad culturales de las prácticas en las distintas áreas de implementación, los aspectos económicos y de personal, los requerimientos técnicos y de infraestructuras, así como efectuar una estimación de los posibles beneficios globales para su aplicación eficiente y a gran escala. Las barreras existentes a la implementación de programas efectivos, especialmente en los países con recursos escasos, exige la aplicación de iniciativas colectivas por parte de todas las organizaciones y sectores profesionales con responsabilidad en el campo de la salud mental (WHO, 2002c), de manera que el trabajo conjunto permita los avances a nivel nacional y a nivel europeo.

BIBLIOGRAFÍA

- Allart-van Dam E, Hosman C, Hoogduin C, Schaap C. Short term and mediating results of the Coping with Depression course as indicated prevention: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2003; 34: 381-396.
- Anderson P. Tobacco, Alcohol and Illicit Drugs: The Evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Paris: International Union for Health Promotion and Education, 1999.
- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Report for the European Commission. Londres: Institute of Alcohol Studies, 2006.
- Anderson P, Biglan A, Holder H. Preventing the harm done by substances. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention, *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1996; 35 (12): 1.665-1.672.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K y cols. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Barker DJP. *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1998.
- Barlow J. *Systematic Review of the Effectiveness of Parent Training Programmes in Improving Behaviour Problems in Children Aged 3-10 Years*. Oxford: Health Services Research Unit, University of Oxford, 1999.
- Barlow J, Coren E. Parent training programmes for improving maternal psychosocial health (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3. Chichester: Wiley, 2004.
- Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. *Systematic Review of the Effectiveness of Parenting Programmes in Improving Maternal Psychosocial Health*. Oxford: Health Services Research Unit, University of Oxford, 2001.
- Barnett WS. Benefit-cost analysis of preschool education: findings from a 25-year follow-up. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63 (4): 500-508.
- Barry M, Domitrovich C, Lara MA. The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion and Education* 2005; Supl 2: 30-36.
- Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *Int J Epidemiol* 2002; 3 (2): 336-341.
- Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ* 1997; 314: 1.194-1.196.
- Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1998; 37 (11): 1.134-1.141.
- Bethune A. Unemployment and mortality. En: Drever F, Whitehead M, eds. *Health Inequalities*. London: HMSO, 1997.
- Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. En: Gordon D, Townsend P, eds. *Breadline Europe: The Measurement of Poverty*. Bristol: The Policy Press, 2000.
- Brown H, Sturgeon S. Healthy start of life and reducing early risks. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Burchell B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. En: Gallie D, Marsh C, Vogler C, eds. *Social Change and the Experience of Unemployment*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (1): 8-13.
- Caplan RD, Vinokur AD, Price RH, Van Ryn M. Job seeking, reemployment, and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. *J Appl Psychol* 1989; 74 (5): 759-769.
- Chen KM, Snyder M, Krichbaum K. Tai chi and well-being of Taiwanese community-dwelling elders. *Clin Gerontologist* 2001; 24 (3-4): 137-156.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol* 2004; 65 (6): 782-793.
- Clarke GN, Lewinsohn PM, Hops P. *Instructor's Manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene: Castalia Press, 1990.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high-school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1995; 34 (3): 312-321.

- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W y cols. A randomized trail of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (12): 1.127-1.134.
- Cooper B. Thinking preventively about dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17 (10): 895-906.
- Coren E, Barlow J. Individual and parenting-based programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: Wiley, 1999.
- Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65 (4): 627-635.
- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67 (1): 145-150.
- Detels R, McEwan J, Beaglehole R, Tanaka H. *Oxford Textbook of Public Health*, 4.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Deuster P. Exercise in the prevention and treatment of chronic disorders. *Women's Health Issues* 1996; 6 (6): 320-331.
- Domitrovich C, Weare K, Greenberg M, Elias M, Weissberg R. Schools as a context for the prevention of mental health disorders and promotion of mental health. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Dora C, Phillips M, eds. *Transport, Environment and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
- EC. *Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Luxemburgo: European Communities, 2005a.
- EC. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention across European Member States: A Collection of Country Stories*. Luxemburgo: European Communities, 2005b.
- Eddy M. The prevention of conduct disorders, violence and aggression. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T. Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birthweight children at 11 years of age. *Arch Dis Child* 2002; 87 (2): 128-132.
- Evans WN, Farrelly MC, Montgomery E. Do workplace smoking bans reduce smoking? *Am Econ Rev* 1999; 89 (4): 728-747.
- Felner RD, Brand S, Adan AM, Mulhall PF. Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prev Hum Serv* 1993; 10: 103-136.
- Fichtenberg C, Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: a systematic review. *BMJ* 2002; 325: 188-194.
- Fletcher T, McMichael AJ, eds. *Health at the Crossroads: Transport Policy and Urban Health*. Nueva York: Wiley, 1996.
- Gilbody S. What is the Evidence on Effectiveness of Capacity Building of Primary Health Care Professionals in the Detection, Management and Outcome of Depression? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), World Health Organization, 2004.
- Gillham JE, Shatte AJ, Freres DR. Preventing depression: a review of cognitive-behavioural and family interventions. *Appl Prev Psychol* 2000; 9: 63-88.
- Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prev Treat* 2001; 4.
- Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308: 1.227-1.233.
- Hains AA, Ellman SW. Stress inoculation training as a preventive intervention for high school youths. *J Cogn Psychother* 1994; 8 (3): 219-232.
- Heaney CA, Price RH, Rafferty J. The Caregiver Support Program: an intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. En: Murphy LR, Hurrell JJ, Sauter SL, Keita GP, eds. *Job Stress Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, 1995a.
- Heaney CA, Price RH, Rafferty J. Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *J Organ Behav* 1995b; 16: 335-352.
- Herrman H, Jané-Llopis E. Mental health promotion in public health. *Prom Educ* 2005; Supl 2: 42-47.
- Herrman H, Moodie R, Saxena S, eds. *Promoting Mental Health: Concepts, Evidence, Practice*. Ginebra: World Health Organization, 2005.
- Hertzman C, Wiens M. Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Soc Sci Med* 1996; 43 (7): 1.083-1.095.

- Hosman C, Jané-Llopis E. Political challenges 2: mental health. En: *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. Bruselas: ECSC-EEC, 1999.
- Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006a.
- Hosman C, Wasserman D, Bertolotte J. Prevention of suicide. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006b.
- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540-545.
- Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Crim Justice Rev* 1993; 18 (22): 182-202.
- Institute of Medicine. *Clearing the Smoke*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- Jané-Llopis E. From evidence to practice: mental health promotion effectiveness. *Prom Educ* 2005; Supl 1: 21-27.
- Jané-Llopis E, Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nimega: Radboud University Nijmegen, 2005.
- Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 384-397.
- Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V, eds. *Evidence of mental health promotion effectiveness*. *Prom Educ* 2005; Supl 2.
- Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V. Prevention of depression. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Kazdin A. Adolescent mental health: prevention and treatment programs. *Am Psychologist* 1993; 48 (2): 127-141.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Levkoff S, MacArthur I, Bucknall J. Elderly mental health in the developing world. *Soc Sci Med* 1995; 41 (7): 983-1003.
- Li F, Duncan TE, Duncan SC, McAuley E, Chaumeton NR, Harmer P. Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through tai chi exercise: a latent growth curve analysis. *Struct Equat Mod* 2001; 8 (1): 53-83.
- Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A y cols. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294 (16): 2.064-2.074.
- Mather AS, Rodríguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo MET. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002; 180 (5): 411-415.
- McCarthy M. Transport and health. En: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Morris JN, Donkin AJM, Wonderling D, Wilkinson P, Dowler EA. A minimum income for healthy living. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54 (12): 885-889.
- Mrazek P, Haggerty R, eds. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
- Muñoz RF. Preventing major depression by promoting emotion regulation: a conceptual framework and some practical tools. *Int J Ment Health Prom* 1998; 1 (1): 23-33.
- Murphy LR. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Prom* 1996; 11 (2): 112-135.
- Murray C, López A. *The Global Burden of Disease*. Harvard: Harvard University Press, 1996.
- Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport Programme Committee on Socioeconomic Inequalities in Health (SEG-II). *Reducing Socioeconomic Inequalities in Health*. La Haya: Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.
- Olds D. The Prenatal/Early Infancy Project: a strategy for responding to the needs of high-risk mothers and their children. *Prev Hum Serv* 1989; 7: 59-87.
- Olds D. The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. En: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary Prevention Works*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
- Olds DL, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D y cols. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280 (8): 1.238-1.244.
- Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prev Sci* 2002; 3 (3): 153-172.

- Olweus D. Bully/victim problems among schoolchildren: basic facts and effects of a school based intervention program. En: Pepler D, Rubin K, eds. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1991.
- Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH Jr, Barrett J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135 (4): 356-368.
- Patel V. Poverty, gender and mental health promotion in a global society, *Prom Educ* 2005; Supl 2. Disponible en: www.ihpe.org.
- Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (8): 609-615.
- Price R, Kompier M. Work stress and unemployment: risks, mechanisms, and prevention. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Price RH. Understanding and improving the mental health of populations. En: House JS, Kahn RL, Juster FT, Schuman H, Singer E, eds. *Telescope on Society: Survey Research and Social Science at the University of Michigan and Beyond*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 2003.
- Price RH, Vinokur AD. Supporting career transitions in a time of organizational downsizing: the Michigan JOBS Program. En: London M, ed. *Employees, Careers, and Job Creation: Developing Growth-oriented Human Resource Strategies and Programs*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1995.
- Price R, Van Ryn M, Vinokur A. Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *J Health Soc Behav* 1992, 33 (junio): 158-167.
- Price RH, Choi JN, Vinokur A. Links in the chain of adversity following job loss: how economic hardship and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. *J Occup Health Psychol* 2002; 7 (4): 302-312.
- Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277: 918-924.
- Reid JB, Eddy JM. The prevention of antisocial behavior: some considerations in the search for effective interventions. En: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of Antisocial Behavior*. Nueva York: Wiley, 1997.
- Reynolds CF, Alexopoulos GS, Katz IR, Lebowitz BD. Chronic depression in the elderly: approaches for prevention. *Drugs Aging* 2001; 18 (7): 507-514.
- Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
- Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004; 328: 977-983.
- Schaufeli W, Kompier M. Managing job stress in the Netherlands. *Int J Stress Manage* 2001; 8 (1): 15-34.
- Schweinhart LJ. The High/Scope Perry preschool study: a case study in random assignment. *Eval Res Educ* 2000; 14 (3-4): 136-147.
- Schweinhart LJ, Weikart DP. High/Scope Perry preschool program effects at age twenty-seven. En: Crane J, ed. *Social Programs that Work*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1998.
- Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P. Preventing teenage suicide: a critical review. En: Chess S, Hertzog ME, eds. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1990.
- Shapiro A, Taylor M. Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *The Gerontologist* 2002; 42 (3): 334-341.
- Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environ Plann* 1999; 31 (12): 2.239-2.248.
- Social Exclusion Unit. *Making the Connections: Transport and Social Exclusion*. Londres: Office of the Deputy Prime Minister, 2003.
- Stewart-Brown SL, Fletcher L, Wadsworth MEJ. Parent-child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies. *Eur J Publ Health* 2005; 15 (6): 640-646.
- Thomson H, Petticrew M. *Is Housing Improvement a Potential Health Improvement Strategy?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2005.
- Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Housing interventions and health – a systematic review. *BMJ* 2001; 323: 187-190.
- Townsend P, Gordon D. *World Poverty: New Policies to Defeat an Old Enemy*. Bristol: The Policy Press, 2002.
- Tuthill DP, Stewart JH, Coles EC, Andrews J, Cartledge PH. Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13 (3): 245-253.

- Unicef. State of the World's Children 2001: Early Childhood. Nueva York: Unicef, 2001.
- Üstun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-392.
- Van de Mheen H, Stronks K, Looman CW, Mackenbach JP. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52 (1): 15-19.
- Vinokur A, Van Ryn M, Gramlich E, Price R. Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the jobs program: a preventive intervention for the unemployed. *J Appl Psychol* 1991; 76 (2): 213-219.
- Vuori J, Silvonon J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at two-year follow-up. *J Occup Organ Psychol* 2005; 78 (1): 43-52.
- Vuori J, Silvonon J, Vinokur A, Price R. The Tyohon Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *J Occup Health Psychol* 2002; 7 (1): 5-19.
- Wasserman D, ed. Suicide, an Unnecessary Death. Londres: Martin Dunitz, 2001.
- Wasserman D, Narboni V. Examples of suicide prevention: programmes in schools. En: Wasserman D, ed. Suicide, An Unnecessary Death. Londres: Martin Dunitz, 2001.
- Weare K. Promoting Mental, Emotional and Social Health: A Whole School Approach. Londres: Routledge, 2000.
- Windsor RA, Lowe JB, Perkins LL, Smith-Yoder D, Artz L, Crawford M y cols. Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit. *Am J Publ Health* 1993; 83 (2): 201-206.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginebra: World Health Organization, 1992.
- World Health Organization. Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Ginebra: World Health Organization, 1998.
- World Health Organization. Health for All in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
- World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope. Ginebra: World Health Organization, 2001.
- World Health Organization. Healthy Aging. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002a.
- World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Ginebra: World Health Organization, 2002b.
- World Health Organization. Prevention and Promotion in Mental Health. Ginebra: World Health Organization, 2002c.
- World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future. Ginebra: World Health Organization, 2003.
- World Health Organization. CHOICE Global Programme On Evidence for Health Policy: Improving Health System Performance. Disponible en: www3.who.int/whosis. [Consultado en 2004a.]
- World Health Organization. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Ginebra: WHO, 2004b.
- World Health Organization. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. A report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: WHO, 2004c.
- World Health Organization. For Which Strategies of Suicide Prevention is there Evidence of Effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004d.
- World Health Organization. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, briefing sheet for the WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004e.
- World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005a.
- World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe: Facing Challenges, Building Solutions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005b.
- Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychologic Bull* 1994; 115 (1): 28-54.
- Zenere FJ, Lazarus PJ. (1997) The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life-Threat* 1997; 27 (4): 387-402.

Capítulo 9

Problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria: objetivos políticos y base de evidencia

SIMON GILBODY Y PETER BOWER

INTRODUCCIÓN

Los problemas psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión, son especialmente frecuentes en los contextos de atención primaria y representan una causa frecuente de morbilidad, discapacidad y pérdida de productividad. La mayor parte de estos problemas puede abordarse de manera apropiada y efectiva en el contexto de la atención primaria, bien por parte de los profesionales de este nivel asistencial, como único recurso, bien por parte de estos profesionales en colaboración con los especialistas del nivel asistencial secundario. No obstante, la atención psiquiátrica en el nivel primario es poco satisfactoria debido a la combinación de tres factores (a menudo interrelacionados): 1) diagnóstico y tratamiento inadecuados, por parte de los médicos, de los problemas psiquiátricos más frecuentes; 2) otorgamiento de una prioridad baja a los problemas psiquiátricos por parte de los políticos sanitarios a todos los niveles, y 3) insuficiencia de recursos para el abordaje de los problemas psiquiátricos comunes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2001a) señala que todas las políticas de salud mental deben basarse en los cuatro principios básicos de acceso, equidad, efectividad y eficiencia. En este capítulo se examina el impacto potencial de las políticas de salud mental dirigidas hacia la mejora de la *organización y provisión* de atención psiquiátrica en atención primaria, basada en la perspectiva de la OMS. Las políticas de salud mental en el nivel asistencial primario pueden estar vinculadas con una evidencia clínica y económica de alta calidad, y tienen grandes posibilidades de mejorar la calidad asistencial. Las políticas deben ser diseñadas en función de los contextos asistenciales concretos, con la consideración debida de los recursos totales disponibles.

POLÍTICA DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

En el atlas de la OMS relativo a los recursos de salud mental existentes en todo el mundo se definían las políticas de salud mental como «un documento redactado específicamente por el gobierno o el ministro de Sanidad, en el cual se recogen los objetivos para la mejora de la situación en salud mental a nivel estatal, las *prioridades* entre estos objetivos y las *directrices* principales para alcanzarlos». Las políticas ofrecen una visión y un plan comunes para todos los programas y servicios relacionados con la salud mental, y deben evitar las situaciones de ineficiencia y fragmentación. En el estudio citado se observó que en el 67 % de los países europeos existía una política de salud mental (WHO, 2001a).

Una de las políticas clave recomendadas en el *World Health Report 2001* de la OMS se refería a la importancia del abordaje terapéutico de los problemas psiquiátricos atendidos en el nivel asistencial primario (WHO, 2001b). La *atención primaria* fue definida en la Declaración de Alma Ata como «una atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, con accesibilidad universal por parte de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación plena en ella y con un coste económico sostenible para la comunidad y el país, con el objetivo de mantener su desarrollo en todas las fases, en un espíritu de autoconfianza y autodeterminación». Las descripciones de los contenidos básicos de la atención primaria son variables (Starfield, 1992; Fry y Horder, 1994), pero los aspectos más importantes son los siguientes:

1. Un primer contacto asistencial, con acceso directo por parte del paciente.
2. Una atención sanitaria centrada en el paciente, con orientación familiar y con continuidad.
3. Una actividad que incluye la coordinación de la asistencia.
4. Una actividad con una función de «filtro» en relación con el acceso a la atención especializada.

La estructura de los sistemas asistenciales europeos presenta grandes variaciones y también es variable el grado con que cada sistema concreto puede ser caracterizado como «orientado a la atención primaria» (Boerma y cols., 1993; Fry y Horder, 1994; Saltman y cols., 2006). Hay algunas pruebas que indican que el grado de orientación hacia la atención primaria en un sistema asistencial (especialmente en lo que se refiere a su función de filtro) es un elemento clave en la rentabilidad económica y la eficiencia de la provisión asistencial (Starfield, 1992).

La *atención psiquiátrica en atención primaria* se define como «la provisión de la atención psiquiátrica preventiva y curativa básica en el punto de entrada al sistema asistencial». Generalmente, esto significa que la atención la presta un profesional sanitario de atención primaria que no es especialista (como un médico general o un profesional de enfermería), que puede remitir los casos complejos a un profesional más especializado de la salud mental (Boerma y Verhaak, 1999; WHO, 2001a). En el estudio del atlas de la OMS se observó que el 96 % de los países europeos identificaba la actividad en salud mental dentro del contexto de la atención primaria y que el 62 % señalaba poseer estructuras formativas, aunque

el grado de implementación fue muy variable entre los distintos países (WHO, 2001a). En concreto, en algunos países de Europa central y oriental la inmensa mayoría de los recursos dedicados a la atención psiquiátrica todavía está en relación con los hospitales y residencias para enfermos crónicos, mientras que son muy escasos los recursos a disposición de los profesionales sanitarios de la atención primaria. Por ejemplo, en Lituania más del 70 % del presupuesto estatal dedicado a la atención psiquiátrica en 2003 fue a parar a este tipo de instituciones (Murauskiene, 2003).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es frecuente la distinción entre «trastornos psiquiátricos graves y crónicos» (fundamentalmente, los relacionados con la esquizofrenia) y «trastornos psiquiátricos comunes» (sobre todo, los relacionados con la ansiedad y la depresión). Aunque la atención primaria desempeña un papel importante en el abordaje terapéutico de los trastornos más graves, las políticas sanitarias aplicadas recientemente en Reino Unido han destacado la función desempeñada por los servicios de especialidad (p. ej., los equipos de salud mental comunitaria [ESMC]) en lo relativo a estos trastornos graves. Los trastornos «comunes» son contemplados como procesos más adecuados para ser atendidos en el contexto de la atención primaria, en parte porque los servicios de especialidad han redefinido sus energías y en parte porque la atención primaria es contemplada como un nivel asistencial apropiado para atender de manera adecuada e individualizada a estos pacientes.

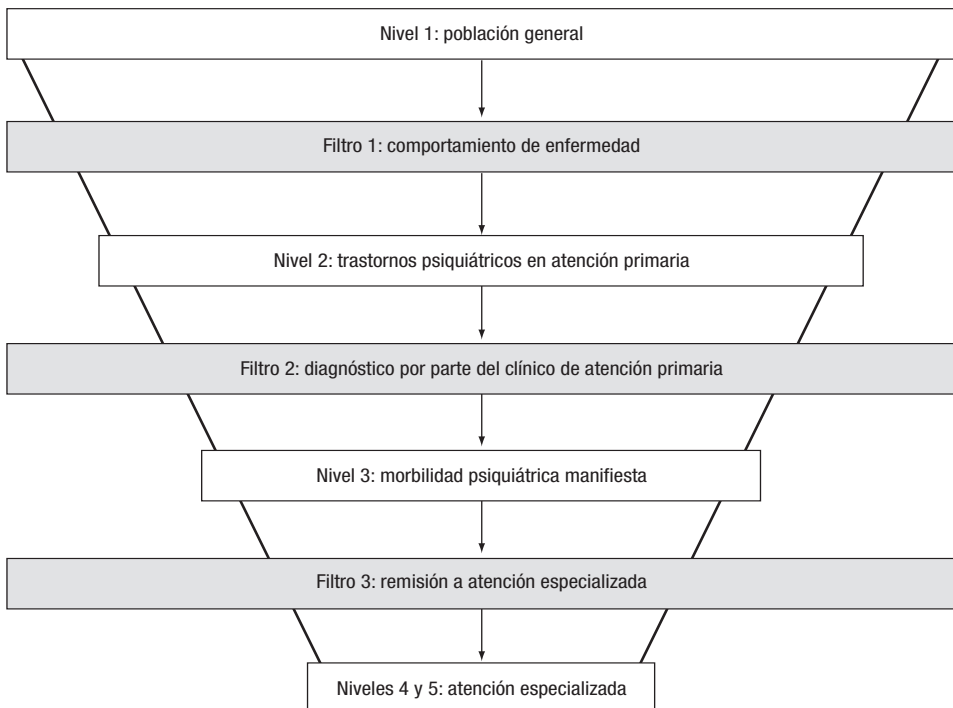
Los trastornos «comunes» pueden ser descritos mediante las clasificaciones diagnósticas convencionales (WHO, 1992; Üstun y cols., 1995), aunque se ha presentado una clasificación más útil para el objetivo de este capítulo (Goldberg y Gournay, 1997) que define tres categorías clave de trastornos en términos de la disponibilidad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos relevantes, así como las funciones que debe desarrollar el equipo de atención primaria. Estas categorías son las siguientes:

1. Trastornos bien definidos que también se asocian con cuadros de discapacidad y para los cuales existen tratamientos farmacológicos y psicológicos efectivos. Incluso cuando remiten, estos trastornos suelen recaer en alguna ocasión. Entre ellos, la depresión con ansiedad, la depresión pura, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Habitualmente, estos cuadros pueden ser atendidos de manera plena en el contexto asistencial primario.
2. Trastornos en los cuales los medicamentos desempeñan una función más limitada, pero frente a los cuales existen terapias psicológicas; entre ellos, los cuadros de somatización del estrés, los trastornos de angustia con agorafobia y los trastornos de la conducta alimentaria. Estos cuadros no se suelen atender en el contexto asistencial primario y sólo una pequeña proporción de ellos son tratados por los servicios de especialidad.
3. Trastornos que se resuelven espontáneamente, como el duelo por el fallecimiento de un ser querido y el trastorno de ajuste. En estos casos es necesario el apoyo del paciente más que una especialización concreta en atención psiquiátrica.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES

En general, los servicios de atención primaria dirigidos hacia los problemas de la salud mental son contemplados en términos de un modelo de «vía asistencial» (Goldberg y Huxley, 1980, 1992). Esta vía presenta cinco niveles y cuatro filtros (fig. 9-1). En el conjunto de la población general, una proporción elevada de personas consulta a su médico general en algún momento del año, mientras que durante este mismo período de tiempo el número de personas que sufren un episodio de enfermedad psicológica es menor. Estos pacientes pasan el primer filtro («la decisión de consultar al médico»). En el conjunto de los pacientes que llegan a los servicios de atención primaria, el clínico establece el diagnóstico de una alteración psiquiátrica en una parte de ellos, que, de esta manera, pasan el segundo filtro («la capacidad para la detección de un trastorno»). El tercer y cuarto filtros se refieren a la remisión del paciente a los servicios especializados de psiquiatría o a su hospitalización. Aunque puede haber excepciones a este proceso de remisión de los pacientes, con variaciones que dependen de la estructura local de los servicios (Gater y cols., 1991), este proceso ofrece un modelo general adecuado para la mayor parte de los cuadros psiquiátricos atendidos por cualquier servicio asistencial con orientación hacia la atención primaria.

Figura 9-1 Vías asistenciales para el abordaje de los problemas psiquiátricos comunes.



De Bower y Gilbody (2005).

El modelo propuesto subraya el hecho de que la provisión efectiva de los servicios asistenciales de salud mental depende del diagnóstico y el tratamiento precisos de los trastornos en el nivel de atención primaria, aunque a este respecto se han identificado problemas significativos. El estigma existente en la sociedad y la incultura relativa a la naturaleza de los trastornos psiquiátricos a menudo impiden que las personas consulten en primera instancia a su médico por problemas psiquiátricos (Goldberg y Huxley, 1980). En lo que se refiere a las personas que no realizan esta consulta, hay abundantes datos que indican que los niveles de reconocimiento de los trastornos son bajos (Andersen y Harthorn, 1989; Ormel y cols., 1990; Paykel y Priest, 1992; Tiemens y cols., 1996); además, también existen grandes variaciones en las tasas de reconocimiento de los problemas psiquiátricos entre los médicos del nivel asistencial primario (Marks y cols., 1979). A los pacientes en que se reconoce la existencia de un problema psiquiátrico no es frecuente que se les ofrezca una asistencia de calidad en congruencia con las directrices actuales, ni en lo que se refiere a los tratamientos farmacológicos ni en lo relativo a la provisión de terapias psicológicas basadas en la evidencia (Schulberg y McClelland, 1987; Katon y cols., 1992; Katon y cols., 1997; Schulberg y cols., 1998). Finalmente, la provisión de servicios de especialidad (como los psicoterapeutas, que realizan prácticas en atención primaria) a menudo muestra grandes variaciones (Sibbald y cols., 1993; Corney, 1996).

OBJETIVOS POLÍTICOS EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIVEL PRIMARIO

Tal y como ya se ha señalado, las políticas de salud mental se caracterizan por dos elementos principales: una declaración de objetivos (y de prioridades dentro de estos objetivos) y una declaración de los métodos para alcanzar estos objetivos. La OMS sugiere que todas las políticas de salud mental deben estar basadas en cuatro principios básicos:

1. *Acceso.* La provisión del servicio asistencial debe cubrir las necesidades existentes en la comunidad. Además, el derecho al tratamiento tiene que depender de la necesidad de los servicios, no de la capacidad del paciente para pagarlos o de la zona geográfica en que resida. Tal y como se recoge en el modelo de «vías asistenciales» de Goldberg, hay problemas de acceso a la asistencia en atención primaria que están relacionados con el hecho de que las personas no consultan a consecuencia del estigma o de un conocimiento insuficiente, de manera que una proporción significativa de los trastornos atendidos en este contexto no son reconocidos por el médico o la médica de atención primaria que debe filtrarlos. Los pacientes que no pasan el primer «filtro asistencial» no pueden acceder a una atención efectiva en los servicios sanitarios.
2. *Equidad.* Los recursos en salud mental deben ser distribuidos uniformemente entre toda la población general de manera que los pacientes con problemas similares reciban servicios asistenciales también similares (equidad horizontal) y que los pacientes con problemas más graves reciban una atención más intensiva que los que sufren problemas leves (equidad vertical). La inequidad en los servicios asistenciales actuales tiene dos orígenes principales: las grandes variaciones en la capacidad de los

clínicos individuales para diagnosticar los trastornos y la inequidad en la provisión de los servicios de especialidad dentro de los distintos sistemas asistenciales. Además, debido a la financiación insuficiente (inherente a los servicios de salud mental) y al estigma asociado con los problemas psiquiátricos, la asignación de recursos es desigual, en comparación con lo que ocurre con otras enfermedades.

3. *Efectividad.* Los servicios de salud mental deben llevar a cabo la función para la cual han sido creados: mejorar el nivel de salud. La salud puede definirse en términos del estado de salud, aunque hay definiciones más genéricas que pueden incorporar la función y la calidad de vida, no sólo la ausencia de enfermedad (WHO, 1948). El grado de satisfacción del paciente con los servicios asistenciales es un componente adicional, si bien más controvertido, para determinar la efectividad. El tratamiento actual de los problemas psiquiátricos puede implicar la provisión de tratamientos ineficaces o de tratamientos con una efectividad desconocida (tal y como ocurre con algunas formas de terapias psicológicas) o bien la provisión ineficaz de tratamientos efectivos (como el uso inapropiado de la medicación).
4. *Eficiencia.* Dado que los recursos de cualquier sistema sanitario son limitados, deben distribuirse de manera que permitan maximizar el nivel de salud de la sociedad. Claramente, los problemas relativos al acceso, la equidad y la efectividad que se han señalado en los puntos anteriores, limitan el grado de eficiencia de los servicios actuales.

Las relaciones entre estos diferentes objetivos son complejas y el cumplimiento de los múltiples criterios requiere un planteamiento de población general en lo relativo a la planificación asistencial más que un planteamiento centrado en el paciente concreto, tal y como caracteriza a la filosofía de la atención primaria (Sibbald, 1996; Katon y cols., 1997).

MODELOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En términos generales, hay cuatro modelos principales para la mejora de la atención psiquiátrica en atención primaria (Bower y Gilbody, 2005) y se describen a continuación. También es importante considerar adicionalmente la promoción del bienestar mental y la reducción del estigma asociado con los problemas psiquiátricos. La promoción de la salud mental se aborda en el capítulo 8 y, por tanto, no se expone con detalle en éste. El impacto de las campañas dirigidas hacia la reducción del estigma (como la campaña «Derrotemos la depresión» [*Defeat Depression*] llevada a cabo en Reino Unido; Paykel y Priest, 1992) en general no ha sido evaluado de manera rigurosa. Una excepción es el Nuremberg Alliance Against Depression Project, que se ha aplicado a nivel nacional en Alemania y que será sometido a una evaluación exhaustiva (Hegerl y cols., 2003). En la actualidad, este programa se ha ampliado a otras ciudades de la Unión Europea (v. www.eaad.net).

Se han descrito modelos complejos de las relaciones entre atención primaria y los servicios de especialidad (Pincus, 1987), pero para nuestros objetivos presentes el elemento clave en que difieren es la responsabilidad que debe asumir el o la especialista de atención

primaria en el tratamiento de los problemas de salud mental comunes, en comparación con la función que debe llevar a cabo el personal sanitario de especialidad:

1. *Formación de los profesionales asistenciales del nivel primario.* Esta actividad se define como la provisión a los profesionales sanitarios del nivel primario de los conocimientos y habilidades esenciales para la identificación, prevención y tratamiento de los trastornos mentales (WHO, 2001a). El tratamiento se refiere tanto a los medicamentos como a la terapia psicológica (King y cols., 2002). En este contexto, se espera que la remisión de pacientes al especialista sólo tenga lugar en una pequeña proporción de casos. Los métodos para el incremento de las habilidades del personal de atención primaria son las campañas de relaciones públicas a gran escala (Priest, 1991), la divulgación de las directrices basadas en la evidencia (Cornwall y Scott, 2000), la educación sencilla basada en la práctica (Thompson y cols., 2000) y otras estrategias de enseñanza más complejas (Gask, 1998).
2. *Consultas de enlace.* Ésta es una variante del modelo formativo. Más que la provisión de intervenciones formativas en una sola vez, este modelo propone que los especialistas mantengan una relación educativa continuada con el equipo de atención primaria con el objetivo de apoyar a los profesionales de éste en el abordaje asistencial de pacientes específicos a los cuales están atendiendo (Gask y cols., 1997; Bower y Gask, 2002). De nuevo, en este contexto se espera que la remisión de pacientes al nivel de especialidad sólo tenga lugar en una pequeña proporción de casos y únicamente tras una discusión detallada entre el equipo de atención primaria y el o la especialista.
3. *Asistencia cooperativa.* Este complejo modelo presenta elementos tanto del modelo educativo o formativo como del modelo de consultas de enlace (Bower y Gask, 2002), pero además requiere la realización de cambios fundamentales en el sistema asistencial. La amplia gama de intervenciones que se llevan a cabo en este modelo es variable, pero por lo general incluye la formación de especialistas clínicos y la provisión de directrices, métodos de evaluación, educación de pacientes, gestión de casos y consulta (Von Korff y Goldberg, 2001). La implementación de estos sistemas puede requerir la realización de modificaciones en los métodos prácticos y los avances en la tecnología de la información (Wagner y cols., 1996). El aspecto más importante es que la asistencia cooperativa está basada en el cambio de los roles que desempeñan clínicos y clínicas de atención primaria y especialistas como los y las psiquiatras (Katon y cols., 2001), así como en los cambios en toda la gama de profesionales asistenciales, lo que puede conllevar la formación en este sentido de los y las profesionales existentes o bien la introducción de nuevos roles profesionales en la salud mental para abordar tareas como la «gestión de casos» (Bower y cols., 2001).
4. *Sustitución/remisión.* Aunque los clínicos y las clínicas de atención primaria tienen siempre la responsabilidad clínica global de sus pacientes, en este modelo el control del problema actual pasa a manos de un o una profesional de la salud mental durante el período de tratamiento (Bower, 2002). Este modelo con frecuencia está relacionado con la provisión de las terapias psicológicas en atención primaria, como la terapia cognitivo-comportamental (Scott y Freeman, 1992), la terapia de resolución

de problemas (Corney y Briscoe, 1977), la de orientación (Ward y cols., 2000) y la interpersonal (Schulberg y cols., 1996).

Cabe señalar que estos modelos no han sido diseñados para tener en cuenta la complejidad de la provisión real del servicio asistencial, sino para ofrecer categorías genéricas que puedan utilizarse para el establecimiento de prioridades entre los diferentes métodos aplicados para alcanzar los objetivos de las políticas de salud mental.

¿CÓMO PUEDEN UTILIZARSE ESTOS MÉTODOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS POLÍTICOS?

Acceso

Los elementos clave de las políticas de salud mental (como las existentes en Reino Unido y en otros países de la Unión Europea) están relacionados con las mejoras en el acceso y en la efectividad. Hay dos criterios clave que determinan el efecto de cada modelo sobre el acceso.

El primero de ellos está relacionado con el impacto del modelo sobre el grado de confianza y las habilidades del clínico de atención primaria. Tal y como ya se ha señalado, los modelos difieren en el grado con que la responsabilidad asistencial queda en manos del clínico de atención primaria o bien pasa a manos del o de la especialista. En los servicios asistenciales con orientación hacia atención primaria, el clínico del nivel asistencial primario actúa como elemento de filtro hacia la atención psiquiátrica especializada, de manera que las intervenciones que dejan la responsabilidad en las manos de los clínicos de atención primaria y las intervenciones dirigidas hacia este grupo tendrán, teóricamente, mayor impacto sobre el acceso porque los cambios en las habilidades y en el grado de confianza de los clínicos de atención primaria respecto a los problemas de la salud mental pueden influir potencialmente en *todos y todas* las pacientes que presentan este tipo de problemas en el contexto extrahospitalario o comunitario. En cambio, las intervenciones en que es necesaria una implicación significativa del especialista para el alcance de los objetivos sólo pueden influir en el pequeño número de pacientes que serán atendidos por el especialista. Así, el impacto potencial mayor del modelo de formación del equipo de atención primaria tiene lugar sobre el acceso, seguido de los modelos de consultas de enlace y de atención cooperativa. El impacto sobre los modelos de sustitución será escaso o nulo.

Eficiencia

El segundo criterio está relacionado con la *eficiencia de las intervenciones de los especialistas* en el contexto del modelo. En todos los sistemas asistenciales de salud mental con orientación hacia atención primaria, el número de especialistas es insuficiente para cubrir la demanda de atención psiquiátrica y, por tanto, los recursos relativos a los servicios de

especialidad deben ser distribuidos de manera eficiente. Así, los tratamientos (como los medicamentos prescritos por el clínico de atención primaria) que quizá no requieran la participación del especialista serán los más eficientes ya que las limitaciones en la disponibilidad de especialistas no influyen en el acceso a éstos. Los planteamientos de consultas de enlace permiten una aplicación eficiente de los recursos de especialidad, dado que en ellos la mayor parte del tiempo de especialista se dedica a la formación de un elevado número de clínicos de atención primaria mientras que sólo una pequeña proporción de estos recursos está dirigida al contacto directo con los pacientes. Los modelos de atención cooperativa y de sustitución son los menos eficientes ya que ambos exigen que el especialista dedique un tiempo significativo a todos los pacientes (para la gestión de casos y la aplicación de los tratamientos). Los problemas de eficiencia que acompañan a estos modelos están relacionados con la cantidad del tiempo de especialista que se necesita por paciente, así como con el nivel formativo (y el coste económico) del especialista implicado.

Hay que destacar el hecho de que estos impactos son teóricos dado que existe muy poca investigación empírica sobre los niveles de acceso a la atención psiquiátrica en comparación con la gran cantidad de estudios realizados acerca de su efectividad (v. más adelante).

Efectividad

La efectividad se ha conceptualizado tradicionalmente como la efectividad clínica, es decir, en forma de los cambios introducidos en el estado de salud, como la reducción de los síntomas de depresión. Sin embargo, según ya se ha señalado, y de acuerdo con las definiciones de salud propuestas por la OMS, hay un interés cada vez mayor por parámetros más genéricos, como la actividad social y la calidad de vida, de manera que las cuestiones relativas a la eficiencia implican que las cuestiones económicas también adquieren una importancia creciente. En comparación con los problemas del acceso, la efectividad de los tratamientos ha sido mucho más evaluada desde un punto de vista científico.

En el apartado siguiente se resume la evidencia relativa a cada uno de los modelos descritos previamente, obtenida en diversas revisiones sistemáticas realizadas por los autores de intervenciones organizativas y educativas dirigidas hacia la mejora del abordaje terapéutico de los problemas psiquiátricos comunes en atención primaria (Bower y Sibbald, 2000a, 2000b; Bower, 2002; Bower y cols., 2003a, 2003b; Gilbody y cols., 2003; Bower y Gilbody, 2005). Las revisiones sistemáticas constituyen la forma de mayor nivel de la evidencia en que se relacionan los datos clínicos y de rentabilidad económica; estas revisiones han sido realizadas bajo los auspicios de la Cochrane Collaboration y del Centre for Reviews and Dissemination del National Health System (NHS) en Reino Unido. Los detalles metodológicos de este importante planteamiento para la síntesis de los datos clínicos y de rentabilidad económica se recogen en el cuadro 9-1. La mayor parte de estos datos se refieren al tratamiento de la depresión, pero los principios básicos posiblemente son aplicables a todos los trastornos psiquiátricos comunes. Los datos proceden de ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control (ECAC), dadas las ventajas de su diseño; sin embargo, también se aceptan otros diseños de relevancia cuando se considera adecuado (Gilbody y cols., 2003). Por

ejemplo, las revisiones de las intervenciones educativas y organizativas van más allá de los ECAC convencionales y también contemplan la evidencia obtenida en estudios de observación y realizados sin asignación aleatoria (Black, 1996; Gilbody y Whitty, 2002).

Cuadro 9-1 Revisión sistemática de las estrategias clínicas y de rentabilidad económica para mejorar el tratamiento de la depresión en el contexto de la atención primaria, realizada por el grupo Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC)

Contexto

La depresión es frecuente en el contexto de atención primaria aunque a menudo se pasa por alto o se trata de manera insuficiente. Se han propuesto diversas estrategias organizativas y educativas para mejorar el tratamiento de la depresión. Los efectos de estas estrategias sobre los aspectos clínicos y de rentabilidad económica todavía no han sido objeto de una revisión sistemática.

Objetivo

Evaluar sistemáticamente la efectividad de las directrices y las intervenciones organizativas y educativas para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en atención primaria.

Fuentes de datos

Bases de datos médicas y psicológicas en formato electrónico, desde su creación hasta marzo de 2003 (MEDLINE, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, NHS Economic Evaluations Database, registro Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group, registro especializado Cochrane Effective Professional and Organizational Change). Correspondencia con los autores y búsquedas en las listas de bibliografía.

Selección de los estudios

Se seleccionaron 36 estudios: 29 ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control (ECAC) y ensayos clínicos efectuados sin asignación aleatoria y con control (ESAC); 5 estudios retrospectivos y prospectivos con control (ERPC), y 2 estudios de series temporales interrumpidas (STI). Se evaluaron los resultados relativos al diagnóstico, el tratamiento y la evolución de los pacientes con depresión.

Extracción de los datos

Los detalles metodológicos y los resultados fueron extraídos y comprobados por dos revisores. Siempre que fue posible, se calculó el resumen de los cocientes de riesgo a partir de los datos originales y se intentó la corrección respecto al error en la unidad de análisis.

Síntesis de los datos

Se realizó una síntesis narrativa. Hubo 21 estudios con resultados positivos. Las estrategias efectivas para mejorar la evolución de los pacientes fueron, generalmente, intervenciones complejas que incorporaron la aplicación de medidas formativas dirigidas a los clínicos, la potenciación de la función de los profesionales de enfermería (gestión de caso por personal de enfermería) y un grado mayor de integración entre los niveles asistenciales primario y secundario (consultas de enlace). También fueron eficaces las orientaciones telefónicas sobre medicación realizadas por profesionales de enfermería o por orientadores(as) especialmente formados(as). La simple implementación de directrices y las estrategias educativas sencillas por lo general fueron ineficaces.

Conclusión

Queda mucho camino por recorrer en lo relativo al diagnóstico y el tratamiento de la depresión en atención primaria. Las directrices y las estrategias educativas aplicadas con mayor frecuencia posiblemente son inefectivas. La implementación de los hallazgos efectuados en este estudio de investigación requerirá una inversión sustancial en los servicios de atención primaria y también un cambio importante en la organización y la provisión de la atención.

EVIDENCIA RELATIVA A LA EFECTIVIDAD DE LOS MODELOS

Modelo formativo

Aunque, teóricamente, este modelo es uno de los más atractivos y ha sido aplicado a gran escala en intervenciones implementadas en Europa y en Estados Unidos, en general no hay evidencia convincente de que la formación por sí misma pueda mejorar la efectividad de la atención primaria en los y las pacientes con depresión. La simple divulgación pasiva de las directrices no es eficaz, así como tampoco lo son los cursos formativos pragmáticos y breves que pueden llevarse a cabo en el contexto de los sistemas educativos actuales (por lo menos, en Reino Unido) (Kendrick, 2000). Aunque hay pruebas de que los paquetes formativos más intensivos y complejos pueden influir en el comportamiento de los clínicos de atención primaria (Gask y cols., 1987, 1995), esta influencia no siempre se manifestará en los resultados obtenidos con los y las pacientes cuando dichos paquetes formativos se aplican como medida aislada (King y cols., 2002). El modelo formativo puede estar limitado por la paradoja de que la formación factible no es efectiva mientras que la formación efectiva quizá no sea factible. Un problema adicional consiste en que, aunque el modelo formativo provoca el mayor impacto teórico sobre el acceso, los cursos formativos basados en la asistencia voluntaria de los participantes pueden atraer únicamente a los clínicos con interés por los problemas de la salud mental, que posiblemente sean quienes menos necesiten estos cursos. Así, es posible que no se consigan ventajas en el acceso y que se produzcan situaciones de inequidad.

Modelo de consultas de enlace

La evidencia actual respecto a las consultas de enlace es escasa y en los estudios que se han realizado no se ha obtenido evidencia de su efectividad. Dada la posibilidad teórica de que este modelo pudiera tener gran eficiencia, es sorprendente la ausencia de evidencia empírica. Uno de los problemas puede estar relacionado con el hecho de que la evaluación de este modelo conlleva complejidades metodológicas importantes por las cuales la evaluación es problemática (Gask y cols., 1987). Una de las razones para explicar la falta de efectividad puede ser el hecho de que los supuestos mecanismos causales sobre los cuales se basan las consultas de enlace pueden ser, en sí mismos, ineficaces para modificar los comportamientos de los profesionales (Bower y Gask, 2002).

Modelo de atención cooperativa

Aunque la naturaleza precisa de las intervenciones varía en cada estudio, hay mucha evidencia de alta calidad que apoya el planteamiento general del modelo de atención cooperativa (Gilbody y cols., 2003). No obstante, todavía quedan varios problemas. Los «mecanismos de cambio» clave en estas intervenciones no están claros y podría ocurrir que

la efectividad de este modelo en parte estuviera relacionada con su elevado número de componentes (p. ej., educación de pacientes y formación de clínicos y clínicas; potenciación del apoyo a los médicos y las médicas; control del grado de cumplimiento de las directrices; seguimiento estructurado de pacientes, auditoría y retroalimentación). Un aspecto importante es el hecho de que casi todos los estudios proceden de Estados Unidos y no se ha demostrado que sus resultados puedan ser extrapolables a las diferentes poblaciones o los distintos contextos asistenciales europeos; por ejemplo, las intervenciones de atención cooperativa implementadas en Reino Unido no han dado buenos resultados de manera uniforme (Wilkinson y cols., 1993; Mann y cols., 1998; Peveler y cols., 1999), aunque también hay que destacar el hecho de que estas implementaciones en general han sido mucho menos intensivas en términos del número de intervenciones aplicadas. Por tanto, podría utilizarse la investigación cualitativa para evaluar los factores inherentes a la adaptación de estos modelos de atención a los distintos sistemas asistenciales y contextos locales. La mayor parte de las intervenciones dependen de la voluntad del paciente para el uso de antidepresivos, un aspecto problemático, dadas las actitudes negativas hacia la medicación que existen en Europa (Priest y cols., 1996). Finalmente, en los casos en que se han presentado datos económicos, los resultados obtenidos en la mayor parte de los estudios indican que la atención cooperativa es más efectiva, pero también más cara (Gilbody y cols., 2003).

Modelo de sustitución

Hay pruebas convincentes de que las terapias psicológicas aplicadas en atención primaria son clínicamente efectivas. La información de su rentabilidad económica es escasa (Byford y Bower, 2002; Barrett y cols., 2005), aunque el elevado coste del tiempo de especialista posiblemente sea un factor clave en este sentido (Bower y cols., 2003a, 2003b). No obstante, hay un interés significativo por el potencial de las intervenciones mínimas y con menor participación del o de la psicoterapeuta (como los métodos de autoayuda sobre papel o mediante ordenador), que pueden incrementar el acceso y reducir los costes económicos (Bower y cols., 2001; Kaltenthaler y cols., 2002). Una desventaja significativa de la aplicación de este modelo radica en la posibilidad de que por la falta de implicación de los y las profesionales de atención primaria se pierdan sus habilidades. Ciertamente, hay poca evidencia de que la existencia de un psicoterapeuta en un contexto de atención primaria mejore de manera sustancial los procesos de diagnóstico o tratamiento (Bower y Sibbald, 2002).

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN FUNCIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

Posiblemente, los aspectos de mayor importancia para la implementación en atención primaria de políticas basadas en la evidencia estén relacionados con la totalidad de los recursos a disposición de la salud mental, tanto en términos absolutos como en términos del

presupuesto sanitario total. A la hora de decidir las prioridades respecto a la política y la práctica de salud mental, la OMS ofrece una serie de directrices en relación con los recursos mediante la clasificación de los sistemas en los correspondientes a los países de recursos económicos bajos, intermedios y altos. A continuación analizamos cada uno de estos escenarios para determinar las prioridades en la atención psiquiátrica y en la atención primaria que podrían establecerse a partir de la base de evidencia existente ya en este momento.

Países con recursos económicos bajos

Este escenario se refiere a los países con un presupuesto bajo en los cuales los recursos asignados a la salud mental son completamente inexistentes o muy limitados. Estos países carecen de programas de política de salud mental o bien los programas que poseen están desfasados y no se han implementado de manera efectiva. Los presupuestos asignados por los gobiernos a la salud mental son mínimos, a menudo inferiores al 0,1 % del presupuesto sanitario total. No existen servicios de salud mental en atención primaria ni en atención comunitaria, y tampoco se ofrecen los fármacos psicotrópicos esenciales. Aunque este escenario se aplica fundamentalmente a los países con recursos económicos bajos, en muchos países con recursos económicos elevados los servicios esenciales de salud mental quedan fuera del alcance de la población rural, los grupos nativos y otros grupos. Incluso en estos escenarios, es evidente que, más que la implementación de servicios de especialidad de coste elevado, la integración de los servicios de salud mental y la concienciación en el ámbito de la atención primaria son las medidas de mayor impacto en términos del incremento del acceso y de la promoción de una provisión equitativa y eficiente de la atención psiquiátrica. Si se tienen en cuenta las intervenciones definidas en este capítulo, las de coste económico bajo y aquellas que están dirigidas hacia la mejora del acceso a los servicios tienen mayor potencial de mejora de la salud de la población. Las estrategias educativas, junto con la financiación de una lista limitada de fármacos esenciales, como los antidepresivos y los antipsicóticos, aplicadas ambas medidas en el contexto de la atención primaria, constituyen una estrategia factible a pesar de que no se ha determinado la efectividad de las estrategias educativas aplicadas de manera aislada en los sistemas sanitarios de los países con recursos económicos bajos. Las estrategias asistenciales de cooperación que conllevan un coste económico elevado no son realistas ni deben constituir una prioridad.

Países con recursos económicos intermedios

En los países con presupuestos de nivel intermedio se destinan algunos recursos a la salud mental, como los centros de tratamiento en las grandes ciudades o los programas piloto para la atención comunitaria. Sin embargo, estos recursos no ofrecen ni siquiera los servicios esenciales de salud mental a la población total. Posiblemente, estos países poseen políticas, programas y legislación de salud mental, pero a menudo no se implementan de

manera plena. El presupuesto gubernamental dedicado a la salud mental suele ser inferior al 5 % del presupuesto sanitario total, una situación que es frecuente en diversos países de Europa central y oriental inmersos en este momento en una fase de transición económica.

En estos países, a diferencia de lo que ocurre en los países con recursos de nivel intermedio localizados en otras partes del mundo, no suele haber escasez de psiquiatras; de hecho, lo habitual es lo contrario. Sin embargo, el sistema está fuertemente orientado hacia los hospitales, con escasez de profesionales necesarios en el contexto comunitario, como asistentes sociales o profesionales de enfermería especializados y especializadas en psiquiatría extrahospitalaria. Los clínicos de atención primaria suelen tener muy poca formación en salud mental. En estos contextos, el desarrollo de un servicio completo de salud mental orientado hacia la atención primaria y el reequilibrado de la atención hospitalaria, en comparación con la comunitaria, constituyen una prioridad en relación con el desarrollo de un servicio especializado de psiquiatría que funcione plenamente y al completo. La educación y la formación de los profesionales de atención primaria, así como la devolución del control de los problemas psiquiátricos comunes a los profesionales de este nivel existencial, como el equipo de enfermería, deben constituir una prioridad; además, estas estrategias pueden ser apoyadas por otras estrategias educativas y de cooperación asistencial de baja intensidad. No obstante, hay numerosas barreras para el desarrollo y la inversión en los servicios de salud mental ubicados en el sector de la atención primaria; una de las barreras más importantes está constituida por los incentivos perversos, que hacen que la forma con que son financiados los sistemas sanitarios puede dificultar el traspaso de los recursos desde la atención hospitalaria a la comunitaria (v. cap. 4).

Países con recursos económicos elevados

Este escenario principalmente se refiere a los países industrializados de la Unión Europea que asignan un nivel bastante elevado de recursos a la salud mental. Las políticas, los programas y la legislación relativos a la salud mental se implementan de manera razonablemente efectiva. La proporción del presupuesto sanitario total asignada a la salud mental es superior al 5 % y la mayor parte de los clínicos y las clínicas de atención primaria posee formación en psiquiatría. Se intentan diagnosticar y tratar los trastornos mentales graves en atención primaria aunque la efectividad y la cobertura pueden ser insuficientes. Los servicios asistenciales de especialidad son más completos, pero en muchos casos todavía se ubican en los hospitales psiquiátricos. Los psicofármacos pueden conseguirse con facilidad y, en general, hay servicios de carácter comunitario o extrahospitalario.

Tal y como se ha descrito, incluso en estos países queda mucho por hacer para mejorar la calidad de la atención psiquiátrica en los contextos de la atención primaria y las estrategias clave deben aplicarse para la integración de los servicios asistenciales primarios y secundarios, así como para el control eficiente de los recursos mediante la participación de los especialistas en los contextos de atención primaria y mediante el cambio en la organización y la provisión de los servicios. La atención cooperativa continúa siendo la estrategia más efectiva y eficiente en este escenario.

ASPECTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hay varias cuestiones relacionadas con el desarrollo futuro de los servicios de salud mental en atención primaria, en función de la evidencia ya presentada. Estas cuestiones pueden estar relacionadas con una serie de recomendaciones efectuadas por la OMS a la hora de decidir las prioridades futuras.

Desarrollo de los profesionales

Muchos sistemas asistenciales, incluyendo los correspondientes a los países con recursos económicos intermedios y elevados, pretenden fomentar y modificar el objetivo prioritario de los profesionales de atención primaria. Por ejemplo, en Reino Unido es necesaria la selección y formación de 1.000 profesionales graduados en salud mental (Bower, 2002). Todavía hay mucho que decidir acerca de su función básica, del nivel de habilidades que se requerirá y de cómo debe organizarse su formación. Las intervenciones basadas en la evidencia respecto a los modelos de atención cooperativa, como la gestión de casos en pacientes con depresión, posiblemente serán efectivas y eficientes (Von Korff y Goldberg, 2001). Estas intervenciones pueden ser adoptadas fácilmente por los profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria en áreas distintas de la salud mental, por los profesionales con una capacitación básica en orientación o en asistencia social, y por los psicólogos y las psicólogas, a quienes puede ofrecerse un programa formativo de posgrado de 1 año. Se ha demostrado que los programas formativos sencillos pueden generar profesionales autónomos(as) capaces de abordar toda la gama de problemas que se plantean en atención primaria. Una cuestión importante para el futuro puede ser la retención contractual y la formación adicional de estos grupos profesionales con objeto de que se mantengan en atención primaria, más que el incremento del número de especialistas en los contextos de la atención secundaria.

Desarrollo de la tecnología de la información

Muchos sistemas de atención primaria actúan en un entorno «carente de información» y es difícil saber qué tratamientos se ofrecen a qué pacientes o si la calidad asistencial está mejorando. La OMS recomienda el desarrollo o la potenciación de los sistemas de información en atención primaria para abordar las necesidades de la atención psiquiátrica. Estos sistemas ofrecen una integración mejor de la atención y pueden constituir una herramienta adecuada para la identificación de los casos, el control de los tratamientos y el seguimiento de los pacientes, todos ellos componentes clave de los modelos de atención cooperativa. Son ejemplos de ello los registros de casos de pacientes con depresión con el objetivo de controlar la prevención de las recidivas y de llamar la atención sobre la depresión, como un problema que puede plantearse en el nivel de la atención primaria. Otras innovaciones son las siguientes: los sistemas informatizados de apoyo a la decisión para el tratamiento óptimo de

la depresión; los algoritmos computarizados para una prescripción de medicamentos y una remisión de los pacientes basada en la evidencia, con el ofrecimiento de un seguimiento en el momento apropiado, y los vínculos con los registros de reposición de la farmacia para determinar si los pacientes encargan su medicación a tiempo.

Potenciación del perfil de salud mental y reducción del estigma

La salud mental presenta un perfil bajo dentro de la profesión médica general y también dentro de la sociedad. Son necesarias estrategias dirigidas hacia la potenciación de la concienciación y la reducción del estigma en cada uno de estos niveles. Tal y como ya se ha mencionado, es escasa la evidencia en apoyo de las intervenciones dirigidas hacia el incremento de la concienciación y la reducción del estigma, principalmente porque la investigación en este campo ha sido limitada. La Nuremberg Depression Alliance representa un ejemplo de estrategia multifactorial y coherente que está siendo evaluada al mismo tiempo que se lleva a cabo su implementación. También podrían ser necesarios instrumentos de carácter económico para potenciar el perfil y la calidad de la atención psiquiátrica. Un nuevo contrato laboral ofrecido a los médicos británicos de atención primaria ofrece incentivos económicos para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión, y podría constituir un modelo para otros sistemas asistenciales. Muchos de los objetivos establecidos para conseguir una mejor calidad asistencial respecto a la depresión son los abordados en este capítulo, incluyendo la gestión de casos y el seguimiento estructurado. Sin embargo, se ha despertado la preocupación por la posibilidad de que la potenciación asistencial respecto a la depresión sólo sea uno de los muchos indicadores de rendimiento que pueden aplicarse en atención primaria, teniendo en cuenta que hay otros indicadores (como las vacunaciones y los programas de evaluación física) que tienen una implementación técnicamente más sencilla. Por tanto, la depresión podría ser considerada una prioridad en comparación con otros objetivos asistenciales.

Investigación en política y práctica: podemos hacerlo

Recientemente, la OMS (WHO, 2005) ha establecido una serie homogénea de prioridades que constituyen una agenda para mejorar la salud mental y que reflejan el interés por la atención primaria que se recoge en este capítulo. Los políticos posiblemente estudiarán ejemplos concretos de la implementación de iniciativas políticas basadas en la evidencia obtenida en los estudios de investigación y en un marco teórico apropiado. Afortunadamente, hay ejemplos de ello.

En lo que se refiere a los países con recursos económicos bajos e intermedios, los ejemplos son la adaptación de un modelo asistencial cooperativo en el sistema sanitario chileno (Araya y cols., 2003) y las intervenciones psicosociales con orientación a problemas en pacientes con depresión y con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Uganda (Bolton y cols., 2003).

En el ejemplo de Chile, un profesional sanitario no médico lideró una intervención multi-componente e incluyó la psicoeducación de grupo respecto a la depresión, la vigilancia sistemática de los síntomas y un programa farmacológico estructurado para el caso de pacientes con una depresión más grave o persistente. Al cabo de 6 meses se había recuperado el 70 % de los pacientes del grupo de atención cooperativa. Los resultados obtenidos en este estudio, así como en otros realizados en países en vías de desarrollo, demuestran que las pequeñas inversiones en el tratamiento de la depresión pueden provocar un impacto de gran calado, especialmente en los grupos de población con carencias sociales. Es importante tener en cuenta que, en la adaptación de este modelo al contexto asistencial de los países de recursos económicos bajos, un objetivo específico ha sido garantizar la adaptación y la aceptación transculturales. Se tomaron en cuenta los factores culturales, como el grado de aceptación local de las intervenciones específicas; los factores correspondientes al sistema sanitario, como la disponibilidad de los recursos humanos necesarios para implementar las intervenciones, y los factores relacionados con el coste económico y la disponibilidad de los medicamentos. El planteamiento estructurado facilitó la potenciación del papel desempeñado por profesionales no médicos y por los pacientes. Uno de los resultados del programa fue la mayor implicación de los pacientes; en algunos lugares, los grupos de mujeres constituidos en función del programa todavía se mantenían al cabo de 2 años. Se consideró que los resultados podrían ser apropiados para muchas zonas céntricas de las ciudades habitadas por gente pobre y marginada en los países de recursos económicos elevados (McKenzie y cols., 2004).

En lo que se refiere a los países con recursos económicos elevados, el interés por la atención primaria ha quedado reflejado en el desarrollo de directrices basadas en la evidencia. Por ejemplo, en Reino Unido las directrices más recientes acerca del tratamiento de la depresión han recomendado sólidamente el uso de modelos asistenciales cooperativos en atención primaria (NICE, 2004). Un elemento clave en la implementación de este modelo asistencial es la integración de los niveles asistenciales primario y secundario, así como la determinación de las zonas que deben coordinar y ofrecer este tipo de asistencia. Es necesaria una reconfiguración de las funciones actuales y de la capacidad de maniobra de los profesionales de la atención primaria. Se ha propuesto una función específica para los nuevos profesionales graduados en salud mental y se han creado programas educativos de ámbito nacional para la formación de profesionales que puedan implementar los paquetes asistenciales tras 1 año de formación posgraduada (en comparación con los muchos años que requiere la formación de profesionales de enfermería especialistas, psicología clínica y psiquiatría). Se han publicado guías claras para lograrlo que pueden servir como plantilla para que los servicios locales sigan fielmente los modelos basados en la evidencia (NIMHE, 2004).

Rentabilidad económica

Los políticos de todos los niveles exigen cada vez más evidencia de la efectividad clínica y de la rentabilidad económica. Se han publicado varios estudios sobre la rentabilidad económica de las actividades de potenciación organizativa de la atención primaria en relación

con los problemas psiquiátricos comunes (Gillbody y cols., 2003). En los estudios sobre la rentabilidad económica a corto plazo se ha observado una tendencia hacia la mejora de los resultados, pero a costa de un incremento del componente económico (Schoenbaum y cols., 2001). Este resultado tiene implicaciones respecto a la eficiencia en la asignación de recursos ya que la provisión de la atención cooperativa a una población requerirá más recursos, o bien porque será necesario reducir los recursos asignados a otras formas de atención psiquiátrica.

La depresión tiene un impacto enorme sobre los costes sociales y productivos (v. cap. 1) y en esta área podrían manifestarse con mayor claridad los efectos beneficiosos económicos de las intervenciones efectivas. Por desgracia, las evaluaciones económicas de los modelos asistenciales, como la atención cooperativa, se han centrado generalmente en los costes asistenciales a corto plazo. No se ha estudiado adecuadamente el impacto económico más genérico y a largo plazo desde una perspectiva social. Sin embargo, a largo plazo podrían hacerse evidentes los efectos beneficiosos económicos en términos de prevención de las recidivas y de disminución del uso de los recursos asistenciales. En la actualidad hay pruebas preliminares obtenidas en estudios de rentabilidad económica a largo plazo que indican que la atención cooperativa puede provocar un efecto de compensación económica a largo plazo de manera que podría constituir el método técnicamente más eficiente para la provisión de la atención (Wells y cols., 2004).

Las evaluaciones económicas también han incluido las determinaciones del coste por año de vida con ajuste de la calidad (QALY, *quality adjusted life year*) y se ha demostrado que el incremento del nivel de salud se consigue con el mismo coste o, incluso, inferior que el de otras intervenciones (como la detención del cáncer de mama) que son financiadas. Un aspecto interesante es el hecho de que los resultados de Schoenbaum y cols. (2001) y los resultados obtenidos en seguimientos a largo plazo (Wells y cols., 2004) demuestran que los costes que, según las estimaciones de los QALY, tienen las intervenciones cognitivo-comportamentales aplicadas en atención primaria son similares a los correspondientes a los programas de tratamiento con medicación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los análisis de costes realizados en estos estudios se han llevado a cabo en el contexto de la atención gestionada estadounidense y que no se sabe hasta qué punto estos costes y estos incrementos del nivel de salud pueden extrapolarse directamente a los sistemas asistenciales europeos, peor financiados y más especializados. Sin embargo, los programas organizativos de atención primaria continúan siendo un candidato sólido para la mejora del nivel de salud en la población general, y la financiación global de estos programas constituirá un problema de eficiencia de asignación de recursos y de incremento del nivel de salud en un contexto de recursos limitados.

Política de investigación futura

Además de la investigación detallada que se ha presentado en este capítulo, posiblemente en los años venideros habrá una base de evidencia sólida que guíe a los políticos y les ayude a realizar una asignación más equitativa de recursos para una atención sanitaria orientada hacia la atención primaria, en la cual la salud mental pueda competir más fácilmente con otras líneas y especialidades asistenciales. Estas prioridades quedaron refleja-

das en la Declaración de la Conferencia interministerial europea sobre salud mental, celebrada en Helsinki (WHO, 2005), en la cual se definieron 12 objetivos clave. La atención primaria era contemplada como el elemento clave para la transformación adecuada de los servicios psiquiátricos y de salud mental, y en la propia declaración se recoge la necesidad de «generar capacidad y habilidad en los médicos generales y en los servicios de atención primaria, establecer redes de conexión con los servicios asistenciales especializados médicos y no médicos, ofrecer un acceso efectivo, identificar y tratar a las personas que sufren problemas psiquiátricos» (pág. 3). Esta Declaración incluía un objetivo final explícito: «iniciar la investigación y la evaluación de apoyo con divulgación de estas acciones». Por tanto, es necesario un programa de evaluación para explorar con mayor detalle la aplicación e implementación de los programas de atención primaria a nivel individual y a nivel grupal en cada uno de los sistemas sanitarios representados en la Unión Europea.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen S, Harthorn B. The recognition, diagnosis and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989; 27 (9): 869-886.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon S y cols. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1.010.
- Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2005; 84 (1): 1-13.
- Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996; 312: 1.215-1.218.
- Boerma W, De Jong F, Mulder P. *Health Care and General Practice Across Europe*. Utrecht: NIVEL, Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993.
- Boerma W, Verhaak P. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. *Psychol Med* 1999; 29 (3): 689-696.
- Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramartne P y cols. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda. *JAMA* 2003; 289 (23): 3.117-3.124.
- Bower P. Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *Br J Gen Pract* 2002; 52 (484): 926-933.
- Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24 (2): 63-70.
- Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330: 839-842.
- Bower P, Sibbald B. Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners. *BMJ* 2000a; 320: 614-617.
- Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behaviour of primary care providers? A review. *Gen Hosp Psychiatry* 2000b; 22 (2): 84-96.
- Bower P, Sibbald B. On site mental health workers in primary care: effects on professional practice (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 2. Oxford: Update Software, 2002.
- Bower P, Richards D, Lovell K. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2001; 51 (471): 838-845.
- Bower P, Byford S, Barber J, Beecham J, Simpson S, Friedli K y cols. Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses. *BMJ* 2003a; 326: 1.247.
- Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003b; 33 (2): 203-215.
- Byford S, Bower P. Cost-effectiveness of cognitive-behaviour therapy for depression: current evidence and future research priorities. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2002; 2: 457-466.

- Corney R. Links between mental health professionals and general practices in England and Wales: the impact of GP fundholding. *Br J Gen Pract* 1996; 46 (405): 221-224.
- Corney R, Briscoe M. Social workers and their clients: a comparison between primary health care and local authority settings. *J Roy Coll Gen Pract* 1977; 27 (405): 295-301.
- Cornwall P, Scott J. Which clinical practice guidelines for depression? An overview for busy practitioners. *Br J Gen Pract* 2000; 50 (178): 908-911.
- Donaldson C, Currie G, Mitton C. Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *BMJ* 2002; 325: 891-894.
- Fry J, Horder J. *Primary Health Care in an International Context*. Abingdon: Wace Burgess, 1994.
- Gask L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28 (1): 97-113.
- Gask L, McGrath G, Goldberg DP, Millar T. Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Med Educ* 1987; 21 (4): 362-368.
- Gask L, Williams L, Harrison J. Teaching cognitive-behavioural skills for the management of depression to general practice trainees: a pilot study of training. *Primary Care Psychiatry* 1995; 1: 201-205.
- Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 6-11.
- Gater R, De Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J y cols. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1991; 21 (3): 761-764.
- Gilbody S, Whitty P. Improving the delivery and organization of mental health services: beyond the conventional randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 13-18.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289 (23): 3.145-3.151.
- Goldberg D, Gournay K. *The General Practitioner, the Psychiatrist and the Burden of Mental Health Care*. Maudsley: Maudsley Hospital, Institute of Psychiatry, 1997.
- Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Londres: Tavistock, 1980.
- Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. Londres: Routledge, 1992.
- Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36 (6): 288-291.
- Kaltenthaler E, Shackley P, Stevens P, Beverley C, Parry G, Chilcott J. A systematic review and economic evaluation of computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. *Health Technol Assess* 2002; 6 (22): 1-89.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care* 1992; 30 (1): 67-76.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Unutzer J, Simon G, Walker E y cols. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19 (3): 169-178.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23 (3): 138-144.
- Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? *BMJ* 2000; 320: 200-201.
- King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomized controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 947-952.
- Mann A, Blizard R, Murray J, Smith JA, Botega N, MacDonald E y col. An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. *Br J Gen Pract* 1998; 48 (426): 875-879.
- Marks J, Goldberg D, Hillier V. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979; 9 (2): 337-353.
- McKenzie K, Patel V, Araya R. Learning from low income countries: mental health. *BMJ* 2004; 329: 1.138-1.140.
- Murauskiene L. *Economic Assessment*. Vilna: Community Mental Health Services, 2003.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Depression: Core Interventions in the Management of Depression in Primary and Secondary Care*. Londres: HMSO, 2004.
- National Institute for Mental Health in England (NIMHE). *Enhanced Services Specification for Depression Under the New GP Contract*. Manchester: NIMHE North West, 2004.
- Ormel J, Van Den Brink W, Koeter M, Geil R, Van Der Meer K, Van De Willige G y cols. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow up study. *Psychol Med* 1990; 20 (4): 909-923.

- Paykel E, Priest R. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992; 305: 1.198-1.202.
- Peveler R, George C, Kinmonth A, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomized controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 612-615.
- Pincus H. Patient-oriented models for linking primary care and mental health care. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9 (2): 95-101.
- Priest R. A new initiative on depression. *Br J Gen Pract* 1991; 41 (353): 487.
- Priest R, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996; 313: 858-859.
- Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary Care in the Driver's Seat?* Buckingham: Open University Press, 2006.
- Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J y cols. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286 (11): 1.325-1.330.
- Schulberg H, McClelland M. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9 (1): 1-10.
- Schulberg H, Block M, Madonia M, Scott CP, Rodríguez F, Inbar SD y cols. Treating major depression in primary care practice: eight month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (10): 913-919.
- Schulberg H, Katon W, Simon G, Rush J. Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research practice guidelines. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (12): 1.121-1.127.
- Scott A, Freeman C. Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *BMJ* 1992; 304: 883-887.
- Sibbald B. Skill mix and professional roles in primary care. En: *What is the Future for a Primary Care-Led NHS?* Oxford: Radcliffe Medical Press, 1996.
- Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D, Freeling P. Counsellors in English and Welsh general practices: their nature and distribution. *BMJ* 1993; 306: 29-33.
- Starfield B. *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy.* Nueva York: Oxford University Press, 1992.
- Thompson C, Kinmonth A, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ y cols. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355 (9199): 185-191.
- Tiemens B, Ormel J, Simon G. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (5): 636-644.
- Üstun T, Goldberg D, Cooper J, Simon G, Sartorius N. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10 PHC chapter five. *Br J Gen Pract* 1995; 45 (393): 211-215.
- Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *BMJ* 2001; 323: 948-949.
- Wagner E, Austin B, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quart* 1996; 74: 511-543.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S y cols. Randomized controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual GP care for patients with depression – I: clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 321: 1.383-1.388.
- Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Ettner S, Duan N, Miranda J y cols. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (4): 378-386.
- Wilkinson G, Allen P, Marshall E, Walker J, Browne W, Mann A. The role of the practice nurse in the management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. *Psychol Med* 1993; 23 (1): 229-237.
- World Health Organization. *Constitution.* Ginebra: WHO, 1948.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Ginebra: WHO, 1992.
- World Health Organization. *Atlas – Mental Health Resources in the World 2001.* Ginebra: WHO, 2001a.
- World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope.* Ginebra: WHO, 2001b.
- World Health Organization. *European Ministerial Conference on Mental Health: Mental Health Action Plan for Europe: Facing Challenges, Building Solutions.* Copenhagen: WHO, 2005.

Capítulo 10

Reformas en atención comunitaria: equilibrio entre atención psiquiátrica hospitalaria y comunitaria

FRANCESCO AMADDEO, THOMAS BECKER,
ANGELO FIORITTI, LORENZO BURTI Y MICHELE TANSELLA

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud mental de muchos países en la actualidad están llevando a cabo diversos tipos de modificación, revisión y rediseño. Estos cambios en parte reflejan la evidencia creciente de lo que constituye una atención sanitaria económicamente rentable, así como el reconocimiento de los fallos de un sistema asistencial basado en hospitales anticuados y geográficamente remotos. Los manicomios no ofrecen la calidad asistencial que hoy día exigen tanto los pacientes como sus familiares. Además, hay un interés cada vez mayor a nivel mundial por todo lo relativo a las enfermedades crónicas discapacitantes, incluyendo las enfermedades mentales, más que por las enfermedades infecciosas y transmisibles. Este nuevo interés queda reflejado en la atención prestada no sólo a la mortalidad, sino también a un concepto amplio de morbilidad que va más allá de los síntomas y que otorga gran importancia a la discapacidad, la calidad de vida y el impacto asociado con las responsabilidades asumidas por los cuidadores (Thornicroft y Tansella, 2004).

Hace más de 20 años se alcanzó en Europa un amplio consenso respecto a la necesidad de la desinstitucionalización. Este cambio de tendencia actualmente se está llevando a cabo en los países de Europa central y oriental. A pesar de ello, la velocidad de los cambios ha presentado gran variabilidad y los modelos de servicio de apoyo también han sido muy variables. Por ejemplo, en un estudio relativo al número de psiquiatras europeos se observó que sólo existían servicios de salud mental comunitaria en menos de la mitad de las ciudades de España, Portugal, Grecia e Irlanda, mientras que en los países de Europa oriental este tipo de servicios sólo presentaba esquemas de carácter introductorio (Goldberg, 1997).

Durante las dos últimas décadas del siglo xx ha existido un acalorado debate entre los partidarios de la provisión de servicios asistenciales y tratamientos psiquiátricos en los hospitales y los partidarios de la psiquiatría comunitaria, considerados ambos abordajes terapéuticos como excluyentes. Esta falsa dicotomía debería ser sustituida por un nuevo enfoque más moderno en que la prestación asistencial equilibrada incluyera tanto la psiquiatría comunitaria como la hospitalaria (Thornicroft y Tansella, 2004).

Si no se realizan inversiones en las estructuras comunitarias durante el período de transición desde la atención hospitalaria hacia la comunitaria, la carga asistencial puede pasar del sector sanitario formal al sector asistencial formado por las familias. Además, también es importante el hecho de que en algunos casos la motivación para la clausura de los hospitales sea la reducción de los costes económicos más que la modificación del contexto asistencial en sí misma.

CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE LOS PAÍSES EUROPEOS

La filosofía acerca de las reformas psiquiátricas en los países europeos se ha basado implícita o explícitamente en algunos principios básicos de la psiquiatría comunitaria y ha incorporado iniciativas a lo largo de los ejes básicos siguientes: 1) el proceso de desinstitutionalización y de clausura de los antiguos hospitales psiquiátricos; 2) el desarrollo de servicios y programas comunitarios alternativos; 3) la integración de otros servicios sanitarios, y 4) la integración de los servicios sociales y comunitarios (Becker y Vázquez-Barquero, 2001). Entre los estados miembros de la Unión Europea hay diferencias en los niveles de implementación de las bases de la psiquiatría comunitaria.

La tabla 10-1 resume algunos indicadores recogidos en el atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *World Health Report 2001* (WHO, 2001a) en relación con los 25 estados miembros de la Unión Europea. El número total de camas de psiquiatría en los distintos países oscila entre 1,7 y 25 por cada 10.000 habitantes en Italia y Bélgica, respectivamente (fig. 10-1). El número medio de camas en todo el mundo es de 4,4 por cada 10.000 habitantes. En 13 países, el número de camas de psiquiatría es superior a 10 por cada 10.000 habitantes: Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Holanda, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta y República Checa. Sólo cinco países (Austria, Chipre, España, Italia y Reino Unido) poseen menos de 6 camas por cada 10.000 habitantes. Excluyendo Italia y Finlandia, el resto de países todavía mantiene camas de psiquiatría en hospitales psiquiátricos. Además, aunque en la mayor parte de países de la Unión Europea existe un programa de salud mental implementado a nivel nacional (las excepciones son Austria, Eslovaquia, Eslovenia, España y Suecia), se observan abundantes variaciones regionales y locales en él (Becker y Vázquez-Barquero, 2001).

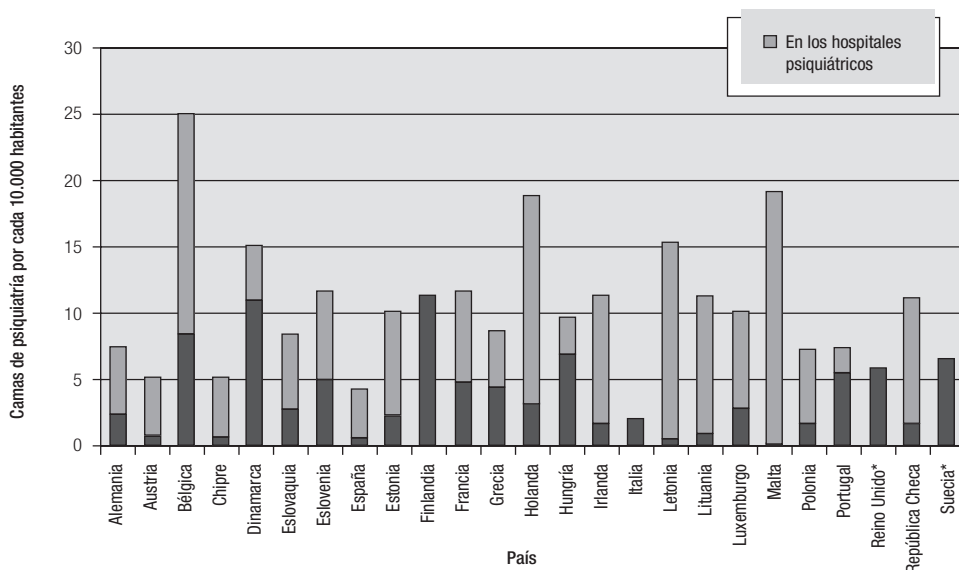
En muchos de los países que ya han decidido pasar a un sistema de atención psiquiátrica basado en el contexto extrahospitalario o comunitario (p. ej., Reino Unido) o que han incorporado una proporción sustancial de servicios comunitarios en un sistema de carácter hospitalario (p. ej., Holanda, Portugal o algunos *Länder* de Alemania), el número de camas de psiquiatría es elevado. El atlas de la OMS correspondiente a 2001 (WHO, 2001a) ofrece

Tabla 10-1 Atención psiquiátrica en los 25 Estados miembros de la Unión Europea

	Camas de psiquiatría totales	Camas de psiquiatría en hospitales psiquiátricos	Camas de psiquiatría en hospitales generales	Camas de psiquiatría en otros centros	Número de psiquiatras	Número de asistentes sociales	Programa nacional de salud mental	Última legislación en salud mental	Porcentaje del presupuesto sanitario total dedicado a la atención psiquiátrica
	Por cada 10.000 habitantes				Por cada 100.000 habitantes				
Alemania	7,6	4,8	-	-	7	-	Sí	1999	-
Austria	5,2	4,7	0,5	-	10	103	No	1997	-
Bélgica	25,0	16,4	2,4	6,6	18	-	Sí	2000	06,0
Chipre	5,2	4,7	0,6	0,0	5	25	Sí	1997	7,0
Dinamarca	15,1	4,0	3,6	7,5	16	7	Sí	1998	-
Eslovaquia	9,0	6,0	3,0	0,0	10	-	No	1994	2,0
Eslovenia	11,9	6,8	1,1	4,0	8	-	No	1999	-
España	4,4	3,7	0,6	0,1	4	-	No	1986	-
Estonia	10,2	8,0	2,1	0,0	13	0	Sí	1997	-
Finlandia	11,6	0,0	10,4	1,2	16	165	Sí	1990	-
Francia	12,1	7,3	2,3	2,2	20	-	Sí	1990	5,0
Grecia	8,7	4,3	0,3	4,1	6	56	Sí	1999	-
Holanda	18,7	15,4	1,0	2,3	9	176	Sí	1994	7,0
Hungría	9,6	2,3	7,2	0,1	9	1	Sí	1997	8,0
Irlanda	11,5	10,0	1,6	0,8	5	37	Sí	1991	7,7
Italia	1,7	0,0	0,8	0,9	9	3	Sí	1998	-
Letonia	15,5	15,1	0,4	-	10	0,6	Sí	1997	5,0
Lituania	11,8	10,8	0,7	0,3	13	-	Sí	1995	7,0
Luxemburgo	10,1	7,5	3,0	0,0	12	35	Sí	2000	13,4
Malta	18,9	18,8	0,1	0,0	5	2	No	1981	9,0
Polonia	7,5	5,9	1,0	0,6	6	1	Sí	1994	-
Portugal	7,7	2,1	1,2	4,4	5	7	Sí	2000	-
Reino Unido	5,8	-	-	-	11	58	Sí	1983	10,0
República Checa	11,3	9,7	1,4	0,2	12	-	Sí	1966	3,0
Suecia	6,7	-	-	3,2	20	-	No	2000	11,0

De WHO (2001a).

Figura 10-1 Camas totales de psiquiatría en los hospitales psiquiátricos por cada 10.000 habitantes, en los 25 Estados miembros de la Unión Europea.



*No hay datos acerca de las camas de psiquiatría en los hospitales psiquiátricos.

una panorámica general del desarrollo de los servicios de salud mental en todo el mundo, junto con una perspectiva básica del desarrollo de los servicios de salud mental en todo el mundo y una descripción de la transformación de la atención psiquiátrica hospitalaria por la atención psiquiátrica comunitaria en algunos países de la Unión Europea. En todos los Estados miembros de la Unión Europea de 25 países (UE-25) existen centros asistenciales de distintos niveles en los cuales son atendidos pacientes psiquiátricos.

En Austria se han implementado diversos planes de salud mental a nivel provincial. En 1997 se inició un plan hospitalario nacional que en cierta medida obliga a cada provincia a cumplir una serie de requerimientos estipulados. En este plan hospitalario nacional hay varias páginas relativas a la psiquiatría, con una subsección sobre servicios comunitarios. El plan se está adaptando de manera continuada (última versión, enero de 2001) y contiene sugerencias para el establecimiento de unidades de psiquiatría en los hospitales generales. No obstante, hasta el momento sólo se ha creado un pequeño número de estas unidades mientras que otras están en fase de planificación.

En Grecia se desarrolló un Plan nacional de salud mental para 10 años que fue remitido a la Unión Europea en 1997 (*Psychoargos*) para la solicitud de una subvención económica, parte de la cual ya ha sido aprobada y actualmente está en curso. Los puntos principales de este plan son: la continuación de la desinstitutionalización y la desestigmatización; la sectorización de los servicios de psiquiatría en todo el país; la continuación del desarrollo de unidades asistenciales primarias y de unidades psiquiátricas en los hospitales generales; la continuación e intensificación del desarrollo de centros de rehabilitación; el establecimiento

y el desarrollo de grupos de autoayuda formados por pacientes, para la promoción y la reintegración social, económica y laboral de los y las pacientes que sufren problemas psiquiátricos graves, y el establecimiento de garantías y procedimientos detallados para la protección de los derechos de los y las pacientes. Durante el período 2000-2006 se ha prestado especial atención a las áreas de la psiquiatría infantil, la psicogeriatría y la reforma de los hospitales psiquiátricos (WHO, 2001b). También se están llevando a cabo planes de este tipo en Irlanda, con el objetivo de desarrollar los servicios de tipo comunitario y organizar servicios a disposición de las personas con trastornos mentales.

En Italia, la Ley de reforma de 1978 introdujo cambios fundamentales en el sistema asistencial psiquiátrico (con prohibición de los ingresos en los hospitales psiquiátricos estatales, definición de los servicios de carácter comunitario, limitación de las hospitalizaciones a las unidades hospitalarias generales pequeñas) y el año 1998 marcó el final del sistema hospitalario psiquiátrico estatal (Burti, 2001). La legislación más reciente, denominada Proyecto objetivo 1998-2000, impulsa el establecimiento de departamentos de salud mental locales por área sanitaria (aproximadamente, 100.000 personas). Los aspectos principales cubiertos por este proyecto son la promoción de la salud mental a lo largo de toda la vida de la persona; la detección temprana de los problemas de salud mental; la prevención de las recidivas y sus consecuencias psicológicas y sociales; la atención a la vida de los familiares de los pacientes, y la prevención del suicidio y de los comportamientos autolesivos.

El gobierno holandés ha desarrollado una política, el Plan nacional de salud mental, para la creación de un sector sanitario de salud mental con las características siguientes: una atención orientada hacia la demanda y diseñada en función de las necesidades de cada paciente y de sus características sociales o culturales específicas, creada a través de la consulta con el paciente y sus familiares, de acceso sencillo y constituida por los enfoques de tratamiento médico, atención psiquiátrica y asistencia social; la provisión de una atención organizada eficazmente en función de un modelo de espectro «desde la atención superficial y general hasta la atención detallada y especializada»; la definición de los trastornos que pueden ser tratados a corto plazo y mediante un planteamiento general, por parte de un primer nivel asistencial psiquiátrico de carácter local constituido por médicos y médicas generales, especialistas en psicología clínica y asistentes sociales, y el ofrecimiento de un abordaje terapéutico de los trastornos que superan la capacidad del primer nivel asistencial por parte de centros psiquiátricos especializados de nivel regional, localizados preferiblemente en un hospital general o en su proximidad. Estos centros regionales ofrecen una gama completa de servicios (prevención, diagnóstico, urgencias, tratamiento ambulatorio y hospitalario a corto plazo, resocialización y vivienda protegida); los servicios de especialidad se llevan a cabo a niveles suprarregional o nacional en hospitales universitarios y en diversos centros psiquiátricos con dedicación especial.

En Reino Unido, a pesar del presupuesto relativamente bajo dedicado a ello, se han realizado progresos sustanciales en la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios comunitarios completos. En este momento, ya se ha conseguido una clausura casi completa de los grandes manicomios (Johnson y cols., 2001).

Recientemente, en un estudio multicéntrico de carácter internacional (estudio EPSILON) se comparó la provisión de servicios en cinco regiones europeas (Becker y cols., 2002). Con

el European Service Mapping Schedule (ESMS) se identificaron las diferencias entre los servicios de salud mental ofrecidos por cinco centros. En el estudio se demostró que entre los centros evaluados hubo una gran heterogeneidad en los servicios ambulatorios y comunitarios ofrecidos con una participación mayor de los equipos de salud mental comunitarios en Londres (Reino Unido) y Verona (Italia), y una implicación mayor de la atención ambulatoria en Santander (España). El centro de Amsterdam (Holanda) mantuvo una posición intermedia. No obstante, a pesar de las sustanciales diferencias entre los distintos centros respecto a la provisión de servicios, todos los centros compartían algunos elementos de la atención psiquiátrica comunitaria.

RECOMENDACIONES DE LA OMS RESPECTO A LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Principios de la desinstitucionalización y abordaje de la salud pública

La OMS lleva incorporando, desarrollando y divulgando el principio de la desinstitucionalización en el contexto de la salud pública desde la década de 1970, tras la aprobación de un programa a largo plazo por parte de la Oficina regional para Europa de la OMS. La Oficina regional de la OMS ha evaluado cada 10 años los cambios que han tenido lugar en los sistemas de provisión de servicios psiquiátricos en los distintos países europeos, ajustando sus recomendaciones en función de las necesidades de provisión de servicios. Por ejemplo, en 1953 se recomendó la existencia de una cama de psiquiatría por cada 1.000 habitantes, en una época en la cual lo habitual en la mayor parte de los países europeos occidentales era la existencia de 3 camas por cada 1.000 habitantes. Esta cifra recomendada se redujo hasta 0,5-1,0 camas de psiquiatría por cada 1.000 habitantes en el informe de 1972 cuando en la encuesta realizada al efecto se detectó una provisión cada vez mayor de nuevas formas de servicios psiquiátricos comunitarios. Posteriormente, la OMS señaló que las diferentes características geográficas de las áreas, la variabilidad de los recursos (incluyendo los recursos humanos), y la existencia de diferencias en la organización y en el estilo de intervención hacían problemática la definición de un único cociente global como índice de la provisión adecuada de los servicios. Al mismo tiempo, los sencillos dispensarios de otras épocas se han transformado en centros complejos que ofrecen el tratamiento y la rehabilitación en el contexto comunitario a pacientes con problemas de la salud mental, incluyendo los que sufren trastornos graves. A menudo, estos centros comunitarios constituyen el eje central del sistema. A mediados de la década de 1970 los hospitales psiquiátricos disminuían tanto en número como en tamaño, mientras que se creaban cada vez más camas psiquiátricas en hospitales generales; no obstante, en la mayor parte de los países este tipo de camas sólo representaba el 10 % o menos de todas las camas de psiquiatría en aquella época. En el estudio de 1982 ya habían desaparecido los grandes hospitales psiquiátricos (los que tenían 2.000 camas o más) al mismo tiempo que el número de los que tenían más de 1.000 camas se había reducido al 50 %. Las tendencias observadas en Italia (con una reducción de los

hospitales psiquiátricos grandes desde 55 hasta 20) y en Reino Unido, con una reducción correspondiente de 65 a 23, contribuyeron de manera importante a estos resultados. No obstante, el número de hospitales psiquiátricos de tamaño intermedio sólo se había reducido ligeramente. Por desgracia, el número de camas de psiquiatría existentes en los hospitales generales de nuevo continuaba siendo relativamente bajo. Las variaciones observadas durante el período 1982-1992 incluso fueron más destacadas en lo que se refiere a las categorías de hospitales ya mencionadas.

En un documento de la OMS que incluye recomendaciones relativas al futuro inmediato (WHO, 2001c) se subraya de manera destacada la importancia del desarrollo de la atención comunitaria con los principios de la salud pública. Se da por sentada la necesidad del paso de la atención hospitalaria a la atención comunitaria, junto con la descentralización de los servicios asistenciales y la integración de la salud mental en los servicios asistenciales generales. Existe evidencia de que los hospitales psiquiátricos no constituyen por sí mismos la opción de servicio asistencial más adecuada, además de que incorporan diversas barreras para el tratamiento y la atención efectivos: se han asociado con diversas formas de violaciones de los derechos humanos; las condiciones de vida en ellos a menudo son inadecuadas, y estos centros fomentan la estigmatización y el aislamiento de las personas que sufren trastornos mentales (WHO, 2001c). Es importante destacar el hecho de que la OMS apoya de manera clara la atención psiquiátrica comunitaria en una época en que tanto la opinión pública como los medios de comunicación adolecen de desconfianza y de prejuicios hacia ella, mientras que, por parte de los gobiernos nacionales y en la bibliografía internacional, se mantiene un apoyo prudente o, incluso, una crítica manifiesta hacia esta forma de atención psiquiátrica (Leff, 2001; Geller, 2002).

Políticas de salud mental

Una recomendación básica de la OMS se refiere al establecimiento en todos los países de políticas de salud mental explícitas en los niveles gubernamentales máximos de manera que puedan influir en la mayor medida de lo posible para que la salud mental tenga una prioridad máxima. Los principios fundamentales son los siguientes: participación comunitaria en los servicios de salud mental; desinstitucionalización y atención comunitaria, y accesibilidad e integración en la atención primaria. Un aspecto importante de la política es la legislación. Dicha legislación debe ser congruente con los principios de Naciones Unidas para la protección de las personas que sufren enfermedad mental y para la mejora de la atención psiquiátrica (*UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*; United Nations, 1991). Los servicios deben estar acompañados por los presupuestos adecuados y es necesaria la canalización de fondos desde la atención hospitalaria hacia la atención comunitaria, según la planificación local basada en las necesidades específicas y en la negociación con las autoridades locales, más que el seguimiento de normas de carácter global. Los desincentivos económicos para evitar la atención en los hospitales psiquiátricos deben utilizarse también como incentivos para fomentar la atención psiquiátrica en los hospitales generales de la comunidad. El establecimiento de los servicios debe estar guiado por las necesidades reales de la población, con

un planteamiento de salud pública. De hecho, en muchos países en vías de desarrollo los servicios de salud mental son inexistentes o de carácter nominal, mientras que en muchos países industrializados puede haber una amplia gama de servicios de salud mental que no siempre cubren las necesidades de la población. En lo que se refiere a la formación de profesionales de la salud mental, se destaca la necesidad de abandonar los modelos médicos basados en la enfermedad, con consideración de las teorías y prácticas psicosociales, una recomendación que contraviene el importante crecimiento de carácter universal que está produciéndose en las orientaciones biológicas de la psiquiatría.

Otro documento de la OMS en que se abordan los últimos avances en salud mental a nivel internacional (WHO, 2001b) insiste en la idoneidad de los servicios de salud mental comunitarios, de la continuidad asistencial, de la existencia de una amplia gama de servicios accesibles para responder a las diferentes necesidades de la población, del establecimiento de alianzas con las familias y de la integración de estos servicios en la atención primaria. Se propone el uso de una amplia gama de recursos para cubrir las necesidades médicas y sociales, incluyendo los medicamentos, la psicoterapia, la rehabilitación psicosocial, la rehabilitación laboral, el empleo y la vivienda. También se insiste nuevamente en la importancia de la legislación para constituir la base de la política de salud mental y para garantizar los derechos humanos de los pacientes. Por desgracia, las cifras no son muy prometedoras: de los 160 países de todo el mundo que ofrecen datos a la OMS, casi la cuarta parte carece de legislación sobre salud mental (WHO, 2001d) y la quinta parte de la legislación existente está anticuada. En Europa, sólo el 4 % de los países carece de legislación en esta materia, pero el 37 % carece de una política específica de salud mental.

Las recomendaciones globales de la OMS se condensan en 10 puntos (cuadro 10-1). Estas recomendaciones identifican las acciones específicas en función de los escenarios definidos por el nivel de recursos existente en cada país. Por ejemplo, en los países con recursos económicos bajos, «la atención comunitaria» implica la desinstitutionalización de las personas que permanecen en las cárceles, la disminución del tamaño de los hospitales psiquiátricos y la introducción de mejoras asistenciales en ellos. En los países con recursos económicos mayores, esta misma recomendación implica el cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos grandes que puedan existir todavía y la garantía de una cobertura del 100 % de la atención psiquiátrica en el contexto comunitario.

No obstante, en diversos estudios efectuados sobre áreas concretas de Europa se ha observado que los hospitales psiquiátricos todavía ofrecen servicios asistenciales, incluyendo la hospitalización aguda, en la mayor parte de los países (Becker y Vázquez-Barquero, 2001), y que la gama de camas hospitalarias de agudos por cada 100.000 habitantes oscila entre 17 en Italia (donde ya se ha llevado a cabo el proceso de cierre de todos los hospitales psiquiátricos) y 165 en Francia. Así, es evidente que el proceso de la reforma psiquiátrica en Europa todavía está lejos de cumplir las recomendaciones de la OMS. Además, tal y como han señalado Becker y Vázquez-Barquero, Europa no es equivalente a Estados Unidos; en los países de Europa oriental, las condiciones sanitarias relativas a las enfermedades físicas y mentales han empeorado considerablemente durante la última década. La disminución de 10 años en la esperanza de vida en algunos países de Europa oriental es un ejemplo dramático de la gravedad del problema.

Cuadro 10-1 Recomendaciones de la OMS sobre política de salud mental

- Provisión del tratamiento en atención primaria
- Disponibilidad de los psicofármacos
- Provisión de atención comunitaria
- Educación de la sociedad
- Implicación de comunidades, familias y consumidores
- Establecimiento de políticas, programas y legislación nacionales
- Desarrollo de los recursos humanos
- Vinculación con otros sectores
- Evaluación de la salud mental comunitaria
- Fomento de la investigación

De WHO (2001b).

Implicación de cuidadores y pacientes en la planificación, evaluación e implementación de los servicios

Aunque la evidencia demuestra los efectos beneficiosos de la implicación de las familias respecto a la mejora de la evolución de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales (WHO, 2001b; Chamberlin, 2005; Thornicroft y Tansella, 2005) y la OMS insiste en la necesidad de establecer alianzas con los pacientes y sus familias, las organizaciones de cuidadores y pacientes continúan quejándose de los niveles poco satisfactorios de implicación y de falta de reconocimiento por parte del sistema psiquiátrico. Esta situación es desafortunada e injusta, teniendo en cuenta que en la actualidad el 40-80 % de las personas que sufren enfermedades mentales crónicas vive con sus familias y, en consecuencia, los familiares de los pacientes soportan la mayor parte de la carga asistencial. Los familiares son partes implicadas y su función debería reconocerse de manera plena. Las organizaciones de familiares existen desde hace décadas, pero sólo recientemente han comenzado a influir sobre las autoridades sanitarias en lo relativo a las decisiones políticas al mismo tiempo que están comenzando a ser consultadas en lo relativo al funcionamiento de los servicios de salud mental. En 1992 se creó una red europea de organizaciones nacionales, la European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People (EUFAMI), que desde entonces ha mantenido una gran actividad de coordinación de iniciativas. Las necesidades más señaladas por las familias son: la vivienda/subsistencia, el control de las crisis, las intervenciones de gestión de casos/actividades sociales, los servicios laborales dirigidos a las personas con enfermedades mentales, los servicios de rehabilitación, la atención hospitalaria y los tratamientos farmacológicos innovadores (Brand, 2001a, 2001b).

Los pacientes o personas usuarias de los servicios de salud mental han sido reconocidos sólo recientemente como partes implicadas debido al prejuicio fuertemente arraigado de que estas personas son incapaces de mantener un razonamiento coherente y mucho menos de ser consideradas responsables de su propio destino, de manera que hasta hace muy

poco tiempo realmente no han sido consultadas por los profesionales ni por la Administración. En cualquier caso, desde la década de 1990, en algunos países europeos las personas usuarias de los servicios asistenciales han comenzado a influir en sus planes terapéuticos personales, han participado en los comités de los hospitales psiquiátricos y han participado también mediante sus representantes en los comités de planificación de los servicios psiquiátricos a niveles local y regional (Schene y Faber, 2001).

En 1991 se fundó la Red europea de usuarios, ex usuarios y supervivientes de la psiquiatría (ENUSP, European Network of [ex-] users and survivors of psychiatry; www.enusp.org). Un problema inicial importante fue la selección del nombre de la organización entre todas las descripciones utilizadas por los diferentes grupos¹. Finalmente, se seleccionó la denominación de «usuarios», «ex usuarios» y «supervivientes de la psiquiatría» (Hölling, 2001). Los delegados de la ENUSP procedentes de 40 países diferentes se reúnen en congresos que se celebran cada 2 años. Este movimiento apoya el concepto de los servicios controlados por las personas usuarias/supervivientes, defendiendo la postura de que por cada cama psiquiátrica debería haber una cama en una «vivienda protegida» antipsiquiátrica o no psiquiátrica. De hecho, el prototipo de este servicio asistencial es la Runaway House de Berlín, un centro de crisis administrado por los propios pacientes. Esta vivienda existe desde mediados de los años noventa del siglo pasado y en ella se ha atendido a más de 300 personas.

Exhaustividad de la atención sanitaria y social

Además de mejorar las competencias de los pacientes e incrementar los recursos ofrecidos por los contextos asistenciales a las personas usuarias de los servicios, la rehabilitación debe asegurar los derechos de los pacientes a la propia determinación y ayudarles a recuperar roles sociales significativos. En Italia hay un movimiento basado en cooperativas de trabajadores (denominadas «empresas sociales») que ha conseguido buenos resultados en la oferta de empleos y oportunidades laborales a las personas usuarias y ex usuarias de los servicios de salud mental para que se impliquen activamente en las empresas en forma de socios (Warner, 1994).

Los grupos de consumidores de servicios psiquiátricos también han sido eficaces para cubrir las necesidades prácticas de las personas usuarias en lo relativo al empleo, la vivienda y la vida social al mismo tiempo que han fomentado la emancipación y capacitación de los propios miembros de dichos grupos. Hay ejemplos de programas conjuntos en los cuales las personas usuarias de los servicios colaboran con los propios servicios de salud mental o las organizaciones laborales en la implementación de dichos programas. En Verona se lleva aplicando un programa de este tipo desde hace casi 10 años, con resultados prometedores. El programa atiende a aproximadamente 400 personas usuarias de servicios de salud mental al año y ofrece 150 intervenciones de rehabilitación laboral, 350 intervenciones de búsqueda de empleo y de apoyo a éste y 60 intervenciones de búsqueda de vivienda, con realización de aproximadamente 40 actividades regulares a la semana (Burti y cols., 2005).

¹Los términos más utilizados en la actualidad son los de «consumidores», «personas usuarias», «supervivientes de la psiquiatría», «supervivientes psiquiátricos(as)», «clientes», «víctimas de la psiquiatría», «personas ex usuarias», «ex pacientes», «ex presos(as)», «locos(as)», etc.

IMPACTO ECONÓMICO DEL CAMBIO ASISTENCIAL DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS A LA COMUNIDAD

Una consecuencia del cambio asistencial de los hospitales psiquiátricos a la comunidad es el incremento de los costes indirectos soportados por los cuidadores (principalmente, familias, personas voluntarias y organizaciones de autoayuda) y por la sociedad en su conjunto. Pocos países poseen datos acerca del porcentaje de su presupuesto sanitario total dedicado a la salud mental (v. tabla 10-1). A pesar de la diversidad internacional de los sistemas internacionales, la mayor parte de los países desarrollados dedica aproximadamente el 10 % de su presupuesto sanitario total al tratamiento de las enfermedades mentales (Souetre, 1994). Entre los países de la Unión Europea, parece que la cantidad total de dinero asignada a la salud mental es, en términos generales, similar a la que se dedica a ello en el resto de los países desarrollados; esta cantidad oscila entre el 13,4 % del presupuesto sanitario en Luxemburgo y el 2 % en Eslovaquia.

Desde un punto de vista económico, la planificación de la reforma de los servicios de salud mental debe considerar varios puntos: 1) derechos humanos; 2) impacto público de los trastornos mentales (gravedad y carga asistencial debida a la enfermedad), y 3) cohesión social. Por ejemplo, se ha demostrado que en Italia el 70 % de la carga total constituida por la esquizofrenia se debe a costes indirectos (Tarricone y cols., 2000), al mismo tiempo que Murray y López (1997) han estimado que las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen el 10,5 % de la carga mundial por las enfermedades (en años de vida con ajuste de la discapacidad [DALY, *disability adjusted life years*]), excediendo la contribución en este sentido de las enfermedades cardiovasculares (9,7 %) y de los tumores malignos (5,1 %).

El impacto económico del cambio de la atención psiquiátrica desde los hospitales hasta la atención comunitaria ha sido analizado por Knapp y cols. (1994). Estos investigadores realizaron un ensayo clínico con asignación aleatoria y control para evaluar los costes globales de un programa (Daily Living Programme [DLP]) que ofrecía asistencia domiciliaria y con orientación a problemas a personas de 17-64 años de edad que sufrían enfermedades mentales graves, en comparación con la atención hospitalaria convencional. El DLP tuvo un coste significativamente menor que el tratamiento convencional, tanto a corto como a medio plazo. En otro estudio efectuado con asignación aleatoria por Merson y cols. (1996) se observó que el coste total del tratamiento para el grupo de atención comunitaria (77.400 euros) fue muy inferior al del grupo de atención hospitalaria (170.700 euros), aunque el coste medio por paciente fue un 50 % mayor en el grupo comunitario (1.300 frente a 843 euros), con una proporción mayor del gasto por los servicios comunitarios (10 % frente al 2 %) a consecuencia de los contactos fallidos. Al considerar estos datos junto con los resultados clínicos, que no demostraron la existencia de ventajas en el grupo de atención hospitalaria en comparación con el grupo de atención comunitaria, la conclusión del estudio consistió en el hecho de que la atención psiquiátrica comunitaria es una alternativa económicamente rentable a la atención psiquiátrica hospitalaria en este grupo de pacientes.

Tal y como se ha demostrado en una reciente revisión de la bibliografía, los hospitales de día para enfermos agudos son un medio de provisión de atención psiquiátrica intensiva que carece de los graves inconvenientes y de la restricción de la libertad asociados con la aten-

ción hospitalaria. Además, el tratamiento comunitario asertivo utilizado para evitar que los pacientes sean hospitalizados permite reducir el 55 % de las hospitalizaciones, en comparación con la reducción del 23 % conseguida con los hospitales de día. Desde un punto de vista económico, la atención comunitaria incluso ofrece un ahorro del 65 % (Marshall y cols., 2001). Las reformas psiquiátricas ya iniciadas en todos los países europeos también han introducido aspectos de debilidad de los sistemas sanitarios que están comenzando a ser evidentes; por ello, son necesarios estudios económicos que permitan analizar los procesos de producción de servicios asistenciales y la distribución de los recursos con objeto de evitar los problemas experimentados previamente tanto por los administradores hospitalarios como por los políticos. En concreto, se considera esencial implementar nuevos sistemas de financiación que permitan responder a las necesidades de los pacientes al mismo tiempo que tienen en cuenta la calidad de los servicios, el grado de satisfacción de los pacientes y los resultados.

Para la OMS, hay tres principios básicos que deben seguirse. En primer lugar, las personas deben estar protegidas frente a los riesgos económicos de carácter catastrófico, minimizando en la medida de lo posible los pagos directos «de bolsillo» y, en especial, limitando estos pagos únicamente para los pequeños gastos correspondientes a bienes o servicios asumibles. A este respecto, es preferible cualquier forma de prepago, tanto si es con impuestos generales como con pólizas de seguridad social obligatoria o con seguros privados voluntarios, dado que este tipo de sistemas genera una acumulación de los riesgos y permite una separación, al menos parcial, entre los servicios y los pagos directos realizados por los pacientes. Los problemas de salud mental a menudo son crónicos; por tanto, no sólo importa el coste de un tratamiento o un servicio específico, sino también la posibilidad de que este tratamiento o servicio tenga que repetirse a intervalos prolongados, es decir, lo que una persona o una familia pueden permitirse en una situación de crisis quizá no sea asumible para ellos a largo plazo.

En segundo lugar, las personas sanas deben subvencionar económicamente a las enfermas. Cualquier mecanismo de pago por anticipado permite alcanzar este objetivo (no así los pagos directos «de bolsillo»), pero el hecho de que las subvenciones vayan en la dirección correcta respecto a la salud mental dependerá de si los mecanismos de pago anticipado cubren las necesidades específicas de las personas que sufren enfermedades mentales. Un sistema de financiación puede ser adecuado a este respecto en lo que se refiere a muchos servicios, pero todavía puede ser insuficiente para la transferencia de los recursos desde las personas sanas hacia las enfermas respecto a los problemas mentales y del comportamiento, simplemente debido al hecho de que dichos problemas no quedan cubiertos. Así, el efecto de un mecanismo concreto de financiación de la salud mental dependerá de las intervenciones que se financiarán.

Finalmente, un buen sistema de financiación también significa que las personas de recursos económicos subvencionan a las más pobres, al menos en una cierta medida. Ésta es la característica más difícil de garantizar ya que depende de la cobertura y la progresividad del sistema impositivo, así como de las personas que están cubiertas por la seguridad social o por pólizas de compañías sanitarias privadas. Por ejemplo, las pólizas de seguros sanitarios de las personas con recursos económicos financian las pólizas asistenciales de las

personas pobres sólo si ambos grupos están contemplados en el mismo esquema y la cobertura ofrecida por las pólizas de seguro no se limita a las personas de recursos económicos elevados. Además, las subvenciones transversales sólo funcionan si las contribuciones o las primas están relacionadas, al menos parcialmente, con los intereses económicos y se someten a sistemas de acumulación de riesgos más que a los perfiles de riesgo uniformes o individuales. Tal y como suele ocurrir, la magnitud y la dirección de los subsidios también dependen de los servicios cubiertos.

MARCOS LEGALES DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

La comparación transnacional de las disposiciones legales puede ser muy útil para definir los modelos y las tendencias que permitan bosquejar la nueva legislación (Saraceno, 2002). En una comparación reciente de los textos legales relacionados con la salud mental y elaborados en todos los países europeos (Fioritti, 2002) se han definido los diferentes modelos que regulan esta compleja cuestión en Europa. Los resultados obtenidos en este estudio constituyen una actualización de los correspondientes a un estudio previo (Ferrari y cols., 1986) realizado hace 19 años y permiten definir las tendencias históricas. La legislación sobre salud mental se convirtió en un objetivo de la mayor parte de los países a lo largo de la década de 1990. Cuando Ferrari y cols. efectuaron su estudio en 1986, la Ley de salud mental existente tanto en Italia (1978) como en Reino Unido (1984) representaba la legislación más reciente en esta área; sin embargo, hoy día ambas leyes son las más antiguas. Los países restantes modificaron su legislación durante los años noventa del siglo pasado y algunos la cambiaron en más de una ocasión (p. ej., Holanda). Las enmiendas pueden reflejar el impacto de los principales cambios que han ocurrido en las actitudes públicas y en los métodos de tratamiento en salud mental, y han fomentado un acalorado debate y una remodelación de los marcos asistenciales legales. En el momento en que se redacta este capítulo, vuelve a haber propuestas de reforma en los parlamentos italiano y británico. Así, hay algo que parece claro: si en los años setenta del siglo pasado la duración media de la legislación sobre salud mental era de 30 años, hoy día es de tan sólo 15.

Una segunda tendencia demuestra que cada vez es más clara la distinción entre las funciones de una ley general/federal (que incluye provisiones basadas en los principios generales, en los derechos de los pacientes y en los procedimientos para la atención involuntaria), por un lado, y la legislación local/regional (relativa a la organización de los servicios, los estándares de los profesionales de la salud mental y la propia salud mental en sí misma), por el otro. Esta tendencia es natural, dadas las radicales diferencias que pueden existir en los países grandes, en los cuales los estándares relativos a los profesionales pueden depender de las necesidades locales y de la disponibilidad de los recursos, y teniendo en cuenta la tendencia política general hacia la transferencia de competencias.

La legislación actual ha eliminado por completo la mayor parte de los términos que se utilizaron en la legislación nacional hace 20 años. Los términos «lunático(a)» o «loco(a)» (*lunatic* o *insane* en inglés; *aliéné* en francés) han sido sustituidos por términos como «ciudadano(a)», «persona usuaria de los servicios» o «paciente». Los términos «manicomio» y

«hospital psiquiátrico» han sido sustituidos por términos como el de «departamento de salud mental». Estos cambios, que parecen obvios, pueden ser el resultado de las transformaciones que han ocurrido con independencia de la profesión psiquiátrica y de sus instituciones. También pueden haber influido en la dirección de la política aplicada en países que todavía no han iniciado la reforma de la atención psiquiátrica.

La legislación actual insiste en la protección de los derechos de los pacientes más que en la protección de la sociedad frente a los comportamientos perturbadores o delictivos que pueden llevar a cabo las personas que sufren enfermedades mentales. La peligrosidad ya no es una razón específica para el tratamiento obligatorio (criterio de la peligrosidad). La mayor parte de las legislaciones recoge provisiones que permiten el tratamiento de los pacientes para su propio beneficio (criterio de «idoneidad de tratamiento») y en función del juicio clínico de uno o más profesionales de la medicina (criterio de «necesidad de tratamiento»). Parte de la legislación (p. ej., en Reino Unido) contempla la aplicación de procedimientos diferentes en situaciones distintas, con predominio de un criterio sobre los demás según las circunstancias. Además, la implicación directa de las autoridades judiciales en los procedimientos de hospitalización obligatoria es, en la actualidad, mucho menos frecuente y generalmente sólo tiene lugar en casos judiciales. Más que ello, las autoridades administrativas relacionadas con la salud mental (p. ej., en Italia, Francia, Grecia, Irlanda y Reino Unido) son las responsables de la mayor parte de las actividades relacionadas con la evolución de los casos, las tomas de decisiones y la implementación de los procedimientos necesarios para el tratamiento obligatorio. Esta situación refleja una serie de modificaciones en las actitudes públicas y en las filosofías de los sistemas de salud mental a lo largo de las últimas décadas.

En la actualidad hay un nivel mucho mayor de variedad en la localización de los puntos asistenciales en los cuales pueden ser atendidos (voluntaria o involuntariamente) los pacientes, así como en los procedimientos de asignación de obligaciones, incluyendo la obligación de atención urgente, de hospitalización, de atención ambulatoria y de atención a medio y largo plazos. Esta diferenciación refleja la búsqueda de una respuesta más modulada en la atención, en términos de equilibrio entre la protección y la coerción, y teniendo en cuenta que el objetivo principal es la protección de los derechos de los pacientes.

La función de la profesión médica en lo que se refiere a los tratamientos obligatorios puede contemplarse mediante dos modelos básicos: el modelo médico y el modelo legal. El modelo médico se basa en el hecho de que el tratamiento obligatorio, a pesar de ser coercitivo, es en cualquier caso una forma de tratamiento y que únicamente los médicos saben cuál es el interés mejor del paciente, de manera que las decisiones en este contexto forman parte de su actividad profesional. Se suele preferir un criterio más amplio («necesidad de tratamiento») y los médicos pueden hospitalizar directamente a los pacientes o bien pueden hacerlo una vez que su decisión ha sido validada formalmente por una autoridad administrativa. Por ejemplo, los controles para la prevención de abusos son implementados por las autoridades judiciales.

El modelo legal se basa en el hecho de que el tratamiento obligatorio siempre conlleva una restricción de la libertad personal y que, por tanto, únicamente debe ser determinado por una autoridad legal, preferiblemente judicial. Los médicos pueden recomendar el trata-

miento, pero su propuesta debe ser evaluada de manera detallada por una autoridad no clínica, que debe garantizar la existencia de criterios formales que justifiquen el tratamiento obligatorio, la aplicación adecuada de los procedimientos y la inexistencia de otras alternativas. Esta situación tiene lugar en Reino Unido, un país en que un asistente social específicamente formado debe verificar todos los aspectos de una propuesta de tratamiento obligatorio y tomar la decisión en nombre de la autoridad gubernativa local. El criterio comportamental (p. ej., la peligrosidad o el autoabandono) es el preferido y, en este caso, la función del médico se limita a la fase de información.

Finalmente, en algunos pocos países se han promulgado leyes de salud mental que incluyen algunas provisiones relativas a las tendencias y avances futuros: por ejemplo, la implementación de sistemas de control clínico y de control de la calidad, la implicación de las personas usuarias de los servicios y de los cuidadores en la planificación y evaluación de los servicios, los procedimientos de adaptación a los perfiles clínicos emergentes (trastornos de la personalidad, discapacidades del aprendizaje y abuso de sustancias), el incremento de la promoción de la salud y la prevención del estigma. La legislación sobre salud mental debe ser contemplada como un proceso: refleja los cambios y también los fomenta. El resultado consiste en que la legislación sobre salud mental está destinada a situarse en el centro del debate relativo a los sistemas de salud mental. No obstante, para aprovechar todo el potencial de la legislación sobre salud mental es necesario que incluya provisiones relativas al control de su implementación y su evaluación.

Las comparaciones transnacionales pueden ser útiles para definir las tendencias históricas y culturales, y para generar un marco que permita esbozar las legislaciones sobre salud mental de los distintos países (Dressing y Salize, 2004; Salize y Dressing, 2004). Los países europeos han otorgado gran importancia a las actividades legislativas durante las dos últimas décadas, una actitud que ha sido clave para el reconocimiento de los cambios consolidados y para la promoción de los nuevos planteamientos.

LÍNEAS FUTURAS DE CAMBIO

Los países que ya han adoptado en algún grado un sistema asistencial comunitario tienen más posibilidades de desarrollar sus políticas de salud mental en diversas áreas clave. La primera es la implementación de sistemas de control clínico y de control de la calidad en la atención psiquiátrica. El control clínico representa una estrategia a nivel nacional cuyo objetivo es la mejora de la calidad; además, es un marco a través del cual las organizaciones sanitarias se responsabilizan de la mejora continuada de la calidad de sus servicios, así como una salvaguarda de los niveles asistenciales elevados a través de la creación de un entorno en que puede florecer la excelencia asistencial clínica (Department of Health, 1998). Este abordaje persigue la combinación de los planteamientos gerenciales profesionales previos respecto al control de la calidad, como la garantía de la calidad y la mejora de la calidad (Buetow y Roland, 1999). Una segunda línea futura de actuación se refiere al establecimiento de programas operativos entre los servicios de salud mental comunitarios y las organizaciones de personas consumidoras de dichos servicios. En estos programas, la participación

del consumidor de los servicios al parecer mejora los recursos e iniciativas de los propios pacientes respecto a su tratamiento y su atención (Corrigan y cols., 2002). En tercer lugar, cada vez es mayor el número de pacientes (especialmente, entre las personas más jóvenes) con diagnósticos dobles, por lo que tienen necesidades múltiples y presentan riesgos elevados de que sus trastornos se conviertan en crónicos. La prevención de esta forma de nueva cronicidad requiere la integración adicional de las iniciativas clínicas y sociales, es decir, los servicios de salud mental que han ofrecido tratamiento psiquiátrico a estos pacientes no han trabajado de manera conjunta con las agencias sociales para solucionar sus necesidades y expectativas sociales y económicas.

En último lugar, aunque no por ello lo menos importante, la promoción de la salud y la prevención del estigma deben ser elementos prioritarios en los planes de salud mental. En la actualidad poseemos una amplia gama de estrategias para mejorar la salud mental y prevenir las enfermedades psiquiátricas. Estas estrategias también pueden contribuir a una reducción de otros problemas, como la delincuencia juvenil, el abuso infantil, el absentismo escolar y la pérdida de jornadas laborales a consecuencia de las enfermedades. El estigma desempeña un papel negativo en el proceso de recuperación y en la efectividad de la rehabilitación psicosocial. El estigma asociado con las enfermedades mentales crea aislamiento social, incapacidad para trabajar, cuadros de abuso del alcohol o de otras sustancias, mendicidad o situaciones de institucionalización excesiva, elementos todos los cuales reducen las posibilidades de recuperación de una persona y de mejora de su calidad de vida (WHO, 2001b).

BIBLIOGRAFÍA

- Becker T, Vázquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 8-14.
- Becker T, Hülsmann S, Knudsen HC, Martiny K, Amaddeo F, Herrán A y cols. EPSILON Study Group. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37 (10): 465-474.
- Brand U. Mental health care in Germany: carers' perspectives. *Acta Psychiatr Scand* 2001a; 104 Supl 410: 35-40.
- Brand U. European perspectives: a carer's view. *Acta Psychiatr Scand* 2001b; 104 Supl 410: 96-101.
- Buetow SA, Roland MO. Clinical governance: bridging gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999; 8 (3): 184-190.
- Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 41-46.
- Burti L, Amaddeo F, Ambrosi M, Bonetto C, Cristofalo D, Ruggeri M y col. Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian community-based psychiatric service, south Verona (presentado), 2005. disponible de los autores.
- Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005; 14 (1): 10-14.
- Corrigan PW, Calabrese JD, Diwan SE, Keogh CB, Keck L, Mussey C. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; I: qualitative analysis of program materials and testimonies. *Commun Ment Health J* 2002; 38 (4): 287-301.
- Department of Health. *A First Class Service: Quality in the New NHS*. Londres: Department of Health, 1998.
- Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (10): 797-803.
- Ferrari G, Fioritti A, Piazza A, Pileggi F. Legge e salute mentale: rassegna delle legislazioni psichiatriche nel mondo. *Formazione Psichiatrica* 1986; VII (2): 29-54.

- Fioritti A. *Leggi e Salute Mentale: Panorama Europeo delle Legislazioni di Interesse Psichiatrico*. Turín: Centro Scientifico Editore, 2002.
- Geller JL. Does 'in the community' mean anything any more? *Psychiatr Serv* 2002; 53 (10): 1.201.
- Goldberg D. Community psychiatry in Europe. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1997; 6 Supl 1: 217-227.
- Hölling I. About the impossibility of a single (ex-) user and survivor of psychiatry position. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 102-106.
- Johnson S, Zinkler M, Priebe S. Mental health service provision in England. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 47-55.
- Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V, Hallam A, Fenyo A, Marks IM y cols. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 166: 120-122.
- Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? *Br J Psychiatry* 2001; 179: 381-383.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluitert H y cols. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders; 1) Acute day hospital versus admission; 2) Vocational rehabilitation; 3) Day hospital versus outpatient care. *Health Tech Assess* 2001; 5 (21): 1-75.
- Merson S, Tyrer P, Carlen D, Johnson T. The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychological Med* 1996; 26 (4): 727-734.
- Murray CJL, López AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life-expectancy: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1.347-1.352.
- Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 163-168.
- Saraceno B. Prefazione. En: Fioritti A, ed. *Leggi e Salute Mentale. Panorama Europeo delle Legislazioni di Interesse Psichiatrico*. Turín: Centro Scientifico Editore, 2002.
- Schene A, Faber AME. Mental health care in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 74-81.
- Souetre F. Economic evaluation in mental disorders: community versus institutional care. *Pharmacoeconomics* 1994; 6 (4): 330-336.
- Tarricone R, Gerzeli S, Montanelli R, Frattura L, Percudani M, Racagni G. Direct and indirect costs of schizophrenia in community psychiatric services in Italy. The GISIES study. *Health Pol* 2000; 51: 1-18.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care – overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
- Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005; 14 (1): 1-3.
- United Nations. The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. UN General Assembly resolution, 1991; RES/46.119. Disponible en: www.un.org/ga/documents/gadocs.htm.
- Warner R. *Recovery from Schizophrenia*, 2.ª ed. Londres: Routledge, 1994.
- World Health Organization. *Atlas: Country profiles*. Ginebra: World Health Organization, 2001a.
- World Health Organization. *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: World Health Organization, 2001b.
- World Health Organization. *Mental Health Policy Project: Policy and Service Guidance Package, Executive Summary*. Ginebra: World Health Organization, 2001c.
- World Health Organization. *Mental Health Resources in the World: Initial Results of Project Atlas*. Ginebra: World Health Organization, 2001d.

Capítulo 11

Adicción al alcohol y trastornos relacionados con su consumo

PETER ANDERSON

INTRODUCCIÓN

De los 2.000 millones de personas que consumen bebidas alcohólicas en todo el mundo, más de 76 millones sufren, en algún momento de su vida, un trastorno relacionado con el consumo de alcohol (WHO, 2004a). A nivel mundial, el alcohol causa el 3,2 % de las muertes (1,8 millones) y el 4 % de las enfermedades y muerte prematura (58,3 millones de personas por año; WHO, 2002a); el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo de padecer enfermedades en los países con bajos niveles de mortalidad y un producto interior bruto bajo, y el tercer factor de riesgo más importante en los países con un producto interior bruto alto. Además de ser una sustancia que provoca dependencia, y si se deja de lado el hecho de que causa aproximadamente 60 tipos distintos de enfermedad, el consumo de alcohol puede causar graves alteraciones sociales, mentales y emocionales en todo el mundo, incluyendo delitos y cuadros de violencia familiar, con un inmenso coste económico para la sociedad (Babor y cols., 2003). El alcohol no solamente causa alteraciones a la persona que lo consume, sino también a las que le rodean, incluyendo fetos, niños y niñas, familiares y víctimas de delitos, violencia y accidentes de tráfico causados por el alcohol. Todos estos problemas podrían denominarse lesiones ambientales por alcohol o «alcoholismo pasivo».

El consumo de alcohol está asociado con algunos efectos beneficiosos, tal y como ha subrayado la industria de las bebidas alcohólicas (Peele y Grant, 1999). Por distintos motivos, el concepto de que el consumo ligero de alcohol mejora la salud posiblemente es tan viejo como la propia historia del alcohol (Thom, 2001) y está incardinado en las tradiciones más populares. El alcohol se ha recomendado desde un punto de vista médico para el alivio del

dolor y del estrés, y también frente a diversos problemas de salud de grado menor. Los efectos beneficiosos percibidos para la salud han recibido un gran apoyo tras la demostración de que el consumo de cantidades pequeñas de alcohol puede reducir el riesgo de coronariopatía.

La razón por la cual la mayor parte de las personas consume alcohol radica en el hecho de que esta sustancia mejora rápidamente el estado de ánimo del bebedor. En efecto, hay una gran cantidad de datos experimentales que demuestran que, entre los efectos agudos del alcohol, están el aumento de la capacidad de disfrute, la euforia, la sensación de felicidad y la expresión general de un estado de ánimo positivo, sensaciones que se experimentan con mayor intensidad cuando el consumo de alcohol se realiza en grupo más que cuando lo lleva a cabo un individuo de manera aislada (Pliner y Cappell, 1974); además, estas sensaciones están muy influenciadas por las expectativas (Brown y cols., 1980). El alcohol es un agente ansiolítico que reduce la ansiedad y la respuesta fisiológica frente al estrés, así como, posiblemente, la autoconciencia (Baum-Baicker, 1987).

El alcohol desempeña un papel importante en la vida social cotidiana y constituye un denominador común en acontecimientos vitales, como nacimientos, bodas y fallecimientos, señalando la transición entre el trabajo y el ocio, y facilitando la interacción social. A lo largo de la historia y en muchas culturas diferentes, el alcohol ha sido uno de los medios principales con que muchos grupos de amigos potencian el goce de la compañía de que disfrutaban mutuamente, por lo general, con una gran alegría. Tan arraigadas están estas creencias respecto al alcohol que las personas muestran un grado de sociabilidad demostradamente mayor cuando simplemente piensan que han consumido alcohol aunque en realidad no lo hayan hecho (Darkes y Goldman, 1993).

El alcohol se consume principalmente por sus efectos de intoxicación, incluso por parte de las personas que son consumidores ligeros o moderados de vino. Muchos bebedores, en especial hombres jóvenes, utilizan de manera deliberada y consciente el alcohol para alcanzar el grado de intoxicación, es decir, para emborracharse. Los efectos beneficiosos del consumo moderado de alcohol aparecen a pesar de la naturaleza básica de esta sustancia, no a consecuencia de ésta (Heather, 2001).

El peligro que conlleva el alcohol está relacionado con el hecho de que es una sustancia tóxica (consumo peligroso), una sustancia capaz de producir intoxicación y una sustancia que provoca dependencia. El alcohol es una sustancia tóxica debido a sus efectos directos e indirectos sobre una amplia gama de órganos y sistemas corporales. La prevalencia del uso peligroso y lesivo del alcohol en los países europeos occidentales (en personas mayores de 15 años de edad) es del 14,1 % en los hombres y del 11,1 % en las mujeres, con una incidencia anual del 1,7 % y el 1,2 %, respectivamente, una duración media de 10,2 años y una mortalidad anual del 0,36 % (Rehm y cols., 2004).

La intoxicación alcohólica puede definirse como un estado más o menos agudo de alteración funcional en las actividades psicológica y psicomotora provocada por la presencia de alcohol en el organismo. Las alteraciones que puede provocar el alcohol están básicamente en función de la dosis, a menudo son complejas y afectan a numerosas funciones corporales. En ocasiones, la prevalencia de la intoxicación grave por alcohol es muy elevada, de manera que en el 10-30 % de las ocasiones en las cuales las personas de los distintos países europeos toman alcohol consumen al menos seis bebidas (Rehn y cols., 2001).

La dependencia del alcohol es un trastorno reconocido en la clasificación internacional de enfermedades (CIE), en el grupo de los problemas mentales y comportamentales (WHO, 1992). La prevalencia de la dependencia del alcohol oscila entre el 3 y el 5 % en los países europeos (WHO, 2002b). Con independencia de la forma de evaluación del patrón de consumo de alcohol, el riesgo de dependencia del alcohol se inicia con niveles bajos de consumo y continúa linealmente con un aumento del volumen de alcohol consumido y con un patrón de consumo de cantidades mayores de alcohol en cada ocasión (Caetano y Cunradi, 2002).

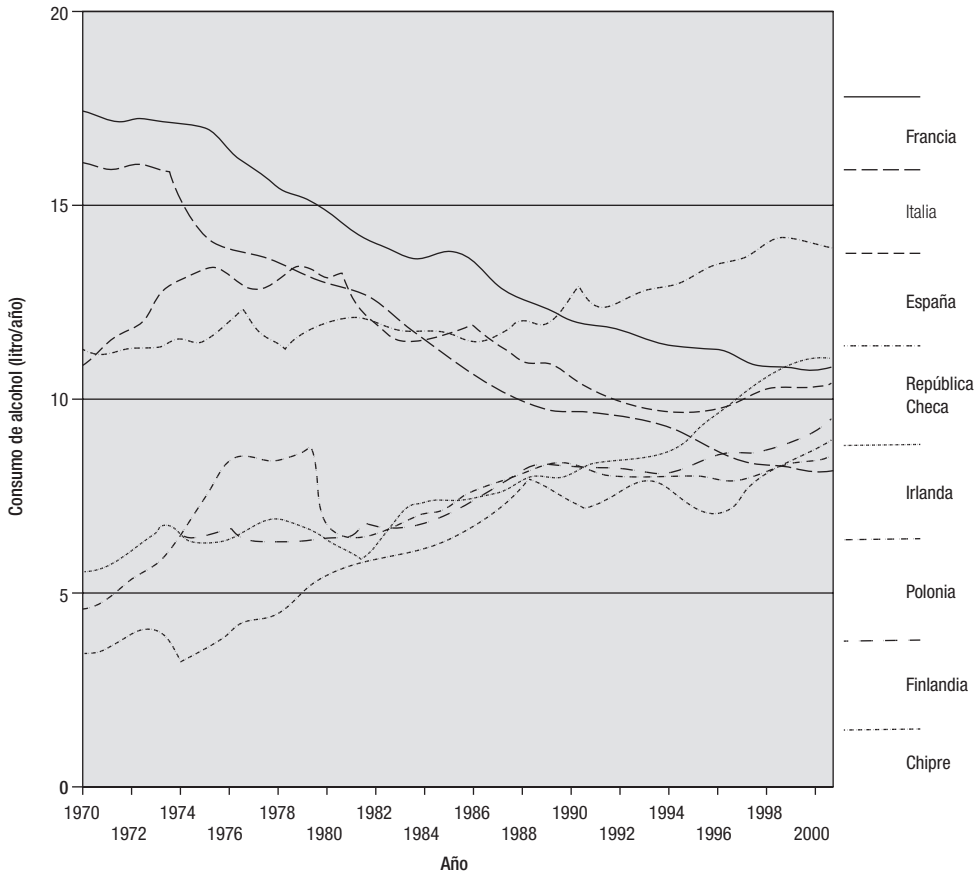
En este capítulo se exponen los problemas relacionados con el alcohol en la Unión Europea de 25 países. Se considerará la contribución del alcohol a los problemas individuales y sociales, y se expondrán las iniciativas políticas que podrían adoptarse para reducir dichos problemas. Se describirá la política existente en Europa respecto al alcohol y los planteamientos de la Unión Europea en lo relativo a las oportunidades y las amenazas que conlleva la política sobre el alcohol. La mayor parte del contenido de este capítulo puede aplicarse a los países europeos orientales que no pertenecen a la Unión Europea y también a los países que se acaban de incorporar a ella, como Bulgaria y Rumanía (Anderson y Baumberg, 2006). Con más del 80 % de su población que es abstemia durante toda su vida y con un consumo de 1,45 litros de alcohol por persona y año, Turquía se enfrenta a una situación distinta (aunque el consumo de alcohol por bebedor es tan elevado en Turquía como en el resto de Europa; Anderson y Baumberg, 2006). Si se sigue en dirección oriental hasta considerar los países de la antigua Unión Soviética, pueden observarse distintos problemas. El consumo de alcohol ha continuado aumentando y sus patrones son especialmente peligrosos, sobre todo en lo que se refiere a los traumatismos y las enfermedades cardiovasculares (McKee y Sholnikov, 2001; McKee y cols., 2001; Rehm y cols., 2004). En esta situación global, todavía existen dificultades para la implementación de iniciativas políticas (WHO, 2004a).

ALCOHOL EN EUROPA

Consumo de alcohol

Europa tiene la proporción más elevada de bebedores de todo el mundo y muestra los mayores niveles de consumo de alcohol por persona (Rehm y cols., 2003). Entre los años 1970 y 2001 se ha producido una armonización en los niveles de consumo de alcohol en los 25 países de la Unión Europea. Esta tendencia queda claramente ilustrada en la figura 11-1, en la cual se muestran los cambios habidos en el consumo de alcohol en los cuatro países con mayor consumo de alcohol en 1970 y en los cuatro países con menor consumo de alcohol en este mismo año. Además, no hay evidencia de que la entrada de los 10 nuevos países comunitarios haya incrementado el consumo global de la Unión Europea (fig. 11-2). La armonización en los niveles de consumo de alcohol también ha estado acompañada de una armonización en los patrones de bebida y en las preferencias por las distintas bebidas (Norström, 2001).

Figura 11-1 Consumo de alcohol en los cuatro países de la Unión Europea con mayor consumo en 1970 y en los cuatro países de la Unión Europea con menor consumo durante el período de 1970 a 2001.

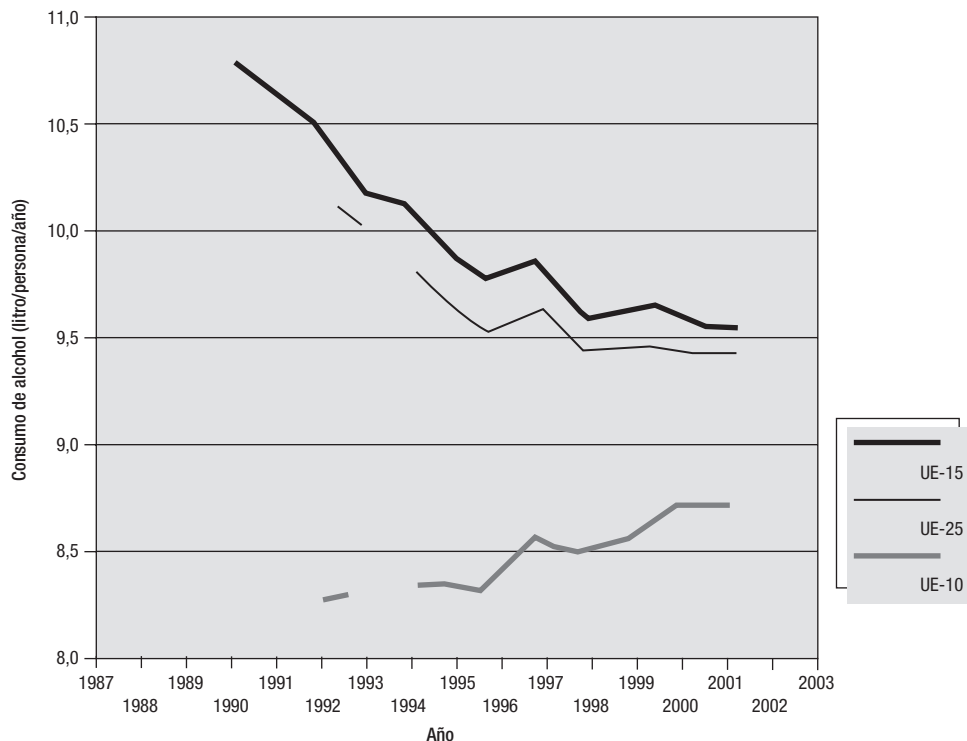


De WHO (2004c).

El consumo de alcohol se distribuye de manera heterogénea en toda la población (Skog, 1991); la mayor parte del alcohol que se consume en la sociedad es responsabilidad de una minoría relativamente pequeña de bebedores. Lemmens (2001) calculó que, a mediados de la década de 1980, el 10 % de los bebedores de máximo nivel en Holanda ingería más de la tercera parte del consumo total de alcohol y el 30 % de estos bebedores consumía hasta las tres cuartas partes de todo el alcohol.

Uno de los determinantes principales del consumo de alcohol es el poder adquisitivo (Norström, 2001). Los análisis económicos han demostrado la existencia de una estrecha relación entre el crecimiento económico y el consumo de alcohol en los países de Europa occidental y, especialmente, en los de Europa oriental (Anderson y Baumberg, 2006).

Figura 11-2 Consumo de alcohol en la Unión Europea de 15 países, en los nuevos 10 países de la Unión Europea y en la Unión Europea de 25 países durante el período de 1970 a 2001.

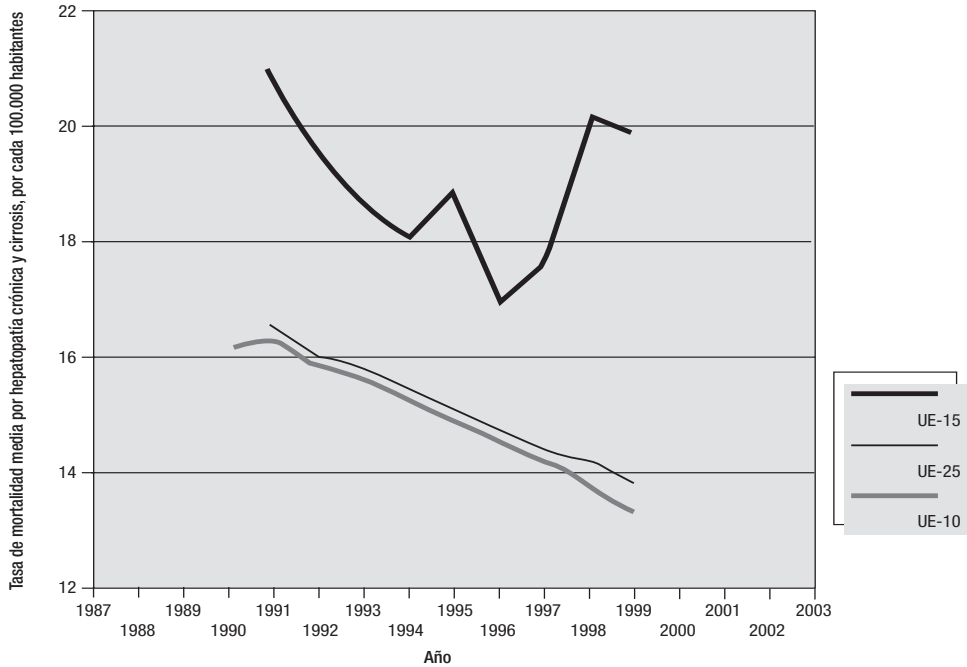


De WHO (2004c).

Enfermedades relacionadas con el alcohol

A medida que entre los años 1970 y 2001 se produjo una armonización en los niveles de consumo de alcohol de los 25 países de la Unión Europea, también hubo una armonización similar en las tasas de mortalidad por hepatopatía crónica y cirrosis, en lo que representa uno de los mejores indicadores de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol. A diferencia de lo que ocurre con los niveles de consumo de alcohol, hay pruebas de que la entrada de los 10 nuevos países ha incrementado la tasa de mortalidad media por hepatopatía crónica y cirrosis (y, probablemente, también por otras enfermedades relacionadas con el alcohol; fig. 11-3). En la figura 11-3 se excluyen los datos correspondientes a Hungría, un país en que la tasa de mortalidad media por cirrosis es cuatro veces superior a la existente en la Unión Europea, posiblemente debido a los derivados alifáticos del alcohol que se originan en los licores hechos a domicilio (Szucs y cols., 2005); este dato también podría sugerir una elevada tasa de consumo oculto de alcohol en los nuevos Estados miembros en comparación con la Unión Europea de 15 países.

Figura 11-3 Tasa de mortalidad media¹ por hepatopatía crónica y cirrosis, por cada 100.000 habitantes.



De WHO (2004c).

¹ N. del T.: «SDR» en el original.

MORBILIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE ALCOHOL

Alcohol e individuo

La relación entre el consumo de alcohol y las enfermedades individuales se resume en la tabla 11-1. En lo que se refiere a muchas enfermedades, hay un aumento del riesgo asociado con el incremento en las cantidades consumidas de alcohol sin evidencia de un efecto umbral. Las curvas correspondientes a los riesgos varían en función del sexo y de las áreas geográficas en las cuales se realizan los estudios. El riesgo absoluto de muerte por tumores malignos relacionados con el alcohol (cavidad oral, esófago, faringe, laringe e hígado) aumenta desde 13 casos por cada 100.000 personas abstemias hasta 37 casos por cada 100.000 personas que consumen cuatro o más bebidas (más de 40 g) diarias (Thun y cols., 1997). La incidencia acumulada de cáncer de mama a los 80 años de edad aumenta desde el 8,8 % en las mujeres que no consumen alcohol hasta el 13,13 % en las que consumen una media diaria de 60 g (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). El riesgo absoluto de muerte por cirrosis hepática aumenta desde

Tabla 11-1 Riesgos relativos de diversas enfermedades y trastornos asociados con el consumo de alcohol

Consumo de alcohol (g/día)	Mujeres			Hombres		
	0-19,99	20-39,99	40+	0-39,99	40-59,99	60+
Enfermedades que se originan durante el período perinatal						
Bajo peso corporal en el momento de nacimiento (el riesgo relativo se refiere al consumo de alcohol por la madre)	1,00	1,40	1,40	1,00	1,40	1,40
Tumores malignos						
Orofaringe y cavidad oral	1,45	1,85	5,39	1,45	1,85	5,39
Esófago	1,8	2,38	4,36	1,8	2,38	4,36
Hígado	1,45	3,03	3,60	1,45	3,03	3,60
Mama	1,14	1,41	1,59	NA	NA	NA
Mujeres menores de 45 años de edad	1,15	1,41	1,46	NA	NA	NA
Mujeres de 45 años de edad o mayores	1,14	1,38	1,62	NA	NA	NA
Otros tumores	1,10	1,30	1,70	1,10	1,30	1,70
Diabetes mellitus	0,92	0,87	1,13	1,00	0,57	0,73
Enfermedades neuropsiquiátricas						
Depresión mayor unipolar	Fracción atribuible = 6 %					
Epilepsia	1,34	7,22	7,52	1,23	7,52	6,83
Trastornos relacionados con el consumo de alcohol	Fracción atribuible = 6 %					
Enfermedades cardiovasculares						
Hipertensión arterial	1,40	2,00	2,00	1,40	2,00	4,10
Coronariopatía	0,82	0,83	1,12	0,82	0,83	1,00
Enfermedad cerebrovascular						
Accidente cerebrovascular isquémico	0,52	0,64	1,06	0,94	1,33	1,65
Accidente cerebrovascular hemorrágico	0,59	0,65	7,98	1,27	2,19	2,38
Enfermedades digestivas						
Cirrosis hepática	1,30	9,50	13,00	1,30	9,05	13,00

NA, no aplicable.

De Rehm y cols. (2003).

5 casos por cada 100.000 personas abstemias hasta 41 casos por cada 100.000 personas que consumen cuatro o más bebidas (más de 40 g) diarias (Thun y cols., 1997).

Las personas que padecen depresión muestran un aumento en el riesgo de dependencia alcohólica y viceversa. En un estudio realizado en Estados Unidos se observó que presentaba dependencia alcohólica el 12 % de las personas con depresión unipolar (Regier y cols., 1990). En cambio, el 28 % de las personas con dependencia alcohólica sufría una depresión mayor. Aunque la depresión puede anteceder al consumo intenso de alcohol o a la aparición de un trastorno relacionado con el alcohol, hay una proporción sustancial de enfermedades comórbidas en los casos en que el inicio del trastorno relacionado con el alcohol antecede a la aparición de la depresión. Las personas con dependencia alcohólica muestran un aumento de dos a tres veces en el riesgo de sufrir depresión y hay evidencia de

un espectro continuo en la magnitud de la comorbilidad en función de la intensidad de los problemas relacionados con el consumo del alcohol (Kessler y cols., 1996).

Consumido en dosis bajas, el alcohol reduce el riesgo de coronariopatía, aunque en los estudios realizados con una metodología de mayor calidad el efecto protector demostrado ha sido menor que en los estudios con una metodología más deficiente. En una revisión de 28 estudios de alta calidad se observó que el riesgo de coronariopatía en las personas que consumían 20 g (dos bebidas) de alcohol al día disminuía hasta el 80 % del nivel de las personas no bebedoras (Corrao y cols., 2000). La mayor parte de la reducción del riesgo se detectó en las personas que consumían una sola bebida en días alternos. Sin embargo, por encima de dos bebidas diarias el riesgo de coronariopatía aumenta. El efecto protector del alcohol es mayor en lo que se refiere a los cuadros cardíacos no mortales que en relación con los mortales; en los hombres más que en las mujeres, y en las personas estudiadas en los países mediterráneos más que en las residentes en otros países.

Aunque las dosis bajas de alcohol pueden proteger frente a la cardiopatía, las dosis elevadas aumentan el riesgo cardiovascular, y los episodios de consumo intenso de alcohol pueden precipitar isquemia o infarto de miocardio, o fallecimiento por causas coronarias (Anderson, 2003). La relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de coronariopatía es biológicamente factible. El consumo de alcohol incrementa los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL, *high density lipoprotein*)-colesterol (Klatsky, 1999). Las HDL eliminan los depósitos grasos en los vasos sanguíneos y, por tanto, se asocian con una disminución en el riesgo de fallecimiento por coronariopatía. El consumo moderado de alcohol influye favorablemente en los perfiles de la coagulación sanguínea, en concreto mediante sus efectos sobre la agregación plaquetaria (McKenzie y Eisenberg, 1996) y sobre la fibrinólisis (Reeder y cols., 1996; Gorinstein y cols., 2003). Posiblemente, el efecto del alcohol sobre los mecanismos de la coagulación es inmediato y, dado que las modificaciones en los perfiles lipídicos de las personas de edad avanzada producen un efecto beneficioso significativo, el impacto mediado con la elevación del HDL-colesterol en las personas de edad media y avanzada posiblemente se consiga con el incremento en el consumo de alcohol. Las modificaciones bioquímicas que podrían reducir el riesgo de cardiopatía ocurren tanto con la cerveza como con el vino o los licores; sin embargo, no se producen con el zumo de uva ni con las bebidas a las cuales se ha extraído el alcohol, según Sierksma (2003).

A pesar de que en muchos estudios se ha demostrado la relación entre los niveles bajos de consumo de alcohol y la disminución del riesgo de coronariopatía, en algunos estudios no se ha observado dicha relación. Por ejemplo, en un estudio efectuado sobre un grupo de hombres escoceses mayores de 21 años de edad no se detectó ningún riesgo de coronariopatía mayor entre los abstemios, en comparación con los bebedores de cantidades bajas o moderadas (Hart y cols., 1999). En otros estudios realizados sobre la población general en los cuales las personas evaluadas podrían haber reducido su consumo de alcohol a consecuencia de sus problemas de salud, no se observaron diferencias en las tasas de mortalidad entre los bebedores ligeros y los abstemios (Fillmore y cols., 1998a, 1998b; Leino y cols., 1998).

En algunos estudios realizados en Inglaterra y Estados Unidos se ha observado que, en comparación con las personas que no beben, las personas bebedoras ligeras en general muestran estilos de vida más sanos en lo relativo a la dieta, la actividad física y la ausencia

de tabaquismo, lo que podría explicar el aparente mayor riesgo de cardiopatía en las no bebedoras que en las personas que consumen cantidades bajas de alcohol (Wannamethee y Shaper, 1999; Barefoot y cols., 2002). En un estudio realizado en Australia se observó que las no bebedoras presentaban una amplia gama de características asociadas con la ansiedad, la depresión y otros problemas indicativos de mala salud, como las ocupaciones laborales de bajo nivel, el nivel educativo bajo, las dificultades económicas actuales, el apoyo social escaso y los acontecimientos vitales estresantes recientes, así como un incremento en el riesgo de depresión; todos estos factores podrían explicar el aumento en el riesgo de cardiopatía entre las personas no bebedoras, en comparación con las personas que consumen pequeñas cantidades de alcohol (Rodgers y cols., 2000). El control de la depresión interacciona con el efecto protector del alcohol (Greenfield y cols., 2002). En un estudio reciente realizado en Estados Unidos se observó que, mientras que el consumo de alcohol reducía el riesgo de coronariopatía en los hombres de raza blanca, lo aumentaba en los de raza negra, lo que sugiere que el efecto cardioprotector podría explicarse por los constantes factores de sesgo que presentan en su estilo de vida los bebedores (Fuchs y cols., 2004).

El alcohol puede causar problemas a las personas que no beben y también puede tener consecuencias negativas para la comunidad en su conjunto (Babor y cols., 2003). Incrementa el riesgo de problemas sociales, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, traumatismos, suicidio, violencia, divorcio, abuso infantil y disminución de la productividad laboral. La existencia de una relación causal entre la intoxicación alcohólica y la violencia no sólo está apoyada por los resultados obtenidos en los estudios epidemiológicos y experimentales, sino también por los resultados que demuestran la existencia de mecanismos biológicos específicos que vinculan el alcohol con el comportamiento agresivo (Bushman, 1997).

Al evaluar la relación entre el consumo de alcohol y la mortalidad, la curva correspondiente a dicha relación depende de la distribución de las causas de muerte entre la población estudiada y también del nivel y los patrones de consumo de alcohol en la población. En la juventud predominan los fallecimientos por accidentes y violencia (ambos incrementados por el consumo de alcohol) mientras que las muertes por coronariopatía (reducida por el consumo de alcohol) son infrecuentes. En las edades avanzadas, este patrón es el inverso.

En Reino Unido se ha estimado que el nivel de consumo de alcohol asociado con el riesgo más bajo de fallecimiento en las mujeres es de 0 g al día en las menores de 35 años, 1 g al día en las de 35 a 64 años y 4 g al día en las de 65 años de edad o mayores (White y cols., 2002). En lo que se refiere a los hombres, los niveles correspondientes son de 0, 5 y 9 g al día para los mismos grupos de edad. Por encima de estos niveles, el riesgo de fallecimiento aumenta en proporción con el consumo de alcohol. En el grupo de hombres de 35 a 69 años de edad, el riesgo de muerte aumenta desde 1.167 casos por cada 100.000 hombres con un consumo de 10 g de alcohol al día hasta 1.431 casos por cada 100.000 hombres con un consumo de 60 g diarios o más (Thun y cols., 1997). En las mujeres, el riesgo aumenta desde 666 casos por cada 100.000 mujeres con un consumo diario de 10 g de alcohol al día hasta 828 casos por cada 100.000 mujeres con un consumo de 60 g al día o más.

En Suecia, el consumo de alcohol puede explicar hasta el 30 % de la mortalidad diferencial que se observa en los hombres de mediana edad en función de su grupo socioeconómico (Hemström, 2001).

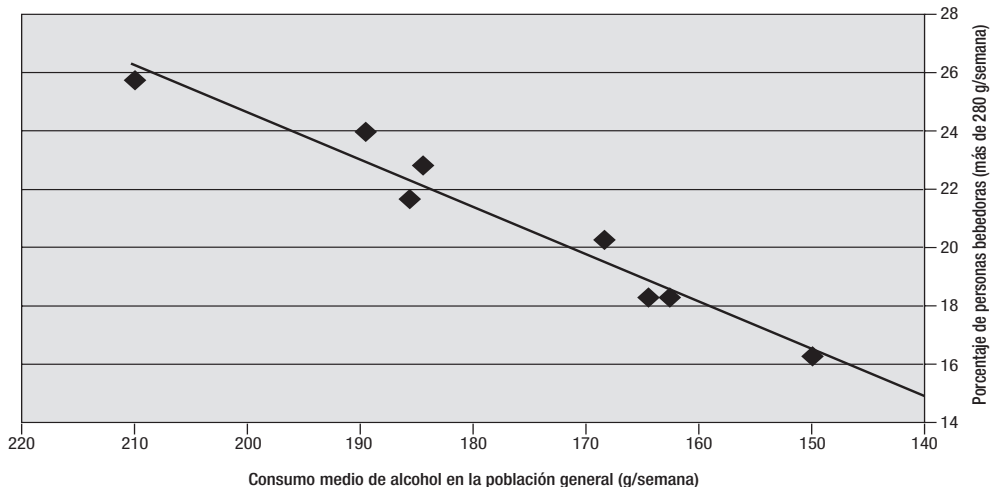
Alcohol y sociedad

Al igual que hay una relación entre el nivel de consumo de alcohol y las enfermedades y problemas que sufren las personas, también existe una relación entre el alcohol y la sociedad. En los distintos grupos sociales, cuanto más bajo es el consumo de alcohol por persona y año, menor es la proporción de bebedores intensos (fig. 11-4) y menor es también la mortalidad por hepatopatía crónica y cirrosis (fig. 11-5).

Cuando los niveles de consumo de alcohol aumentan en una sociedad, se observa una tendencia al incremento en la prevalencia de las personas bebedoras intensas, definidas en términos de un consumo anual elevado de alcohol. Por ejemplo, en Finlandia, tras la liberalización del acceso al alcohol, su consumo total aumentó el 46 % entre 1968 y 1969. Este incremento del consumo estuvo más influido por el aumento en el número de ocasiones en que las personas bebían intensamente que por el aumento en el número de personas bebedoras (Mäkelä, 1970), además de que fue más destacado en los grupos de mayor consumo (Mäkelä, 2002).

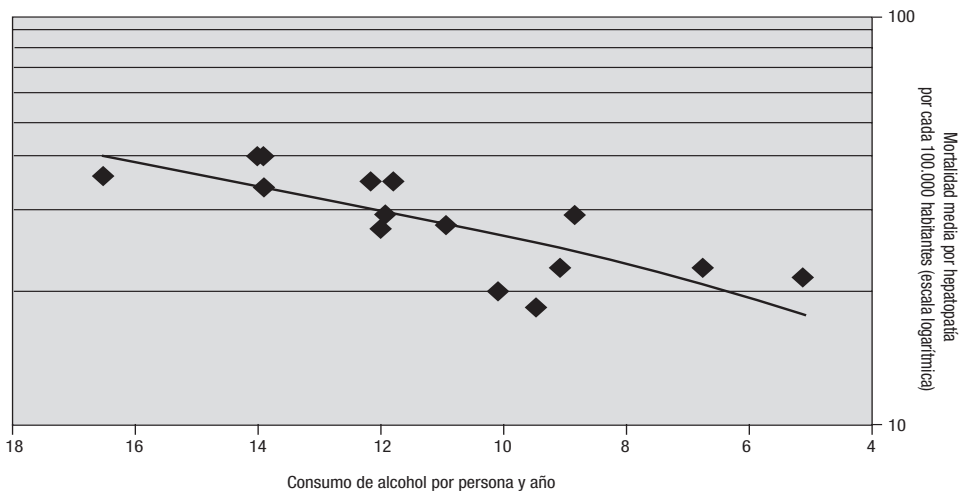
En las distintas sociedades hay una relación directa entre los niveles de consumo de alcohol por persona y año y la incidencia de enfermedades relacionadas con el alcohol. En el European Comparative Alcohol Study se revisaron la experiencia con el alcohol y la mortalidad en los países de la Unión Europea (Norström, 2001). En el análisis de la serie temporal se demostró que hay una relación positiva y significativa entre los cambios en el consumo de alcohol y los cambios en las tasas de mortalidad global y relacionada con el alcohol, tanto en los hombres como en las mujeres (tabla 11-2). Esta relación se aplica a todos los tipos de enfermedades relacionadas con el alcohol y es mayor en los países con un consumo global de alcohol bajo que en los países con un consumo global de alcohol alto.

Figura 11-4 Proporción de personas alcohólicas en función del consumo de alcohol: ocho regiones inglesas.



De Academy of Medical Sciences (2004).

Figura 11-5 Mortalidad por hepatopatía en función del consumo de alcohol por persona y año en 15 países europeos.



De Ramstedt (2001).

Tabla 11-2 Cambios en las tasas de mortalidad (%) en relación con el incremento de 1 litro en el consumo de alcohol por persona y año, en países europeos con consumos bajo, intermedio y alto, en hombres y mujeres

Grupos de países (consumo de alcohol)	Nivel bajo		Nivel intermedio		Nivel alto	
	H	M	H	M	H	M
Cirrosis	32*	17*	9*	5*	10*	11*
Dependencia del alcohol, psicosis e intoxicación etílica	35*	75*	18*	27*	3	1
Accidentes	9*	10*	3*	3*	2*	2*
Suicidio	9*	12*	0	3*	0	1
Homicidio	18*	8	11*	7*	7*	2
Cardiopatía isquémica	-1	1	1	2*	1	0
Mortalidad total (hombres y mujeres)	3*		1*		1*	

* $p < 0,05$.

De Norström (2001).

Dada la distribución de sesgo fuertemente positivo correspondiente al consumo de alcohol en los distintos grupos de población, es probable que el nivel de consumo de alcohol que se asocia con el riesgo más bajo de muerte en una población sea considerablemente menor que el riesgo correspondiente para la persona. La diferencia entre ambos tipos de consumo de-

penderá de la configuración de la función correspondiente al riesgo individual y de las modificaciones en la distribución del consumo de alcohol a medida que cambian los patrones de consumo global en la población. En circunstancias no demasiado irreales (cambios proporcionales en los patrones de consumo), el nivel de consumo de alcohol asociado con el riesgo mínimo en grupos de población podría ser hasta cinco veces inferior al correspondiente a una persona bebedora individual (Skog, 1996). En los países con una tasa elevada de coronariopatía, el nivel de consumo de alcohol por persona y año asociado con un riesgo mínimo de mortalidad puede ser de unos 3 litros de alcohol absoluto. En los países con tasas bajas de coronariopatía, este nivel posiblemente es bastante inferior. Así, dado que en todos los países europeos se consumen cantidades de alcohol superiores a este nivel, las reducciones en el consumo de alcohol también generarían una disminución neta de las enfermedades asociadas.

En 2002 se estimó que el consumo de alcohol fue responsable del 7,5 % de la carga total de morbilidad prematura en la Unión Europea; es decir, el alcohol constituyó el factor de riesgo más importante tras el tabaco y la hipertensión arterial (Anderson y Baumberg, 2006, adaptado de WHO, 2002b). A nivel mundial, los traumatismos representan la mayor parte proporcional de la carga de enfermedad debida al consumo de alcohol, con el 40 % del total; los traumatismos no deliberados superan con mucho a los deliberados (ta-

Tabla 11-3 Problema global representado por las enfermedades (DALY¹ en miles) atribuible al alcohol, en función de las categorías principales de enfermedad, en el año 2000

Enfermedades	DALY	%
Tumores malignos: cabeza y cuello, gastrointestinales (incluyendo el cáncer hepático) y mama femenina	4.201	7,2
Enfermedades neuropsiquiátricas: síndrome de dependencia del alcohol, depresión, trastornos de ansiedad y enfermedad cerebral orgánica	21.904	37,7
Enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular	3.983	6,9
Enfermedades gastrointestinales: cirrosis hepática alcohólica, coledocistitis y pancreatitis	4.555	7,8
Enfermedades maternas y perinatales: bajo peso al nacer y crecimiento intrauterino retrasado	123	0,2
Accidentes y traumatismos no deliberados: accidentes de tráfico y otros accidentes relacionados con transporte, caídas, lesiones por ahogamiento y quemaduras, lesiones causadas en el contexto laboral y por máquinas, intoxicación etílica	15.767	27,2
Lesiones deliberadas y autoinfligidas: suicidio y ataques	7.514	12,9
Carga representada por todas las causas de enfermedad relacionadas con el alcohol (DALY)	58.047	100

¹ Los años de vida con ajuste de la discapacidad (DALY) representan una metodología introducida para la evaluación de la carga global impuesta por las enfermedades; contempla la discapacidad y la cronicidad secundarias a las distintas enfermedades. El DALY es un parámetro de la diferencia de salud que combina la información acerca de la discapacidad y otras formas de evolución no mortales junto con el fallecimiento prematuro. Un DALY equivale a la pérdida de 1 año de «vida sana».

De Rehm y cols. (2003).

bla 11-3) (Rehm y cols., 2003). La segunda categoría principal es la de las enfermedades y trastornos neuropsiquiátricos atribuibles al alcohol, con el 38 %. Otras categorías de enfermedades atribuibles al alcohol, como las enfermedades no transmisibles (diabetes y cirrosis hepática), los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares representan cada una de ellas un 7-8 % del total. Todas éstas son cifras netas, de las cuales ya se han descontado los efectos beneficiosos que puede provocar el alcohol sobre las enfermedades. Sin embargo, no incluyen los costes sociales del alcohol, que probablemente tienen una importancia mucho mayor.

Los costes sociales del alcohol han sido calculados en 15 países europeos (tabla 11-4) (Anderson y Baumberg, 2006) y van desde los 50 euros por persona y año en Eslovenia hasta los 1.200 euros por persona y año en Suecia.

Tabla 11-4 Resumen de los resultados obtenidos en los estudios en que se ha evaluado el coste social del alcohol

Pais	Año de evaluación del coste social	Coste total por persona y año (según un poder adquisitivo estándar) ¹	Salud (%) ²	Delitos (%) ³	Mortalidad (%) ⁴	Absentismo laboral (%) ⁴
Alemania	1995	254	2,3	0,4	0,08	
Bélgica	1999	586	2,6	–	0,5	0,00
Dinamarca						
Eslovaquia	1994	292	4,9	17	0,5	0,66
Eslovenia	2002	50	0,5		0,3	0,01
España	1998	129	2,4	3		0,14
Finlandia	1990	496-850	0,9-1,4	13-14	0,6-1,0	0,05-0,06
Francia	1997	261-310	2,4			0,04-0,05
Holanda	2000	192	0,3	14		0,06
Irlanda	2003	556	4,4	8		0,78
Italia	1994	134-153	1,7-1,9		0,1-0,2	0,17-0,18
Noruega	2001	429-472	0,7-1,3	2	0,1	0,10-0,11
Portugal	1995	73	0,5	1	0,1	0,00
Reino Unido (Escocia)	2001-2002	296-360	1,4	14		0,09
Reino Unido (Inglaterra y Gales)	2001	485-527	2,8-3,3	11	0,3	0,14-0,20
Suecia	1998	1.194	5,5	4	1,0	0,71

¹ Incrementado hasta los precios de 2003 según el índice de precios al consumo (base euro); ² en forma del porcentaje del gasto sanitario total;

³ en forma del porcentaje del gasto público total; ⁴ en forma del porcentaje del producto interior bruto.

*Las cifras que aparecen en negrita proceden de estudios de calidad alta.

De Anderson y Baumberg (2006).

OPCIONES POLÍTICAS PARA ATAJAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

A lo largo de los 25 últimos años se han efectuado avances considerables en el conocimiento científico de la relación existente entre las políticas relativas al control del alcohol, el consumo de alcohol y el daño asociado con el alcohol (Bruun y cols., 1975; Edwards y cols., 1994; Babor y cols., 2003). Los estudios de investigación demuestran la existencia de tres tipos de políticas que son efectivas para reducir los problemas asociados con el consumo de alcohol (tabla 11-5): 1) políticas orientadas hacia la población general, como los impuestos, la publicidad, la regulación de la cantidad de puntos de venta, la normativa relativa a las horas y días de venta, las zonas en las cuales puede consumirse alcohol y las edades mínimas para consumirlo; 2) políticas orientadas a problemas y dirigidas hacia la solución de problemas específicos relacionados con el alcohol, como la conducción de vehículos bajo sus efectos, y 3) intervenciones dirigidas hacia los bebedores individuales, como las intervenciones breves aplicadas en atención primaria y relativas a la educación acerca de los peligros que acompañan al consumo de esta sustancia.

En general, las medidas más efectivas son la regulación de la disponibilidad física del alcohol y la aplicación de impuestos sobre el mismo (Babor y cols., 2003). Dado el amplio alcance de estas estrategias, y teniendo en cuenta su coste de implementación relativamente bajo, el impacto esperado por dichas medidas sobre la salud pública es relativamente elevado. La mayor parte de las medidas contra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol son muy eficaces, especialmente la realización de pruebas aleatorias de alcoholemia, la disminución de los niveles permitidos de alcoholemia, la retirada del permiso de conducir y la «tolerancia cero» para los infractores más jóvenes.

Son escasos los estudios de investigación realizados acerca del efecto de entornos y contextos en que las personas consumen alcohol. En los que se han publicado hasta el momento, los resultados indican que las estrategias en esta área posiblemente tendrán algún impacto, a menudo sin un coste demasiado elevado. Sin embargo, estas estrategias deben aplicarse principalmente respecto al consumo de alcohol en bares o restaurantes, lo que, en cierta medida, limita su significación de salud pública. Una cuestión señalada frecuentemente en la bibliografía pertinente es la importancia de la aplicación de la ley; por ejemplo, la promulgación de una ley que establece una edad mínima para el consumo de alcohol tendrá pocos efectos si no está respaldada por una amenaza creíble de la suspensión de la autorización de apertura de los locales que venden de manera repetida alcohol a menores.

En el otro extremo de las opciones políticas, el impacto esperado por la aplicación de mensajes respecto al alcohol en los ámbitos educativos y los servicios públicos es bajo (Babor y cols., 2003). Aunque se considera que el alcance de los programas educativos es excelente (debido a la obligatoriedad de asistencia a las intervenciones en los colegios), el impacto de estos programas sobre la población general es escaso por su falta de efectividad. De la misma manera, aunque las posibilidades de implementación son adecuadas, la rentabilidad económica y la relación entre coste y beneficio son escasas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado la relación entre coste y efectividad del impacto de diversas opciones políticas (Baltussen y cols., 2004; Chisholm y cols.,

Tabla 11-5 Resumen de las valoraciones de las intervenciones y estrategias políticamente relevantes

	Efectividad ¹	Nivel de apoyo por la investigación ²	Evaluación transcultural ³	Rentabilidad económica ⁴	Grupo objetivo ⁵ (GO) y comentarios
Precios e impuestos					
Impuestos	+++	+++	+++	+++	GO = PG; la efectividad depende de la supervisión y control gubernamentales de la producción y distribución del alcohol. Los impuestos elevados pueden provocar un incremento del contrabando y de la producción ilegal
Promoción de la normativa reguladora del alcohol					
Prohibición de la publicidad	+	+	++	+++	GO = PG; una medida fuertemente contestada por la industria de las bebidas alcohólicas; se puede soslayar por la publicidad de artículos en televisión y en el cine
Controles del contenido de la publicidad	?	0	0	++	GO = PG; a menudo con acuerdos de autorregulación por parte de la industria, que no suelen cumplirse ni evaluarse
Regulación de la disponibilidad física					
Prohibición total de la venta	+++	+++	++	+	GO = PG; efectos adversos sustanciales por la criminalización de un mercado negro, cuya supresión conlleva un elevado coste económico. Ineficaz sin medidas de cumplimiento
Edad mínima para el consumo de alcohol	+++	+++	+	++	GO = RA; reduce el consumo peligroso de alcohol, pero no lo elimina. Ineficaz sin medidas de cumplimiento
Racionamiento	++	++	++	+	GO = PA; influye especialmente sobre las personas bebedoras intensas; dificultades de implementación
Control gubernamental de los puntos de venta al por menor	+++	+++	++	+++	GO = PG; eficaz solamente en el contexto de las medidas y objetivos de salud pública
Horas y días de venta	++	+++	++	+++	GO = PG; eficaz en ciertas circunstancias. Ineficaz sin medidas de cumplimiento

(Continúa)

Tabla 11-5 Resumen de las valoraciones de las intervenciones y estrategias políticamente relevantes (Continuación)

	Efectividad ¹	Nivel de apoyo por la investigación ²	Evaluación transcultural ³	Rentabilidad económica ⁴	Grupo objetivo ⁵ (GO) y comentarios
Densidad de los puntos de venta	++	+	+	+++	GO = PG; mucho más fácil de implementar antes que los locales de bebida se hayan concentrado, debido a los intereses económicos de inversión
Responsabilidad administrativa del proveedor	+++	+	+	+++	GO = RA; necesaria una definición legal de responsabilidad, limitada principalmente a Norteamérica
Disponibilidad diferencial en función del contenido en alcohol	++	++	+	+++	GO = PG; evaluada fundamentalmente respecto a los distintos grados de alcohol en la cerveza
Medidas en contra de la conducción bajo los efectos del alcohol					
Controles de sobriedad	+	+++	+++	++	GO = PG; característicamente, efectos a corto plazo de las campañas políticas
Realización de pruebas aleatorias de alcoholemia (PAA)	+++	++	+	+	GO = PG; implementación relativamente cara. Su efectividad depende del número de conductores directamente afectados
Disminución de los niveles de alcoholemia	+++	+++	++	+++	GO = PG; disminución de los resultados con los niveles más bajos (p. ej., 0,5-0,02%) aunque todavía significativos
Retirada del carnet de conducir	+++	++	++	++	GO = RA
Recuperación gradual del carnet de conducir	++	++	++	+++	GO = RA
Alcoholemia mínima para los jóvenes («tolerancia cero»)	+++	++	+	+++	GO = RA
Conductores designados y servicios de transporte para conductores que han bebido	0	+	+	++	GO = RA; los programas son eficaces para conseguir que las personas que han bebido no conduzcan, pero no se ha demostrado que disminuyan los accidentes relacionados con el alcohol

(Continúa)

Tabla 11-5 Resumen de las valoraciones de las intervenciones y estrategias políticamente relevantes (Continuación)

	Efectividad ¹	Nivel de apoyo por la investigación ²	Evaluación transcultural ³	Rentabilidad económica ⁴	Grupo objetivo ⁵ (GO) y comentarios
Tratamiento e intervención temprana					
Intervención breve	++	+++	+++	++	GO = RA; los médicos de atención primaria carecen de la formación y el tiempo necesarios para realizar las intervenciones breves y de evaluación
Tratamiento de los problemas con el alcohol	+	+++	+++	0	GO = PA; el alcance en la población es bajo ya que en la mayor parte de los países los centros de tratamiento son escasos
Grupos de autoayuda para autoasistencia	+	+	++	+++	GO = PA; un complemento factible y con buena rentabilidad económica, o bien una alternativa a los tratamientos formales en muchos países
Tratamiento obligatorio de las personas que conducen repetidamente bajo los efectos del alcohol	+	++	+	++	GO = PA; los planteamientos punitivos y coercitivos suelen producir efectos limitados en el tiempo y en ocasiones distraen la atención respecto a intervenciones más efectivas
Modificaciones de los contextos en que se consume alcohol					
Proveedores formados para no servir alcohol hasta los niveles de intoxicación	+	+++	++	++	GO = RA; los signos externos de intoxicación a menudo son difíciles de reconocer
Formación del personal y los empresarios de los locales para prevenir y controlar las agresiones	+	+	+	++	GO = RA
Códigos voluntarios de práctica que deben aplicarse en los bares	0	+	+	+++	GO = RA; ineficaz sin medidas de cumplimiento
Cumplimiento de la normativa de los locales en que se sirve alcohol	++	+	++	+	GO = RA; el cumplimiento depende de la probabilidad de que la persona sufra los efectos de la falta de cumplimiento

(Continúa)

Tabla 11-5 Resumen de las valoraciones de las intervenciones y estrategias políticamente relevantes (Continuación)

	Efectividad ¹	Nivel de apoyo por la investigación ²	Evaluación transcultural ³	Rentabilidad económica ⁴	Grupo objetivo ⁵ (GO) y comentarios
Incremento de la seguridad en los bares/ envases de la bebida	?	+	+	++	GO = RA; en un estudio realizado con control se ha puesto en duda que el uso de cristal irrompible sea realmente más seguro
Movilización de la comunidad	++	++	+	+	GO = PG; no se ha demostrado la sostenibilidad de los cambios
Educación y persuasión					
Educación sobre el consumo de alcohol en los colegios	0	+++	++	+	GO = RA; puede incrementar los conocimientos y modificar las actitudes, pero no tiene ningún efecto sobre el consumo de alcohol
Educación de los estudiantes universitarios	0	+	+	+	GO = RA; modificar las actitudes puede incrementar los conocimientos, pero no tiene ningún efecto sobre el consumo de alcohol
Mensajes de servicio público	0	+++	++	++	GO = PG; se refiere a los mensajes dirigidos hacia los bebedores respecto a la limitación del consumo de alcohol; los mensajes para el refuerzo de la normativa no han sido evaluados
Etiquetas de advertencia	+	+	0	+++	GO = PG; efectos sobre el conocimiento del mensaje, pero no sobre los comportamientos
Promoción de alternativas	?	+	?	?	GO = PG; no hay estudios de investigación suficientes para establecer conclusiones acerca de esta estrategia
Actividades sin alcohol	0	++	++	++	GO = PG; evidencia obtenida principalmente en programas juveniles alternativos

¹ Evidencia de la efectividad. Este criterio se refiere a la evidencia científica que demuestra que una estrategia concreta es efectiva para reducir el consumo de alcohol, los problemas relacionados con el alcohol o los costes del consumo de alcohol para la sociedad. Para ser incluida en este grupo, una estrategia debe haber sido evaluada como mínimo de manera detallada en al menos un estudio con diseño adecuado en que se hayan contemplado las explicaciones alternativas y contrapuestas. Se ha utilizado como guía la escala siguiente:

0, La evidencia indica la falta de efectividad.

+, Evidencia de efectividad limitada.

++, Evidencia de efectividad moderada.

+++; Evidencia con un grado elevado de efectividad.

?, No se han realizado estudios o bien hay una evidencia insuficiente para juzgar la cuestión.

(Continúa)

² Nivel de apoyo ofrecido por los resultados de la investigación. La valoración más alta ha estado influida por la disponibilidad de revisiones integradoras y de metaanálisis. El nivel de apoyo por la investigación ha sido evaluado independientemente de la valoración de la efectividad (es decir, es posible que una estrategia presente una valoración baja en efectividad y, al mismo tiempo, una valoración alta en lo relativo al apoyo ofrecido por la investigación). Se ha utilizado la escala siguiente:

0, No se han realizado estudios sobre la efectividad.

+, Sólo se ha realizado un estudio de efectividad con diseño adecuado.

++, Se han realizado entre dos y cuatro estudios de efectividad.

+++, Se han realizado cinco estudios de efectividad o más.

?, Las pruebas existentes son insuficientes para juzgar la cuestión.

³ Evaluación transcultural. Este criterio se refiere a la diversidad geográfica y cultural en la cual se ha aplicado y evaluado realmente cada estrategia. Tiene en cuenta la solidez de la evaluación internacional o multinacional de una estrategia, así como la intensidad con que una estrategia se aplica en múltiples países y culturas. Se ha utilizado la escala siguiente:

0, La estrategia no ha sido evaluada adecuadamente.

+, La estrategia sólo ha sido estudiada en un país o al parecer es específica de un solo país.

++, La estrategia ha sido estudiada en 2-4 países o parece relevante para más de un país, aunque quizá tenga una vinculación cultural importante.

+++, La estrategia ha sido estudiada en cinco países o más, o parece relevante para un elevado número de países.

?, La información existente es insuficiente para juzgar la cuestión.

⁴ Rentabilidad económica. Este criterio pretende estimar el coste monetario relativo para el Estado de la implementación, aplicación y mantenimiento de una estrategia con independencia de su efectividad. Por ejemplo, el incremento de los impuestos especiales sobre el alcohol no tiene un coste importante para el Estado, pero sí para los consumidores de alcohol. En este criterio, el coste más bajo posible es el estándar mayor. Así, cuanto mayor es su clasificación, menor es el coste relativo de la implementación y mantenimiento de esta estrategia. Se ha utilizado la escala siguiente:

0, Coste muy elevado de la implementación y mantenimiento de la estrategia.

+, Coste relativamente elevado de la implementación y mantenimiento de la estrategia.

++, Coste moderado de la implementación y mantenimiento de la estrategia.

+++, Coste bajo de la implementación y mantenimiento de la estrategia.

?, No hay información acerca de los costes o bien es imposible una estimación de éstos.

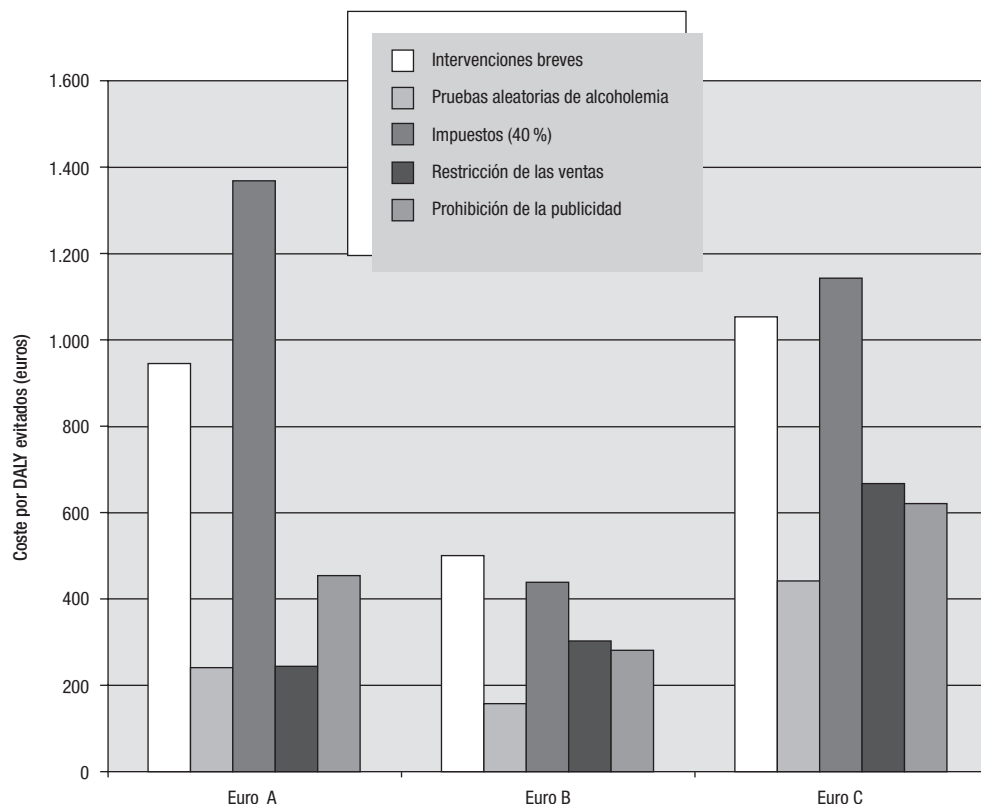
⁵ Cada estrategia se aplica a uno de los tres grandes grupos objetivo (GO) siguientes: 1) la población general (PG) de bebedores; 2) las personas bebedoras de riesgo alto (RA) o los grupos que se considera que son especialmente vulnerables frente a los efectos adversos del alcohol (p. ej., los adolescentes), y 3) las personas que ya manifiestan problemas con el alcohol (PA) y dependencia alcohólica. De Babor y cols. (2003).

2004; Murray y cols., 2004; WHO, 2004b). Los datos se han adaptado a los distintos países de la Unión Europea, que han sido clasificados por la OMS en función de las tasas de mortalidad infantil y en adultos. El impacto de las diferentes opciones políticas se resume en la figura 11-6 y su rentabilidad económica, en la figura 11-7 (Anderson y Baumberg, 2006, adaptado de Chisholm y cols., 2004).

En los tres grupos de países, los impuestos han producido mayor impacto en la prevención de los años de enfermedad o de la muerte prematura, según los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, *disability-adjusted life years*). Los impuestos no sólo son eficaces para reducir el consumo de alcohol, sino que también disminuyen la incidencia de una amplia gama de enfermedades y problemas, como la cirrosis hepática, los accidentes de tráfico causados por el alcohol, la violencia y los delitos (Anderson y Baumberg, 2006). Se ha estimado que el incremento del precio del alcohol el 10 % con impuestos provocaría una disminución del 2 % en su consumo en los países del sur de Europa, del 5 % en los de Europa central y del 8 % en los de Europa del norte. En lo que se refiere a la Unión Europea de 15 países (UE-15), se ha estimado que esta medida evitaría 9.000 muertes anuales (Anderson y Baumberg, 2006).

Cuando se aplican al 25 % de la población en riesgo, las intervenciones breves implementadas por los médicos de atención primaria para ayudar a las personas consumidoras

Figura 11-6 Impacto de las diferentes políticas aplicadas para la prevención de la pérdida de DALY por cada millón de personas y año.



Países Euro A: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta, Portugal, Reino Unido, República Checa y Suecia.

Países Euro B: Chipre, Eslovaquia y Polonia.

Países Euro C: Estonia, Hungría, Letonia y Lituania.

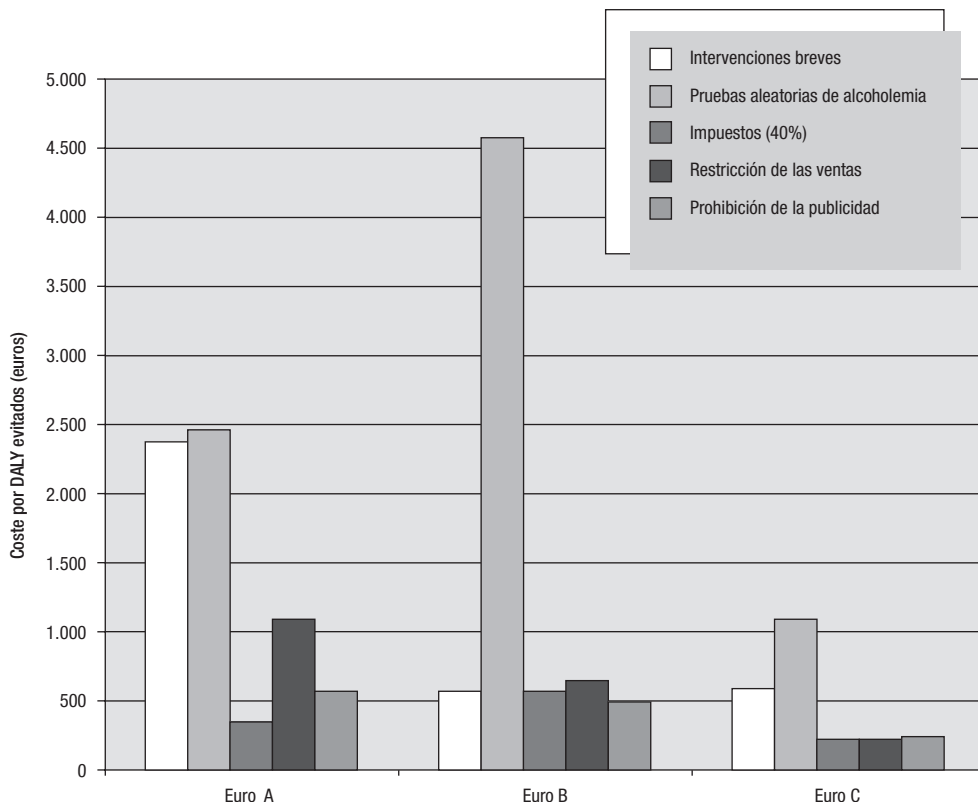
DALY, años de vida ajustados por discapacidad.

De Anderson y Baumberg (2006), adaptado de Chisholm y cols. (2004).

de alcohol que presentan niveles de riesgo que deben reducir su consumo también han influido de manera importante en la disminución de las enfermedades y de la muerte prematura.

Si se considera la relación entre coste y efectividad de las diferentes opciones políticas, los impuestos presentan una relación mejor de este tipo para prevenir las enfermedades y la muerte prematura (fig. 11-7). En los tres grupos de países, la realización de pruebas aleatorias de alcoholemia es la iniciativa con una relación entre coste y efectividad más baja. Sorprendentemente, no hay diferencias importantes entre los distintos grupos de países en lo que se refiere al impacto de las diferentes opciones políticas.

Figura 11-7 Relación de rentabilidad económica de las diferentes opciones políticas (euros por DALY evitados).

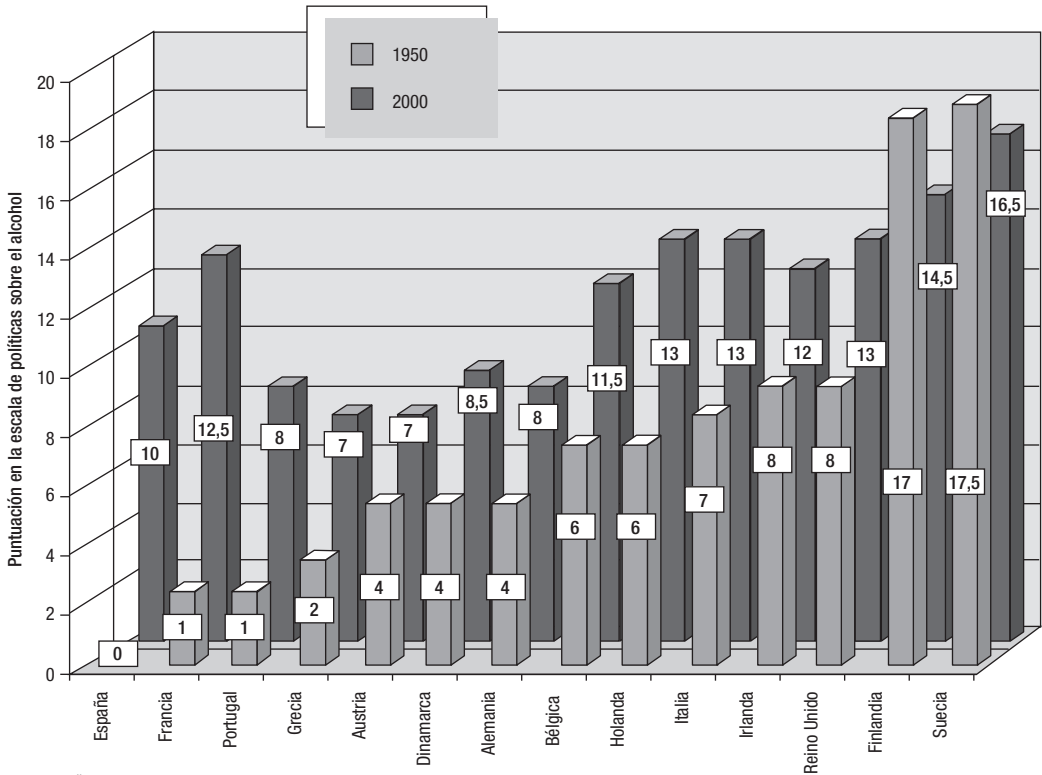


De Anderson y Baumberg (2006), adaptado de Chisholm y cols. (2004).

POLÍTICA SOBRE EL ALCOHOL EN EUROPA

Al mismo tiempo que se ha producido en toda Europa una armonización en el consumo de alcohol y en las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol, también se ha producido una armonización en las políticas relacionadas con éste (fig. 11-8), especialmente en lo relativo a las políticas relacionadas con el marketing y los controles social y ambiental (fig. 11-9). Se ha demostrado una relación entre los cambios de las políticas sobre el alcohol y los cambios en los patrones de consumo de alcohol en el sentido de que el reforzamiento de las medidas políticas se acompaña de una disminución en el consumo (fig. 11-10). Aunque los países europeos en su conjunto han reforzado sus políticas sobre esta sustancia, se sitúan por detrás del resto del mundo en muchas áreas normativas, con excepción de las pruebas de alcoholemia a los conductores de automóviles (fig. 11-11).

Figura 11-8 Detalle y exhaustividad de las políticas de control del consumo de alcohol en 15 países europeos entre 1950 y 2000.



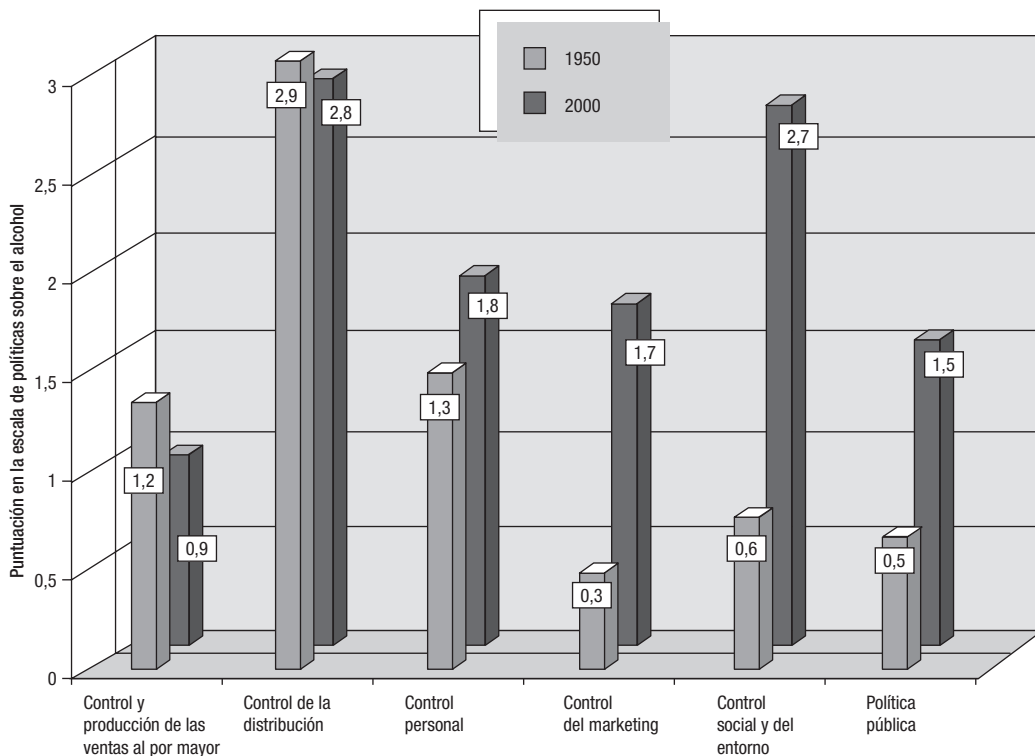
De Österberg y Karlsson (2004).

En la Unión Europea, la política sobre el alcohol está influida por las políticas de mercado que fomentan el flujo libre de bienes, servicios, trabajo y capital a través de las fronteras nacionales de los Estados miembros. La política sobre el alcohol está determinada por un equilibrio entre estas cuestiones con un objetivo de protección de la salud pública y con contemplación de las políticas relacionadas con el libre comercio de productos, con los impuestos y con la agricultura.

Protección de la salud

En el Tratado de la Comunidad Europea, los artículos relacionados con la necesidad de protección de la salud pública son el Artículo 3, «Una contribución al logro de un nivel elevado de protección de la salud»; el Artículo 152, «Es necesario garantizar un nivel elevado de protección de la salud humana en la definición e implementación de todas las políticas y actividades de la Comunidad Europea», y el Artículo 95, «Un nivel elevado de protección de la

Figura 11-9 Detalle y exhaustividad de las políticas de control del consumo de alcohol en los países participantes en el European Comparative Alcohol Study (ECAS), en función de los subgrupos de control del alcohol entre 1950 y 2000.



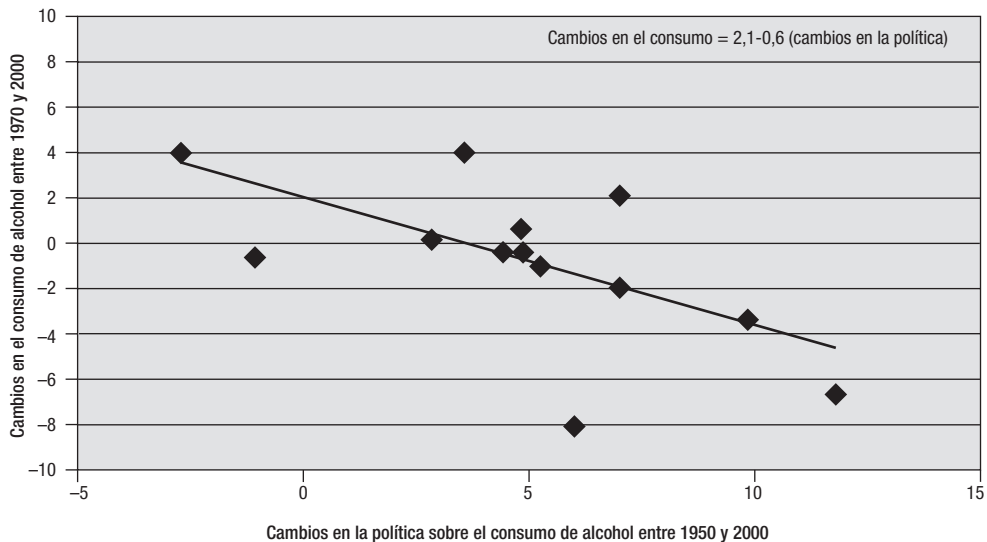
De Österberg y Karlsson (2004).

salud en todas las actividades legislativas cuyo objetivo sea el establecimiento y mantenimiento de las actividades de los mercados internos».

Tribunal de Justicia Europeo

El Tribunal de Justicia Europeo ha desempeñado un papel cada vez más importante en la configuración de las líneas básicas de la política sobre el consumo de alcohol (Holder y cols., 1998). En su jurisprudencia, ha reconocido que la reducción de las enfermedades y lesiones causadas por el alcohol es un objetivo de salud pública legítimo. En la demanda C-189/95 (Franzen) se impugnó la existencia del monopolio estatal sueco sobre el alcohol. En sus conclusiones, el Tribunal señaló que el objetivo del Artículo 31 (antiguo Artículo 37) del Tratado de la Comunidad Europea es contemplar la posibilidad de que los Estados miembros mantengan ciertos monopolios de carácter comercial como instrumentos para la búsqueda de los objetivos de interés público con los requerimientos del establecimiento y

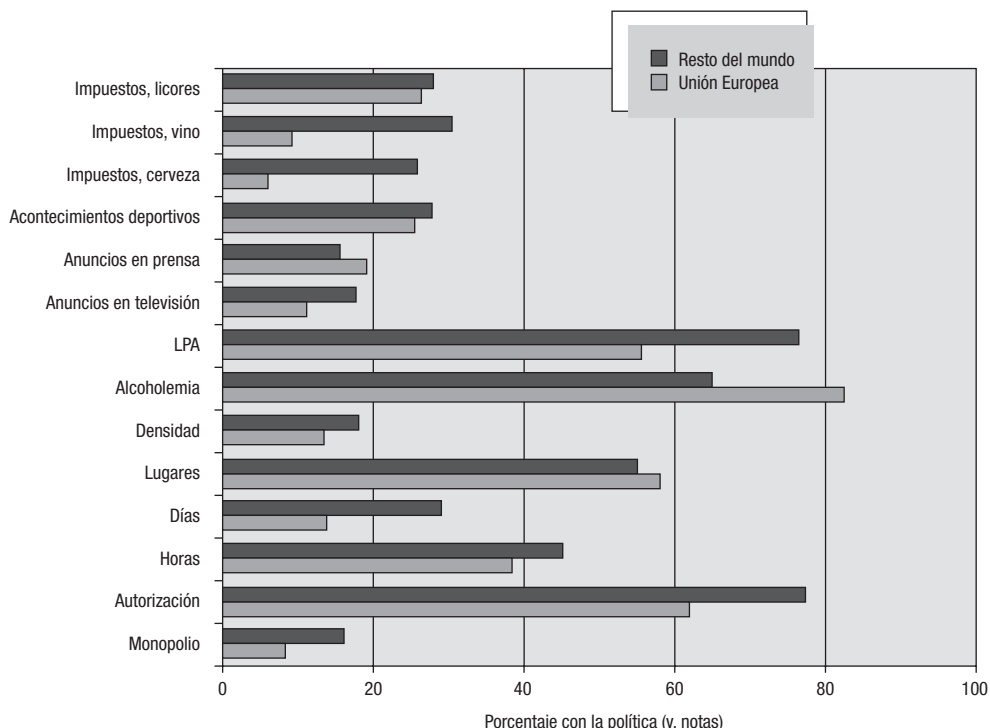
Figura 11-10 Relación entre los cambios en la políticas sobre el alcohol (1950-2000) y los cambios en el consumo de alcohol (con ajuste respecto a los cambios en la capacidad adquisitiva), en el período entre 1970 y 2000.



De WHO (2004c); Österberg y Karlsson (2004).

la implementación de un mercado común. En la demanda C-394/97 (Heinonen), el Tribunal señaló que la legislación nacional que, con el objetivo del mantenimiento del orden público, restringe la introducción de bebidas alcohólicas por parte de viajeros que proceden de países no pertenecientes a la Unión Europea, no es, en principio, contraria a la ley comunitaria. La normativa legal francesa, *Loi Evin*, prohíbe la publicidad televisiva directa e indirecta de las bebidas alcohólicas en Francia (Journal Officiel de la République Française, 1991). En una demanda por infracción (caso C-262/02), la Comisión Europea solicitó al Tribunal que declarara que la normativa legal francesa era incompatible con la libertad de provisión de servicios garantizada por el Tratado de la Comunidad Europea, en la consideración de que la *Loi Evin* crea obstáculos para la retransmisión en Francia de acontecimientos deportivos que se llevan a cabo en otros países. La referencia relativa a una sentencia preliminar (caso C-429/02) se basó en el hecho de que Télévision Française TF1 exigió al Groupe Jean-Claude Darmon y a GiroSport, quienes poseían los derechos de la retransmisión televisiva de encuentros de fútbol, que no aparecieran en la pantalla marcas comerciales de bebidas alcohólicas. El Tribunal señaló que la normativa legal que regula los anuncios televisivos en Francia tiene el objetivo de la protección de la salud pública y que es apropiada para alcanzar dicho objetivo. Esta normativa legal limita las situaciones en que pueden aparecer en televisión anuncios de bebidas alcohólicas y, a consecuencia de ello, es posible que limite la aparición de dichos anuncios, reduciendo así las ocasiones en las cuales a las personas que ven la televisión se les aconseja que consuman bebidas alcohólicas.

Figura 11-11 Proporción de los países de la Unión Europea con una política impositiva¹, en comparación con el resto del mundo.



Notas:

Impuestos: el porcentaje se refiere a la banda impositiva «alta» de la OMS (más del 30 % del precio al por menor respecto a la cerveza y el vino; más del 50 % respecto a los licores).

Acontecimientos deportivos: el porcentaje se refiere a las restricciones legales (parciales o completas) aplicadas a la promoción publicitaria de la cerveza en los acontecimientos deportivos.

Publicidad: el porcentaje se refiere a las restricciones legales (parciales o completas) respecto a la publicidad sobre la cerveza.

LPA: el porcentaje se refiere a la edad mínima de al menos 18 años para el consumo de cerveza.

Alcoholemia: el porcentaje se refiere al límite del alcohol que puede consumir un conductor (determinado por la alcoholemia), de 50 mg % o inferior.

Densidad, lugares, días y horas: el porcentaje se refiere a las restricciones del consumo de cualquier tipo de bebidas alcohólicas en la calle.

De WHO (2004a).

¹ N. del T.: «Policy area» en el original.

Política comercial y del alcohol

Uno de los principios básicos de los acuerdos comerciales es el hecho de que los países participantes deben aplicar a los compradores y vendedores de otros países las mismas medidas que aplican a los compradores y vendedores domésticos. Esta norma garantiza la aplicación igualitaria de los impuestos y normativas internos, tanto a los productos importados como a los domésticos, de manera que no se plantea una situación de protección de la producción doméstica.

Un pilar clave de la normativa legal de la Comunidad Europea es la prohibición de las restricciones cuantitativas o de sus equivalentes. En lo que se refiere al alcohol, la importancia de esta medida queda claramente demostrada en el caso *Cassis de Dijon* (C-120/78). Alemania rechazó las importaciones francesas que no cumplían los requerimientos mínimos de contenido de alcohol (para interrumpir la proliferación en Alemania de las bebidas con bajo contenido en alcohol), pero esta prohibición fue anulada por el Tribunal de Justicia Europeo. Desde entonces, los distintos tribunales han interpretado que esta jurisprudencia significa que cualquier bebida alcohólica que puede ser comercializada en uno de los países de la Unión Europea también puede serlo en los demás.

La consideración en términos de igualdad de los productos extranjeros y domésticos plantea dudas sobre el concepto de «productos de tipo materia prima». La cuestión radica en determinar si las bebidas alcohólicas son «productos de tipo materia prima» y, por tanto, deben ser tratados por igual en lo que se refiere a impuestos, por lo general en términos de equidad en los impuestos aplicados a las bebidas alcohólicas importadas y elaboradas localmente. El Tribunal ha abordado esta cuestión en varias ocasiones en relación con las bebidas alcohólicas (Lubkin, 1996). Por ejemplo, uno de los fallos del Tribunal señalaba que los impuestos especiales franceses sobre las bebidas alcohólicas procedentes de los cereales (whisky), en comparación con las bebidas alcohólicas procedentes de la uva (coñac), eran ilegales (C-168/78). En otras palabras, «la política impositiva de un Estado miembro no debe influir en los hábitos de consumo existentes de manera que los dirija hacia el consumo de los productos nacionales». Recientemente, la Comisión Europea ha remitido una «opinión razonada» a Suecia para la eliminación de la discriminación impositiva frente al vino, en comparación con la cerveza (15 de junio de 2004). En la actualidad, 1 litro de cerveza con el 10 % de alcohol en volumen soporta 14,7 coronas suecas en impuestos especiales, mientras que 1 litro de vino con un volumen de alcohol exactamente igual soporta una presión impositiva de 22,08 coronas suecas. La Comisión Europea argumenta que esta diferencia representa una violación del Artículo 90, que prohíbe a los Estados miembros la imposición de impuestos mayores a los productos procedentes de otros Estados miembros en comparación con los que aplican a sus productos domésticos.

Los acuerdos comerciales también limitan las actividades de las empresas y monopolios estatales. En el Tratado de la Comunidad Europea original (Tratado de Roma, Artículo 31) se acordó el mantenimiento de los monopolios en el mercado común europeo siempre y cuando se introdujeran las modificaciones necesarias para la aplicación del principio de la ausencia de discriminación entre los distintos países europeos (Holder y cols., 1998). El caso *Manghera* atendido por el Tribunal de Justicia Europeo, y en el cual el fallo consideró que los derechos exclusivos de importación son incompatibles con lo recogido en el Tratado de Roma (C-59/75), hizo que Finlandia y Suecia abandonaran en última instancia sus monopolios de importación, exportación, ventas al por mayor y producción para equipararse a la Unión Europea. Lo que quedó finalmente fue un monopolio no discriminatorio de venta al por menor en las tiendas de licores. De todas maneras, los casos *Gundersen* (E-1/97) y *Franzen* (C-189/95) atendidos por el Tribunal de Justicia Europeo demostraron la legalidad del mantenimiento de los monopolios sobre la venta al por menor. En uno de estos casos, un comerciante solicitó una licencia y fue rechazado (*Gundersen*; la solicitud se realizó respecto al vino cuando ya se había admitido la solicitud respecto a la cerveza), mientras que en el

otro caso Franzen fue procesado por vender vino en su tienda. Sin embargo, aún no es posible garantizar la existencia de los monopolios de venta al por menor; en julio de 2004, la Comisión demandó a Suecia ante el Tribunal por mantener la prohibición a los consumidores suecos de contratar los servicios de intermediarios independientes para la importación desde otros Estados miembros y hasta Suecia de bebidas alcohólicas con destino al consumo privado (a pesar de que los consumidores pagaban los impuestos especiales del alcohol en Suecia). La Comisión considera que la imposición de una prohibición absoluta a todos los consumidores es una medida desproporcionada y que no puede considerarse parte integral de las actividades del monopolio de venta al por menor.

Impuestos sobre el alcohol

Entre los distintos Estados miembros de la Unión Europea hay grandes variaciones en lo relativo a los impuestos especiales sobre el alcohol, de manera que los impuestos de este tipo relativos al vino son inexistentes en seis países de Europa del sur y Centroeuropa, mientras que son relativamente elevados en Reino Unido, Irlanda y los países nórdicos (Österberg y Karlsson, 2004). Ésta es la situación a pesar de que la Unión Europea durante los 30 últimos años ha efectuado repetidos intentos para armonizar la política impositiva sobre el consumo de alcohol en los Estados miembros con la consideración de que las diferencias en los impuestos de este tipo entre los distintos Estados miembros interfieren con el funcionamiento eficiente del mercado único. En 1987, la Comisión Europea propuso la aplicación de impuestos especiales sobre el alcohol iguales en todos los Estados miembros. En 1992 se adoptó el objetivo respecto a los licores procedentes de la destilación con impuestos mínimos sobre todas las bebidas alcohólicas. Sin embargo, la tasa mínima para el vino se estableció en cero. Al aceptar una amplia divergencia en los impuestos especiales sobre el alcohol, la directiva presionaba eficazmente a los países con impuestos altos para reducirlos, pero no presionaba a los países con costes bajos para elevarlos. La propuesta de una estructura común respecto a los impuestos especiales del alcohol en toda la Unión Europea, adoptada en 1993, también implica la imposibilidad de introducir impuestos especiales para las bebidas acompañadas de un peligro excesivo. Las bebidas pertenecientes a cada una de las cuatro categorías de bebidas alcohólicas (cerveza, vino, «productos intermedios» y licores) deben ser tratadas de la misma forma.

Dado que fue imposible una armonización de los impuestos especiales sobre el alcohol en todos los países de la Unión Europea, se hicieron nuevas propuestas en 2001. La armonización de los impuestos en la Unión Europea también es un buen ejemplo de la duración que suelen tener estos procesos. Además, también ilustra el hecho de que, una vez que un asunto queda incluido en la agenda de la Unión Europea, el proceso suele llevarse a cabo, si bien lentamente. Por ejemplo, cuando la armonización de los impuestos especiales sobre el consumo de alcohol parecía imposible mediante decisiones administrativas, la Comisión Europea intentó que las fuerzas del mercado armonizaran estos impuestos mediante el incremento de los derechos de los viajeros a pasar bebidas alcohólicas a través de las fronteras de los países miembros, presionando así a los países con impuestos altos a reducirlos. Como norma general, a los ciudadanos de la Unión Europea se les permite pasar 10 litros de

licores, 20 litros de productos intermedios, 90 litros de vino y 110 litros de cerveza entre los distintos países de la Unión Europea sin pagar impuestos de aduana.

Cuando las fuerzas del mercado presionan a los países vecinos a armonizar sus políticas impositivas sobre el consumo de alcohol con objeto de reducir el comercio de bebidas alcohólicas a través de las fronteras, los impuestos tienden a reducirse hasta el mínimo. Por ejemplo, con el objetivo de contrarrestar los efectos de los bajos impuestos especiales sobre el alcohol existentes en Alemania, Dinamarca redujo a la mitad sus impuestos sobre la cerveza y el vino a principios de los años noventa del siglo pasado. En consecuencia, Suecia disminuyó sus impuestos especiales sobre la cerveza y el vino para contrarrestar la presión ejercida por los precios daneses (Holder y cols., 1998).

En la actualidad, las transferencias de mercancías entre los países de la Unión Europea (especialmente en lo que se refiere al alcohol) están cargadas impositivamente en el país de compra cuando dichas mercancías se utilizan para consumo privado y en el país de destino cuando su adquisición tiene objetivos comerciales. En 2004, la Comisión Europea propuso la aplicación de impuestos en el país de origen respecto a los compradores privados que adquieren los productos fuera de su país (p. ej., las bebidas alcohólicas transportadas en su nombre), con eliminación de los límites «indicativos».

Agricultura

La producción de vino mantiene una posición especial como parte de la política agrícola común en la Unión Europea (Österberg y Karlsson, 2004). El vino ha contribuido y contribuye todavía de manera considerable al valor de la producción agrícola en varios Estados miembros de la Unión Europea. Por ejemplo, a finales de los años noventa del siglo pasado, el valor de la producción de vino alcanzó alrededor del 17 % del valor de la producción agrícola total en Portugal, aproximadamente el 14 % en Francia, alrededor del 10 % en Italia, cerca del 7 % en Luxemburgo, un 6 % en Austria y alrededor del 5 % en España. En muchos Estados miembros de la Unión Europea, el pujante sector del vino también parece que desempeña un papel muy importante en la actividad y economía agrícolas de ciertas regiones y áreas locales. En muchas regiones del sur de Europa, la producción de vino representa hasta el 20 %, o incluso el 30 %, del valor de la producción agrícola total.

A pesar de la disminución de la producción de vino en la Unión Europea, los viñedos de los Estados miembros de la Unión Europea todavía representan aproximadamente el 45 % de la superficie mundial total dedicada a esta forma de producción agrícola y los Estados miembros de la Unión Europea generan aproximadamente el 60 % de la producción mundial de vino. Además, los Estados miembros de la Unión Europea llevan a cabo casi el 60 % del consumo mundial de esta bebida.

En el año 2002, el presupuesto de la Unión Europea asignado al apoyo de la agricultura alcanzó los 44.505 millones de euros, una cifra equivalente al 45,2 % del presupuesto de la Unión Europea. En todo el año agrícola 2001-2002, el sector del vino recibió en conjunto un presupuesto de 1.392 millones de euros, la mitad del cual se destinó a la producción y la tercera parte, a las medidas de reestructuración.

La organización del mercado común europeo respecto al sector del vino viene desde los primeros años de la década de 1960. Esta organización ha sido adoptada para permitir que el sector vitivinícola responda a los cambios en las técnicas de producción y en las tendencias de mercado con el objetivo de equilibrar la producción y la demanda de vino. Los objetivos básicos de la política común del vino han sido la supervivencia de los pequeños viñedos familiares y la garantía de unos ingresos básicos a los productores vitivinícolas con mantenimiento, al mismo tiempo, de unos precios razonables del vino respecto a los consumidores. La organización del mercado común relativa al vino ha sido una de las tareas más complejas y amplias abordadas por la política agrícola común. Además de las medidas tradicionales correspondientes a la propia política agrícola común, también se han abordado aspectos más técnicos y específicos del sector vitivinícola.

El Acuerdo conjunto de Uruguay (*Uruguay Round Agreement*), que representa uno de los tratados firmados por el General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), entró en vigor el 1 de julio de 1995 y modificó de manera radical el sistema de comercialización del vino en la Unión Europea, pues hizo posible la importación hacia esta región de vino de bajo precio procedente de terceros países. Antes de julio de 1995, el vino producido en los Estados miembros de la Unión Europea estaba protegido por un precio mínimo para el vino importado y por distintos derechos arancelarios, además de (en los casos necesarios) la introducción de impuestos de compensación.

El Consejo Agrícola adoptó el 17 de mayo de 1999 una normativa que establecía la nueva organización común para el mercado del vino, como parte de la Agenda 2000; esta normativa entró en vigor el 1 de agosto de 2000 (normativa del Consejo 1493/1999). El objetivo de la reforma fue la mejora de la competitividad y el aprovechamiento pleno de las nuevas oportunidades en el mercado mundial. Con el objetivo de alcanzar estos logros, el fomento de la producción pasaba de los vinos de mesa a los vinos de calidad con establecimiento de medidas compensatorias por las pérdidas de ingresos y los costes materiales relacionados con el cambio en las variedades de uva, y con medidas de apoyo para el arranque de los viejos viñedos y el desarrollo de métodos de producción. En 1999, la Comunidad Europea contribuyó por primera vez a la financiación de las campañas de promoción de venta de vino dirigidas hacia terceros países, bajo lo recogido en la normativa 2.702/1999 del Consejo. La Unión Europea cubrió el 60 % de los costes de las campañas y los fondos comunitarios proporcionaron para este objetivo casi 3 millones de euros para su utilización durante 3 años.

Hasta el momento, muchas medidas de control del alcohol, como el establecimiento de un límite mínimo de edad para su consumo, las campañas de información pública, los programas educativos escolares sobre el consumo de alcohol y el establecimiento de límites de alcoholemia para la conducción de automóviles, no se han visto influidas por los acuerdos internacionales de comercio ni por la normativa del mercado común, aunque esta situación podría cambiar tras la revisión actual de los acuerdos de servicios. La Comisión ha propuesto el movimiento libre de los servicios con una abolición general de las restricciones de los servicios prohibidos en función de criterios de salud pública y con una abolición temporal en los casos en que es necesaria la protección de los menores por motivos de salud pública (COM [2004/2001]).

CONCLUSIONES

Aunque el consumo de alcohol y las enfermedades y lesiones relacionadas con él se están reduciendo en toda Europa, ambos continúan siendo elevados en todo el mundo y existe el riesgo de que lleguen a ser todavía mayores a medida que se incrementa el crecimiento económico. El alcohol es responsable de más del 9 % de la carga total de enfermedad y muerte prematura, y también de una proporción significativa de desigualdades sanitarias en los distintos países. El coste social del alcohol representa una pérdida enorme en lo que se refiere al desarrollo socioeconómico y a la competitividad global de Europa.

A nivel individual, el alcohol incrementa el riesgo de una amplia gama de enfermedades y lesiones, de manera dependiente de la dosis. Estos efectos se ven compensados en cierta medida por una reducción en el riesgo de coronariopatía, aunque todavía no hay certeza acerca de la intensidad precisa de dicha reducción. Hasta los 35 años de edad no hay un nivel de consumo de alcohol libre de riesgos. Después de los 65 años, el consumo moderado de alcohol (definido como una cantidad de hasta 10 g de alcohol al día) podría carecer de riesgos en términos de mortalidad global.

A nivel social, cuanto más alcohol se consume, mayores son los problemas. La reducción del consumo de alcohol en todos los países europeos comportará efectos beneficiosos sobre la salud y la economía.

Se ha implementado una amplia gama de políticas sobre el alcohol que han demostrado presentar un buen índice de rentabilidad económica y que han causado un impacto considerable en la reducción de las enfermedades y los casos de muerte prematura causados por el alcohol. Aunque las políticas sobre el consumo de alcohol han sido reforzadas a lo largo de los últimos 50 años, en comparación con el resto del mundo, Europa todavía presenta un retraso importante, sobre todo en lo relativo a las políticas normativas y fiscal. Los países que han reforzado sus políticas sobre el alcohol han mostrado mayores reducciones en su consumo. El mantenimiento de la situación actual es inadecuado ya que se asocia con un incremento en el consumo de alcohol.

La política europea sobre el alcohol representa un equilibrio entre las políticas dirigidas hacia la protección y la promoción de la salud pública, por un lado, y las políticas dirigidas hacia la protección de los intereses económicos europeos, por el otro, especialmente los relacionados con el comercio y la agricultura. En el momento presente, el equilibrio parece que se inclina a favor del comercio. A largo plazo, si no se corrige este tipo de equilibrio, es probable que la situación será en detrimento del bienestar de los ciudadanos europeos, así como del desarrollo socioeconómico global de la región europea.

BIBLIOGRAFÍA

Academy of Medical Sciences. Calling Time: The Nation's Drinking as a Major Public Health Issue, 2004. Disponible en: www.acmedsci.ac.uk.

Anderson P. The risk of alcohol. Ph.D. thesis. Nimega: Radboud University, 2003.

Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Londres: Institute of Alcohol Studies, 2006.

- Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G y cols. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Baltussen R, Adam T, Tan Torres T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB y cols. Generalized Cost-effectiveness Analysis: A Guide. Ginebra: World Health Organization, 2004.
- Barefoot JC, Grønbaek M, Feaganes JR, McPherson RS, Williams RB, Siegle IC. Alcoholic beverage preference, diet, and health habits in the UNC Alumni Heart Study. *Am J Clin Nutr* 2002; 76 (2): 466-472.
- Baum-Baicker C. The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence* 1987; 15 (4): 305-322.
- Brown SA, Goldman MS, Inn A, Anderson LR. Expectations of reinforcement from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. *J Consult Clin Psychol* 1980; 48 (4): 419-426.
- Bruun K, Edwards G, Lumio M, Mäkelä K y cols. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
- Bushman BJ. Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed mechanisms. En: Galanter M, ed. *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 13, Alcohol and Violence*. Nueva York: Plenum Press, 1997.
- Caetano R, Cunradi C. Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction* 2002; 97 (6): 633-645.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol* 2004; 65 (6): 782-793.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer—collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002; 87 (11): 1.234-1.245.
- Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambón A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 2000; 95 (10): 1.505-1.523.
- Darkes J, Goldman MS. Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *J Consult Clin Psych* 1993; 61 (2): 344-353.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S y cols. Alcohol Policy and the Public Good. Nueva York: Oxford University Press, 1994.
- Fillmore KM, Golding JM, Graves KL, Knip S y cols. Alcohol consumption and mortality: I. Characteristics of drinking groups. *Addiction* 1998a; 93 (2): 183-203.
- Fillmore KM, Golding JM, Graves KL, Knip S y cols. Alcohol consumption and mortality: III. Studies of female populations. *Addiction* 1998b; 93 (2): 219-229.
- Fuchs FD, Chambless LE, Folsom AR, Eigenbrodt ML y cols. Association between alcoholic beverage consumption and incidence of coronary heart disease in whites and blacks – the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol* 2004; 160 (5): 466-474.
- Gorinstein S, Caspi A, Goshev I, Asku S y cols. Structural changes in plasma circulating fibrinogen after moderate beer consumption as determined by electrophoresis and spectroscopy. *J Agr Food Chem* 2003; 51 (3): 822-827.
- Greenfield TK, Rehm J, Rodgers JD. Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction* 2002; 97 (1): 29-38.
- Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM. Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow-up. *BMJ* 1999; 318: 1.725-1.729.
- Heather N. Pleasures and pains of our favourite drug. En: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: Wiley, 2001.
- Hemström Ö. The contribution of alcohol to socioeconomic differentials in mortality – the case of Sweden. En: Norström T, ed. *Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Responses in 15 European Countries*. Estocolmo: National Institute of Public Health, 2001.
- Holder HD, Kühlnhorn E, Nordlund S, Österberg E y cols. European Integration and Nordic Alcohol Policies: Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980–1997. Aldershot: Ashgate, 1998.
- Journal Officiel de la République Française. Loi Evin, 1991 (Article L 3323).
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Delund MJ y cols. Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66 (1): 17-31.
- Klatsky AL. Moderate drinking and reduced risk of heart disease. *Alcohol Res Health* 1999; 23 (1): 15-22.
- Leino EV, Romelsjö A, Shoemaker C, Ager CR y cols. Alcohol consumption and mortality: II. Studies of male populations. *Addiction* 1998; 93 (2): 205-218.

- Lemmens PH. Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. En: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: Wiley, 2001.
- Lubkin G. Is Europe's Glass Half-full or Half-empty? The Taxation of Alcohol and the Development of a European Identity. Jean Monnet Center, Working Paper 96/7. Cambridge, MA: Harvard University, 1996.
- Mäkelä K. Dryckegångernas frekvens enligt de konsumerade dryckerna och mängden före och efter lagreformen [The frequency of drinking occasions according to type of beverage and amount consumed before and after the new alcohol law]. *Alkoholpolitik* 1970; 33: 144-153.
- Mäkelä P. Whose drinking does a liberalization of alcohol policy increase? Change in alcohol consumption by the initial level in the Finnish panel survey in 1968 and 1969. *Addiction* 2002; 97 (6): 701-706.
- McKee M, Sholnikov V. Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ* 2001; 323: 1.051-1.055.
- McKee M, Sholnikov V, Leon DA. Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s. *Ann Epidemiol* 2001; 11 (1): 1-6.
- McKenzie C, Eisenberg PR. Alcohol, coagulation, and arterial thrombosis. En: Zakhari S, Wassef M, eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996.
- Murray CJL, Evans DB, Acharya A, Baltussen RMPM. Development of WHO Guidelines on Generalised Cost-Effectiveness Analysis. Ginebra: World Health Organization, 2004.
- Norström T. Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Responses in 15 European Countries. Estocolmo: National Institute of Public Health, 2001.
- Österberg E, Karlsson T, eds. *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports*. Helsinki: STAKES, 2004.
- Peele S, Grant M, eds. *Alcohol and Pleasure: A Health Perspective*. Washington, DC: International Center for Alcohol Policies, 1999.
- Pliner P, Cappell H. Modification of affective consequences of alcohol: a comparison of solitary and social drinking. *J Abnorm Psychol* 1974; 83 (4): 418-425.
- Ramstedt M. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction* 2001; 96 Supl 1: S19-S34.
- Reeder VC, Aikens ML, Li X-N, Booyse FM. Alcohol and the fibrinolytic system. En: Zakhari S, Wassef M, eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ y cols. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264 (9): 2.511-2.518.
- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G y cols. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur Addict Res* 2003; 9 (4): 157-164.
- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G y cols. Alcohol. En: WHO, ed. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors*. Ginebra: WHO, 2004.
- Rehn N, Room R, Edwards G. *Alcohol in the European Region – Consumption, Harm and Policies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2001.
- Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, Christensen H, Henderson S, Jacomb PA. Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction* 2000; 95 (12): 1.833-1.845.
- Sierksma A. *Moderate alcohol consumption and vascular health*, Ph.D. thesis, Utrecht University, 2003.
- Skog O-J. Drinking and the distribution of alcohol consumption. En: Pittman DJ, Raskin H, eds. *White Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined*. New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation, 1991.
- Skog O-J. Public health consequences of the J-curve hypothesis of alcohol problems. *Addiction* 1996; 91 (3): 325-337.
- Szucs S, Sarvary A, McKee M, Adany R. Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction* 2005; 100 (4): 536-542.
- Thom B. A social and political history of alcohol. En: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: Wiley, 2001.
- Thun M, Peto R, López AD, Monaco J y cols. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med* 1997; 337: 1.705-1.714.
- Wannamethee SG, Shaper AG. Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. *Am J Public Health* 1999; 89 (5): 685-690.

White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ* 2002; 325: 191-198.

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra: World Health Organization, 1992.

World Health Organization. *The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Ginebra: World Health Organization, 2002a.

World Health Organization. *The World Mental Health (WMH2000) Initiative*. Ginebra: Assessment, Classification, and Epidemiology Group, WHO, 2002b.

World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol Policy*. Ginebra: World Health Organization, 2004a.

World Health Organization. *WHO-CHOICE Cost-effectiveness Analyses*. Ginebra: World Health Organization, 2004b.

World Health Organization. *Health for all Database*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004c.

Capítulo 12

Vivienda y empleo

ROBERT ANDERSON, RICHARD WYNNE Y DAVID McDAID

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se abordan las medidas necesarias para solucionar los problemas de vivienda y empleo que presentan las personas con trastornos mentales; sin embargo, sólo se consideran superficialmente los problemas de vivienda y empleo como causa de la enfermedad mental. Si se tienen en cuenta estas líneas, el capítulo principalmente se refiere a los adultos en edad de trabajar (entre los 18 y los 64 años de edad), aunque los problemas de la falta de vivienda también afectan a las personas con edades superiores e inferiores al intervalo citado. Se expondrán los aspectos de investigación, políticos y prácticos correspondientes a los trastornos mentales que sufren los adultos, pero no los referidos a los problemas primarios relacionados con el abuso de sustancias, la demencia o las discapacidades de aprendizaje. Asimismo, tampoco se contemplan los aspectos de investigación y de práctica relacionados con los problemas generales de las personas que carecen de empleo y vivienda, excepto en las situaciones en las cuales los adultos con enfermedades mentales son un grupo de actuación importante.

Los grupos de personas con enfermedades mentales que han participado en los diferentes estudios de investigación han presentado entre sí diferencias importantes que no sólo reflejan la diversidad de los problemas relacionados con la salud mental, sino también la diversidad de las experiencias, circunstancias y requerimientos de las personas con necesidades complejas y a menudo múltiples. Las perspectivas políticas europeas respecto a la situación de las personas en situaciones de desventaja multifactoriales e interrelacionadas a menudo se enmarcan en términos del riesgo y la experiencia de la «exclusión social» (European Commission, 2003d). Las

personas que sufren enfermedades mentales pueden verse atrapadas en un círculo vicioso de privación (Social Exclusion Unit, 2004), enfermedad, pobreza, desestructuración familiar, paro laboral y falta de vivienda. La discriminación puede alterar significativamente la capacidad de las personas con enfermedades mentales para mantener su vivienda o su empleo (Public Health Alliance Ireland, 2004). Las dificultades para el mantenimiento de la vivienda o la falta de ésta pueden exacerbar la enfermedad y a su vez dificultar el acceso futuro a una vivienda, un empleo y una atención sanitaria adecuados. No obstante, la disponibilidad de una vivienda apropiada es claramente un elemento clave en cualquier estrategia de provisión de asistencia y apoyo comunitario.

La mayor parte de las personas con enfermedades mentales reside en el contexto comunitario y, por tanto, necesita un lugar para vivir, oportunidades para conseguir un empleo y condiciones adecuadas para el desarrollo y el mantenimiento de relaciones sociales. Sin embargo, muchas de las personas que sufren enfermedades mentales presentan desventajas en diversos aspectos; en el informe sobre inclusión social elaborado por la Comisión Europea (European Commission, 2003d) se destaca la situación de las personas con enfermedades mentales en los nuevos Estados miembros. Por ejemplo, en estos países parece que dichas personas tienen una probabilidad mayor de vivir por debajo del nivel de pobreza, de recibir subsidios sociales insuficientes y de tener dificultades para el acceso a un puesto de trabajo (European Commission, 2003a). No se han implementado medidas para combatir esta situación de privación y aunque, por ejemplo, las nuevas iniciativas de la Unión Europea (UE) para combatir la discriminación también se refieren al ámbito laboral, ni las medidas adoptadas por la UE ni las legislaciones nacionales (especialmente las existentes en los nuevos Estados miembros) han enfrentado de manera adecuada el problema de la discriminación en el acceso a la vivienda (European Commission, 2003b).

Todos los planes de los nuevos Estados miembros para combatir la exclusión social (*Joint Inclusion Memoranda*) se refieren a la mejora de la situación de las personas con discapacidad, pero hay pocas o ninguna referencia específica a las personas con enfermedades mentales. Sólo algunos de estos países (p. ej., Malta y Eslovenia) han prestado especial atención a las necesidades de vivienda de las personas discapacitadas y de las que sufren problemas mentales. Esta «invisibilidad» de las personas con enfermedades mentales también queda reflejada en los documentos políticos en los cuales se ha adoptado un planteamiento predominante hacia la discapacidad, con exclusión de los problemas mentales en los programas dirigidos específicamente contra la discapacidad (p. ej., European Commission, 2003c).

La estrategia de la UE en la lucha contra la exclusión social ha colocado de manera constante el empleo en el centro del objetivo y, durante los últimos años, también ha insistido en el acceso de todas las personas a una vivienda decente e higiénica. Por supuesto, el empleo y la vivienda están relacionados (el acceso a la vivienda es fundamental para que las personas puedan tener oportunidades de trabajo) y, por ejemplo, las necesidades de apoyo de muchas personas que carecen de vivienda y que viven en condiciones de mendicidad pueden hacer imposible su reintegración en el mercado laboral.

El informe *Joint Report on Social Inclusion* (European Commission, 2003d) recomienda el desarrollo de un enfoque multidimensional real para solucionar las necesidades de los gru-

pos desfavorecidos y se hace eco de las demandas para la aplicación de enfoques más integrados que permitan solucionar el problema de la falta de vivienda (Edgar y cols., 2002) y de la falta de empleo (Pillinger, 2001). En el informe citado se otorga nueva importancia al incremento en el acceso a los servicios por parte de las personas con enfermedades mentales; aunque la desinstitucionalización ha sido un denominador común durante las dos últimas décadas en la UE, la disponibilidad y la calidad de los servicios de apoyo han experimentado grandes variaciones (Quilgars, 1998; Freyhoff y cols., 2004). En la mayor parte del resto de este capítulo se subraya e ilustra la forma de desarrollo y coordinación con otros sectores, como la vivienda y el empleo, de los servicios asistenciales comunitarios dirigidos hacia las personas que sufren enfermedades mentales.

PERSPECTIVAS POLÍTICAS Y PROFESIONALES

La reunión de ministros que se celebró en Niza en 2002 recomendaba que la clase política y los proveedores de servicios se adaptaran a las necesidades de las personas que sufren exclusión social y que procuraran que los y las profesionales de primera línea que atienden a estas personas tuvieran el grado de sensibilidad suficiente frente a sus necesidades (European Council, 2003). Sin embargo, la vivienda y el empleo frecuentemente han sido considerados un objetivo marginal de los servicios sanitarios y asistenciales con una clara falta de definición de responsabilidades respecto a los resultados conseguidos en los ámbitos laboral y de la vivienda. Fakhoury y cols. (2002) argumentaron que, desde un punto de vista histórico, los servicios de salud mental se han distanciado de los problemas correspondientes a la vivienda y los ha considerado más como una cuestión de «asistencia social» que como un problema «terapéutico», mientras que Watson y Tarpey (1998) identificaron (al menos, en Reino Unido) un cambio de tendencia a principios de los años noventa del siglo pasado cuando los políticos comenzaron a reconocer la significación de la vivienda. Además, en Estados Unidos la mayor parte de la política y la práctica sobre salud mental ha dejado de lado la vivienda como un componente clave del sistema asistencial de salud mental (Newman, 2001).

Durante los últimos años, los conceptos y la terminología de las alianzas, la coordinación, el localismo y los servicios dirigidos hacia la solución de las necesidades individuales han establecido las líneas estratégicas para la reforma de los servicios. Sin embargo, la traducción de estos conceptos en medidas prácticas ha presentado dificultades importantes (EFILWC, 2003). Las alianzas entre las autoridades públicas, por un lado, y los proveedores de servicios sanitarios y sociales, por el otro, se han constituido lentamente, en parte debido a la ausencia de estructuras administrativas y económicas para la integración de los servicios (European Commission, 2003d). En el informe realizado por la Social Exclusion Unit de Reino Unido (2004) se insiste en la necesidad del refuerzo del trabajo conjunto por parte de los departamentos y organismos gubernamentales aunque la falta de recursos constituye una barrera obvia para el desarrollo de servicios más exhaustivos e integrados. Quilgars (1998, 2000) también ha señalado la tendencia de los servicios sanitarios y sociales a concentrarse en la aplicación de intervenciones en situaciones de crisis y de necesidad eviden-

te al mismo tiempo que el sector de la vivienda puede carecer de la capacidad necesaria para ofrecer servicios relacionados con la vivienda a las personas que sufren enfermedades mentales y que residen en viviendas convencionales sin ninguna forma de apoyo.

Entre la clase política parece que hay falta de interés por los campos de la vivienda y el empleo, y ha prestado una atención relativamente escasa a las necesidades específicas de las personas con enfermedades mentales. Sólo recientemente a nivel europeo se está reconociendo la importancia de la enfermedad como un factor clave de la exclusión en el ámbito laboral, especialmente en lo que se refiere a las iniciativas para incrementar las tasas de actividad laboral de las personas que reciben subsidios por discapacidad, así como en lo relativo a las medidas para ampliar la vida laboral. En muchos países, los enfoques tradicionales han fomentado la protección de las personas con discapacidad más que la aplicación de medidas activas para combatir la discriminación u otros obstáculos para conseguir un empleo.

Las personas que sufren enfermedades mentales pueden experimentar estigma y discriminación por parte de los y las profesionales que dirigen los servicios de vivienda y empleo (ONS, 2000). Pueden ser contempladas como personas difíciles y poco fiables en función de sus cuadros de crisis secundarios a su enfermedad mental o en función de sus antecedentes de hospitalización, así como arrendatarios imprevisibles. Claramente, las actitudes de los y las asistentes profesionales en los diferentes sectores son clave para la integración social de las personas con enfermedades mentales aunque los valores y las creencias de los grupos más marginados son generalmente muy diferentes de los que poseen las personas que trabajan en organizaciones médicas y sociales establecidas (SMES-Europa, 2002) o bien en los sectores de la vivienda y el empleo. Por ejemplo, las personas que sufren enfermedades mentales pueden preferir sistemas de vivienda más independientes y privados, mientras que los y las profesionales de las organizaciones establecidas pueden considerar mejores los entornos más estructurados; puede haber tensiones entre las tendencias de las personas usuarias hacia un mayor control y flexibilidad, por un lado, y las necesidades administrativas o gerenciales de los proveedores de los servicios, por el otro (Pillinger, 2001).

VIVIENDA

A lo largo de las dos últimas décadas, las políticas dirigidas hacia el apoyo de las personas con enfermedades mentales se han orientado cada vez más hacia su ubicación, fuera de los hospitales psiquiátricos, con el mayor grado de independencia posible. Esta tendencia ha llevado a la provisión de varias formas de vivienda, asistidas o no asistidas, así como a la implementación de iniciativas para mantener a las personas que sufren enfermedades mentales junto con sus familias o para conseguir que vuelvan a ellas. La dificultad planteada por las personas con enfermedades mentales queda ilustrada en una encuesta reciente realizada por la National Disability Authority en Irlanda, citada por la Public Health Alliance Ireland (2004). En esta encuesta se observó que solamente el 30 % de las personas encuestadas se mantenía plenamente cómodo con la presencia en su vecindario de personas

con dificultades mentales, en comparación con el 49 % de las personas encuestadas, que planteaba problemas respecto a la presencia de personas con dificultades intelectuales, y el 53 % respecto a la presencia de personas con dificultades físicas. Por tanto, quizá no sea sorprendente que muchas personas con enfermedades mentales graves queden concentradas en áreas desfavorecidas, a menudo en los cascos antiguos de las ciudades, donde viven atemorizadas por el acoso y la intimidación (Sainsbury Centre for Mental Health, 1998; SMES-Europa, 2002).

A continuación se evalúan tres iniciativas relativas a la vivienda: el mantenimiento de las personas con enfermedades mentales en sus hogares individuales o familiares, la reintegración en la comunidad mediante alojamientos financiados/protegidos en albergues, viviendas de grupo o pisos de alquiler financiados y las respuestas frente a la falta de vivienda.

Vivienda como problema

Hay una gran falta de información sistemática respecto a la situación de la vivienda y a los problemas y las preferencias de las personas con enfermedades mentales, sin datos genéricos a nivel europeo. Claramente, cualquier descripción de la situación relativa a la vivienda debe especificar la población a la cual se refiere debido a las grandes diferencias en las necesidades de las personas que permanecen en etapas distintas de su ciclo vital o que muestran intensidades diferentes de sus problemas de salud mental. Además, las respuestas frente a las necesidades de vivienda varían enormemente en los distintos países de la UE, lo que no sólo refleja la heterogeneidad en los recursos y en las prioridades políticas en comparación con las personas que poseen buena salud mental, sino también la existencia de grandes diferencias entre los distintos países respecto a las estructuras correspondientes a la propiedad de las viviendas. La existencia de un sector público o de vivienda de alquiler muestra variaciones en un factor de 20 o más entre los distintos países de la UE y también hay diferencias muy importantes en los estándares de los alojamientos privados (EFILWC, 2004). En general, en los nuevos Estados miembros hay una escasez generalizada de buenas viviendas, sobre todo en lo que se refiere a viviendas sociales de calidad (European Commission, 2004).

Hasta cierto punto, la situación de la vivienda de las personas con enfermedades mentales refleja las diferencias nacionales en la propiedad y la calidad de las viviendas. La mayor parte de las personas que sufren enfermedades mentales reside en el contexto comunitario y en viviendas convencionales a pesar de que no son muchos los datos relativos a ello (Newman, 2001; Social Exclusion Unit, 2004). Sin embargo, su situación respecto a la vivienda puede ser vulnerable (Edgar y cols., 2002) debido a los bajos salarios y a la falta de alojamientos económicamente asequibles, la discriminación, la desestructuración familiar y las necesidades específicas.

En una encuesta realizada en Reino Unido (Office for National Statistics, 2002) se ofreció un análisis detallado de las circunstancias de los adultos de 16 a 74 años de edad que sufrían trastornos, como neurosis, psicosis y cuadros de dependencia del alcohol y de sustancias. Las personas que presentaban estas enfermedades tuvieron una probabilidad

mayor de ser solteras, divorciadas o separadas, así como de vivir solas, en comparación con el resto de la población general. La mayor parte de las personas con problemas mentales residía en alojamientos alquilados y la mitad de las personas con «probable psicosis» residía en alojamientos alquilados por alguna autoridad local o alguna asociación de vivienda. Las personas con trastornos mentales experimentaron tasas mayores de falta de empleo y de bajas laborales debido a su enfermedad, y también tuvieron una probabilidad mayor de retrasarse en el pago de los alquileres y del mobiliario. En conjunto, el grupo formado por las personas con problemas mentales tuvo, en comparación con la población general, una probabilidad mayor de sentirse insatisfecho con su alojamiento, de mencionar problemas específicos de la vivienda y de describir el mantenimiento de sus alojamientos como «malo». Además, los problemas principales detectados fueron muy similares en las personas que presentaban y que no presentaban problemas mentales, es decir, dificultades económicas, arrendamientos a corto plazo, problemas conyugales y problemas con los arrendadores o las empresas inmobiliarias.

Las personas que tienen problemas mentales se enfrentan a los mismos problemas de vivienda que otros grupos de la comunidad: disponibilidad, idoneidad, adecuación y sostenibilidad. Sin embargo, su situación puede ser muy insegura o precaria, y el acceso a una vivienda adecuada y sostenible puede ser especialmente importante para que puedan recuperarse de su enfermedad y para que mantengan buen nivel de salud mental (Mental Health Commission, 1999). En varios estudios de investigación se ha demostrado que el hecho de residir en una vivienda de baja calidad o inadecuada incrementa los riesgos de deterioro de la actividad, reduce la calidad de vida y aumenta el número de rehospitalizaciones (Fakhoury y cols., 2002). Los costes que conlleva la vivienda pueden exacerbar otros elementos de estrés económico (p. ej., el pago de los tratamientos) y pueden llevar a situaciones de hacinamiento, imposibilidad de calentamiento de las viviendas o mantenimiento de una vivienda sin medios para sostenerla.

La mayor parte de las personas con enfermedades mentales no pierde la vivienda debido a su enfermedad, aunque en algunos casos realmente es así y en éstos la razón más importante de ello parece que es la hospitalización por un episodio agudo (Mental Health Commission, 1999). Hay varias enfermedades mentales que se asocian con falta de vivienda en condiciones de mendicidad, aunque esta asociación puede reflejar tanto la carencia de vivienda a consecuencia de la enfermedad como la enfermedad a consecuencia de la carencia de vivienda. A pesar de que se han propuesto definiciones estrictas y genéricas del concepto de «carencia de vivienda en condiciones de mendicidad (*homelessness*)», en una revisión se observó que el 30-50 % de las personas que duermen en refugios nocturnos, en albergues o en la calle sufre alguna forma de enfermedad mental grave (Sainsbury Centre for Mental Health, 1998). En un estudio reciente realizado en Cork, Irlanda, se observó que el 40 % de las personas residentes en albergues sufría una enfermedad mental grave (Public Health Alliance, Ireland, 2004). La carencia de vivienda en condiciones de mendicidad es un problema importante, en especial para las personas con trastornos mentales y que no son atendidas por los servicios de salud mental; además, el desarrollo de estrategias apropiadas para actuar sobre estos grupos de personas forma parte de un planteamiento más integrado de sus problemas de vivienda.

Las personas con problemas de vivienda y que presentan una enfermedad mental tienen necesidades complejas que exigen respuestas de diferentes tipos. En muchos casos, la recuperación del paciente requiere la aplicación de medidas específicas de alojamiento que combinen el apoyo a las necesidades vitales cotidianas (incluyendo, quizá, las medidas de apoyo al empleo) y un alojamiento de calidad en un entorno social adecuado. En este capítulo sólo se considera brevemente el desarrollo de los servicios comunitarios de vivienda, pero al inicio del apartado siguiente se recogen los enfoques adecuados para la «prevención» de los problemas de vivienda.

Alojamiento en hogares convencionales

El objetivo de que las personas con enfermedades mentales se mantengan en los domicilios familiares, eliminando así los problemas de vivienda, puede parecer muy atractivo. En la mayor parte de los países de la UE, éste es el planteamiento que se considera más adecuado (Edgar y cols., 2000), pero ha recibido una atención política relativamente escasa. Cuando la Cochrane Library (Chilvers y cols., 2003) pretendió establecer el valor de las visitas regulares realizadas por visitadores domiciliarios profesionales a estas personas que sufrían enfermedades mentales y que vivían en domicilios particulares o alquilados «convencionales», no fue posible identificar ningún ensayo clínico realizado con asignación aleatoria o semialeatoria a este respecto. De la misma manera, el Centre for Housing Policy de York (Inglaterra; Quilgars, 2000) señaló que el valor de los servicios de baja intensidad aplicados para facilitar a las personas una vida independiente en viviendas convencionales había recibido muy poca consideración. Sin embargo, estas críticas en alguna medida constituyen problemas de la propia investigación dado que diversas autoridades han desarrollado esquemas de apoyo más o menos intensivos, «servicios de mantenimiento de los alquileres», «equipos de realojamiento comunitario» u otras formas de apoyo a la vivienda, aunque muchas de ellas son aparentemente iniciativas locales.

Watson y cols. (2003) evaluaron la planificación y el desarrollo de la iniciativa *Supporting People* en Reino Unido entre 1998 y 2003. Esta iniciativa se inició en abril de 2003 con el objetivo de proporcionar apoyo para la vivienda a arrendatarios y hogares vulnerables, incluyendo específicamente en ésta a las personas con problemas mentales. El programa consistió en ayudar a las personas a conseguir un alojamiento adecuado, a mantenerlo y a desarrollar las habilidades y la autoconfianza necesarias para todo ello. Las autoridades locales, las asociaciones de vivienda, los organismos sanitarios y las agencias de voluntarios son elementos estratégicos implicados en el desarrollo y la provisión de los servicios. La iniciativa *Supporting People* lleva a cabo la financiación de una amplia gama de servicios: centros comunitarios de orientación (mediación y resolución de conflictos, relleno de formularios y solicitud de subsidios), visitas a las personas con riesgo de carencia de vivienda en condiciones de mendicidad y creación de centros informales de reunión para combatir la soledad.

La identificación de las personas con riesgo de exclusión o con dificultades de vivienda es un problema importante, así como también lo es conseguir su implicación y compromiso; en este sentido, es relevante el papel desempeñado por el personal del nivel asistencial prima-

rio en lo relativo a la apertura de expedientes informativos en los casos en que se demuestra la existencia de dichas dificultades. Los arrendadores comprensivos y «benevolentes» también pueden realizar una contribución importante, estableciendo alianzas entre los sectores público y privado y las agencias locales. En un ejemplo, el arrendador acepta la firma y el mantenimiento del contrato de arrendamiento a cambio de una garantía y de la gestión de las dificultades que puedan aparecer (Watson y cols., 2003); hay ejemplos en los cuales este sistema ha funcionado en lo relativo a las personas con problemas mentales crónicos. En Nueva Zelanda (Mental Health Commission, 1999), el concepto de arrendador «benevolente» conlleva el ofrecimiento de orientación, seguridad, bienes y servicios a los propietarios u arrendatarios primarios; sin embargo, se han planteado dudas sobre la necesidad de que estos esquemas sean financiados por el sector sanitario o por el sector de la vivienda.

Las medidas de apoyo dirigidas hacia las personas que residen en su propia vivienda han despertado menos interés que las dirigidas hacia las personas que viven de alquiler (Social Exclusion Unit, 2004). Por supuesto, hay aspectos específicos relacionados con las hipotecas y con las pólizas de seguro, así como con los retrasos en los pagos de las letras de las hipotecas. En los nuevos Estados miembros hay muchas personas que viven en su propia vivienda, pero el problema que se plantea es la financiación necesaria para el mantenimiento y la reparación de éstas (EFILWC, 2004). En algunos casos puede plantearse la creación de servicios para el apoyo de las personas que residen en viviendas de su propiedad, aunque algunas de estas personas pueden rechazar dicho servicio por el estigma que conlleva el hecho de ser atendido por ellos (Watson y cols., 2003).

La enfermedad y los largos períodos de necesidad de asistencia pueden disminuir la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo o para desplegar las habilidades básicas que le permitan vivir de manera independiente. Puede ser necesario el apoyo para que estas personas desarrollen las habilidades necesarias para comprar y administrar sus bienes, pagar las facturas, cocinar, realizar las tareas de limpieza doméstica y vestirse adecuadamente, y también podrían ser necesarios servicios específicos para este tipo de apoyo. En su revisión de los servicios de apoyo de intensidad baja, Quilgars (2000) demostró que este tipo de apoyo práctico y directo es uno de los tres tipos principales de apoyo para facilitar el acceso a una vivienda con mantenimiento de ésta y con apoyo emocional y social, incluyendo las visitas domiciliarias, el ofrecimiento de amistad y los servicios de apoyo telefónico. Aunque en esta revisión de la bibliografía se observaron de nuevo deficiencias en la evidencia obtenida mediante estudios de investigación, fue posible la generación de cierto número de mensajes de gran importancia: la definición de la manera con que la forma de aplicación de un servicio (cronología y actitudes de los profesionales) influye en la probabilidad del mantenimiento de una situación de arrendamiento adecuado; la valoración positiva constante de los usuarios respecto al apoyo ofrecido por un profesional o un voluntario, a menudo en comparación con las intervenciones de servicio más formales, y la limitación en los resultados respecto al incremento de las redes sociales y las actividades de las personas usuarias. En conjunto, con todas las reservas necesarias, las personas usuarias consideraron que estos servicios de apoyo de intensidad baja fueron útiles para plantearse la vida de una manera más positiva aunque fue difícil determinar la intensidad con que dichos servicios evitaron realmente la disolución de los contratos de arrendamiento.

En una detallada revisión efectuada por Newman (2001) sobre la relación entre la vivienda y la enfermedad mental (también con problemas de investigación y metodológicos), el hallazgo más constante fue que el hecho de residir en una vivienda independiente se asociaba con un grado mayor de satisfacción con el alojamiento y con el vecindario.

Alojamiento en viviendas asistidas

En el complicado mundo de los servicios reales, las conclusiones erróneas respecto a la efectividad de las diferentes intervenciones son la norma. Es raro disfrutar del lujo de los ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control, y la situación de los grupos de personas usuarias implica demasiados factores complejos para aislar la evaluación de un elemento respecto a una intervención. También a menudo es difícil especificar lo que son realmente los elementos constituyentes de la intervención. La «vivienda asistida» es un ejemplo de este dilema debido a la gran amplitud de su conceptualización y a la importante diversidad en la provisión de servicios (Fakhoury y cols., 2002); el uso inconstante de la terminología hace casi imposible comparar los esquemas, procesos y resultados.

En una revisión reciente de las cuestiones relativas a la vivienda asistida (Rog, 2004), ésta se definió en términos generales como un alojamiento independiente en el medio comunitario, con provisión de servicios comunitarios de salud mental y de apoyo. En lo que se refiere a las medidas de apoyo de intensidad baja, casi no hay distinción entre las viviendas asistidas y los arrendamientos protegidos ya expuestos. Para los niveles intermedio y elevado de apoyo, la distinción es más clara ya que la disponibilidad del apoyo por parte de profesionales pasa de estar de llamada a estar presente y con disponibilidad física las 24 horas del día. Quizá, la distinción más útil entre el apoyo en una «vivienda corriente» y en una «vivienda asistida» radique en la propiedad y el control del alojamiento. La mayor parte de las viviendas asistidas es administrada por organizaciones (públicas, privadas o no gubernamentales) o servicios que gestionan también el apoyo prestado a las personas con problemas de salud mental. Los alojamientos en sí mismos van desde los albergues protegidos, de carácter más institucional y tamaño más grande, hasta las viviendas en grupo y las pequeñas unidades compartidas o autoadministradas; parece que la tendencia va en esta última dirección.

El alojamiento asistido ofrecido por la Estuar Foundation de Bucarest incluye cuatro pisos convencionales en áreas diferentes de la ciudad. Cada uno de los pisos puede acomodar a tres inquilinos, que tienen su habitación individual y su propia llave. Los pisos han sido amueblados completamente por la Estuar Foundation para crear un ambiente hogareño. Los inquilinos sufren problemas de salud mental y son apoyados por asistentes especializados que les ayudan en sus actividades sociales y en sus tareas domésticas; además, les ofrecen orientación para el desarrollo de habilidades de superación. Los inquilinos son apoyados permanentemente en sus procesos de aprendizaje y en sus esfuerzos para hacerse con la vida cotidiana (Freyhoff y cols., 2004).

En muchos países de la UE, las políticas públicas han apoyado decididamente el desarrollo de viviendas asistidas, lo que ha provocado un cambio significativo en la cantidad,

el tipo y la gama de opciones de apoyo a la vivienda. En el informe *Joint Report on Social Inclusion* de la European Commission (2003d) se destacan los avances conseguidos en Dinamarca, Francia, Alemania, Holanda, Suecia y Reino Unido, aunque aparentemente existe una concentración de estas opciones en las áreas urbanas (Edgar y cols., 2002) o en las grandes ciudades de los nuevos Estados miembros (European Commission, 2004). Fakhoury y cols. (2002) señalaron que en Berlín el número de plazas en viviendas asistidas dedicado a las personas con problemas mentales se triplicó en la década de 1990, mientras que en Reino Unido el número de viviendas asistidas parece haberse incrementado «enormemente» (Priebe y Turner, 2003), aunque prácticamente no hay datos precisos acerca de su número ni de su duración.

La Mental Health Commission de Nueva Zelanda consideró que la necesidad de viviendas asistidas era relativamente baja (6-7 %) en el conjunto de la población de personas usuarias de los servicios de salud mental y, sin embargo, esta necesidad parece que en Europa está aumentando. En una revisión de las experiencias europea y extraeuropea (considerando el limitado nivel de la investigación), se observó que los residentes de las viviendas asistidas tenían tendencia a ser mayores y a presentar niveles educativos y niveles de empleo inferiores, en comparación con las personas que vivían en contextos independientes o semisupervisados; en estas viviendas eran más frecuentes las personas con esquizofrenia y menos frecuentes las personas con problemas comportamentales, incluyendo la violencia y el comportamiento antisocial (Fakhoury y cols., 2002).

Las ventajas de la vivienda asistida fueron determinadas por Middleboe (1997) en un grupo de personas con enfermedades mentales crónicas que residían en hogares de grupo en Copenhague. A lo largo de un período de 1 año, el 83 % de los individuos se mantuvo en el programa y mostró una mejoría significativa en las dimensiones de calidad de vida subjetiva, integración social y hospitalización. Asimismo, según la conclusión de Fakhoury y cols. (2002), las viviendas protegidas pueden mejorar la actividad, facilitar la integración social y ofrecer un entorno más satisfactorio para las personas residentes en comparación con la atención hospitalaria. Parece que la mayor parte de las personas prefiere un tipo de vida más independiente y con regímenes menos restrictivos, de manera que aprecian la privacidad que se les ofrece. En muchos estudios se ha señalado la inexistencia de viviendas asistidas adecuadas en la comunidad. Sin embargo, también se ha expresado la preocupación por el posible aislamiento y soledad de las personas que viven de manera más independiente, así como por los riesgos de dependencia respecto al apoyo profesional (Chilvers y cols., 2003), de reinstitucionalización (Priebe y Turner, 2003) y de fracaso del fomento de la independencia con el paso del tiempo, mientras que otros expertos han señalado los elevados costes y la necesidad de profesionales bien formados (Sainsbury Centre for Mental Health, 1998).

En conjunto, hay una falta de información sistemática acerca de los factores que influyen en los resultados conseguidos con las viviendas asistidas y acerca de los recursos y habilidades necesarios para conseguir buenos resultados. No obstante, las viviendas asistidas se han desarrollado genéricamente como un modelo para prevenir la carencia de vivienda en condiciones de mendicidad y para la reintegración de todas las personas que han sido excluidas de la vida comunitaria.

Respuestas ante la carencia de vivienda en condiciones de mendicidad

A pesar de que el concepto de «carencia de vivienda en condiciones de mendicidad (*homelessness*)» ha sido bien definido (European Commission, 2003d), los problemas de salud mental muestran una prevalencia constante entre las personas contempladas en él, además de que la carencia de vivienda en condiciones de mendicidad se acompaña de otras dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, la educación o el empleo. Realmente es un problema multidimensional. Las medidas utilizadas para combatir la exclusión social insisten en la dificultad para desarrollar respuestas integradas y apropiadas que permitan prevenir y solucionar este problema. Sin embargo, la provisión de una vivienda o alojamiento sólo es una parte del problema; la discriminación y las objeciones planteadas por los arrendadores pertenecientes a los sectores público y privado pueden generar exclusión (Edgar y cols., 2002).

El riesgo de carencia de vivienda en condiciones de mendicidad se ha asociado con la desinstitucionalización y el alta de los y las pacientes en los hospitales psiquiátricos para enfermos(as) crónicos(as), aunque también se ha incrementado por la hospitalización de los y las pacientes con episodios agudos de enfermedad mental. En conjunto, y por diversas razones, este problema es más frecuente entre las personas que sufren problemas mentales, incluyendo la carencia de medios económicos, los conflictos y los entornos vitales inseguros (Mental Health Commission, 1999) e incluso entre las personas que establecen contacto con los servicios de salud mental. Por supuesto, para muchas personas que carecen de alojamiento el primer problema es establecer contacto con los servicios apropiados. En el informe SMES-Europa (2002) se recogen diversos ejemplos de iniciativas para la provisión de atención sanitaria y social, a menudo por parte de personal voluntario.

En Atenas, una organización humanitaria gubernamental (Médicos Sin Fronteras) ofrece ayuda médica y social a las personas que carecen de hogar y con problemas psicológicos o cuadros de adicción a sustancias y alcohol, así como a personas refugiadas, inmigrantes y ex reclusas. El personal remunerado sólo representa el 25 % de toda la mano de obra y el 75 % restante son profesionales que ofrecen voluntariamente su ayuda (médicos, psicólogos y asistentes sociales). Los componentes del servicio son el apoyo psicológico y social, una unidad móvil y un programa de intercambio de jeringuillas. Las personas usuarias son reclutadas con la autodemanda y también por remisión desde los servicios sociales y sanitarios, y desde la policía. El proyecto colabora con otros programas de características similares para cubrir las múltiples necesidades de estas personas usuarias (SMES-Europa, 2002).

La necesidad de la participación de equipos interdisciplinarios o de servicios más integrados para abordar las múltiples y complejas necesidades ha provocado la introducción de una amplia gama de servicios de provisión concretos: por ejemplo, servicios de administración de alojamientos, profesionales especializados en la obtención de subsidios, asistentes sociales, asistentes especializados(as) en salud mental y organizaciones de voluntarios y voluntarias (Mental Health Commission, 1999; Pillinger, 2001). La participación en los servicios de las personas sin hogar y que sufren enfermedades mentales a menudo requiere tiempo y perseverancia, exigiendo que los servicios vayan allí donde están estas personas y, por tanto, el desarrollo de servicios a pie de calle o con equipos móviles.

Las personas carentes de vivienda y en situación de mendicidad que, además, sufren enfermedades mentales son abordadas en una amplia gama de contextos de alojamiento, desde los albergues de urgencia y temporales hasta los alojamientos protegidos a largo plazo y las viviendas asistidas. El alojamiento de urgencia en albergues existe en las áreas urbanas de toda Europa y ofrece una red de seguridad básica. En general, estos albergues ofrecen camas de disponibilidad inmediata y no exigen a los usuarios ninguna forma de actuación o tratamiento. En muchos de ellos se ofrece ayuda gratuita para la ropa y la comida, así como acceso a servicios de lavandería. El albergue grande y de acceso directo todavía es el modelo más prevalente en la UE, aunque en el informe SMES-Europa (2002) se señala el desarrollo de albergues más pequeños y hogareños, así como la aparición de albergues especializados para grupos concretos de personas, como la juventud. La calidad de los albergues de urgencia es muy variable, así como también lo son sus recursos económicos y humanos (Edgar y cols., 2000). No obstante, todos los Estados miembros describen la aplicación de iniciativas para mejorar la recepción de urgencia y el alojamiento temporal de las personas carentes de vivienda y en situación de mendicidad (European Commission, 2003d).

En principio, los alojamientos de urgencia están dirigidos a estancias cortas, pero existe una falta generalizada de albergues más permanentes que sean seguros y apropiados. El alojamiento temporal en albergues de cama y desayuno no es lo más adecuado, pero la Social Exclusion Unit (2004) observó que las estancias de 5 años o más comenzaban a ser frecuentes en este tipo de alojamientos en Londres. Muchas personas carentes de hogar y que sufren enfermedades mentales graves necesitan alojamiento y rehabilitación a largo plazo y los albergues de urgencia no están bien equipados para facilitar su reasentamiento o la atención que requieren a largo plazo. Los avances que se han efectuado en lo relativo a la atención en residencias de carácter crónico incluyen una amplia gama de filosofías asistenciales que van desde objetivos explícitos sobre el tratamiento y la rehabilitación hasta un alojamiento carente de cualquier objetivo terapéutico específico. De nuevo, puede tomarse un ejemplo del informe SMES-Europa (2002: 24), el proyecto Lunghezza en Roma: «ofrece ayuda a pacientes que carecen de vivienda y que han estado ingresados en hospitales psiquiátricos. Hay 20 plazas en varios pisos. Forma parte de un programa asistencial y terapéutico de la Autoridad sanitaria del área local Roma B. Las personas usuarias son pacientes que sufren enfermedades mentales graves y crónicas, algunos de los cuales han pasado largas temporadas en hospitales psiquiátricos y carecen de apoyo familiar o de domicilio fijo. Otros pacientes tienen antecedentes de situaciones familiares difíciles».

Muchos de estos proyectos tienen el objetivo de ayudar a las personas usuarias a desarrollar las habilidades necesarias para que puedan vivir de manera más independiente (control del tiempo, prudencia en lo económico y habilidades en las relaciones interpersonales), pero las tasas de abandono de los alojamientos protegidos al parecer son bajas. No obstante, pueden ofrecer un entorno relativamente seguro, aunque en muchos de ellos no se lleva a cabo una actividad diaria significativa.

La investigación sobre los efectos del ofrecimiento de viviendas asistidas a personas con antecedentes de situaciones vitales de carencia de vivienda y mendicidad que sufren enfermedades mentales graves y crónicas indica que en muchas de estas personas puede conseguirse una estabilidad domiciliar a largo plazo (Lipton y cols., 2000) con mejora de la

actividad cognitiva (Seidman y cols., 2003). En el estudio de Lipton, la edad avanzada se asoció con una permanencia más prolongada y los antecedentes de abuso de sustancias, con una permanencia más breve; los pacientes remitidos desde un hospital psiquiátrico estatal presentaron mayor riesgo de permanencia breve. Otros investigadores (p. ej., Dickey y cols., 1996) han señalado la desestructuración en lo relativo a la vivienda que sufren cuando las personas con antecedentes de carencia de vivienda y mendicidad son hospitalizadas en contextos psiquiátricos.

Recapitulación

Las necesidades de vivienda de las personas con enfermedades mentales han tenido una prioridad política relativamente baja en las áreas de la salud mental y la vivienda. El reconocimiento cada vez mayor de la importancia de una vivienda decente y estable, así como de la naturaleza y la escala de los problemas relacionados con la vivienda, obliga al desarrollo de políticas más definidas de abordajes integrados, así como a la provisión de nuevos servicios e instalaciones. Aunque se considera en términos generales que dicha provisión es claramente insuficiente, sobre todo si se tienen en cuenta las décadas transcurridas desde el comienzo de la desinstitucionalización, en este capítulo se recogen algunas iniciativas y prácticas de carácter positivo llevadas a cabo en los Estados miembros de la UE. Estos ejemplos demuestran la importancia de las estrategias aplicadas para la prevención de los problemas de la vivienda y la mendicidad, señalando también la necesidad de servicios de salud, protección social, empleo y otras actividades cotidianas con el objetivo de ofrecer un apoyo global y coordinado frente a las múltiples necesidades de estas personas. Al mismo tiempo, las responsabilidades de los diferentes servicios deben estar claras y bien definidas (Pillinger, 2001).

Tal y como debe ser, las políticas de vivienda están implicadas en la disponibilidad de alojamientos permanentes, tanto de carácter ordinario como asistidos (Social Exclusion Unit, 2004); sin embargo, también es necesario mejorar los alojamientos temporales y de alquiler, así como atender cuestiones importantes relativas a la protección de la propiedad y la mejora de la calidad de los alojamientos. La calidad de la vivienda es un problema creciente en la Europa ampliada, especialmente en las áreas rurales.

Varios expertos han argumentado en favor de una mayor capacidad de decisión y de flexibilidad en la provisión de viviendas a las personas con problemas mentales. Watson y cols. (1998, 2003) han recomendado un desarrollo mayor de los diseños autoadministrados y de las redes de pisos o viviendas, como reflejo de la necesidad de distintas formas de vivienda orientadas hacia objetivos y de la necesidad de acceso a los servicios de apoyo. En general, también es necesario combatir la discriminación en el acceso a la vivienda y, de manera complementaria, evitar la segregación de las personas que sufren enfermedades mentales, tanto en viviendas convencionales como en alojamientos asistidos (p. ej., en lo relativo a las personas que previamente carecían de vivienda y estaban en una situación de mendicidad). Posiblemente, en las nuevas líneas políticas pueda considerarse la creación de una o dos unidades de alojamiento dirigidas específicamente hacia las personas que han recibido el alta por parte de los servicios de salud mental.

¿Cuáles son las preferencias o deseos de las personas con enfermedad mental respecto a su alojamiento? En su mayor parte, estas personas desean vivir en su propio hogar, con su familia y sin sufrir estigma ni aislamiento social. Evidentemente, el apoyo para la obtención de una vivienda, si fuera necesario, es la estrategia más atractiva para la mayor parte de las personas (y también para sus familias, que necesitan apoyo), con objeto de prevenir las hospitalizaciones, la pérdida de ingresos o la incapacidad para controlar una situación de arrendamiento que puede precipitar una crisis relativa al alojamiento. Se tiende a considerar que, entre las personas que sufren enfermedades mentales graves, los resultados son mejores en los contextos de alojamiento con pocos ocupantes (Newman, 2001), así como que la mayor parte de las personas prefiere vivir de la manera más independiente posible, quizá porque el hecho de compartir el alojamiento con otros enfermos mentales puede recordar la hospitalización o puede provocar una falta de privacidad (Chilvers y cols., 2003).

Organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales proporcionan el apoyo a la vivienda y los servicios dirigidos hacia las personas con enfermedad mental. La sociedad civil y las asociaciones de vivienda al parecer han desempeñado una función importante en el desarrollo de esquemas innovadores de alojamiento (Edgar y cols., 2002) y también en la provisión de alojamiento y servicios a los grupos especialmente desfavorecidos (SMES-Europa, 2002). Sin embargo, el número de personas con enfermedad mental que vive en viviendas convencionales subraya la necesidad de proveer y mantener este tipo de viviendas tanto en el sector público como en el privado. En el caso del sector privado correspondiente al alquiler de viviendas, merecen una consideración más detallada las alianzas establecidas entre los sectores público y privado, así como los esquemas de «arrendador benevolente».

En este contexto de diversidad creciente de los tipos de alojamiento y de la provisión de servicios hay una necesidad cada vez mayor de control de los estándares y de garantía de la calidad (Pillinger, 2001). En concreto, el crecimiento de los servicios personalizados incrementa las exigencias de coordinación de los servicios (y de establecimiento de redes con los voluntarios), así como el desarrollo de equipos interdisciplinarios. Los planteamientos de carácter más integrado subrayan la importancia de una evaluación global de las necesidades, incluyendo las medidas apropiadas para solucionar la necesidad de vivienda. Finalmente, la colocación de la persona usuaria en el centro de las actividades de provisión de servicios exige prestar una atención mayor a los derechos, las necesidades y las contribuciones de las personas que sufren enfermedades mentales (Disability Legislation Consultation Group, 2003).

Las estrategias aplicadas para eliminar las barreras frente a los servicios deben abordar cualquier forma de discriminación que sufren las personas con enfermedades mentales, incluyendo la originada en los proveedores de los servicios. El efecto neto de estas tendencias es un incremento de la demanda de profesionales y personal adecuadamente preparados y con el grado suficiente de sensibilidad. El número absoluto de profesionales puede tener menos importancia que las formas a través de las cuales se organizan y controlan (Quilgars, 2000). Posiblemente, el elemento clave para una buena provisión del servicio sea la forma con que se aplica (Sainsbury Centre for Mental Health, 1998; Quilgars, 2000); por ejemplo, en lo que se refiere a las personas carentes de vivienda, en situación de mendicidad y con enfermedades mentales, las actitudes adecuadas y el respeto se consideran tan-

to o más importantes que la aplicación de una técnica específica (SMES-Europa, 2002). No obstante, en la valoración y la respuesta frente a las necesidades complejas y cambiantes, los profesionales que participan en los servicios deben recibir formación (lo que no suele ocurrir en la actualidad), por ejemplo, sobre algunos aspectos de la vivienda asistida (Fakhoury y cols., 2002). Las personas voluntarias habitualmente tienen un gran valor, pero también necesitan formación. Los nuevos servicios y los métodos de aplicación de éstos (p. ej., con implicación de las personas usuarias de los propios servicios) pueden poner en tela de juicio los valores y las preferencias de los y las profesionales y el voluntariado que, en sí mismos, necesitan apoyo y una formación de carácter sensible. Así, es necesario prestar mayor atención al reforzamiento de un componente humano adecuadamente preparado y capaz de trabajar en entornos estresantes.

Al igual que ocurre en el resto de la población, la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales está influida profundamente por la disponibilidad de una vivienda y por su calidad. Por tanto, llama la atención la gran escasez de estudios de investigación e informes acerca de las cuestiones de vivienda y alojamiento relativas a las personas que sufren enfermedades mentales (Mental Health Commission, 1999; Priebe y Turner, 2003). Por supuesto, los conceptos y la clasificación de las viviendas implican una gran complejidad, pero existe muy poca información acerca de la situación de vivienda o social de la mayor parte de las personas con enfermedades mentales, así como de aquellas que residen en viviendas convencionales en el contexto comunitario sin apoyo por parte de los servicios (Newman, 2001). Esta información podría contribuir al desarrollo de estrategias preventivas. En términos más generales, parece que existe una falta de estudios de investigación y de valoración de las necesidades de vivienda de los distintos grupos; esta necesidad es especialmente urgente en los nuevos Estados miembros de la UE, en los cuales, por ejemplo, hay una escasez importante de información acerca de las personas que carecen de vivienda y que viven en condiciones de mendicidad (European Commission, 2004). Son muy escasas la investigación sistemática y la información acerca de la efectividad de las diferentes soluciones de vivienda aplicadas respecto a las personas que sufren las enfermedades mentales más graves (Chilvers y cols., 2003) y también, al parecer, es necesaria una mejora sustancial de las metodologías de investigación en este sentido (Quilgars, 2000), así como una conceptualización más clara de los resultados políticamente relevantes.

EMPLEO

El trabajo es una parte esencial de la vida. Para el individuo representa una oportunidad de ganar un salario, lo que le ofrece mayor seguridad económica e incrementa sus oportunidades de adquirir bienes materiales. El trabajo también proporciona una posición social y una identidad, un sentido del logro y un medio para estructurar el tiempo de la vida de la persona (Jahoda, 1981). Además, el trabajo es importante respecto a la salud mental ya que un empleo seguro puede facilitar o restablecer el bienestar mental y la independencia, aunque también es cierto que la naturaleza exigente de los puestos de trabajo modernos puede incrementar los riesgos de problemas mentales (en lo que se ha denominado frecuentemente

estrés laboral), lo que puede constituir un elemento que contribuya significativamente a los elevados niveles de bajas laborales y de discapacidad crónica en toda Europa.

En este apartado del capítulo se abordarán dos aspectos de la actividad laboral y la salud mental. En la primera parte se considera la forma con que los problemas mentales influyen en el puesto de trabajo, en lo que podríamos denominar control de la salud mental en el puesto de trabajo, mientras que en la segunda se considerará la actividad de las personas con trastornos mentales que han perdido su puesto de trabajo, es decir, las diferentes medidas que deben adoptarse para conseguir que estos pacientes vuelvan a trabajar. Tal y como se ha expuesto en el capítulo 3 de este volumen, las personas que sufren enfermedades mentales son un grupo especialmente vulnerable cuando se trata de conseguir o recuperar un puesto de trabajo.

Aspectos de la salud mental en el puesto de trabajo

Básicamente hay tres planteamientos principales para abordar los aspectos de la salud en el puesto de trabajo. Son los siguientes:

1. Seguridad y salud laborales.
2. Promoción de la salud en el puesto de trabajo.
3. Rehabilitación/reintegración.

Generalmente, el componente de seguridad y salud laborales (OSH, *occupational safety and health*) es la única práctica de salud en el puesto de trabajo respecto a la cual existe legislación. Los profesionales de la OSH están obligados legalmente a prevenir los peligros para la salud y el bienestar relacionados con el puesto de trabajo y también a proteger a los trabajadores frente a ellos. Además, deben fomentar una práctica adecuada de la OSH entre los trabajadores. Las definiciones del alcance de la práctica adecuada en OSH subrayan, por cierto, el interés de la OSH por el espectro completo de la salud y el bienestar del trabajador. Teniendo en cuenta que los problemas de la salud mental son causados o exacerbados por los factores relacionados con el puesto de trabajo, la práctica de la OSH en teoría debería dirigir sus actividades hacia esta cuestión. Sin embargo, en el terreno práctico, la OSH fundamentalmente tiende a centrarse en los peligros físicos existentes en el puesto de trabajo y también en la prevención de los accidentes más que en las cuestiones de salud y de bienestar. Incluso en los casos en que la OSH aborda las cuestiones de salud, suele limitarse a la conocida lista de enfermedades laborales más que al concepto emergente de enfermedades relacionadas con el puesto de trabajo (es decir, enfermedades que no se deben exclusivamente a factores laborales, sino en cuya etiología los factores laborales pueden desempeñar un papel). Hay una excepción creciente a este planteamiento general que es la constituida por el estrés laboral, abordado más adelante.

La promoción de la salud en el puesto de trabajo (WHP, *workplace health promotion*) es un enfoque relativamente nuevo para abordar las cuestiones de salud general relacionadas con el puesto de trabajo (a diferencia del objetivo más estrecho de la salud laboral en la práctica). Desarrollada inicialmente en Estados Unidos a finales de los años setenta y prin-

cipios de los ochenta del siglo pasado, la WHP en la actualidad ha desarrollado su propio carácter específico en Europa (v. el trabajo de la European Network for Workplace Health Promotion, disponible en: www.enwhp.org). A diferencia de la legislación y la práctica de la OSH, cuyo objetivo es la preocupación por las condiciones de trabajo y sus efectos sobre la salud, la WHP se origina en el contexto de la salud pública, en el cual la preocupación por las causas más importantes de mortalidad originó el desarrollo de planteamientos de educación sanitaria en la década de 1970 y, recientemente, un abordaje más exhaustivo de la promoción de la salud. En el campo de la promoción de la salud es clave el concepto del entorno físico en el cual transcurre una parte significativa de las vidas de las personas y en el cual la salud y el bienestar pueden verse influidos positiva o negativamente. Uno de estos entornos físicos es el puesto de trabajo.

A diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos, la WHP en Europa subraya la importancia del individuo y del puesto de trabajo en relación con la generación de salud y con la aparición de alteraciones de la salud y del bienestar. Centra sus acciones sobre las actitudes, las habilidades y los comportamientos de los trabajadores individuales, actuando al mismo tiempo sobre las características del entorno laboral (definido en su sentido más amplio) que contribuyen a la generación de salud. Así, no es infrecuente que los programas WHP aborden cuestiones tan diversas como las técnicas de manipulado, el diseño de las máquinas y el trabajo en equipo. La WHP suele estar orientada a las necesidades de mejora de la salud definidas por los trabajadores y, en este contexto, el problema representado por el estrés laboral ocupa el primer puesto.

A pesar de los esfuerzos realizados por los servicios de salud laboral y por las iniciativas WHP, básicamente en las áreas de prevención y promoción, muchos trabajadores son víctimas de enfermedades o accidentes relacionados con el puesto de trabajo o con otros factores. En las situaciones en que los trabajadores han permanecido ausentes de su puesto de trabajo durante un largo período de tiempo debido a enfermedades o lesiones, en muchas empresas existen políticas dirigidas hacia la promoción de la reintegración de éstos. Estas políticas, en ocasiones denominadas políticas de gestión de la discapacidad, persiguen una reanudación segura y temprana de la actividad laboral por parte del trabajador, tanto en su puesto de trabajo anterior como en ciertos tipos de trabajos modificados o alternativos. Estas políticas suelen implementarse mediante alguna combinación de gestión de recursos humanos y de salud laboral, en ocasiones en colaboración con los departamentos de formación dado que la reanudación efectiva de su trabajo por parte del trabajador que ha permanecido ausente de éste durante un largo período de tiempo no sólo depende de su nivel de salud, sino también del proceso de reintegración, de las características del puesto de trabajo que debe desarrollar y de las habilidades o capacidades residuales del propio trabajador. Aunque los procedimientos de gestión de la discapacidad pueden dar resultados relativamente buenos en la reincorporación de las personas a su puesto de trabajo, realmente no suelen aplicarse con demasiada frecuencia, tienden a conseguir mejores resultados en los trabajadores con enfermedades físicas o lesiones y generalmente se limitan (aunque no de manera exclusiva) a los trabajadores que han sufrido enfermedades físicas o lesiones.

Una variación de este último tipo de intervención sanitaria es la correspondiente a la integración en el puesto de trabajo de las personas que sufren una discapacidad. General-

mente, aunque no de forma exclusiva, estos procedimientos se dirigen hacia las personas con una discapacidad crónica, quizá desde su nacimiento, y también hacia personas que nunca han desempeñado un puesto en el mercado laboral libre. Cuando se contrata a una persona que sufre una discapacidad y que nunca ha desempeñado un puesto de trabajo concreto, pueden realizarse adaptaciones en el propio puesto de trabajo o bien es posible aplicar los procedimientos de gestión de la discapacidad; sin embargo, las dificultades a las cuales se enfrentan los proveedores de los servicios y los propios trabajadores son generalmente mayores en los casos en que el trabajador es víctima de una discapacidad adquirida durante su desarrollo laboral. En este caso, las dificultades básicamente se refieren a la recuperación del puesto de trabajo por parte del paciente, es decir, están relacionadas con las habilidades y conocimientos complementarios que posee la persona y con su capacidad para conseguir un trabajo en el mercado laboral libre. Las personas en esta situación que no mantienen relación con ningún empresario específico, y también –desde la perspectiva del empresario– el problema de la contratación de personas que han permanecido sin trabajar durante un largo período de tiempo, así como de personas que sufren una discapacidad representan factores clave en la valoración de este asunto.

En la práctica, se ha demostrado que este tipo de trabajadores consigue peores resultados en el mercado laboral libre y, a pesar de las normativas aplicadas en muchos países (p. ej., las que obligan a una cuota mínima en la contratación de trabajadores con discapacidad), los niveles de empleo en este grupo continúan siendo muy bajos. En parte (especialmente en lo que se refiere a las personas que sufren una enfermedad mental), esta situación también es consecuencia del estigma y la discriminación generalizados que, además de la población general, también afectan a los empresarios y a los potenciales compañeros y compañeras de trabajo. Algunos planteamientos para facilitar la reincorporación al puesto de trabajo de las personas con problemas de salud mental crónicos (p. ej., los esquemas de empleo protegido) han tenido más éxito que otros y se exponen más adelante en este capítulo.

Cuestiones de salud mental en el puesto de trabajo

En la bibliografía, la salud mental se ha abordado con dos planteamientos principales. El primero de ellos puede denominarse genéricamente el enfoque epidemiológico, es decir, en muchos estudios se ha intentado identificar los factores existentes en el puesto de trabajo que influyen sobre la salud mental. Este tipo de investigación puede describirse como en la línea de la tradición de la salud y la seguridad, es decir, en el sentido de que, al identificar los peligros para la salud mental existentes en el puesto de trabajo, se pretende el control de dichos peligros con los métodos de la salud y seguridad laborales.

Sin embargo, respecto a este tipo de investigación hay varias características que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, generalmente no se centra en los diagnósticos clínicos de las enfermedades psiquiátricas, sino que a menudo lo hace en los parámetros generales del bienestar mental. En segundo lugar, tiene una orientación general hacia la identificación y la cuantificación de los factores del puesto de trabajo y del bienestar mental más que de todos los factores que pueden contribuir al estado de bienestar de la persona. Así, este en-

foque posee una utilidad limitada al considerar los aspectos más generales de la salud mental en sus diversas facetas; puede ofrecer dificultades para relacionar con los diagnósticos psiquiátricos generales los resultados obtenidos con este tipo de investigación y, además, muchos de sus hallazgos pueden tener una relevancia limitada respecto al tratamiento o la rehabilitación de las personas con trastornos psiquiátricos.

El segundo tipo de abordaje de las cuestiones relativas a la salud mental y el puesto de trabajo se encuentra en la bibliografía de la rehabilitación. En este caso, el objetivo principal es el diseño y la mejora de los métodos de rehabilitación para conseguir la integración en el mercado laboral de las personas que sufren problemas psiquiátricos. El punto de partida de este enfoque (y, en realidad, de la práctica de la rehabilitación) es el diagnóstico psiquiátrico y las medidas que deben adoptarse en relación con el tratamiento y la rehabilitación. La bibliografía a este respecto se caracteriza por el hecho de que, a menudo, no aparece implicada explícitamente en la reincorporación de las personas que sufren problemas psiquiátricos en el mercado laboral; más que ello, su objetivo es conseguir que la persona adquiera las habilidades y actitudes necesarias para que pueda mantener una actividad adecuada en los ámbitos personal y social.

A pesar de que todas estas ideas son generalizaciones, y de que se han publicado algunos trabajos recientes que traspasan estos límites, los dos planteamientos generales expuestos tipifican los principales enfoques prácticos de la relación entre las cuestiones de la salud mental y el puesto de trabajo. En la tradición de la salud y seguridad laborales, puede argumentarse que el objetivo de la práctica es fundamentalmente el de las enfermedades laborales y las enfermedades relacionadas con la actividad laboral más que el de la salud en sí misma. Puede contemplarse en mayor medida como un medio de cumplimiento de las obligaciones legales de no perjudicar la salud y el bienestar de los trabajadores más que como un instrumento de salud pública. Dado que no se ha demostrado que los vínculos entre los factores relacionados con el puesto de trabajo y las enfermedades psiquiátricas sean demasiado sólidos, desde la perspectiva de la salud y la seguridad laborales, y también desde la perspectiva del mundo empresarial, la enfermedad psiquiátrica no representa realmente un problema.

Igualmente, podría argumentarse que desde la perspectiva de los profesionales clínicos y de los profesionales de la rehabilitación, esta ausencia de un vínculo explícito y claro entre el puesto de trabajo y los trastornos psiquiátricos graves ha sido la causa del interés limitado por la reintegración en el puesto de trabajo de las personas con enfermedades psiquiátricas.

No obstante, en las últimas décadas se ha observado la aparición de un fenómeno que no se ajusta adecuadamente a esta generalización; el problema del estrés y, concretamente, el del estrés laboral, ha llamado poderosamente la atención tanto de los profesionales de la salud laboral como de diversos grupos no profesionales.

Estrés laboral y salud mental

A lo largo de los 25 últimos años se han realizado abundantes estudios de investigación sobre el estrés laboral. Queda fuera del objetivo de este capítulo la revisión detallada de este

trabajo, pero a continuación se ofrece un resumen de los hallazgos principales. Para conocer con mayor detalle la relación entre el estrés laboral y la salud mental, la UE lleva a cabo un proyecto de investigación con revisiones exhaustivas de la bibliografía relativa al estrés y la salud mental; en relación con ello, véanse D'Amato y Zijlstra (2003), Joensuu y Lindstrom (2003), Van den Bossche y Houtman (2003), y Clarkin y Wynne (2003). Cox y cols. (2000) ofrecen una buena panorámica general del estrés laboral.

Se ha observado que el estrés laboral es un fenómeno multifactorial. Los factores del puesto de trabajo asociados con niveles elevados de estrés son los siguientes:

1. Exigencia laboral elevada.
2. Bajos niveles de control.
3. Ambigüedad y falta de claridad respecto a las funciones laborales.
4. Mantenimiento de responsabilidad sobre personas.
5. Falta de participación en los procesos de toma de decisiones.
6. Sobrecarga de trabajo cuantitativa y cualitativa.
7. Estilo de mando, es decir, falta de conocimiento de los resultados del trabajo o reacciones persistentemente negativas al trabajo.
8. Mala comunicación en el puesto de trabajo.
9. Horarios laborales prolongados o irregulares.
10. Inseguridad en el empleo.

Además de estos factores, la relación entre el estrés laboral y el bienestar mental está influida por otros factores importantes; entre ellos, el nivel de apoyo social en el puesto de trabajo, el estilo de superación del trabajador individual, el grado de responsabilidad del trabajador y su situación socioeconómica.

Se ha demostrado que el estrés laboral está relacionado con diversos indicadores del bienestar mental; entre ellos, los síntomas de ansiedad y depresión, y diversos elementos del estado de ánimo. En su grado más extremo, el estrés laboral puede desembocar en cuadros de trastornos por estrés postraumático.

Por supuesto, el estrés general y el estrés laboral en particular pueden influir en otros aspectos del bienestar distintos de la salud mental; se ha demostrado adecuadamente la existencia de relaciones entre el estrés laboral y una amplia gama de parámetros de la salud física (p. ej., relativos a los sistemas cardiovascular, digestivo, inmunológico y endocrinológico), y un elevado número de indicadores laborales, como el rendimiento en el trabajo, el grado de satisfacción con el trabajo, las bajas laborales y la moral de los trabajadores.

Intervenciones en el puesto de trabajo frente al estrés laboral

El estrés en el puesto de trabajo es un fenómeno multidimensional con implicaciones tanto para el individuo (en términos de salud, bienestar y rendimiento laboral) como para el propio puesto de trabajo (en términos de organización y niveles de rendimiento del puesto de trabajo y, en última instancia, indicadores como las bajas laborales y la productividad). La naturaleza multifactorial del problema puede facilitar la aplicación en el puesto de trabajo

Tabla 12-1 Tipos de intervención sobre el estrés en el puesto de trabajo

Nivel	Orientadas al trabajador	Orientadas al puesto de trabajo
Primario		Reducción, eliminación o modificación de las fuentes de estrés en el trabajo
Secundario	Prevención para evitar la enfermedad en trabajadores y trabajadoras que muestran signos de estrés	Provisión de sistemas de protección en el puesto de trabajo (p. ej., formación en habilidades laborales o en habilidades de superación)
Terciario	Tratamiento, rehabilitación y reincorporación al puesto de trabajo de las personas que sufren una enfermedad (p. ej., uso de los servicios sanitarios públicos)	Provisión de tratamiento en el puesto de trabajo (p. ej., intervenciones de verbalización de sentimientos respecto al estrés, orientación, terapias de salud laboral)

de intervenciones dirigidas hacia objetivos múltiples; por ejemplo, pueden mejorarse simultáneamente la organización del trabajo y los niveles de salud y bienestar del individuo. De la misma manera, las intervenciones dirigidas hacia la consideración de tan sólo uno de los aspectos del problema puede influir en otras áreas de éste. Este aspecto es importante ya que la mayor parte de las intervenciones está basada en razones diferentes de las correspondientes a la salud mental (p. ej., cumplimiento de los requerimientos de salud y seguridad, reducción de las cifras de bajas laborales o mejora de la productividad). No obstante, dada la interrelación existente entre los efectos del estrés, estas intervenciones pueden causar efectos positivos sobre la salud mental.

Las intervenciones aplicadas para dominar el estrés pueden clasificarse genéricamente como orientadas hacia el trabajador y orientadas hacia el puesto de trabajo. Además, también pueden clasificarse en función de su objetivo primario, secundario o terciario. La tabla 12-1 describe algunas de las intervenciones principales que pueden aplicarse en función de esta clasificación.

Teóricamente, las intervenciones sobre el puesto de trabajo aplicadas para aliviar el estrés y mejorar la salud mental son actividades que pueden aplicarse a los tres niveles y que también deben considerar los aspectos del trabajador individual. Sin embargo, en la práctica es infrecuente observar la integración de estas intervenciones; la mayor parte de las iniciativas se dirige todavía hacia el trabajador fundamentalmente, y tan sólo sobre los niveles secundario o terciario (Van den Bossche y Houtman, 2003). No obstante, se han descrito planteamientos más globales (p. ej., v. Kompier y Cooper, 1999).

Efectividad de las intervenciones sobre el estrés laboral

La efectividad de las intervenciones sobre el estrés laboral despierta gran interés en la actualidad. Sin embargo, el número de estudios de evaluación sobre esta área es muy pequeño y en la mayor parte de estos estudios sólo se abordan las intervenciones más sencillas. La mayor parte de la investigación se ha realizado respecto a las intervenciones centradas

en la persona y en la mayor parte de los casos ha tenido como objetivo la valoración de los enfoques terapéuticos. Los estudios de evaluación de las intervenciones integradas son poco frecuentes, en parte por las dificultades para diseñar estos estudios en los contextos complejos y también porque son intervenciones caras.

Los resultados obtenidos en las evaluaciones de los estudios de intervención revelan que una amplia gama de intervenciones terapéuticas causa efectos positivos sobre la experiencia de los trabajadores, tanto sobre el estrés como sobre sus síntomas, al menos a corto o medio plazo. Se ha demostrado que diversas técnicas de relajación, como la relajación progresiva, la meditación y el yoga, generan efectos positivos sobre la actividad psicológica y sobre el bienestar mental; además, en algunos casos estas técnicas también mejoran el rendimiento organizativo. Asimismo, también se ha observado que los abordajes de carácter cognitivo-comportamental, como la terapia emotiva racional y la terapia de afrontamiento del estrés, son efectivos para la mejora del bienestar mental.

Otras intervenciones han perseguido la potenciación de la interacción entre los trabajadores individuales y su entorno laboral. En concreto, el objetivo de estas intervenciones ha sido la mejora de los niveles de apoyo social en el trabajo. Sin embargo, el número de estudios de este tipo es escaso y los resultados acerca de la efectividad de las intervenciones no han sido concluyentes. De la misma manera, la evidencia obtenida en los estudios realizados para modificar el entorno laboral señala la obtención de resultados mixtos. En general, parece que las intervenciones a nivel organizativo hayan sido positivas, aunque con un efecto débil, sobre el bienestar mental.

Promoción de la salud mental en el puesto de trabajo

Durante los últimos años ha existido un interés creciente por el uso del puesto de trabajo como un contexto para la promoción de la salud mental. Pueden diferenciarse dos planteamientos básicos. El primero proviene de la tradición de la educación sanitaria y persigue el ofrecimiento a los trabajadores de información respecto a la prevención de los problemas de salud mental y las estrategias para conseguir dicha prevención. Son ejemplos de este tipo de intervención las campañas informativas respecto a la depresión o la esquizofrenia. Estas iniciativas pretenden informar al trabajador acerca de los fenómenos generales asociados con estas enfermedades y, generalmente, no persiguen el establecimiento de ningún vínculo causal con el puesto de trabajo. En el estudio de Kuhn y Henke (2003) hay ejemplos adicionales de este tipo de iniciativas aplicadas en toda la UE.

El segundo tipo de iniciativa contempla los factores del puesto de trabajo que pueden influir sobre el bienestar mental, incluso en los casos en que no se considera que dichos factores sean la única causa de la enfermedad mental. Este planteamiento persigue en términos generales el control de los factores del puesto de trabajo asociados con alteraciones del bienestar mental. Las iniciativas proceden de la tradición del estrés laboral y la naturaleza específica de estas intervenciones ha sido contemplada en planteamientos de carácter más general procedentes del área de la salud y la seguridad en el trabajo con medidas de prevención, protección y tratamiento.

Reincorporación de trabajadores y trabajadoras con trastornos por estrés

En los últimos años se han incrementado en muchos países los casos de baja laboral crónica debido a trastornos relacionados con el estrés. Por ejemplo, en Reino Unido el estrés es, en la actualidad, la causa más importante de baja laboral (representa aproximadamente el 30 % de todos los casos), mientras que en los países nórdicos hay pruebas de una tendencia similar (Stress Impact, 2006). Aunque los estudios realizados en esta área no dejan claro el concepto de los trastornos relacionados con el estrés, este término suele utilizarse para considerar problemas mentales, como la depresión o la ansiedad, o bien formas menos definidas de desestructuración del bienestar mental. Cualesquiera que sean los diagnósticos precisos implicados, el problema de la reincorporación laboral de las personas que sufren estos problemas está cambiando los planteamientos políticos, sobre todo porque las situaciones de baja laboral son cada vez más prolongadas, porque no se consiguen buenos resultados con las iniciativas para la reincorporación laboral y porque los costes de las pensiones a las cuales tienen derecho las personas en situación de discapacidad crónica son cada vez más elevadas en una época de reformas del bienestar social (Jarvisalo y cols., 2005).

Por todo ello, hay un interés creciente por los aspectos relativos a la reincorporación laboral de los trabajadores y trabajadoras con trastornos relacionados con el estrés. Se ha asumido que esta reincorporación es más difícil que en el caso de las personas que tienen problemas de tipo físico, sobre todo debido al hecho de que las condiciones y la organización del trabajo pueden ser factores contribuyentes a la baja laboral. Sin embargo, en un estudio reciente realizado por el Health and Safety Executive de Reino Unido (Thomson y cols., 2003) se llevaron a cabo 12 subestudios de práctica idónea en la zona con el objetivo de identificar los elementos de práctica idónea en las respuestas organizativas frente a los casos de baja laboral por estrés.

Entre los factores asociados con una reincorporación adecuada al trabajo cabe señalar la intervención temprana sobre el problema, la realización de un diagnóstico detallado y preciso y la disponibilidad de los tratamientos apropiados. En el contexto de la propia organización empresarial, la reincorporación laboral efectiva también se ha asociado a diversos factores como la aplicación de políticas apropiadas, la definición de responsabilidades claras en el proceso de reincorporación de los trabajadores, y la aplicación de métodos de gestión de casos.

Reincorporación laboral de las personas con enfermedades mentales graves

En el apartado previo sobre todo se han considerado las iniciativas adoptadas para que se mantengan en su puesto de trabajo o para que se reincorporen a éste las personas que han desarrollado un problema de salud mental en una época relativamente reciente de su vida. Estas personas todavía mantienen un vínculo más o menos sólido con su puesto de trabajo, con la empresa y con el mercado laboral en términos generales.

Sin embargo, hay un grupo de personas en que ya ha desaparecido este vínculo y que sufren enfermedades mentales de tal gravedad que han permanecido en situación de baja laboral durante largos períodos de tiempo (al menos, 12 meses), en muchos casos con diagnósticos de esquizofrenia o de trastorno bipolar. Así, posiblemente estas personas ya nunca se reincorporen al mercado laboral. Por ejemplo, si consideramos a los pacientes esquizofrénicos, que suelen presentar tasas de empleo inferiores a las que se observan en los pacientes que sufren otros problemas mentales graves, en una revisión reciente de la situación en Europa se detectaron tasas de actividad laboral que oscilaban tan sólo entre el 10 y el 30 % (Marwaha y Johnson, 2004).

Las medidas adoptadas para facilitar la reincorporación laboral de las personas con enfermedades mentales graves son muy diferentes a las que se adoptan en relación con las personas que mantienen un vínculo con su puesto de trabajo anterior o con el mercado laboral en general. Los servicios y planteamientos existentes tienen gran similitud con los ofrecidos a las personas en situación de discapacidad psiquiátrica crónica. Estos pacientes se enfrentan a los mismos problemas que las personas de este grupo cuando intentan conseguir un trabajo y también tienen que superar algunos de los obstáculos a los cuales se enfrentan las personas que padecen enfermedades mentales, como el estigma, la ignorancia y la discriminación. Por ejemplo, en un estudio realizado en Alemania se detectó un nivel elevado de respuestas negativas frente a las personas con esquizofrenia que pretendían reincorporarse a su puesto de trabajo (Schulze y Angermeyer, 2003). La Social Exclusion Unit de Inglaterra (2004) señaló que el sector público podría ejercer una labor importante en la contratación de personas con problemas mentales. Los cambios en la naturaleza del trabajo que se han producido durante las últimas décadas también han estado acompañados de dificultades; en la actualidad se insiste menos en el trabajo manual y más en los sectores de alta tecnología y de servicios. En consecuencia, las personas con problemas mentales, antecedentes laborales de bajo nivel y falta de habilidades sociales y preparación apropiadas pueden encontrar cada vez más dificultades para conseguir un empleo. En un estudio de investigación realizado recientemente en Inglaterra se sugirió que la posibilidad de conseguir un empleo por parte de personas con problemas mentales es el 60 % inferior a la posibilidad que tienen las personas pertenecientes a otros grupos de discapacidad (Berthoud, 2006).

Los sistemas establecidos para intentar la integración de los discapacitados crónicos en el contexto laboral han evolucionado a lo largo de muchos años y, en la práctica, algunos de estos sistemas constituyen una alternativa al mercado laboral libre o bien un mercado paralelo a éste. La experiencia ha demostrado que las personas con discapacidad, tanto física como mental, tienen grandes dificultades para moverse entre estos sistemas paralelos. Así, muchos de los planteamientos alternativos no se han aplicado con la intención de que los pacientes puedan integrarse en el mercado laboral libre. Aunque las estimaciones de la efectividad son variables, está claro que el porcentaje de personas con discapacidad que pueden atravesar estos sistemas de tipo laboral para competir en el mercado laboral libre quizá no sea superior al 10-20 %. Las tasas de obtención de un empleo libre por parte de las personas que sufren enfermedades mentales graves no son, en general, superiores a las de las personas que sufren cuadros de discapacidad física y, en muchos casos, pueden ser inferiores.

Entonces, ¿cuáles son las iniciativas adoptadas para la reintegración en el mercado laboral de las personas que presentan enfermedades mentales graves? Pueden clasificarse en dos tipos principales: formación profesional y empleo protegido. La formación profesional es el más antiguo de los dos planteamientos y consiste en una amplia gama de intervenciones que se han implementado durante las últimas décadas al mismo tiempo que se ha producido una serie de avances en el tratamiento psiquiátrico general (p. ej., la transformación de la atención psiquiátrica hospitalaria en atención comunitaria). Este planteamiento puede incluir cualquier enfoque de rehabilitación laboral que conlleve un período de formación o de experiencia prelaboral antes que la persona acuda al mercado de trabajo en busca de un empleo. En última instancia, el objetivo es estimular a los pacientes a competir en el mercado laboral libre, aunque en algunos casos las actividades de la formación profesional prelaboral no necesariamente se centran en la reintegración de la persona en este tipo de entorno laboral, sino que constituyen una parte integral del tratamiento y del proceso de rehabilitación. La reincorporación al trabajo también puede conseguirse mediante diversos procesos graduales que, por ejemplo, pasan finalmente desde los esquemas laborales protegidos o los programas de clubes de empleo hasta el empleo libre apoyado por la formación y, quizá, por otras intervenciones.

Característicamente, el concepto de empleo protegido se refiere a una intervención originada en la antigua tradición de los talleres ubicados en los hospitales, en los cuales se ofrecían empleos estructurados y bien definidos. El objetivo de estos talleres era que las personas que asistían a ellos pudieran conseguir un empleo en el mercado laboral libre tras un período de formación de laboral, pero no se obtuvieron buenos resultados (5-10 %). El movimiento de los clubes de empleo es un método alternativo de formación profesional prelaboral que se originó en Estados Unidos y que puede encontrarse principalmente en este país (Macías y cols., 1999), aunque es cada vez más frecuente en algunas partes de Europa, especialmente en Escandinavia y los países bálticos. Se inició en los años cincuenta del siglo pasado y constituyó un abandono de los servicios hospitalarios con el objetivo de fomentar la vida y el empleo independientes. Hay dos actividades distintas de preparación, la ordenación del tiempo diario en función del trabajo y el empleo transicional. En la ordenación del tiempo diario en función del trabajo, los pacientes se unen a los trabajadores que atienden el club de empleo, mientras que el empleo transicional se realiza fuera del club (pero controlado por él) y de una manera estructurada. La evidencia actual sugiere que las tasas de empleo con estos sistemas son inferiores a las que se consiguen con los sistemas de empleo protegido (Schneider, 2005).

La distinción entre la formación profesional prelaboral y los planteamientos de empleo protegido ha estado basada en los términos de «formación y puesto de trabajo» respecto a la primera, un enfoque en el cual la formación se ofrece antes que el paciente tenga que competir en el mercado laboral libre, y en los términos de «ubicación y apoyos individuales» (IPS, *individual placement and support*) respecto a los segundos, un enfoque en el cual la formación y otras medidas de apoyo se aplican en el propio puesto de trabajo una vez que el paciente ha encontrado un empleo. El concepto de empleo protegido apareció a mediados de la década de 1980 y se aplicó originalmente a las personas con cuadros de discapacidad del aprendizaje, y que posteriormente se amplió a otros grupos de pacientes.

Este enfoque está basado en las críticas que indican que la formación profesional prelaboral fomenta la dependencia y no incrementa las habilidades relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, en los contextos de empleo protegido, los pacientes pueden recibir apoyo de expertos en empleo en forma de elementos formativos. Una influencia importante sobre el empleo protegido ha sido el desarrollo del marco IPS (Becker y Drake, 1993), que ha sintetizado algunos de los conceptos clave relacionados con el empleo protegido, como el principio de la obtención de un trabajo remunerado en un contexto normal en el cual la mayor parte de los trabajadores no experimenta ninguna forma de discapacidad. También implica que el trabajo debe ser seleccionado por el paciente y no por ninguna agencia o profesional específicos, aparte de que tras el inicio de su actividad laboral no existe un límite de tiempo especificado para que el trabajador o la trabajadora deje de recibir apoyo. Otro elemento clave del marco IPS es la insistencia que se hace en los estrechos vínculos que existen entre la rehabilitación, la actividad laboral y los servicios de salud mental.

Efectividad de los esquemas de formación profesional prelaboral y de empleo protegido

¿Qué se sabe hasta el momento de la efectividad de estos planteamientos? De hecho, hay pruebas cada vez más abundantes de dicha efectividad, pero es necesario tener en cuenta que muchas de ellas proceden de Estados Unidos y que en Europa la evaluación realizada a este respecto ha sido comparativamente escasa. Es importante recordar que, en el contexto en que se aplican las intervenciones, como el sistema de subsidios por discapacidad, el acceso a la atención sanitaria, la legislación antidiscriminación y el nivel de estigma hacia las personas que sufren enfermedades mentales influirán en la efectividad. Es necesaria una evaluación detallada de las intervenciones que han demostrado ser efectivas en Estados Unidos con objeto de determinar si pueden ser factibles en los diferentes contextos europeos.

En una revisión Cochrane sobre rehabilitación laboral dirigida a personas con enfermedades mentales graves (Crowther y cols., 2003) se ofreció una buena panorámica general de la bibliografía de investigación en esta área, con comparación de la efectividad de los planteamientos de formación profesional prelaboral y de empleo protegido en lo relativo a sus resultados para que los pacientes pudieran conseguir un empleo en el mercado laboral libre. En cinco de los estudios considerados en esta revisión se demostró de manera constante que el empleo protegido es más efectivo que los distintos tipos de formación profesional prelaboral, en lo relativo a la obtención y el mantenimiento del puesto de trabajo, con un número mayor de horas remuneradas y con ingresos medios también mayores. Recientemente, Marshall (2005) ha actualizado los resultados de la revisión de Crowther, incluyendo un metaanálisis adicional y un ensayo clínico realizado con asignación aleatoria y control en el cual se comparó el empleo protegido con la formación profesional prelaboral. De nuevo, los resultados del metaanálisis fueron congruentes con los de la revisión Cochrane, mientras que en la revisión adicional se observó que, tras un período de seguimiento de 2 años, el 27 % de los participantes en un programa de empleo protegido todavía mantenía su puesto

de trabajo, en comparación con tan sólo el 7 % de los participantes en un programa de formación profesional prelaboral (Lehman y cols., 2002).

Bond (2004) también llevó a cabo una revisión de las intervenciones de empleo protegido y su conclusión fue que la base de evidencia respecto a éste era sólida, de manera que en varios ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control se demostraba que el empleo protegido era efectivo para conseguir la reincorporación laboral de los pacientes y que las tasas de empleo eran superiores a las obtenidas con los programas de rehabilitación profesional. En otra revisión llevada a cabo por Schneider (2005), que evaluó de manera rigurosa la evidencia obtenida en metaanálisis y en ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control, así como en otros estudios de evaluación menos rigurosos, la conclusión fue que, de nuevo, las intervenciones de empleo protegido que adoptaban los principios IPS fueron más eficaces para ayudar a los y las pacientes a conseguir un empleo. Tampoco se obtuvo evidencia de que los talleres protegidos fueran efectivos; más que ello, dichos talleres fueron perjudiciales.

Un método potencial para reforzar adicionalmente la efectividad de los esquemas de empleo protegido puede ser el incremento de la integración de la rehabilitación clínica y profesional aunque son pocos los estudios realizados en esta área. Una excepción es el trabajo que llevaron a cabo Cook y cols. (2005), que observaron que los esquemas de empleo protegido que combinan los programas de rehabilitación clínica y profesional tenían resultados más favorables respecto al empleo en comparación con los esquemas de empleo protegido convencionales. En algunos estudios se ha propuesto que el empleo protegido de tipo IPS no es más efectivo que la rehabilitación profesional prelaboral cuando se considera el tiempo que las personas mantienen su puesto de trabajo (Drake y cols., 1996; Lehman y cols., 2002). También hay algunas pruebas que indican que la calidad del apoyo que reciben las personas mientras mantienen su puesto de trabajo puede establecer una diferencia en el mantenimiento a largo plazo de éste. En una evaluación de un módulo de habilidades laborales básicas que ofrecía formación y habilidades sociales y laborales a personas con problemas mentales que habían conseguido un empleo, se observó un nivel bajo de cambio de puesto de trabajo en comparación con los individuos que únicamente recibieron un apoyo convencional de tipo IPS (Wallace y Tauber, 2004).

Aunque la evidencia de la efectividad de las intervenciones de empleo protegido parece sólida, es difícil generalizar cualquier resultado de su rentabilidad económica, en comparación con otros tipos de intervención, ya que estos resultados dependen en gran medida del contexto y también porque en la mayor parte de los estudios se han considerado individuos con cuadros de discapacidad del aprendizaje (Schneider, 2003). Así, los costes de las intervenciones IPS a menudo pueden superar las ventajas obtenidas en términos de las subvenciones por baja laboral evitadas o de los cobros de impuestos por los ingresos, tal y como, por ejemplo, se ha demostrado en un estudio reciente realizado en Australia (Chalamat y cols., 2005). No obstante, es importante considerar otros parámetros más genéricos de resultados, así como también parámetros más específicos, como la tasa de reincorporación laboral. En comparación con otras intervenciones, el incremento de las tasas de empleo puede asociarse con otras ventajas, como el aumento en los niveles de inclusión social y la mejora de la calidad de vida.

A pesar de que la evidencia correspondiente a la mayor parte de los puestos de trabajo protegidos indica que éstos no son efectivos para que las personas que los ocupan puedan conseguir empleos en el mercado laboral libre, un área emergente en la cual es necesaria una cuidadosa evaluación adicional es la de las compañías sociales y las cooperativas sociales (Schneider, 2005). Estas compañías se crean para dar trabajo a personas con cuadros de discapacidad y, característicamente, al menos el 30 % de los trabajadores de éstas sufre alguna forma de discapacidad. En varios estudios cualitativos se ha señalado que entre los factores importantes para el buen resultado de las compañías sociales respecto a la mejora, en última instancia, de las posibilidades de colocación de sus trabajadores en el mercado laboral libre se encuentran la participación de los empleados en el desarrollo de la compañía, el ofrecimiento de salarios superiores al salario mínimo interprofesional, la existencia real de oportunidades para que los trabajadores desarrollen su potencial y la implicación de las agencias locales en el desarrollo de estas compañías (Secker y cols., 2003). No es necesario afirmar que en Europa ha habido cierto crecimiento de las compañías sociales. La mayor parte de ellas se localiza en Italia, donde hay más de 8.000 con un total de 60.000 trabajadores, y en Alemania, donde existen 520 compañías sociales que emplean a 16.500 personas (Seyfried y Ziomas, 2005). La Confederation of European Social Firms, Employer Initiatives and Social Cooperatives (CEFEC) en la actualidad posee miembros organizativos en 14 países de Europa occidental y oriental. En un censo realizado en Reino Unido se demostró la existencia de 118 compañías sociales plenamente establecidas o emergentes, con más de 1.500 trabajadores (más de 900 puestos de trabajo estaban ocupados por personas con cuadros de discapacidad). Las personas con problemas mentales formaban el grupo más importante y ocupaban el 30 % de los 900 puestos de trabajo señalados (Baker, 2005).

DESINCENTIVOS ECONÓMICOS PARA EL EMPLEO

Ya se ha señalado que se han realizado muchos estudios en Estados Unidos, un país en que el sistema de bienestar es diferente al existente en la mayor parte de los países europeos. Por ello, es difícil la extrapolación de los resultados al contexto europeo, en el cual las subvenciones por discapacidad al parecer constituyen un desincentivo significativo para la reintegración laboral en muchos países. Esta situación contrasta con la existente en Estados Unidos, donde la normativa que controla el acceso a las subvenciones por discapacidad permite que las personas mantengan niveles elevados de dichas subvenciones, incluso en situaciones en que sus ingresos por actividad laboral son sustanciales. En un estudio reciente efectuado sobre 12 países, incluyendo 10 países de Europa occidental, el gasto correspondiente a las subvenciones por discapacidad se correlacionó negativamente con la participación de los pacientes esquizofrénicos en el mercado laboral (Kilian y Becker, 2006).

Entre los países europeos con sistemas económicos avanzados, estos desincentivos quizá son mayores en Reino Unido y menos problemáticos en Italia (Warner, 2000). También es necesario superar diversas trabas burocráticas; por ejemplo, si un individuo se reintegra al trabajo, pero después lo pierde, puede transcurrir un período de tiempo considerable has-

ta que puede solicitar de nuevo la subvención por discapacidad, un período de tiempo durante el cual tendrá que afrontar dificultades muy importantes (OECD, 2003). Muchos sistemas nacionales de subvención de Europa deben ser reformados para abordar esta «trampa de la subvención» y para fomentar la reintegración de las personas en el mercado laboral, salvaguardando al mismo tiempo la calidad de vida y los ingresos de las personas que no pueden obtener un empleo. Una de las iniciativas en curso para eliminar algunas de estas barreras es la denominada Pathways to Work en Inglaterra. Es un programa proactivo de apoyo y orientación para la reincorporación laboral, de formación para el incremento de las habilidades y de apoyo a las personas en su puesto de trabajo. En muchos aspectos, es un planteamiento congruente con el modelo IPS. Además, con el objetivo de contrarrestar la «trampa de la subvención», se ha introducido un sistema de exención de impuestos y de créditos adicionales por la reincorporación laboral, como suplementos a los ingresos durante el primer año de trabajo. En un análisis cualitativo publicado recientemente se señala que, si se demostrara su efectividad, este apoyo económico tendría una importancia clave para que las personas se reintegraran al trabajo; cuando los pagos se retrasan o no son solicitados, los problemas económicos surgen con gran rapidez (Corden y Nice, 2006). Es necesaria una evaluación adicional de ésta y otras iniciativas llevadas a cabo en otros países de Europa, en las cuales se han abordado tanto el problema del desincentivo económico para trabajar como algunos de los aspectos más engorrosos de la normativa legal de reconocimiento de derechos.

CONCLUSIÓN

En conclusión, hay varios puntos que parecen claros en lo relativo al abordaje de los problemas de la salud mental en el puesto de trabajo. En términos generales, la salud mental relacionada con el puesto de trabajo todavía no es contemplada como un problema importante por la mayoría de las partes implicadas en el mercado laboral. Esta afirmación es especialmente cierta en lo que se refiere a los problemas de salud mental que no muestran una asociación causal con el puesto de trabajo.

En cualquier caso, el estrés laboral y sus efectos sobre el bienestar mental están consiguiendo una atención cada vez mayor. Este cambio está teniendo lugar en dos contextos principales, el de la salud y la seguridad laborales (en el cual la prevención y el tratamiento del estrés son medidas de cumplimiento legal obligatorio) y el correspondiente a la reincorporación laboral de los trabajadores con trastornos por estrés. La mayor parte de las intervenciones laborales que influyen en el bienestar mental se centran sobre el estrés laboral y, en general, sobre el trabajador individual. Sin embargo, también se observa un incremento en los programas educativos sanitarios aplicados en el puesto de trabajo en relación con la enfermedad mental. En cambio, los servicios de salud pública y de rehabilitación, que están relacionados con las personas que sufren enfermedades psiquiátricas, tienden a presentar una vinculación débil con el puesto de trabajo. No obstante, durante los años venideros todas las cuestiones relacionadas con la salud mental posiblemente adquirirán una importancia mayor para las partes implicadas en el mercado laboral; los problemas de la sa-

lud mental cada vez son más frecuentes y constituyen una causa creciente de baja laboral con la consiguiente pérdida de productividad e incremento de la carga que soportan los sistemas de bienestar social.

En lo que se refiere a las medidas para facilitar la incorporación o reincorporación a sus puestos de trabajo de las personas que sufren problemas mentales, se han adoptado planteamientos muy diferentes y similares a los utilizados para ayudar a las personas que sufren discapacidad física. En metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas recientemente se ha observado que los esquemas de empleo protegido parece que son más eficaces para ayudar a los individuos a reincorporarse a su trabajo aunque la evidencia existente en el contexto europeo es limitada. De todas maneras, las tasas de empleo entre las personas que sufren problemas mentales graves continúan siendo bajas, lo que refleja, al menos en parte, la naturaleza cambiante del mercado laboral y también los elevados niveles de estigma y prejuicio que todavía existen en el mercado laboral libre.

Las tasas de empleo de las personas con problemas más o menos graves de salud mental también pueden estar influidas, en cierta medida, por la concesión de subvenciones por discapacidad y de pagos a través del sistema de bienestar social en Europa; son necesarios nuevos estudios para determinar con precisión la influencia de dichas subvenciones sobre la voluntad de las personas para reincorporarse al mercado laboral o para buscar un empleo.

BIBLIOGRAFÍA

- Baker K. Mapping the Social Firm Sector 2005. Redhill: Social Firms UK, 2005.
- Becker DR, Drake RE. *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program*. Concord, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center, 1993.
- Berthoud R. *The Employment Rates of Disabled People*. Londres: Department of Work and Pensions, 2006; Research Report 298.
- Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehab J* 2004; 27 (4): 345-359.
- Chalamat M, Mihalopoulos C, Carter R, Vos T. Assessing cost effectiveness in mental health: vocational rehabilitation for schizophrenia and related conditions. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 693-700.
- Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *Cochrane Database Systematic Review* CD 000453, 2003. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews>.
- Clarkin N, Wynne R. *Vocational Rehabilitation and Work Resumption*. Stress Impact Project. Dublin: Work Research Centre, 2003.
- Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB y cols. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (5): 505-512.
- Corden A, Nice K. *Incapacity Benefit Reforms Pilot: Findings from the Second Cohort in a Longitudinal Panel of Clients*. Londres: Department of Work and Pensions, 2006; Research Report 345.
- Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E. *Research on Work Related Stress*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work, 2000.
- Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2003.
- D'Amato A, Zijlstra F. *Occupational Stress: A Review of the Literature Relating to Mental Health*. Stress Impact Project. Guildford: University of Surrey, 2003.

- Dickey B, González O, Latimer E, Powers K, Schutt R, Goldfinger S. Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 152-158.
- Disability Legislation Consultation Group. *Equal Citizens: Proposals for Core Elements of Disability Legislation*. Dublin: National Disability Authority, 2003.
- Drake RE y cols. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes. *J Consult Clin Psych* 1996; 64: 391-399.
- Edgar B, Doherty J, Mina-Coull A. *Support and Housing in Europe*. Bristol: The Policy Press, 2000.
- Edgar B, Doherty J, Meert H. *Access to Housing: Homelessness and Vulnerability in Europe*. Bristol: The Policy Press, 2002.
- European Commission. *The Social Protection Systems in the 13 Candidate Countries, 2003a*. Informes sobre países disponibles en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/index_en.htm.
- European Commission. *Equality, Diversity and Enlargement: Report on Measures to Combat Discrimination in Acceding and Candidate Countries*. Bruselas: European Commission, 2003b.
- European Commission. *Communication on Equal Opportunities for People with Disabilities: a European Action Plan*. Bruselas: European Commission, 2003c.
- European Commission. *Joint Report on Social Inclusion, COM (2003) 773 final*. Bruselas: European Commission, 2003d.
- European Commission. *Social Inclusion in the New Member States: A Synthesis of the Joint Memoranda on Social Inclusion*. Bruselas: European Commission, 2004.
- European Council. *Resolution of 15 July 2003 on promoting the employment and social integration of people with disabilities*. *Official Journal of the European Union* 2003; C 175/1 (24 de julio).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC). *Access to Employment for Vulnerable Groups*. Foundation Paper No. 2. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC). *Quality of Life in Europe*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
- Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37 (7): 301-315.
- Freyhoff G, Parker C, Voué M Greig N, eds. Included in Society: Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community-based Residential Alternatives for Disabled People, 2004. Disponible en: www.community-living.info.
- Jahoda M. Work employment and unemployment: values theories and approaches in social research. *Am Psychol* 1981; 36: 184-191.
- Jarvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, eds. *Mental Disorders as a Major Challenge in the Prevention of Work Disability: Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden*. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, 2005.
- Joensuu M, Lindstrom K. *Sickness Absence and Stress Factors at Work*. Stress Impact Project. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2003.
- Kilian R, Becker T. *Macroeconomic indicators and labour force participation of people with schizophrenia*. *J Ment Health* 2006.
- Kompier M, Cooper C. *Preventing Stress, Improving Productivity; European Case Studies in the Workplace*. Londres: Routledge, 1999.
- Kuhn K, Henke N. *Mental Health Promotion in Europe: Final Report – Working Adults*. Dortmund: Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2003.
- Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S y cols. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59 (2): 165-172.
- Lipton FR, Siegel C, Hannigan A, Samuels J, Baker S. Tenure in supportive housing for homeless persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2000; 51 (4): 479-486.
- Macías C, Jackson R, Schroeder C, Wang Q. What is a clubhouse? Report on the ICCD 1996 survey of USA clubhouses. *Community Ment Hlt J* 1999; 35 (2): 181-190.
- Marshall M. *How Effective are Different Types of Day Care Service for People with Severe Mental Disorders? Health Evidence Network Synthesis Report*. Copenhagen: World Health Organization, 2005.
- Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (5): 337-349.

- Mental Health Commission. *Housing and Mental Health: Reducing Housing Difficulties for People with Mental Illness – A Discussion Paper*. Wellington, Nueva Zelanda: Mental Health Commission, 1999.
- Middleboe T. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 251-255.
- Newman SJ. Housing attributes and serious mental illness: implications for research and practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (10): 1.309-1.317.
- Office for National Statistics. *Survey of Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households*. Londres: The Stationery Office, 2000.
- Office for National Statistics. *The Social and Economic Circumstances of Adults with Mental Disorders*. Londres: The Stationery Office, 2002.
- Organization for Economic Cooperation and Development. *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. París: OECD, 2003.
- Pillinger J. *Quality in Social Public Services*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
- Priebe S, Turner T. Reinstitutionalization in mental health care. *BMJ* 2003; 326: 175-176.
- Public Health Alliance Ireland. *Health in Ireland – An Unequal State*, 2004. Disponible en: www.publichealthalliance-ireland.org.
- Quilgars D. *Supporting People with Mental Health Problems in Ordinary Housing*. York: Joseph Rowntree Foundation, 1998.
- Quilgars D. *Low Intensity Support Services: A Systematic Literature Review*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2000.
- Rog DJ. The evidence on supported housing. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27 (4): 334-344.
- Sainsbury Centre for Mental Health. *Keys to Engagement: Review of Care for People with Severe Mental Illness who are Hard to Engage with Services*. Londres: SCM, 1998.
- Schneider J. Is supported employment cost effective? A review. *Int J Psychosoc Rehabil* 2003; 7: 145-156.
- Schneider J. Getting back to work: what do we know about what works? En: Grove B, Secker J, Seebohm P, eds. *New Thinking about Mental Health and Employment*. Oxford: Radcliffe Publishing Limited, 2005.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma: a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56 (2): 299-312.
- Secker J, Dass S, Grove B. Developing social firms in the UK: a contribution to identifying good practice. *Disabil Soc* 2003; 18 (5): 659-674.
- Seidman LJ, Schutt RK, Caplan B, Tolomiczenko GS, Turner WM, Goldfinger SM. The effect of housing interventions on neuropsychological functioning among homeless persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (4): 905-908.
- Seyfried E, Ziomas D. Pathways to social integration for people with mental health problems: the establishment of social cooperatives in Greece, discussion paper prepared for Peer Review in the Field of Social Inclusion Policies Meeting, Athens, Greece 5-7 October 2005. Disponible en: www.peer-review-social_inclusion.net/peer/pdf_pool/05_EL_agenda_en_050912.pdf.
- SMES-Europa. *To Live in Health and Dignity*. Bruselas: SMES-Europa, 2002.
- Social Exclusion Unit. *Mental Health and Social Exclusion*. Londres: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
- Stress Impact. *Impact of Changing Social Structures on Stress and Quality of Life: Individual and Social Perspectives*. Guildford: Department of Psychology, University of Surrey, 2006.
- Thomson L, Neathley F, Rick J. *Best Practice in Rehabilitating Employees Following Absence Due to Work Related Stress*. Londres: Health and Safety Executive, 2003.
- Van den Bossche S, Houtman I. *Work Stress Interventions and their Effectiveness: A Literature Review*. Stress Impact Project. Hoofddorp: TNO, Work and Employment, 2003.
- Wallace CJ, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (5): 513-515.
- Warner R. *The Environment of Schizophrenia: Innovations in Practice, Policy and Communication*. Filadelfia: Brunner-Routledge, 2000.
- Watson L, Tarpey M. *Pick and Mix: Developing Flexible Housing Choices in Community Care*. Coventry: Chartered Institute of Housing, 1998.
- Watson L, Tarpey M, Alexander K, Humphreys C. *Supporting People: Real Change? Planning Housing and Support for Marginal Groups*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2003.

Capítulo 13

Política de salud mental: una perspectiva desde los derechos humanos

CAMILLA PARKER

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se expone el desarrollo de una política de salud mental, con su legislación correspondiente, desde la perspectiva de los derechos humanos. La propuesta consiste en el hecho de que un planteamiento de este tipo no sólo refuerza los argumentos para sustituir la atención hospitalaria por una buena atención comunitaria de calidad en lo que se refiere a las personas con problemas mentales, tal y como defiende la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2001), sino que también demuestra que el objetivo esencial de la política de salud mental debe ser garantizar que las personas puedan participar en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho. Además, este planteamiento también sitúa a las personas atendidas por los servicios de salud mental en el centro de la planificación, el desarrollo y la implementación de las políticas de salud mental.

OBJETIVO DEL CAPÍTULO

En 1948, Naciones Unidas (ONU) adoptó la Declaración universal de los derechos humanos (DUDH), un documento en que se declaran explícitamente diversos derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Desde entonces, se han publicado numerosos documentos de distinto tipo en favor de los derechos humanos (cuadros 13-1 y 13-2). A pesar de que el análisis detallado de todos estos documentos queda fuera del obje-

La autora agradece a Luke Clements, John Horne, Judith Klein y Arman Vardanyan sus útiles comentarios sobre los primeros bocetos de este capítulo.

tivo de este capítulo, en la primera parte de éste se ofrece una panorámica general de las declaraciones de derechos humanos realizadas a nivel internacional y se explica su relevancia respecto a la salud mental. En la segunda parte se considera la forma con que los principios relativos a los derechos humanos pueden facilitar el desarrollo y la implementación de las políticas de salud mental, con una identificación concreta de las áreas en las cuales es necesaria la legislación como soporte de la política.

Cuadro 13-1 Acuerdos clave sobre derechos humanos internacionales promovidos por Naciones Unidas

- Convenio internacional sobre derechos civiles y políticos (ICCPR, *International Covenant on Civil and Political Rights*), 1966.
- Convenio internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales (ICESCR, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*), 1966.
- Convenio para la eliminación de cualquier forma de discriminación racial (CERD, *Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*), 1965¹.
- Convenio para la eliminación de cualquier forma de discriminación frente a las mujeres (CEDAW, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*), 1979.
- Convenio contra la tortura y otras formas de tratamiento cruel, inhumano degradante, y contra el castigo (CAT, *Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*), 1984.
- Convenio sobre los derechos del niño (CRC, *Convention on the Rights of the Child*), 1989.

Los detalles acerca de los Estados que han ratificado estos acuerdos se recogen en www.unhcr.ch/pdf/report.pdf.

Cuadro 13-2 Acuerdos clave sobre derechos humanos promovidos por el Consejo de Europa

- Convenio europeo sobre derechos humanos (ECHR, *European Convention on Human Rights*), 1950: define una amplia gama de derechos civiles y políticos. Ha sido ratificado por 45 de los 46 Estados miembros.
- Carta social europea, 1961 (revisada en 1996): protege los derechos sociales y económicos fundamentales, incluyendo el derecho a trabajar, el derecho a la protección a la salud y el derecho a la seguridad social. La Carta revisada también incluye el derecho a la vivienda. La Carta social europea ha sido ratificada por 26 Estados, mientras que la Carta revisada lo ha sido por 19 Estados.
- Convención europea sobre la prevención de la tortura y el trato inhumano y degradante, y el castigo, 1987: establece el Comité europeo para la prevención de la tortura y el trato inhumano o degradante, o el castigo (el CPT, *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*) que, a través de visitas, examina «el tratamiento de cualquier persona privada de su libertad por una autoridad pública, incluyendo las personas con problemas mentales» (Estándares CPT, párrafo 25). Ha sido ratificado por 45 Estados.

Los detalles acerca de los acuerdos promovidos por el Consejo de Europa se recogen en <http://convention.coe.int>.

¹N. del T.: así en el original.

Dadas las limitaciones de espacio del capítulo, tampoco ha sido posible abordar las cuestiones específicas relacionadas con los grupos específicos de personas que reciben atención en salud mental, como las que sufren cuadros de discapacidad intelectual, la infancia y la juventud, la tercera edad y los y las delincuentes con problemas mentales. Sin embargo, muchas de las cuestiones generales que se abordan en el capítulo son relevantes para estos grupos de personas.

TERMINOLOGÍA

Se han utilizado diversos términos en relación con las personas a las cuales se les diagnostica una enfermedad mental. Muchos de estos o estas pacientes consideran el término de «enfermedad mental» peyorativo y causante de estigmatización. Por tanto, en este capítulo utilizaremos el término de «personas con problemas de salud mental» o el de «personas usuarias de los servicios de salud mental». No obstante, en los documentos relativos a los derechos humanos se utilizan términos como los de «enfermedad mental» y «trastorno mental», además de los de «personas discapacitadas» y «personas con discapacidad» (que incluyen a las personas que sufren problemas mentales, discapacidades intelectuales o ambas, además de las que padecen cuadros de discapacidad física, sensorial o ambas) de manera que también se utilizarán estos términos siempre que se considere relevante. Otro término utilizado con frecuencia es «discapacidad mental», en el cual se incluyen tanto las personas con problemas mentales, como las que presentan discapacidades intelectuales.

DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALES Y SALUD MENTAL: UNA PANORÁMICA GENERAL

Los documentos relativos a los derechos humanos cubren una amplia gama de áreas, a menudo clasificadas en «derechos civiles y políticos» y «derechos económicos, sociales y culturales». Entre los derechos civiles y políticos están los de la libertad, la vida privada y familiar, y la ausencia de tortura, trato inhumano o degradante, y castigo. Los derechos económicos, sociales y culturales incluyen los correspondientes al trabajo, la educación y los estándares máximos de salud física y mental. Sin embargo, la interdependencia de ambas categorías de derechos es una realidad cada vez más aceptada (JCHR, 2004: 21). Este aspecto queda ilustrado por el derecho a la salud. Este derecho está estrechamente relacionado con (y depende de) la implementación de otros derechos humanos, como los correspondientes al alimento, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana, la vida, la falta de discriminación, la equidad, la prohibición de la tortura, la privacidad, el acceso a la información y la libertad de asociación, reunión y actividad (ICESCR GC 14, 2000: párrafo 3). Ambas categorías de derechos tienen una importancia similar para el desarrollo de las políticas de salud mental.

ASPECTOS GENERALES

Obligaciones asumidas por los Estados en función de los términos recogidos en los documentos internacionales sobre derechos humanos

Todos los documentos sobre derechos humanos que aparecen en los cuadros 13-1 (ONU) y 13-2 (Consejo de Europa) son legalmente vinculantes. Así, los Estados que ratifican cualquiera de estos acuerdos están obligados a implementar en su jurisdicción las disposiciones recogidas en ellos. Por tanto, los gobiernos deben garantizar que el desarrollo y la implementación de las políticas y legislaciones relativas a la salud mental se ajustan a las obligaciones que han contraído tras la firma de los acuerdos citados.

Vigilancia del grado de cumplimiento de los acuerdos internacionales sobre derechos humanos

Aunque corresponde a cada Estado la decisión de las medidas legislativas y de otro tipo que debe adoptar para hacer efectivos los derechos reconocidos en los acuerdos de derechos humanos, su grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas debe estar sometido a alguna forma de vigilancia.

Sistema de vigilancia de los acuerdos sobre derechos humanos de Naciones Unidas

El mecanismo básico de vigilancia de la ONU es la notificación periódica. Cada uno de los acuerdos establecidos en el contexto de la ONU incluye un sistema específico de vigilancia que se responsabiliza de garantizar la implementación de los aspectos más relevantes de los acuerdos, y a los distintos Estados se les exige que realicen notificaciones periódicas (cada 2-5 años) y que las envíen a la ONU, indicando su grado de cumplimiento de los términos recogidos en los distintos acuerdos (O'Flaherty, 2002: 1).

Los organismos responsables de la vigilancia de los acuerdos publican documentos de «Comentarios generales» en los cuales se especifican las cuestiones que deben abordar los distintos Estados en sus modificaciones periódicas y en los cuales también se ofrecen interpretaciones de carácter general acerca de las disposiciones de cada acuerdo (Alston y Crawford, 2000: 22; O'Flaherty, 2002: 7).

A pesar de que cuatro de los acuerdos señalados (ICCPR, CERD, CAT y CEDAW; cuadro 13-1) facultan a los organismos de vigilancia para que tengan en cuenta las declaraciones de las supuestas víctimas de violaciones de los términos de dichos acuerdos, este procedimiento requiere una aprobación por parte de cada Estado. Además, los organismos de vigilancia del cumplimiento de los acuerdos no tienen medios para obligar a los Estados al cumplimiento de los términos del acuerdo en los casos en que se demuestran violaciones de éstos (O'Flaherty, 2002).

Convenio europeo sobre derechos humanos

Las personas que denuncian una supuesta violación de los derechos reconocidos en el Convenio europeo sobre derechos humanos (ECHR, *European Convention on Human Rights*) pueden denunciar su caso al Tribunal Europeo de Derechos Humanos una vez que han agotado las instancias judiciales locales. En los casos en que la ley reconoce la veracidad de la denuncia, se solicita al Estado denunciado que aplique el remedio correspondiente (Starmer, 1999: cap. 30). Así, el ECHR tiene una significación importante y puede influir directamente sobre la normativa legal y la política gubernamentales: «Es el único acuerdo internacional en la historia de la Humanidad que garantiza el derecho de un individuo a plantear una denuncia que podría generar una sentencia de cumplimiento obligatorio por parte de un Estado miembro» (Clements y Read, 2003: 17).

Carta social europea

A los distintos Estados se les requiere para que envíen informes anuales al Comité europeo de derechos humanos acerca de su grado de cumplimiento de la Carta social europea y el Comité publica sus «Conclusiones» sobre el grado de cumplimiento de dicha Carta por parte de cada Estado. Aunque las personas no pueden efectuar denuncias directas al Comité, desde 1998 algunas organizaciones (p. ej., organizaciones de trabajadores y sindicatos del país implicado, así como organizaciones no gubernamentales que disfrutaran de una situación participativa en el Consejo de Europa) pueden interponer denuncias contra los Estados que han aceptado este «procedimiento colectivo de querellas». Al Estado se le puede exigir que adopte medidas específicas para cumplir los términos recogidos en la Carta. No obstante, Churchill y Khaliq (2004: 454) señalaron que, dado que el Sistema colectivo de querellas sólo ha sido aceptado por aproximadamente la tercera parte de los Estados que ratificaron la Carta social europea, esta opción es «muy minoritaria».

Unión Europea y derechos humanos

La protección y promoción de los derechos humanos se considera uno de los elementos definitorios de la Unión Europea (UE) (Council of the European Union, 2002: 1). Desde la formulación en 1993 de los «Criterios de Copenhague» para la pertenencia a la UE, entre los cuales se incluía «la estabilidad de las instituciones para la garantía de la democracia, el imperio de la ley, los derechos humanos y la protección de las minorías», las cuestiones relativas a los derechos humanos se han situado «en la primera línea del proceso de incorporación a la UE» (Williams, 2004: 64-5).

Directivas sobre la ausencia de discriminación

El Artículo 13 del Acuerdo de Amsterdam de 1999 autoriza a la UE a adoptar las medidas que considere necesarias para combatir la discriminación por razones de distinto tipo, incluyendo la discapacidad. En 2000 se adoptaron dos directivas para garantizar la equidad en los tratamientos (v. más adelante).

Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea 2000

Esta Carta contempla una amplia gama de derechos económicos, sociales y culturales, así como también derechos civiles y políticos. A pesar de que no tiene un carácter legalmente vinculante, se ha propuesto que el Tribunal Europeo de Justicia pueda utilizar esta Carta como guía para la aplicación de los principios legales generales de la Comunidad Europea, «logrando así que tenga un carácter legal obligatorio aunque sea por la puerta de atrás» (Quinn, 2001: 872). Si la Constitución europea (que incorpora esta Carta) fuera aprobada definitivamente, la Carta adquiriría un carácter de cumplimiento legal obligatorio. Así, a las instituciones y organismos de la UE se les exige el cumplimiento de los términos de la Carta, tal y como ocurrirá con los Estados miembros cuando se implemente la legislación de la UE, al mismo tiempo que el Tribunal Europeo de Justicia también puede garantizar el cumplimiento de la Carta (European Communities, 2004: 10). Sin embargo, en el momento en que se redacta este capítulo, el proceso de ratificación de la Constitución europea (que lo deben llevar a cabo todos los Estados miembros) está muy retrasado a consecuencia de los referendos que se realizaron en Francia y Holanda, en los cuales se rechazó el texto de la Constitución.

Agencia de la Unión Europea para los derechos fundamentales

En junio de 2005, la Comisión Europea elaboró una propuesta para la creación de una Agencia de la Unión Europea para los derechos fundamentales. Esta Agencia debe ser un organismo independiente que pueda ofrecer ayuda y experiencia a las instituciones de la UE y a los Estados miembros respecto a las cuestiones de los derechos fundamentales: «para apoyarlos cuando adoptan medidas o para recomendar la implementación de distintas acciones en sus respectivos ámbitos de competencia con el objetivo del respeto pleno de los derechos humanos fundamentales» (Commission of the European Communities, 2005). La propuesta sugería que la Agencia había de estar operativa el 1 de enero de 2007.

SALUD MENTAL

Todos los derechos recogidos en los acuerdos internacionales sobre derechos humanos son aplicables a las personas con problemas mentales. La universalidad de los derechos humanos queda subrayada en *Enable*, la página web de la ONU dedicada a cuestiones de discapacidad y de derechos humanos: «Todos los documentos internacionales de derechos humanos protegen los derechos de las personas con discapacidad dado que se aplican a todas las personas». Este principio de universalidad queda reforzado por los principios de igualdad y de ausencia de discriminación, que están recogidos en los documentos de derechos humanos (*Enable*, 2005).

Salud mental, discapacidad y derechos humanos

En su informe a la ONU sobre derechos humanos y discapacidad, Quinn y cols. (2002: 1) señalaron que el proceso de garantía de sus derechos a las personas con discapacidad «es

lento y desigual», pero que el cambio respecto a una perspectiva de derechos humanos ha sido adoptado de manera autorizada por la ONU y que el mejor ejemplo de ello es el Reglamento estándar sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades de la ONU (el «Reglamento estándar»).

Reglamento estándar y Principios para la protección de las personas con enfermedad mental

El Reglamento estándar pretende garantizar que todas las personas con discapacidad, «como miembros de sus sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás». Por ejemplo, señala que los Estados deben incluir las cuestiones de discapacidad en todas las formas relevantes de políticas y planificaciones nacionales, que deben tener en cuenta la incorporación de las necesidades y preocupaciones de las personas con discapacidad en los planes de desarrollo generales, y que deben facilitar la participación de las organizaciones de discapacitados en los procesos de toma de decisiones. El Reglamento estándar deja claro que el término de «discapacidad» incluye los problemas de la salud mental (párrafo 17). Un Observatorio especial vigila la implementación del Reglamento estándar, con notificaciones anuales a la Comisión de desarrollo social de la ONU.

Los Principios para la protección de las personas con enfermedad mental («los Principios MI» [*mental illness*]), adoptados por la ONU en 1991, desempeñan una función especialmente importante en la concienciación respecto a los derechos humanos de las personas con problemas mentales. Ofrecen una guía en áreas, como los procedimientos para la hospitalización involuntaria en centros psiquiátricos y los estándares asistenciales. Aunque algunas de las disposiciones ofrecen una protección más débil que otros documentos de derechos humanos, los Principios MI subrayan algunas de las cuestiones clave que deben abordarse por parte de los gobiernos en el desarrollo de sus políticas y legislaciones sobre salud mental, sobre todo en relación con la atención prestada en los centros psiquiátricos (United Nations, 2003: párrafo 13).

Aunque se refieren a las «personas con enfermedad mental», el alcance de los Principios MI es mucho mayor dado que incluye a todas las personas ingresadas en un centro psiquiátrico (Principio MI 24). Este aspecto es importante, sobre todo si se tiene en cuenta que en los países de Europa central y oriental todavía es frecuente que las personas con problemas mentales y discapacidades intelectuales sean hospitalizadas en los mismos centros.

El Reglamento estándar y los Principios MI son ejemplos de «legislación blanda», es decir, de legislación que, aunque no es legalmente vinculante, puede ofrecer una guía útil para la implementación e interpretación de los acuerdos que son legalmente vinculantes.

Otros documentos relevantes

En septiembre de 2004, el Comité de Ministros del Consejo de Europa adoptó la recomendación REC(2004)10 («REC[2004]10»), en la cual se recogen directrices «relativas a la protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas que sufren trastornos mentales», junto con un Memorándum explicativo (Council of Europe, 2004).

La OMS ha elaborado varios documentos sobre legislación de salud mental y derechos humanos; la publicación más reciente está basada en su trabajo previo y ofrece una serie de

fundamentos para el desarrollo de la legislación sobre salud mental (WHO, 2003). (En el momento en que se redactó este capítulo estaba en preparación el documento Guía sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS, que fue publicado más tarde [WHO, 2005c]). En enero de 2005, los representantes gubernamentales de 52 países de la región europea de la OMS adoptaron la Declaración y el Plan de acción para Europa respecto a la salud mental. Estos documentos exigen el desarrollo de políticas globales de salud mental que incluyan acciones para «eliminar el estigma y la discriminación, garantizar la protección de los derechos humanos y la dignidad, e implementar la legislación necesaria para capacitar a las personas con problemas mentales o discapacidades, o bien con riesgo de ello, a participar plenamente y en condiciones de igualdad en la sociedad» (WHO, 2005a: 3).

Un comité específico de la ONU está considerando las propuestas para la realización de una convención específica con el objetivo de fomentar y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (General Assembly Resolution 56/168, 2001).

Principios fundamentales emergentes

Los siguientes son ejemplos de principios recogidos en muchos de los documentos sobre derechos humanos y se pueden utilizar como base para el desarrollo de políticas de salud mental y de sus legislaciones correspondientes.

Protección frente a la discriminación

Es un derecho fundamental reconocido por todos los acuerdos internacionales principales. Con objeto de garantizar que todas las personas disfrutaran del derecho a la ausencia de discriminación, puede exigirse que los Estados adopten medidas de discriminación positiva para contrarrestar la discriminación existente respecto a ciertos grupos de la población. Si se tiene en cuenta que es una medida que se considera necesaria para corregir la discriminación, el tratamiento preferencial se considerará una discriminación legítima (ICCPR GC 18, 1989; ICESCR GC 5, 1994). El párrafo 40 de la recomendación REC(2004)(10) señala: «el término “discriminación” se refiere a “discriminación negativa”. En concreto, este principio no puede impedir la adopción de medidas de discriminación positiva que persigan el restablecimiento de un equilibrio en favor de las personas desfavorecidas debido a una enfermedad mental anterior o actual. Por tanto, las medidas especiales adoptadas para la protección de los derechos o la garantía del desarrollo de las personas con trastornos mentales no deben ser consideradas discriminatorias» (Council of Europe, 2004).

Igualdad e inclusión social

Quinn y cols. (2002: 16) consideran que la «igualdad humana» es clave para el sistema de libertades básicas propuesto por la legislación sobre derechos humanos. Tal y como ilustra el Reglamento estándar, la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y la participación plena de estas personas en la sociedad constituyen un objetivo fundamental de la ONU. Los gobiernos deben dar los pasos necesarios para eliminar las barreras que impiden que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos y libertades, así

como las que les dificultan su participación plena en las actividades de su sociedad (Reglamento estándar, párrafo 15). El Artículo 25 de la Carta de la Unión Europea se refiere a la integración de las personas con discapacidad: «la Unión Europea reconoce y respeta el derecho de las personas con discapacidades al uso y disfrute de las medidas dirigidas a garantizar su independencia, su integración social y laboral, y su participación en la vida comunitaria».

Fomento de la autonomía e independencia personales

La promoción de la independencia de las personas y la garantía de que tengan la oportunidad de decidir acerca de su propia atención y tratamiento son elementos clave de los Principios MI y del Reglamento estándar. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos considera que los derechos a la propia voluntad y el concepto de autonomía personal son inherentes al derecho a la vida privada y familiar, según lo que se recoge en el Artículo 8 del ECHR (*Pretty v. United Kingdom*, 2002).

Principio de la alternativa menos restrictiva/proporcionalidad

Las personas que sufren una enfermedad mental tienen derecho a vivir y trabajar en la comunidad (Principio MI 3) y a recibir lo antes posible tratamiento y atención comunitaria donde residen (Principio MI 7). Además, «tienen derecho a recibir tratamiento en el contexto menos restrictivo y con las medidas terapéuticas menos restrictivas e intrusivas que sea posible» respecto a sus necesidades de salud y teniendo en cuenta la protección de los demás (Principio MI 9[1]). La situación es similar a la que se plantea con el principio de «proporcionalidad» recogido en el ECHR. Incluso en las situaciones en que es evidente la existencia de una razón legítima para restringir un derecho garantizado por el ECHR, esta restricción no debe superar lo estrictamente necesario para alcanzar el objetivo. La acción adoptada no será considerada proporcionada si existiera una alternativa igualmente efectiva, pero menos restrictiva (Starmer, 1999: 4.37-55). Este principio es particularmente relevante en lo que se refiere a las decisiones sobre el nivel y el tipo de atención o tratamiento proporcionados a las personas, y debe quedar reflejado en la legislación relacionada con los confinamientos y tratamientos sin consentimiento.

Provisión de la atención en función de las necesidades individuales

La importancia de la provisión de atención y apoyo para la cobertura de las necesidades individuales queda reflejada tanto en el Reglamento estándar (párrafo 26) como en los Principios MI (principio 8). En el documento de Principios MI se señala que el tratamiento y la atención individuales deben estar basados en un plan prescrito individualmente con participación del paciente y con una revisión regular de éste por parte de profesionales cualificados (principio 9). Además, el tratamiento debe tener en cuenta el contexto cultural de la persona (principio 7[1]).

Participación en el desarrollo político

La participación de las personas usuarias de los servicios y de las familias que ofrecen atención informal se considera, en términos generales, un componente clave para el desarrollo y la

implementación de la política de salud mental (WHO, 2001: 100). Sin embargo, ésta no es solamente una cuestión de práctica idónea. La implicación de las personas afectadas por esta discapacidad y sus familias en el desarrollo político y la planificación nacional constituye uno de los aspectos clave del Reglamento estándar. El organismo de vigilancia de los acuerdos correspondiente al ICESCR considera esencial la participación de las personas en los procesos de toma de decisiones correspondientes a cuestiones como los planes de los gobiernos para abordar el derecho a una salud mental y física máxima (Jenkins y cols., 2002: 42).

Función de la legislación en la protección y promoción de los derechos humanos

El hecho de que la legislación desempeña una función importante en la protección y promoción de los derechos de las personas es subrayado tanto por el Comité ICESCR (ICESCR GC 3, 1990: párrafo 3) como por el Comité de derechos humanos, que vigila el cumplimiento del ICCPR (ICCPR GC 31, 2004: párrafo 7). En lo que se refiere al uso de medidas de carácter obligatorio (como la hospitalización involuntaria en centros psiquiátricos y el tratamiento sin consentimiento), la legislación «debe garantizar que estas medidas sólo se aplicarán en circunstancias estrictamente definidas y que se utilizarán las salvaguardas adecuadas con objeto de prevenir una interferencia arbitraria con los derechos y las libertades de las personas» (Jenkins y cols., 2002: 42).

Acciones para el apoyo de la implementación de la legislación

A pesar de que su introducción es un paso crucial para garantizar el disfrute de los derechos y las libertades recogidos en los documentos sobre derechos humanos, la legislación en sí misma no es suficiente para alcanzar este objetivo (ICESCR GC 3, 1990: párrafo 4; ICCPR GC 31, 2004). Son necesarias medidas adicionales para maximizar la efectividad de las salvaguardas legales, incluyendo el fomento de la concienciación, la formación y la orientación, así como las medidas correctoras efectivas y factibles.

El Comité de derechos humanos subraya la importancia que tienen los distintos Estados en la toma de conciencia acerca de los contenidos del ICCPR, no sólo entre los funcionarios públicos, sino también en la población general (ICCPR GC 31, 1990: párrafo 7). El Comité responsable de la vigilancia de la implementación del ICESCR señala que la legislación no siempre será el medio más efectivo para eliminar la discriminación. Por esta razón, el Reglamento estándar hace especial hincapié en la necesidad de que los Estados «adopten las medidas necesarias para potenciar en la sociedad la concienciación respecto a las personas que sufren discapacidades, sus derechos, sus necesidades, su potencial y su contribución» (ICESCR GC 5, 1994: párrafo 11).

Los Estados también deben ofrecer detalles acerca de las instrucciones y la formación ofrecidas al personal implicado en la custodia y tratamiento de las personas detenidas, y sobre la manera con que el Artículo 7 del ICCPR (prohibición de la tortura y del tratamiento inhumano o degradante) «forma parte integral de las normas operativas y de los estándares éticos de obligado cumplimiento respecto a dichas personas» (ICCPR GC 20, 1992: párrafo 10).

En última instancia, los Estados deben garantizar la disponibilidad de los remedios efectivos necesarios para corregir las situaciones de violación de los derechos y libertades de cualquier persona. El Comité de derechos humanos (ICCPR GC 31, 2004: párrafo 15) señala que los remedios existentes «deben estar adaptados apropiadamente para tener en cuenta las categorías especiales de personas, incluyendo especialmente a la infancia». A pesar de que estos comentarios son bienvenidos, el acceso limitado a la justicia por parte de muchas personas con discapacidad es un área a la cual, hasta el momento, los organismos de vigilancia han prestado una atención escasa. Las normas de prohibición relativas a los individuos considerados incapaces para tomar decisiones por sí mismos, la inexistencia de mecanismos adecuados de defensa, la falta de ayudas de tipo legal y la imposibilidad de acceso a un abogado (Clements y Read, 2003: 41-6), además del temor a denunciar a las personas responsables de la provisión de los servicios asistenciales, son todos ellos obstáculos importantes para la rectificación. En lo relativo a la tutela (comentada más adelante) o al encarcelamiento en prisiones remotas, las barreras existentes para el acceso a un proceso de tipo legal pueden ser insuperables. A menos que se eliminen estas importantes barreras, las medidas correctoras contempladas por la legislación carecerán de sentido en la práctica.

Importancia de una vigilancia independiente

Aunque no hay nada que pueda sustituir la posibilidad de que las personas puedan acceder a remedios legales efectivos, también es necesario el establecimiento de mecanismos para la garantía del cumplimiento de los estándares correspondientes a los derechos humanos. La recomendación REC(2004)10, los Estándares CPT y los Principios MI subrayan la importancia de la introducción de estos mecanismos. Entre ellos se encuentran los sistemas para la inspección de los centros de salud mental y la investigación de las quejas y las demandas. Estas cuestiones se exponen con mayor detalle a continuación.

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

En esta parte del capítulo se abordan las cuatro áreas que se citan a continuación con especial hincapié en la perspectiva de los derechos humanos y en el papel desempeñado por la legislación en la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con problemas mentales:

1. Eliminación de las barreras a la inclusión social.
2. Provisión de atención comunitaria.
3. Definición de las circunstancias que justifican la atención y el tratamiento obligatorios.
4. Salvaguarda de los derechos de las personas que reciben tratamiento en centros psiquiátricos.

El abordaje de las cuestiones planteadas en estas áreas implica la participación de una amplia gama de personas, organizaciones y sectores gubernamentales, además de las personas usuarias de los servicios y sus familias, los y las profesionales de la salud mental, las organizaciones no gubernamentales (ONG) relacionadas con la salud mental y los ministerios de sanidad. Los sectores gubernamentales con interés en estas áreas son los de bienestar social, vivienda, educación, empleo y seguridad social. Otras partes implicadas son los empresarios, el sistema educativo y los medios de comunicación (Jenkins y cols., 2002: 25).

Eliminación de las barreras a la inclusión social

Aunque la provisión de servicios comunitarios debe ser un componente clave de la política global de salud mental, tal y como señala la Asamblea de parlamentarios del Consejo de Europa, esta medida no garantizará por sí misma que las personas usuarias de los servicios puedan disfrutar de los mismos derechos que el resto de los miembros de la sociedad: «El derecho a recibir apoyo y asistencia es esencial para potenciar la calidad de vida de las personas con discapacidad, pero no es suficiente. La garantía de un acceso igual a los derechos políticos, sociales, económicos y culturales debe constituir un objetivo político común para la próxima década. Es necesario promocionar e implementar medidas que garanticen la igualdad de posición social, la inclusión, el disfrute de una ciudadanía plena y el derecho a elegir» (Council of Europe, 2003: 1).

Estigma y discriminación

Muchas personas con problemas mentales se enfrentan a barreras significativas y omnipresentes que dificultan su inclusión social (Sayce, 2000). Un ejemplo de ello es el del estigma y los prejuicios relativos a «las personas con una enfermedad mental». El estigma y los prejuicios pueden manifestarse con una amplia gama de errores de concepto respecto a las personas que sufren problemas mentales, como los empresarios que creen que estas personas no podrán desarrollar un trabajo competente, el funcionariado que asume que carecen de la capacidad necesaria para votar en las elecciones públicas, y las comunidades locales que argumentan que no se les debería dejar vivir en el vecindario ya que las «personas con una enfermedad mental» son peligrosas. Estas actitudes y creencias discriminatorias representan una grave amenaza al disfrute por parte de las personas con problemas mentales de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, como el derecho a trabajar y a crear una familia. También constituyen un obstáculo importante para la implementación apropiada de diversos aspectos clave de las políticas de salud mental, como el desarrollo de alternativas comunitarias a la atención hospitalaria (Sayce, 2000: 42), y la promoción de la salud mental (Jenkins y cols., 2002: 70).

Tutela

En algunas jurisdicciones, las personas consideradas «incapacitadas» son colocadas bajo «tutela completa» que le otorga al tutor o tutora designado(a) una amplia gama de poderes con una salvaguarda escasa o nula por parte de la persona implicada (United Nations, 2003: pá-

rrafo 15). Las personas sometidas a este tipo de tutela pueden tener dificultades para desarrollar su capacidad de elección en una amplia gama de aspectos vitales (p. ej., si quieren contraer matrimonio o realizar un trabajo concreto), al mismo tiempo que el tutor mantiene el control de los aspectos económicos de la persona y puede decidir dónde debe vivir (Lewis, 2002a: 300-1; Inclusion Europe, 2003); estos poderes son origen de violaciones graves de los derechos humanos (p. ej., la burla de la legislación relativa a la hospitalización en un centro psiquiátrico) (UN Report, 2003: párrafo 15). Rosenthal y Sundram (2003: 48) explicaron la manera en que podría ocurrir esta situación: «Una vez que un familiar o el director o la directora de un centro psiquiátrico son declarados tutores de una persona, ésta puede ser obligada “voluntariamente” a ingresar en un centro psiquiátrico sin que ni siquiera se le haya preguntado si realmente lo desea y, de hecho, incluso resistiéndose activamente a ello».

Lucha contra el estigma y la discriminación: función de la legislación

La introducción de la legislación antidiscriminación representará un paso importante para la promoción de la inclusión social de las personas con problemas mentales. Tanto el ICCPR (Art. 26) como el ICESCR (Art. 2) apoyan la necesidad de esta legislación.

A nivel europeo, la Directiva de la Unión Europea relativa a la igualdad de tratamiento en el ámbito laboral obliga a los Estados miembros a considerar ilegales las desigualdades en función de la religión o las creencias, la discapacidad, la edad o la orientación sexual, en las áreas del empleo y la actividad laboral (Council Directive, 2000/43/EC). Una segunda Directiva exige que los Estados miembros consideren ilegal la discriminación en función de la raza o del origen étnico en numerosos contextos, como el empleo, la educación y el acceso a la atención sanitaria (Council Directive, 2000/78/EC). Los defensores de las personas con discapacidad también están intentando que la Unión Europea promulgue una nueva Directiva que obligue a los Estados a la aplicación de medidas para combatir la discriminación asociada con la discapacidad en otras áreas adicionales, como la atención sanitaria, la educación y el acceso a los bienes y servicios (European Disability Forum, 2003).

En reconocimiento de que la legislación antidiscriminación por sí misma no puede cambiar las actitudes y los comportamientos, la UE ha introducido un programa de acción para «mejorar el conocimiento de los factores que originan la discriminación, desarrollar mejores mecanismos para combatir dichos factores y crear las condiciones necesarias para una sociedad más justa» (European Commission, 2003: 22).

La concienciación también es una estrategia clave. La OMS (WHO, 2001: 98) subraya la importancia de las campañas de concienciación pública en el desarrollo de la política de salud mental: «El abordaje del problema planteado por el estigma y la discriminación exige un enfoque multinivel que incluya la educación de los profesionales y los trabajadores sanitarios, el cierre de los hospitales psiquiátricos que mantienen y refuerzan el estigma, la provisión de servicios de salud mental comunitarios y la implementación de medidas legislativas para proteger los derechos de las personas con enfermedades mentales. La lucha contra el estigma también requiere la realización de campañas de información pública para educar e informar a la comunidad respecto a la naturaleza, intensidad e impacto de los trastornos mentales, con objeto de eliminar los mitos más frecuentes y de fomentar actitudes y comportamientos más positivos».

Protección de los derechos de las personas que pueden carecer de capacidad: función de la legislación

Las partes implicadas en el desarrollo de las políticas salud mental deben considerar la forma de proteger los derechos de las personas de las cuales se considera que carecen de capacidad para tomar ciertas decisiones respecto a sí mismas (posiblemente hay varios grupos diferentes, como ancianos y ancianas, personas con discapacidades intelectuales y algunas personas con problemas mentales). Un paso esencial sería la introducción de una legislación que constituyera un marco para la toma de decisiones en nombre de las personas que carecen de capacidad para tomar decisiones por sí mismas en relación con su bienestar personal (incluyendo la salud) y con sus asuntos económicos.

La recomendación del Consejo de Europa recogida en el documento Principios relativos a la protección legal de las personas adultas con incapacidad (*Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults*, 1999) constituye una guía útil para los legisladores. Por ejemplo, en este documento se señala que el «marco legislativo debería reconocer, dentro de lo posible, que pueden existir grados diferentes de incapacidad y que la incapacidad puede presentar variaciones a lo largo del tiempo». Para cumplir los principios de la alternativa menos restrictiva/proporcionalidad y de la autonomía/independencia personales, esta legislación debe tener en cuenta que sólo pueden tomarse decisiones en nombre de otra persona si esta persona carece de la capacidad necesaria para tomar dichas decisiones por sí misma (United Nations, 2003: párrafo 46). En el informe de la la ONU se prevé que un juez determine si una persona posee la capacidad necesaria o no y si dicha persona necesita ayuda en relación con algunas decisiones: «El juez debe elegir siempre una opción que, en congruencia con los principios de autonomía y proporcionalidad, se acomode a las necesidades de la persona implicada». Las decisiones tomadas en relación con la capacidad legal de una persona deben ser revisadas periódicamente (Council of Europe, 1999; United Nations, 2003: párrafo 46).

En dicha legislación también deben estar contempladas las salvaguardas necesarias para proteger a las personas que carecen de capacidad frente a las situaciones de abuso y explotación; por ejemplo, mediante la creación de un organismo independiente que investigue los casos en los cuales pudiera ocurrir que el poder de toma de decisiones ejercido por el tutor o la tutora se estuviera ejerciendo de manera inapropiada. Los Estados también deben proporcionar las salvaguardas necesarias a las personas que carecen de capacidad para que puedan otorgar su consentimiento respecto a su hospitalización en centros psiquiátricos (REC(2004)10; *HL v. United Kingdom*, 2004).

Provisión de atención comunitaria

La OMS considera que el tratamiento y la atención comunitarios son el «objetivo último» de la política de salud mental. Este objetivo se asienta sobre los principios de la alternativa menos restrictiva, la igualdad y la inclusión social (aunque, tal y como ya se ha señalado, dicho objetivo no puede alcanzarse simplemente mediante la sustitución de la atención hospitalaria por la atención comunitaria), así como sobre la promoción de la autonomía y la

independencia personales. En la planificación y el desarrollo de la atención comunitaria deben participar las personas usuarias de los servicios y sus familias (principio de participación), y los planes asistenciales deben estar diseñados en función de las necesidades individuales valoradas (Freyhoff y cols., 2004: 61).

Atención hospitalaria frente a atención comunitaria

Tal y como se describe en el capítulo 10, durante los últimos 20 años ha habido un amplio consenso en los países de Europa occidental respecto a la necesidad del cierre de los grandes hospitales para personas con enfermedades crónicas, localizados en áreas remotas, así como para el fomento de los servicios asistenciales comunitarios. La preocupación respecto a los tratamientos de bajo nivel y las situaciones de abandono de los y las pacientes en los hospitales psiquiátricos constituyó uno de los elementos principales en este cambio de política (Carrier y Kendall, 1997: 12). Sin embargo, los hospitales psiquiátricos remotos y opresivos todavía son frecuentes en los países de Europa central y oriental, y en informes recientes sobre casos de violaciones graves de los derechos humanos en éstos se ha destacado la importancia y la urgencia de la introducción de reformas similares en dichos países (Amnesty International, 2003; Mental Disability Advocacy Center, 2003).

Además de las deficiencias asistenciales y de las condiciones de hospitalización inaceptables, los pacientes son separados de la sociedad. El Tribunal Supremo estadounidense sentenció en el caso de *Olmert contra LC (Olmsted v. LC, 1999)* que el aislamiento injustificado de las personas con discapacidad en centros hospitalarios constituía una discriminación ilegal. Esta ilegalidad no sólo se puso de manifiesto en las restricciones impuestas a los derechos de las personas confinadas en los centros psiquiátricos, sino también en el hecho de que «la hospitalización de personas que pueden participar en la comunidad y recibir los beneficios de ello perpetúa los conceptos injustificados de que las personas aisladas de esta manera son incapaces de participar dignamente en la vida».

En función de factores, como los recursos existentes y el uso equitativo de dichos recursos en las personas con necesidad de los servicios, el Tribunal sostuvo que, en los casos en que se determina que las personas pueden recibir atención comunitaria y no desean permanecer en un hospital psiquiátrico, las autoridades públicas están obligadas a facilitar la permanencia de dichas personas en el contexto comunitario.

En el ámbito europeo, un caso de este tipo podría constituir una violación del Artículo 8 (relativo a la privacidad y la vida familiar) en combinación con el Artículo 14 (falta de discriminación en relación con los derechos recogidos en el ECHR) del ECHR (Clements y Read, 2003: 67).

Atención comunitaria y Tribunal Europeo de Derechos Humanos

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos alude al vínculo existente entre la justificación del confinamiento contemplada en el Artículo 5 (el derecho a la libertad) y la disponibilidad de un sistema de apoyo alternativo de base comunitaria al señalar que las personas no deben ser detenidas a menos que se consideren insuficientes otras medidas menos severas para salvaguardar el interés de dichas personas o de las demás (*Witold Litwa v. Poland 2001*).

Hasta el momento, el Tribunal no ha considerado si los Estados deben ser obligados a disponer de los servicios de base comunitaria con objeto de evitar la necesidad del confinamiento, ni tampoco en qué medida deberían ser obligados. Sin embargo, el desarrollo de la jurisprudencia relativa al Artículo 8 (respeto por la privacidad y la vida familiar) puede ofrecer una buena oportunidad para argumentar que a los Estados se les debe exigir el desarrollo de servicios de base comunitaria como alternativa a la hospitalización en centros psiquiátricos. La razón es que, en algunas circunstancias limitadas, el Artículo 8 puede imponer obligaciones positivas a un Estado para que adopte medidas que garanticen el respeto por la privacidad y la vida familiar. Por ejemplo, en uno de los casos vistos (*Kutzner v. Germany*, 2002), se consideró que la retirada de la tutela de sus hijos a unos padres con discapacidad intelectual leve constituía una violación del Artículo 8 en función de que las razones para esta interferencia grave con la vida familiar de los padres eran insuficientes. Un elemento significativo en la decisión del Tribunal fue la preocupación por el hecho de que las autoridades hubieran considerado de manera insuficiente la provisión de medidas adicionales de apoyo, como alternativa a la «medida extrema» de separar a los hijos de sus padres.

El Memorándum explicativo de la recomendación REC(2004)10 (párrafo 75) señala la importancia de la provisión de servicios para evitar la necesidad de la imposición de mecanismos de tutela: «La hospitalización y el tratamiento involuntarios son medidas que conlleven una restricción significativa de los derechos de la persona. Deben constituir el último recurso [...] En el Artículo 10 se subraya la necesidad de desarrollar alternativas al tratamiento involuntario, en congruencia con el principio de la restricción de grado menor».

Creación de un marco legal para la atención de base comunitaria

La legislación puede crear un marco para la planificación y provisión de los servicios que cubran las necesidades de las personas usuarias de éstos que viven en la comunidad; por ejemplo, con las medidas siguientes:

1. Capacitación y responsabilización de los organismos relevantes (como los gobiernos central y locales, los organismos públicos, los proveedores de servicios [incluyendo las ONG]).
2. Creación de sistemas económicos para la definición y provisión de los servicios.
3. Procedimientos para garantizar que las personas reciben la atención y el apoyo apropiados. Por ejemplo, mediante:
 - a) La valoración detallada de las necesidades asistenciales sanitarias y sociales del individuo, así como de otras necesidades (como la vivienda).
 - b) El diseño apropiado de los servicios (como la vivienda y la asistencia social) en función de las necesidades de la persona.
 - c) La implicación plena de las personas usuarias (con apoyo por parte de un defensor independiente, si fuera necesario) en los procedimientos de valoración de sus necesidades y en el desarrollo (y revisión) de su plan asistencial, teniendo en cuenta la necesidad de la confidencialidad; además, la implicación plena de familia y amistades que ofrecen una atención informal.

4. Procedimientos de querellas.
5. Provisión de información a las personas usuarias de los servicios respecto a los procedimientos implicados en la valoración de sus necesidades y respecto a las decisiones sobre los servicios que se ofrecerán, así como acerca de los mecanismos para que las personas usuarias puedan expresar sus quejas.

Definición de las circunstancias que justifican la atención y el tratamiento obligatorios

Las circunstancias en las cuales el Estado está justificado para detener a una persona o para aplicarle tratamiento sin su consentimiento plantean «una plétora de dudas respecto a los derechos humanos» y todas estas preocupaciones deben ser abordadas por la política y la legislación de salud mental (Davidson y cols., 2003: 12).

Tanto el ICCPR como el ECHR contemplan el confinamiento de las personas en ciertas circunstancias. El Artículo 9 del ICCPR señala que todo el mundo tiene derecho a «la libertad y la seguridad de su persona» y nadie puede ser sometido a un arresto o confinamiento arbitrario ni privado de su libertad «excepto según lo recogido en los procedimientos establecidos por la ley». El Artículo 5 incluye medidas similares, especificando una lista detallada de circunstancias en las cuales las personas pueden ser privadas de su libertad. Entre ellas, «el confinamiento legal [...] de personas con problemas mentales [...]».

En 2002 se realizó un análisis de la legislación existente en los entonces 15 Estados miembros de la UE en relación con las disposiciones establecidas para la hospitalización y el tratamiento obligatorios (el Informe Salize); en este estudio se señaló que las condiciones para el confinamiento presentaban las variaciones siguientes: en seis Estados se exigía la existencia de un trastorno mental y de «peligro», en tres Estados se requería la existencia de un trastorno mental y de la necesidad de tratamiento, y en seis Estados se requería la existencia de un trastorno mental, por un lado, y la necesidad de tratamiento o un criterio de «peligro», por el otro.

La aplicación del criterio de «peligro» presentaba diferencias entre los distintos Estados de manera que en algunos países sólo se contemplaban las amenazas hacia los demás mientras que en otros también se incluían las autolesiones (no obstante, en el informe se señalaba que el comportamiento suicida debería incluirse en la categoría de necesidad de tratamiento en todos los casos) (Salize y cols., 2002: 1.10).

Determinación de la existencia de un trastorno mental

A pesar de que todos los documentos relevantes de derechos humanos subrayan la necesidad de proteger a las personas frente al confinamiento arbitrario, no se propone una definición clara de «trastorno mental». Aunque no se permite «el confinamiento de una persona simplemente debido a sus puntos de vista o porque su comportamiento es distinto del que indican las normas que rigen en una sociedad concreta», el Tribunal Europeo de Derechos Humanos considera que no es adecuado ofrecer una interpretación definitiva del concepto de «problema mental» dado que el significado de este término está en evolución continua (*Winterwerp v. the Netherlands*, 1979: 37). La recomendación REC(2004)10 propone que el

«trastorno mental» debe definirse «según los estándares médicos aceptados internacionalmente», como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (expuesta en el capítulo V de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* elaborada en 2006 por la OMS).

En el Informe Salize se señaló que, a pesar de que toda la legislación estipulaba que la existencia de un trastorno mental confirmado constituía un criterio importante en lo relativo al confinamiento, los criterios diagnósticos se mencionaban de manera infrecuente y cuando lo hacían «se utilizaban conceptos muy genéricos» (1.11).

Confinamiento y Principios MI

Los Principios MI se refieren al confinamiento («hospitalización involuntaria») de las personas con una «enfermedad mental» en los centros psiquiátricos, el establecimiento de condiciones para este tipo de detención (norma 16), la revisión de la decisión de detención (norma 17) y los procedimientos adecuados de salvaguarda (norma 18). Sin embargo, diversos expertos han planteado dudas acerca del nivel de protección ofrecido por los criterios recogidos en los Principios MI respecto al confinamiento (Rosenthal y Sundram, 2003: 65) y se ha sugerido la necesidad de revisión de éstos (United Nations, 2003: párrafo 47).

Confinamiento y Tribunal Europeo de Derechos Humanos

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos relativa al Artículo 5 establece algunos requerimientos básicos para el confinamiento legal de las personas a causa de un «problema mental». Estos requerimientos se resumen a continuación.

Legalidad del confinamiento. Además de la conformidad con las normas procedimentales importantes de la legislación nacional, y con excepción de las situaciones de urgencia, deben cumplirse las condiciones siguientes (*Winterwerp v. the Netherlands*, 1979):

1. Evidencia médica objetiva que demuestre a una autoridad nacional competente que la persona en cuestión tiene «problemas mentales».
2. El trastorno mental debe tener unas características o un grado que justifiquen el confinamiento obligatorio del paciente.
3. La validez del confinamiento continuado depende de la persistencia del trastorno mental.

Situaciones de urgencia. Aunque el confinamiento de urgencia «de personas que pueden constituir un peligro para los demás» podría justificar su detención durante un período de tiempo breve, el confinamiento continuado depende de la evidencia médica objetiva que confirme que se cumplen las condiciones recogidas en el caso *Winterwerp v. the Netherlands* (ya expuestas) (*X v. UK*, 1981).

Razones para el confinamiento. La persona debe sufrir un trastorno mental que justifique su «confinamiento obligatorio». Aparte de que el confinamiento debe llevarse a cabo en «un entorno terapéuticamente idóneo», puede estar justificado porque la persona necesita tratamiento para la curación o el alivio de su enfermedad, o bien por el hecho de que la

persona en cuestión necesita medidas de vigilancia y supervisión para evitar que se cause lesiones a sí misma o lesione a los demás (*Reid v. UK*, 2003).

Alternativa menos restrictiva. El confinamiento sólo está justificado si se han contemplado otras medidas menos severas y se ha considerado que son insuficientes para salvaguardar el interés de la persona o de la sociedad, lo que podría exigir el confinamiento de la persona (*Witold Litwa v. Poland*, 2001).

El confinamiento debe llevarse a cabo en un centro apropiado. El confinamiento de una persona en función de su trastorno mental sólo será legal si se produce en un hospital, una clínica o algún otro centro apropiado (*Ashingdane v. UK*, 1985).

Provisión de información. Las razones para el confinamiento deben ser comunicadas con toda rapidez a la persona detenida, en un lenguaje que éste pueda comprender (Art. 5[2]).

Revisión de la decisión de confinamiento. Un «tribunal» (un organismo judicial independiente del poder ejecutivo y de las partes implicadas) debe realizar una revisión periódica, considerando las condiciones esenciales para el confinamiento legal de las personas con problemas mentales; este tribunal debe tener capacidad para obligar a la liberación de la persona si ya no se cumplen las condiciones del confinamiento (Art. 5[4]; *X v. UK*, 1981). La revisión inicial debe producirse al poco tiempo de iniciarse el confinamiento; la contemplación de un período inferior a 8 semanas no cumple los criterios para que la legalidad del confinamiento sea considerada «rápida» (*E v. Norway*, 1994). En casos legales relevantes se ha señalado que las personas tienen derecho a una representación legal antes de una revisión que no dependa de la persona implicada en la solicitud de dicha representación legal (*Megyeri v. Germany*, 1992; v. también *Thorold*, 1996: 627-628; *Clements y Read*, 2003: 57) y la ayuda legal proporcionada debe ser adecuada (*Pereira v. Portugal*, 2002; v. también *Lewis*, 2002b: 299).

Retraso de la liberación. Cuando ya no se dan las condiciones que originaron el confinamiento, la liberación de la persona puede retrasarse con objeto de disponer todo lo necesario para ella. Sin embargo, no está justificado el retraso excesivo de la liberación (*Johnson v. UK*, 1999).

Creación de un marco legal para el confinamiento por razones de enfermedad mental

Las importantes salvaguardas procesales, sugeridas en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y señaladas previamente, deben ser contempladas en la preparación de la legislación referida al confinamiento de las personas a causa del padecimiento de un trastorno mental. La recomendación REC(2004)10 representa una guía adicional de ayuda para el legislador. El Artículo 17(1) establece las condiciones que deben cumplirse (excepto en casos de urgencia) si en alguna persona se considera necesario el «confinamiento involuntario»:

1. La persona debe presentar un trastorno mental.
2. La enfermedad que sufre la persona deberá conllevar un riesgo significativo de lesiones para ella misma o para los demás.
3. Su confinamiento debe incluir un objetivo terapéutico.

4. No deben existir medidas menos restrictivas para que reciba la atención apropiada.
5. Se ha tenido en cuenta la opinión de la persona implicada.

El Artículo 17(2) señala que las personas pueden ser objeto de reclusión involuntaria cuando es preciso determinar si sufren un trastorno mental y si son un riesgo de lesiones graves para ellas mismas o para los demás. El Artículo 20 señala que la decisión de someter a una persona a un confinamiento involuntario corresponde a un juez, un tribunal o «cualquier otro organismo competente» (definido como «una autoridad, una persona o un organismo señalados por la ley, que son diferentes de la persona o el organismo que propone el confinamiento involuntario y que pueden tomar una decisión independiente»). El párrafo 151 del Memorándum explicativo señala: «El principio básico consiste en que una parte que es independiente de la persona y del organismo que propone la medida pueda tomar una decisión independiente. El organismo que finalmente adopta la decisión debe comprobar que se cumple el criterio recogido en el Artículo 17».

Tratamiento: capacidad, consentimiento y tratamiento involuntario

Ni el ICCPR ni el ECHR hacen referencia expresa al tratamiento sin consentimiento del o de la paciente, excepto por el hecho de que el Artículo 7 del ICCPR prohíbe la realización de experimentos médicos o científicos sin el consentimiento libre de la persona. Aunque en un estudio relativo a los instrumentos de derechos humanos se sugiere la existencia de un consenso general, en el sentido de que el tratamiento sin consentimiento sólo puede aplicarse en circunstancias excepcionales, en la mayor parte de estos instrumentos o documentos no se describe el concepto de «circunstancias excepcionales» o bien se describe de manera muy genérica.

Consentimiento para el tratamiento y documentos de derechos humanos de Naciones Unidas

El organismo de vigilancia de acuerdos correspondiente al ICESCR señala que, en casos excepcionales, puede aplicarse un tratamiento obligatorio frente a la enfermedad mental, pero que estas intervenciones deben ser sometidas a condiciones específicas y restrictivas que cumplan los criterios de la «práctica idónea» y de los «estándares internacionales aplicables», incluyendo los Principios MI (ICESCR GC 14, 2000: párrafo 34). Sin embargo, no están claros el concepto de «práctica idónea» ni el de «estándares internacionales aplicables».

Además, los Principios MI han sido criticados por ofrecer una protección insuficiente en esta área. Mientras que los Principios MI señalan que no debe aplicarse ningún tratamiento sin el consentimiento del individuo, en lo que se refiere al derecho al consentimiento (y, por tanto, al rechazo de éste), para el tratamiento recoge una amplia gama de excepciones que «al parecer son más bien una larga lista de restricciones autorizadas que pueden imponerse sobre este derecho, más que la expresión de una intención real de reconocer el derecho» (Gendreau, 1997: 277). Rosenthal y Sundram (2003) señalaron que, bajo el espíritu de los Principios MI, una «autoridad independiente» puede ordenar el tratamiento obligatorio de los pacientes confinados, pero que los Principios MI no definen lo que constituye realmente una «autoridad independiente» ni tampoco ofrecen ninguna forma de protección procesal a

las personas cuya capacidad de decisión ha sido anulada por dicha «autoridad». En el Informe de Naciones Unidas (UN Report, 2003: párrafo 45) se señala que los Principios MI no recogen el derecho explícito a rechazar el tratamiento por parte de las personas confinadas en centros psiquiátricos y que «las generosas excepciones a este derecho contenidas en el principio 11 hacen que dicho derecho carezca de un significado real».

Consentimiento terapéutico y política de derechos humanos del Consejo de Europa

Convención de bioética. Las cuestiones relativas al consentimiento para el tratamiento o consentimiento terapéutico han sido abordadas por la Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano y la medicina: Convención sobre derechos humanos y biomedicina, 1997 (la «Convención de bioética»). En este documento se señala que, «como norma general», cualquier intervención de carácter asistencial sólo puede ser aplicada después que la persona haya otorgado su consentimiento libre e informado para ésta (aunque el tutor o la tutora o representante personal del individuo que carece de la capacidad necesaria para tomar decisión en este sentido puede otorgar el consentimiento terapéutico en nombre de la persona afectada). Sin embargo, el Artículo 7 señala que las personas pueden recibir tratamiento sin haber otorgado su consentimiento en los casos en que sufren una enfermedad mental grave, cuando la intervención está dirigida hacia el tratamiento de la enfermedad mental y cuando se considera que, si no se aplica el tratamiento, pueden producirse graves consecuencias para la salud de la persona. Además, el artículo 26 faculta la posibilidad de que las personas sean tratadas sin su consentimiento cuando, por ejemplo, dicho tratamiento se considere necesario para «proteger los derechos y las libertades de otras personas». El párrafo 151 del Informe explicativo de la Convención de bioética explica: «Una persona que, a consecuencia de su enfermedad mental, puede causar lesiones graves a otras personas, puede ser sometida legalmente a medidas de confinamiento o de tratamiento sin su consentimiento».

Aunque la Convención de bioética señala que las circunstancias en que se aplica el tratamiento obligatorio en un caso de enfermedad mental deben estar sometidas a diversas salvaguardas, no se especifica ninguna de ellas. También es importante el hecho de que, en el Artículo 26, no se exija la aplicación de salvaguardas respecto al tratamiento obligatorio en relación con la protección de los demás. Cualquiera de estas intervenciones tendría que ser justificada por lo recogido en el Artículo 8 del ECHR (el derecho a la vida privada y familiar). Esta cuestión se expone más adelante, en el apartado «ECHR y tratamiento obligatorio de la enfermedad mental».

Estándares CPT y recomendación REC(2004)10. El CPT señala que a todas las personas que permanecen en centros psiquiátricos se les debe ofrecer la oportunidad de rechazar el tratamiento y que «cualquier forma de restricción de este principio básico debe estar basada en la ley y sólo podrá producirse en circunstancias excepcionales definidas de manera clara y estricta»; sin embargo, no se recoge ninguna otra explicación. En cualquier caso, la recomendación REC(2004)10 ofrece mayor detalle acerca de las circunstancias en que puede estar justificado el tratamiento sin consentimiento de la persona. El

Artículo 18 señala que una persona puede ser sometida a tratamiento involuntario únicamente cuando sufre un trastorno mental que «representa un riesgo significativo de lesiones graves para su propia salud o para la de los demás», cuando no existen otros medios menos restrictivos para llevar a cabo el tratamiento apropiado y cuando «se ha tenido en cuenta la opinión de la persona indicada». El Artículo 20 exige que la decisión de aplicación de tratamiento sin consentimiento de la persona sea adoptada por un juez o un «órgano competente», excepto si la persona está hospitalizada, en cuyo caso la decisión la debe tomar un médico «que posea la experiencia y competencia necesarias, tras el estudio diagnóstico de la persona implicada y teniendo en cuenta su opinión». Las recomendaciones disponen diversos requerimientos procesales, como el ofrecimiento de información (verbal y por escrito) a la persona respecto a sus derechos y a sus posibilidades de recurso (Art. 22), con garantía de que todas las personas puedan ejercer sus derechos de recurso frente a dichas decisiones (Art. 25).

Tratamiento sin consentimiento y confinamiento: ¿cuestiones distintas?

Tanto el Informe de Naciones Unidas 2003 (párrafo 45) como los Estándares CPT establecen una diferencia entre las decisiones relativas al confinamiento y las correspondientes al tratamiento sin consentimiento. Por ejemplo, los Estándares CPT recogen que «el ingreso involuntario de una persona en un establecimiento psiquiátrico no debe contemplarse como la existencia de una autorización para la aplicación de tratamiento sin el consentimiento de la persona» (párrafo 41).

No obstante, la OMS señala que ésta es una cuestión controvertida y varios expertos han señalado que la consideración como distintos de ambos procedimientos puede dificultar o retrasar el tratamiento (WHO, 2003: 3.1.5). En el párrafo 150 del Memorándum explicativo correspondiente a la recomendación REC(2004)10 se indica que los procedimientos de confinamiento y tratamiento sin consentimiento deben ser considerados distintos aunque «no puede excluirse la posibilidad de que ambas medidas puedan aplicarse al mismo tiempo», añadiendo: «Así, en términos administrativos, la decisión respecto al confinamiento involuntario y la decisión relativa al tratamiento involuntario se pueden combinar en una única decisión administrativa o judicial, frente a la cual la persona implicada puede realizar un único procedimiento de recurso».

En el Informe Salize (Salize y cols., 2002: 1.22) se señala que 7 de los 15 Estados miembros de la UE estudiaron la posibilidad de aplicar procedimientos distintos para «el confinamiento involuntario y el tratamiento involuntario», considerando que esta distinción podría incrementar la salvaguarda de los derechos de los pacientes en situaciones de aplicación de intervenciones coercitivas.

En lo que se refiere al «tratamiento ambulatorio obligatorio», sólo cuatro de los Estados miembros abordan esta cuestión en su legislación, lo que podría deberse al hecho de que «la eficacia del tratamiento ambulatorio obligatorio no se ha confirmado en estudios de investigación» (Salize y cols., 2002: 1.27). La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos considera que estas acciones no violan por sí mismas los derechos recogidos en el ECHR, aunque lo puede hacer la forma con que se aplican (Davidson y cols., 2003).

Tribunal Europeo de Derechos Humanos y tratamiento obligatorio de la enfermedad mental

Aunque todavía no se ha adoptado ninguna decisión definitiva sobre esta cuestión, al considerar la aplicación del tratamiento frente a una enfermedad física el Tribunal Europeo de Derechos Humanos expuso lo siguiente: «La aplicación de un tratamiento médico sin el consentimiento de un paciente adulto y mentalmente competente podría interferir con la integridad física de éste, con violación de los derechos del paciente protegidos por el Artículo 8 párrafo 1 del Convenio» (*Pretty v. United Kingdom*, 2002).

Los aspectos relativos al tratamiento obligatorio pueden comprometer otros artículos del ECHR, además del Artículo 8. Por ejemplo, en el caso *Herczegfalvy v. Austria* (1992), el Tribunal consideró la posibilidad de que el tratamiento aplicado al demandante hubiera constituido una violación del Artículo 3 (ausencia de tortura, de trato inhumano y degradante, o de castigo). A pesar del hecho de que una medida necesaria desde el punto de vista terapéutico no puede ser considerada inhumana o degradante, el Tribunal señaló que era necesario demostrar convincentemente la necesidad médica de dicho tratamiento.

Un caso reciente planteado ante la justicia británica ha subrayado la relevancia del ECHR en lo relativo al tratamiento obligatorio de los trastornos mentales. Aunque en este caso concreto el fallo señaló que podía aplicarse el tratamiento al paciente a pesar de su competencia para rechazarlo, el Tribunal consideró que el tratamiento obligatorio de un paciente competente puede constituir una violación de los Artículos 8 y 3, incluso si el tratamiento propuesto cumple los requerimientos legales. Al decidir si el tratamiento podía aplicarse en estas circunstancias, el Tribunal consideró como factores las consecuencias de que el paciente no recibiera el tratamiento propuesto, sus posibles efectos adversos y la posibilidad de que hubiera otros tratamientos menos invasivos (*R on the application of PS and others*, 2003).

Consentimiento para el tratamiento: aspectos legislativos

Dada la falta de consenso sobre las circunstancias en que puede aplicarse un tratamiento sin consentimiento, esta cuestión tendrá que ser evaluada a nivel nacional antes de la introducción de la legislación. En la evaluación debería tenerse en cuenta que el tratamiento sin consentimiento se plantea en dos tipos diferentes de situación:

Incapacidad. La persona implicada carece de la capacidad necesaria para decidir si debe aceptar o rechazar el tratamiento y, en este caso, se propone aplicar el tratamiento en ausencia del consentimiento de la persona. En estas situaciones son relevantes las siguientes cuestiones:

1. ¿Cómo se ha determinado la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre el tratamiento y quién debe estar implicado en dicha decisión?
2. ¿Cuáles son los fundamentos para la aplicación del tratamiento y quién debe estar implicado en dicha decisión? Por ejemplo, ¿la decisión tomada se aplicará a todos los tratamientos o sólo al tratamiento de la enfermedad mental?
3. ¿Habrá alguna forma de restricción sobre los tipos de tratamiento que pueden aplicarse o existirá alguna salvaguarda especial frente a ciertos tratamientos? Por ejem-

plo, teniendo en cuenta que la psicocirugía no puede llevarse a cabo sin el consentimiento de la persona, es necesario especificar en qué circunstancias (si es que existe alguna) puede aplicarse la terapia electroconvulsiva (TEC) sin el consentimiento de la persona y en qué circunstancias debe prohibirse la TEC «no modificada».

4. ¿Se respetará el contenido de una «directiva de avance» (también denominada «testamento psiquiátrico»)? En el Informe Salize (Salize y cols., 2002: 3.4) se describe este concepto como «las instrucciones definidas previamente de un paciente respecto a su aceptación o rechazo de ciertos tratamientos o intervenciones en el caso de que sufra posteriormente cualquier forma de incapacidad mental que le impida tomar una decisión», pero las definiciones pueden ser variables. Si se incluye en la legislación, es necesaria la definición clara de este concepto, además de las condiciones que deben cumplirse para que dicha directiva de avance sea válida.

Rechazo por parte de una persona competente. La persona en cuestión posee la capacidad necesaria para tomar decisiones respecto al tratamiento y también para rechazarlo; sin embargo, se propone la aplicación del tratamiento a pesar del rechazo de la persona. En estas situaciones son relevantes las siguientes cuestiones:

1. ¿Las disposiciones relativas al tratamiento obligatorio sólo se aplican al tratamiento de la enfermedad mental?
2. ¿En qué circunstancias puede pasarse por alto el rechazo de la persona? Por ejemplo, ¿cuando existe riesgo para otras personas, riesgo de autolesiones, riesgo de suicidio, o bien riesgo para la salud de la persona (p. ej., la situación en que la salud de la persona se deteriorará si no se le aplica el tratamiento)?
3. Tal y como se ha expuesto en el apartado anterior de «Incapacidad», ¿existirá alguna restricción respecto a los tipos de tratamiento que pueden aplicarse o bien alguna salvaguarda especial respecto a ciertos tratamientos?
4. Tal y como se ha expuesto en el apartado anterior de «Incapacidad», ¿se respetará el contenido de una «directiva de avance con rechazo del tratamiento»?

La legislación debe garantizar que las circunstancias limitadas en las cuales puede aplicarse el tratamiento sin el consentimiento de la persona quedan claramente definidas y que estas provisiones se acompañan de las salvaguardas apropiadas. Además, la legislación también debe ofrecer una definición de «consentimiento» de manera que quede claro que el consentimiento sólo es válido cuando el paciente lo otorga libremente y de manera «informada», lo que obliga a que el paciente comprenda «el objetivo, las características, los probables efectos y riesgos del tratamiento, incluyendo las posibilidades de obtención de buenos resultados y las posibles alternativas que existan a éste» (DH, 1999: 15.13). La OMS (WHO, 2005b: 7) apela a los Estados para que consideren la introducción de derechos legales respecto a las personas en situación de tratamiento involuntario con objeto de que puedan tener un defensor independiente.

Salvaguarda de los derechos de las personas atendidas en centros psiquiátricos

Además de la consideración de las directrices generales para la provisión de la atención psiquiátrica, son necesarias salvaguardas específicas para proteger a las personas que son atendidas en centros psiquiátricos, especialmente a las que están en situación de confinamiento, ya que son personas muy vulnerables frente al abuso. A continuación se exponen los aspectos clave en el desarrollo de la legislación, las políticas y las directrices acerca de los estándares asistenciales y de otras medidas para salvaguardar los derechos individuales.

Aspectos generales

La recomendación REC(2004)10 establece una serie de áreas que deben ser consideradas en relación con la provisión de la atención psiquiátrica. Por ejemplo:

1. *Provisión del servicio asistencial (Art. 10)*. Considerando los recursos disponibles, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para ofrecer una gama de servicios de calidad apropiada para solucionar las necesidades de salud mental de las personas que sufren un trastorno psiquiátrico, garantizando la igualdad en el acceso a dichos servicios. Siempre que sea posible, deben implementarse alternativas al confinamiento del paciente y al tratamiento obligatorio.
2. *Planes terapéuticos (Art. 12)*. El tratamiento y la atención ofrecidos a las personas que sufren un trastorno mental deben ser aplicados por profesionales adecuadamente cualificados y en función de un plan terapéutico apropiado y prescrito individualmente. Siempre que sea posible, el plan terapéutico debe definirse, teniendo en cuenta la opinión de la persona implicada. El o la paciente debe ser consultado(a) y el plan terapéutico debe ser revisado de manera regular y modificado si fuera necesario. (La necesidad de la individualización del plan terapéutico, basada en las necesidades concretas del o de la paciente y en la revisión regular del mismo, también queda recogida en los Principios MI y en los Estándares CPT.)
3. *Confidencialidad de la historia clínica (Art. 13)*. Todos los datos personales (como las historias clínicas, que son imprescindibles en lo que se refiere a las personas que reciben tratamiento por una enfermedad mental) relacionados con las personas que sufren una enfermedad mental deben ser considerados confidenciales: «Estos datos sólo pueden ser obtenidos, procesados y comunicados según las normas de la confidencialidad profesional y de la protección de los datos personales».
4. *Garantías y vigilancia de la calidad (Arts. 36 y 37)*. Los Estados deben garantizar el cumplimiento de los estándares recogidos en la recomendación REC(2004)10 y en la legislación sobre salud mental. La vigilancia debe incluir la realización de visitas e inspecciones a los centros psiquiátricos para comprobar el cumplimiento de los procedimientos de queja y la respuesta apropiada a las quejas presentadas. En los sistemas de vigilancia debe participar una amplia gama de personas, incluyendo los profesionales de la salud mental y las personas que sufren enfermedades mentales. Los Estándares CPT recomiendan el establecimiento de un procedimiento de quejas

efectivo de manera que las quejas expresadas mediante un procedimiento formal lleguen a un organismo específicamente designado y que los y las pacientes puedan comunicar sus quejas de manera confidencial a un organismo apropiado e independiente del organismo oficial que le atiende.

Condiciones de confinamiento, atención y tratamiento

Entorno. Los gobiernos deben garantizar la idoneidad de las condiciones del confinamiento. En el caso *Aerts v. Belgium* (1998), el Tribunal Europeo de Derechos Humanos sostuvo que la falta de provisión de atención médica o de un entorno terapéutico constituyó una violación del artículo 5 del ECHR (el derecho a la libertad). Los Estándares CPT subrayan la importancia de la creación de un «entorno terapéutico positivo» (p. ej., la provisión de un espacio vital suficiente para cada paciente y el mantenimiento de los requerimientos de conservación e higiene de las instalaciones). Además, es necesario el respeto a la privacidad y la dignidad de los y las pacientes mediante la provisión de espacios privados que ellos y ellas puedan cerrar con llave y en los cuales puedan tener sus pertenencias, con garantía de que las instalaciones sanitarias ofrecen cierta privacidad a los y las pacientes.

Provisión de la atención. Los Estándares CPT señalan que, con independencia de los recursos, los y las pacientes tratados(as) de manera voluntaria o involuntaria deben tener cubiertas sus necesidades básicas, incluyendo la comida, la comodidad, la ropa y los medicamentos apropiados. También es necesaria una plantilla suficiente de profesionales con la formación y experiencia necesarias.

Protección de los derechos de las personas en situación de confinamiento

Los Estados deben garantizar que las personas en situación de confinamiento sean «tratadas con humanidad y con respeto en relación con la dignidad inherente del ser humano» y no sean sometidas a otras adversidades o restricciones que las resultantes de la privación de su libertad (Art. 10, ICCPR, 1992 y ICCPR GC 21, 1992).

Tanto el ECHR como el ICCPR prohíben la interferencia arbitraria en la vida privada y familiar de las personas. La interferencia con el Artículo 8 (el derecho al respeto por la vida privada y familiar) sólo puede justificarse cuando se cumplen ciertos criterios: por ejemplo, cuando la interferencia cumple los requisitos del Código Civil, cuando su objetivo es la protección de algún interés específico del o de la paciente, como la protección de su salud, y cuando la interferencia no supere lo estrictamente necesario para alcanzar su objetivo (principio de proporcionalidad).

El Artículo 8 cubre una amplia gama de áreas relacionadas con las personas en situación de confinamiento, como la administración de tratamiento médico, la obtención de datos personales, la recepción y envío de correspondencia, el uso de plantas de confinamiento con cuartos de baño para hombres y mujeres, el acceso a las historias clínicas y personales, el contacto con la familia y las amistades, y la confidencialidad (el personal de plantilla está obligado a mantener la confidencialidad de la información personal relacionada con las personas en situación de confinamiento).

Los Estándares CPT recomiendan que las personas atendidas en centros de salud mental tengan la capacidad de enviar y recibir correspondencia, de acceder a un teléfono y de recibir visitas de familiares y amigos. También deben tener el derecho a un acceso confidencial a un abogado o una abogada. La recomendación REC(2004)10 también recoge estos puntos, señalando que no deben restringirse sin motivo los derechos de la persona para comunicarse con sus abogados o representantes, o bien con la autoridad apropiada. Respecto a la recomendación REC(2004)10, el Memorándum explicativo deja claro que cualquier restricción sólo debe aplicarse en circunstancias excepcionales, como la prevención de un delito.

Dado que las personas en situación de confinamiento en centros psiquiátricos son especialmente vulnerables a los abusos de sus derechos básicos, los Estándares CPT recomiendan que un organismo independiente realice visitas regulares a dichos centros. La recomendación REC(2004)10 ha adoptado algunas de las indicaciones específicas del CPT en relación con este tipo de vigilancia. Así, el Artículo 37 señala que las personas que participen en la vigilancia deben tener capacidad para reunirse en privado con las personas a las cuales se han aplicado las provisiones de la legislación sobre salud mental de manera que puedan recibir en situación de confidencialidad las quejas de estas personas.

El CPT también recomienda que las personas en situación de confinamiento y sus familias reciban un folleto introductorio en el cual se expliquen las actividades básicas del centro psiquiátrico y los derechos de los y las pacientes.

Protección de la vida y prevención de los tratamientos no indicados

Dada la posición vulnerable de las personas en situación de confinamiento, las autoridades tienen la obligación de protegerlas frente a posibles daños. Por ejemplo, los Estándares CPT señalan que deben aplicarse los procedimientos apropiados para proteger a los y las pacientes de las lesiones que les podrían causar otros u otras pacientes con obligación de que exista un número adecuado de personas de la plantilla asistencial en todo momento.

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha establecido que los Estados tienen la obligación de proteger la salud de las personas en situación de confinamiento (*Hurtado v. Switzerland*, 1994) y que la falta de tratamiento médico puede constituir una violación del Artículo 3 (prohibición de la tortura y del trato inhumano y degradante, así como del castigo) (*Ilhan v. Turkey*, 2002). Asimismo, el Artículo 2 (derecho a la vida) puede obligar al Estado a adoptar las medidas de prevención necesarias para «disminuir las oportunidades de autolesiones» (*Keenan v. United Kingdom*, 2001). Debe abrirse una investigación independiente cada vez que fallezca una persona en circunstancias que podrían constituir una violación del Artículo 2 y cada vez que exista la posibilidad de que una persona haya recibido cualquier forma de maltrato que pueda constituir una violación del Artículo 3. Esta investigación debe tener la capacidad necesaria para la identificación y el castigo de las personas responsables (*Assenov & Others v. Bulgaria*, 1998).

En el caso *Keenan v. United Kingdom* (2001), el Tribunal Europeo de Derechos Humanos sostuvo que había habido falta de una vigilancia efectiva y de información psiquiátrica necesaria para la valoración y el tratamiento de un prisionero de 28 años de edad,

del cual se tenía la certeza de que sufría una enfermedad mental con riesgo de suicidio. La falta de una respuesta adecuada al deterioro de la enfermedad del prisionero condujo a un trato inhumano y degradante subsidiario de castigo bajo lo recogido en el Artículo 3 del ECHR.

Para determinar si el castigo o el trato son «degradantes», el Tribunal Europeo suele tener en cuenta si hubo o no *intención* de humillación o degradación de la persona implicada. Sin embargo, en el caso *Price v. United Kingdom* (2001), este Tribunal sostuvo que la policía y las autoridades carcelarias llevaron a cabo una violación del Artículo 3 ya que no aplicaron las medidas necesarias en el caso de una mujer con problemas psiquiátricos graves, incluso teniendo en cuenta que no hubo intención de humillación ni degradación de la paciente. Este dato es significativo si se tiene en cuenta que, tal y como señalan Rosenthal y Sundram (2003), la mayor parte de los profesionales de la salud mental no causa daños ni sufrimiento a las personas de manera deliberada.

CONCLUSIÓN

Tal y como pretende demostrarse en este capítulo, la perspectiva de los derechos humanos debe formar parte integral de la política de salud mental. La aplicación de los principios de derechos humanos no sólo capacita a los gobiernos para el cumplimiento de sus obligaciones según los acuerdos internacionales de derechos humanos, sino que también facilita el desarrollo de políticas de salud mental y la identificación de las áreas en las cuales es necesaria la legislación para el apoyo de dichas políticas. Por ejemplo, al considerar el uso de la capacidad de colocar a las personas en situación de confinamiento porque sufren una enfermedad mental, el punto de vista de los derechos humanos no sólo exige que la legislación garantice que dicha capacidad solamente se aplique en circunstancias estrictamente definidas y con las salvaguardas apropiadas para proteger los derechos de las personas sometidas a estas circunstancias, sino que también subraya la necesidad de legislaciones y políticas que faciliten la provisión de servicios comunitarios como alternativa a la atención hospitalaria. De la misma manera, la eliminación de las barreras a la inclusión social no solamente es esencial para la protección de los derechos de las personas que sufren problemas mentales (p. ej., frente a la discriminación injusta), sino que posiblemente también es necesaria para la implementación adecuada de las políticas que permiten el desarrollo de los servicios asistenciales comunitarios.

Lo más importante es el hecho de que si pretendemos que la política de salud mental (y la legislación sobre la que asienta) establezca una diferencia real en las vidas de las personas que sufren problemas mentales y en la de las personas que las cuidan o que viven con ellas, entonces es necesario que el desarrollo y la implementación de dicha política estén basados en la perspectiva de los derechos humanos. La razón es que la perspectiva de los derechos humanos subraya la importancia de la capacitación de las personas que sufren problemas mentales para participar en la sociedad de la misma manera que cualquier otro ciudadano u otra ciudadana, en lo que posiblemente debería ser el objetivo último de cualquier política de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Alston P, Crawford J. *The Future of UN Human Rights Treaty Monitoring*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- Amnesty International. *Bulgaria, Far from the Eyes of Society: Systematic Discrimination against People with Mental Disabilities*. Londres: Amnesty International, 2003.
- Carrier J, Kendall I. *Evolution of Policy*. En: Leff J, ed. *Care in the Community, Illusion or Reality?* Chichester: Wiley, 1997.
- Churchill R, Khaliq U. The collective complaints system of the European Social Charter: an effective mechanism for ensuring compliance with economic and social rights? *Eur J Int Law* 2004; 15 (3): 417-456.
- Clements L, Read J. *Disabled People and European Human Rights: A Review of the Implications of the 1998 Human Rights Act for Disabled Children and Adults in the UK*. Bristol: The Policy Press, 2003.
- Commission of the European Communities. *Proposal for a Council Regulation Establishing a European Union Agency for Fundamental Rights*. Bruselas: 30.06.2005, COM(2005)280 final, 2005/0124 (CNS) 2005/0125 (CNS), 2005.
- Council Directive 2000/78/EC. *Establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation*, OJ L303/16, 2000.
- Council Directive 2000/43/EC. *Implementing the principle of equal treatment between persons irrespective of race or ethnic origin*, OJ L180/22, 2000.
- Council of Europe. *Recommendation No R(99)4 of the Committee of Ministers to Member States on Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults*. Estrasburgo: Council of Europe, 1999.
- Council of Europe. *Recommendation 1592: Towards Full Social Inclusion of People with Disabilities*. Parliamentary Assembly, Council of Europe. Estrasburgo: Council of Europe, 2003.
- Council of Europe. *Recommendation No REC(2004)10 of the Committee of Ministers Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with a Mental Disorder and its Explanatory Memorandum*. Estrasburgo: Council of Europe, 2004.
- Council of the European Union. *European Union Annual Report on Human Rights 2002*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- Davidson G, McCallion M, Potter M. *Connecting Mental Health and Human Rights*. Belfast: Northern Irish Human Rights Commission, 2003.
- DH (Department of Health) and Welsh Office. *Mental Health Act 1983 Code of Practice*. Londres: The Stationery Office, 1999.
- Enable. *Overview of international legal framework for disability legislation, 2004*. Disponible en: www.un.org/esa/socdev/enable/disovlf.htm. [Consultado el 7 de marzo de 2005.]
- European Commission, Employment and Social Affairs. *Annual Report on Equality and Non-discrimination 2003, Towards Diversity*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
- European Communities. *A Constitution for Europe, Constitution Adopted by Heads of State and Government – Presentation to Citizens*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
- European Disability Forum (EDF). *The EDF Proposal for a Disability Specific Directive, 2003*. Disponible en: www.edf-feph.org/en/policy/nondiscrim/nond_pol.htm. [Consultado el 7 de marzo de 2005.]
- Freyhoff G, Parker C, Coué M, Grieg N. *Included in Society – Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community-based Residential Alternatives for Disabled People*. (Supported by the European Commission.) Bruselas: European Coalition for Community Living, 2004.
- Gendreau C. The rights of psychiatric patients in the light of the principles announced by the United Nations: a recognition of the right to consent to treatment? *Int J Law Psychiatry* 1997; 20 (2): 259-278.
- ICCPR GC 18. *International Covenant on Civil and Political Rights, 1989; General Comment 18, Non-discrimination*.
- ICCPR GC 20. *International Covenant on Civil and Political Rights, 1992; General Comment 20, Article 7*.
- ICCPR GC 21. *International Covenant on Civil and Political Rights, 1992; General Comment 21, Article 9 (replaces general comment 9 concerning humane treatment of persons deprived of liberty) (Article 10)*.
- ICCPR GC 31. *International Covenant on Civil and Political Rights, 2004; General Comment 31, Article 2, Implementation at the national level*.
- ICESCR GC 3. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1990; General Comment 3, The nature of states parties obligations*.

ICESCR GC 5. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1994; General Comment 5, Persons with disabilities.

ICESCR GC 14. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Article 12).

Inclusion Europe. Justice, Rights and Inclusion for People with Intellectual Disability. Bruselas: Inclusion Europe, 2003.

JCHR (Joint Committee on Human Rights). The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 2004; 21st Report of Session 2003-2004, HL Paper 183.

Jenkins R, McCulloch A, Friedli L, Parker C. Developing a National Mental Health Policy. Hove: Psychology Press, 2002.

Lewis O. Mental disability law in central and eastern Europe: paper, practice, promise. *J Ment Health Law* 2002a; 8 (diciembre): 293-303.

Lewis O. Protecting the rights of people with mental disabilities: the European Convention on Human Rights. *Eur J Health Law* 2002b; 9 (4): 293-320.

Mental Disability Advocacy Center (MDAC). Cage Beds, Inhuman and Degrading Treatment in Four Accession Countries. Budapest: MDAC, 2003.

O'Flaherty M. Human Rights and the UN: Practice Before the Treaty Bodies, 2ª ed. Holanda: Kluwer International, 2002.

Quinn G. The European Union and the Council of Europe on the issue of human rights: twins separated at birth? *McGill Law J* 2001; 46: 849.

Quinn G, Degener T, Bruce A, Burke C, Castellino J, Kenna P. Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability, 2002. Disponible en: www.unhchr.ch/disability/hrstudy.htm.

Rosenthal E, Sundram CJ. International Human Rights and Mental Health Legislation. Ginebra: World Health Organization, 2003.

Salize H, Drefsing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU Member States. Bruselas: European Commission, 2002.

Sayce L. From Psychiatric Patient to Citizen – Overcoming Discrimination and Social Exclusion. Basingstoke: Palgrave, 2000.

Starmer K. European Human Rights Law, The Human Rights Act 1998 and the European Convention on Human Rights. Londres: Legal Action Group, 1999.

Thorold O. The implications of the European Convention on Human Rights for United Kingdom mental health legislation. *Eur Hum Rights Law Rev* 1996; 6: 619-636.

United Nations. Report of the Secretary-General: Progress of efforts to ensure the full recognition of the human rights of persons with disabilities. A/58/181. Nueva York: United Nations, 2003.

Williams A. EU Human Rights Policies – A Study in Irony. Oxford: Oxford University Press, 2004.

World Health Organization. The World Health Report – Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra: World Health Organization, 2001.

World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Legislation and Human Rights. Ginebra: World Health Organization, 2003.

World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe – Facing Challenges, Building Solutions. Ginebra: World Health Organization, 2005a.

World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe – Facing Challenges, Building Solutions. Ginebra: World Health Organization, 2005b.

World Health Organization. Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Ginebra: World Health Organization, 2005c.

World Health Organization. International Statistics Classification of Diseases and Related Health Problems. Ginebra: World Health Organization, 2006.

Casos

Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Aerts v. Belgium (1998) 29 EHRR 50
Ashingdane v. United Kingdom (1985) 7 EHRR 528
Assenov & Others v. Bulgaria (1998) 28 EHRR 652
E v. Norway (1994) 17 EHRR 30
Herczegfalvy v. Austria (1992) 15 EHRR 437
HL v. United Kingdom (2004) Aplicación n.º 45508/99, 5 de octubre de 2004
Hurtado v. Switzerland A/280-A (1994) (no publicado)
Ilhan v. Turkey (2002) 34 EHRR 36
Johnson v. United Kingdom (1999) 27 EHRR 196
Keenan v. United Kingdom (2001) 33 EHRR 39
Kutzner v. Germany 46544/99; 26 de febrero de 2002
Witold Litwa v. Poland (2001) 33 EHRR 53
Megyeri v. Germany (1992) 15 EHRR 584
Pereira v. Portugal (2002) Aplicación n.º 44872/98
Pretty v. United Kingdom (2002) 35 EHRR 1
Price v. United Kingdom (2001) 34 EHRR 1285
Reid v. United Kingdom (2003) Aplicación n.º 50272/99
Winterwerp v. Netherlands (1979) 2 EHRR 387
X v. United Kingdom (1981) 4 EHRR 188

Otros casos

Olmstead v. LC (1999) 527 US 581
R on the application of PS and others (2003) EWHC 2335

Capítulo 14

Movimiento de las personas usuarias y supervivientes en Europa

DIANA ROSE Y JO LUCAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se evalúa la función que está desempeñando la participación de las personas usuarias en el desarrollo de las políticas y prácticas de salud mental tanto a nivel europeo como en diversos países concretos. Las cuestiones que se abordan son: la historia del movimiento de las personas usuarias, sus actividades (es decir, el trabajo de los grupos) y el grado de control de estos grupos por parte de los propias personas usuarias. Después se exponen brevemente la función que pueden desempeñar éstas en la investigación y la influencia que tienen sobre el desarrollo de las políticas, si es que tienen alguna.

La participación de las personas usuarias en la salud mental es uno de los avances más interesantes e innovadores que se han producido en el campo de la psiquiatría y capacita a las propias personas usuarias de los servicios a organizarse colectivamente. Desde un punto de vista histórico, las personas usuarias de los servicios de salud mental han carecido de voz, pero esta situación ha cambiado durante los últimos años en un número cada vez mayor de países (Wallcraft y cols., 2003; Rush, 2004; Campbell, 2005; Chamberlin, 2005).

Claramente, el movimiento hacia la participación de estas personas se ha acompañado de tensiones con otras partes implicadas en los servicios psiquiátricos. Cuando un grupo marginado encuentra su propia voz y formula una posición a partir de la cual pueden producirse cambios, siempre

Gracias a Mary Nettle por el tiempo que dedicó a ser entrevistada y por sus comentarios sobre un boceto inicial de este capítulo. Gracias también a todos los compañeros, compañeras y amistades de la red Hamlet Trust, cuya energía y experiencia han sido la base del trabajo presentado en este capítulo.

aparecen obstáculos. Al mismo tiempo que se evita la infravaloración del nuevo poder de las personas usuarias, en este capítulo también se describen algunos obstáculos que todavía han de ser superados.

Con independencia de los fuertes imperativos éticos y democráticos para la participación de estas personas en la planificación y provisión de las actividades, también hay un cuerpo de evidencia creciente (aunque todavía limitado) que apoya la contribución vital que pueden hacer las personas usuarias de los servicios a la investigación sobre salud mental. Así, éstas pueden estar en una posición mejor que los profesionales para valorar el grado con que los servicios solucionan sus necesidades (Thornicroft y Tansella, 2005). También se ha demostrado, por ejemplo, que estas personas señalan un grado de satisfacción menor con los servicios cuando son entrevistados por otras personas usuarias del mismo servicio (Simpson y House, 2002). Su participación en la investigación también puede ser útil para las personas implicadas debido a la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos, de un sentido de la capacitación y la valoración, y de un conocimiento mayor de otros investigadores con potenciación de las relaciones con ellas (Allam y cols., 2004).

La participación de las personas usuarias puede tener lugar a nivel europeo y también en los distintos países individuales. El mandato de que la Unión Europea (UE) debe intervenir para promover la inclusión social, eliminar la discriminación, proteger los derechos humanos y promocionar la salud y el bienestar (v. cap. 13) ofrece la oportunidad de la participación activa de estas personas a nivel paneuropeo. Por desgracia, su participación a este nivel es casi únicamente virtual debido a la inexistencia de financiación y, en términos más generales, por el hecho de que la participación de las personas usuarias en toda Europa muestra un desarrollo muy heterogéneo. Las razones de ello se deben, en parte, a las diferentes condiciones sociales, económicas y políticas existentes en las distintas regiones, y son distintas de las que se refieren al movimiento de las personas con discapacidad, que parece que ha sido mejor aceptado y posee mayor actividad en la UE (p. ej., el Foro europeo de discapacidad).

Otro factor que influye en el nivel y en las características de la participación de las personas usuarias es el de los mecanismos de provisión de los servicios de salud mental. Por una parte, la transición hacia la atención comunitaria al parecer facilita el crecimiento de estos grupos; por la otra, la dura legislación sobre el tratamiento involuntario parece que facilita el hecho de que los profesionales sensibilizados, incluyendo abogados y abogadas, constituyan grupos de personas no usuarias que persiguen la modificación de dicha legislación y de las prácticas relacionadas con ella. En Holanda hay una excepción a este patrón. En este país hay un fuerte movimiento de personas usuarias (aunque divididas) a pesar de que la atención psiquiátrica continúa llevándose a cabo fundamentalmente en hospitales.

Estas diferencias estructurales en la forma con que se constituyen los grupos plantea dificultades a la hora de inventariar los grupos de personas usuarias en Europa. Las personas familiarizadas con esta situación en Reino Unido saben que el «grupo de personas usuarias» suele definirse como grupo cuyos miembros son únicamente usuarios, como grupo en el cual las decisiones importantes son tomadas por las personas usuarias de los servicios o como grupo en que se cumplen ambas condiciones. Esto no es necesariamente lo que ocurre en todos los países europeos. Estos grupos pueden estar constituidos por fami-

lias (así, pueden ser principalmente grupos de familiares), por profesionales sensibilizados y por miembros de la sociedad general con un interés especial en esta cuestión. En la encuesta realizada por correo electrónico para la elaboración de este capítulo (v. más adelante) se incluyó una pregunta para determinar si los grupos eran controlados por las propias personas usuarias, definiendo el control como la toma de decisiones por parte de éstas en una organización. Fuera de Reino Unido, pocos grupos respondieron a esta pregunta, lo que realmente puede indicar que no están familiarizados con este concepto.

Otra dificultad es el hecho de que en la mayor parte de los países europeos (aunque no en todos), los grupos se organizan a niveles nacional, regional y local. Estas estructuras están bien desarrolladas, por ejemplo, en Suecia, Dinamarca, Francia y Austria, entre otros países, en los cuales los grupos locales y regionales suelen estar afiliados a organizaciones nacionales. Los vínculos con los grupos de otros países son menos claros. En muchos países hay también grupos basados en diagnósticos específicos que, de nuevo, pueden estar relacionados con organizaciones a nivel nacional. Por ejemplo, en Francia, algunos grupos basados en diagnósticos específicos están vinculados con la red nacional francesa de organizaciones de personas usuarias, la FNAP PSY (*Fédération Nationale des Associations de Patients et [ex] Patients «PSY»*). En los países de Europa oriental y central no existen, en la actualidad, grupos de personas usuarias con una organización nacional de referencia, aunque en este sentido se están realizando avances tanto en Lituania como en Georgia.

Una última dificultad para conocer el escenario europeo es la relacionada con la sostenibilidad y el ciclo de vida de los grupos de personas usuarias. Es bien conocido el hecho de que estos grupos se crean y desaparecen con cierta rapidez (Wallcraft y cols., 2003). Incluso organizaciones de gran tamaño, como el Foro de iniciativas antipsiquiátricas (FAPI, *Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen*), que actúa en países de habla germana, pueden tener una vida limitada. Al parecer, la razón principal para la desaparición de estos grupos es la lucha con la sostenibilidad económica a largo plazo dado que dicha sostenibilidad depende, en gran medida, de las ayudas y subvenciones públicas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos grupos existen sin ningún tipo de financiación, sostenidos únicamente por la buena voluntad y por el tiempo y los recursos de voluntarios y voluntarias.

Es importante finalizar esta introducción exponiendo brevemente la terminología para aquellas personas que no estén familiarizadas con el movimiento de las personas usuarias. Los términos utilizados por los grupos y las personas reflejan una consideración filosófica de la psiquiatría. El término de «personas usuarias» se refiere a las personas que todavía reciben servicios asistenciales. El término de «superviviente» se refiere a las personas que consideran que el sistema psiquiátrico es algo a lo que hay que sobrevivir; los y las pacientes superan su problema a pesar del sistema psiquiátrico, no gracias a éste. Así, algunas personas que todavía son «usuarias» se consideran a sí mismas supervivientes. Cuando los grupos de personas usuarias se colocan realmente en una posición de crear y ofrecer servicios, generalmente se refieren a las personas que reciben estos servicios como «clientes» o, quizá, como «consumidores», ya que los servicios ofrecidos por las personas usuarias representan realmente una alternativa. En la práctica, los términos de «clientes» y «consumidores» no suelen utilizarse. Muchas personas todavía consideran que los servicios psiquiátricos de sus propios países rechazan la alternativa propuesta por las personas usuarias.

La pobreza también puede eliminar la opción de las alternativas de atención privada. El término de «pacientes» es el menos utilizado, de nuevo, porque no se asocia con ninguna elección y, además, porque implica el uso del «modelo médico». En este capítulo se utilizan estos términos en la medida en que lo hacen los propios grupos.

MÉTODOS

El método principal para conseguir la información que se ofrece en este capítulo ha sido básicamente las búsquedas en los recursos de internet, complementadas con los datos obtenidos en los estudios publicados en la bibliografía. Las autoras del capítulo también han utilizado sus conocimientos personales. Diana Rose pertenece al movimiento de personas usuarias/supervivientes de Reino Unido desde mediados de 1980. Jo Lucas es consultora independiente y ex directora del Hamlet Trust. Mary Nettle, miembro del Comité de personas usuarias británico de la Red europea de personas usuarias, ex usuarias y supervivientes de la psiquiatría (ENUSP, *European Network of [ex] Users and Survivors of Psychiatry*), también ha sido entrevistada y ha ofrecido alguna información.

La página web de la ENUSP (www.enusp.org) junto con sus dos listas de correo electrónico ha sido el recurso web clave utilizado. Esta página web está redactada principalmente en alemán, pero algunas secciones están en inglés, holandés, finlandés, francés, rumano y español, con pantallas de bienvenida en la mayor parte de los demás idiomas; no obstante, todavía se aconseja a las personas usuarias que traduzcan diversas partes de ésta a otros idiomas.

Esta diversidad de lenguas es importante y ha constituido una dificultad para la redacción del capítulo presente. Aunque la mayor parte de los profesionales puede aceptar que el inglés es el idioma internacional de la comunicación científica y profesional, esto no ocurre con las personas usuarias de los sistemas de salud mental. Muchas de ellas no tienen facilidad para acceder al aprendizaje del inglés ni oportunidades de practicar de manera cotidiana el inglés que aprendieron en el colegio. Además de ello, es bien conocido el hecho de que los hablantes nativos de inglés muestran gran pereza para el aprendizaje de otras lenguas, lo que nos dificulta el conocimiento de la información que aparece en páginas web, como la de la ENUSP.

Una última advertencia se refiere al énfasis que se pone en internet. Muchas personas usuarias que permanecen confinadas en centros psiquiátricos o que viven en situaciones de pobreza carecen de acceso a internet. Así, la actividad de participación de estas personas puede permanecer en el terreno de lo desconocido si no tiene lugar a través de internet. Por tanto, aunque la mayor parte de los grupos locales recogidos en la página web de la ENUSP en la actualidad posee acceso a través de correo electrónico y páginas web propias, también es cierto que hay una minoría significativa de grupos con los cuales únicamente es posible el contacto mediante correo postal.

Con independencia de estas limitaciones, la información se obtuvo inicialmente a través de un mensaje colocado en la lista de correo electrónico de la ENUSP. Este mensaje sólo generó tres respuestas, procedentes de Suecia, Holanda y Bosnia-Herzegovina. Después, se utili-

zó la página web de la ENUSP, en la cual se muestra la lista de los grupos de personas usuarias de todos los países europeos que han proporcionado detalles a la organización. Esta lista no es exhaustiva y algunos países no aparecen reflejados en ella; sin embargo, aparentemente es la mejor fuente de información respecto a los grupos de personas usuarias existentes en Europa. Después se estableció contacto mediante correo electrónico con todas las organizaciones nacionales de cada país que poseían una dirección de correo electrónico. También se enviaron correos electrónicos a algunos grupos regionales y locales. Esta estrategia generó una respuesta mucho mejor procedente de Suecia, Dinamarca, Noruega, Alemania, Suiza, España, Lituania y Georgia. Aparentemente, cuatro grupos tenían una dirección de correo electrónico errónea, lo que posiblemente indicaba que estos grupos ya no existían.

La primera autora de este capítulo también ha utilizado sus conocimientos personales respecto a Reino Unido y a las páginas web de Francia dado que son exhaustivas y comprensibles. La segunda autora aportó al capítulo su información acerca de los países de Europa central y oriental, en función de sus abundantes conocimientos respecto estos países obtenidos por su trabajo en ellos, fundamentalmente como delegada de una de las organizaciones no gubernamentales (ONG) británicas.

También se han publicado algunos artículos con información. Por ejemplo, Wallcraft y cols. (2003) publicaron recientemente una encuesta sobre el movimiento de personas usuarias/supervivientes en Inglaterra; muchas de las cuestiones expuestas en su estudio son compartidas por las personas usuarias de otros países europeos. Además, Peter Lehmann (ex secretario de la ENUSP) ha redactado un informe que se ha publicado y en el cual se comparan los movimientos de personas usuarias de Austria, Francia, Holanda, España y Reino Unido. En la página web de la ENUSP también hay informes relativos a proyectos específicos; por ejemplo, un proyecto en que se analiza el acoso que sufren las personas usuarias de los servicios psiquiátricos. Algunos grupos (p. ej., PSYCHEX en Suiza) distribuyen sus informes anuales a través de la lista de correo electrónico de la ENUSP.

HISTORIA DEL MOVIMIENTO DE LAS PERSONAS USUARIAS EN EUROPA

Aunque las críticas realizadas por las personas que reciben atención psiquiátrica al menos se remontan al siglo XIX, con la creación de la John Perceval of the Alleged Lunatics' Friends Society en 1845, el movimiento moderno de personas usuarias en Europa occidental comenzó a florecer en los años sesenta y setenta del siglo XX (Campbell, 1996). Este movimiento estuvo relacionado con las publicaciones antipsiquiatría de Laing (1959) y Szasz (1972), y tuvo un empuje mayor en los países nórdicos, Holanda, los países de habla germana y Reino Unido. Los cambios sociales de aquella época, como el movimiento de mayo de 1968 en París y en otras ciudades de todo el mundo, también desempeñaron un papel importante.

Los grupos de personas usuarias más antiguos fueron creados explícitamente por las propias personas usuarias y aparecieron durante la década de 1960 en Noruega y Suecia. En Dinamarca también hay una ONG que no está controlada por las personas usuarias, pero que se inició en circunstancias similares y aproximadamente por la misma época. En su

desarrollo, todos estos grupos aceptaron sin problemas los apoyos procedentes de personas no usuarias. Hoy día, la organización sueca Asociación de salud social y mental (RSMH, *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*) tiene aproximadamente 8.000 miembros organizados en 200 grupos regionales y locales. Los grupos de personas usuarias suecos reciben financiación estatal, tienen personal asalariado y ofrecen servicios. La participación de las personas usuarias en Noruega está más dispersa; los grupos son más pequeños, pero también reciben financiación estatal.

Tal y como ya se ha señalado, incluso los grupos aparentemente bien establecidos no siempre sobreviven mucho tiempo. Organizaciones como la Red británica para alternativas a la psiquiatría (*British Network for Alternatives to Psychiatry*), activa en la década de 1970, estuvieron influenciadas por los acontecimientos que ocurrieron en Italia, donde el psiquiatra italiano Basaglia propuso la primera iniciativa para la clausura de los grandes hospitales psiquiátricos con atención comunitaria de los y las pacientes. Sin embargo, esta iniciativa abrió el camino para la constitución de los grupos formados únicamente por personas usuarias, en función de los principios de organizaciones como la Campaña contra la opresión de la psiquiatría (CAPO, *Campaign Against Psychiatric Oppression*), que también tuvo actividad en los años setenta del siglo pasado. Al igual que la Red británica, la Federación de antipsiquiatría (FAPI, *Federation Antipsychiatry*) fue una organización crítica con la psiquiatría en los países de habla germana. Fundada en 1989, participó en conferencias y publicaciones, pero ahora únicamente existe en forma de lista de correo electrónico de carácter individual.

Un avance adicional fue la creación, durante la década de 1970, de los Comités de pacientes en los hospitales de Holanda. Aunque el número de camas psiquiátricas en Holanda ha disminuido recientemente, muchas personas usuarias todavía son tratadas en los hospitales durante largos períodos de tiempo. En la actualidad, los Comités de pacientes reciben financiación pública. Algunos autores (Van Hoorn, 1992) han argumentado que esta financiación pública y el marco legal que conlleva han hecho que los comités de pacientes pierdan su carácter crítico. No obstante, desde un punto de vista histórico, el establecimiento de estos comités tuvo un efecto positivo sobre el desarrollo del movimiento de personas usuarias en Reino Unido. En 1985, en una conferencia organizada de manera conjunta por la World Federation of Mental Health y la organización UK MIND, un representante de los comités de pacientes holandeses desempeñó un papel decisivo en la fundación del primero de estos comités en Inglaterra.

Con el paso del tiempo, también comenzaron a desarrollarse pequeños grupos locales de personas usuarias. Por ejemplo, a la conferencia de 1985 asistió un buen número de grupos de personas usuarias locales que ya existían en Reino Unido en aquel momento. Los grupos de personas usuarias locales continuaron apareciendo rápidamente a medida que en el país se desarrollaron políticas de atención comunitaria. Así, los grupos a menudo se formaban alrededor de la clausura de hospitales específicos y de las políticas de reubicación de los residentes en ellos. También se constituyó el grupo Survivors Speak Out. Esta red nacional, dedicada a la formación de grupos de personas usuarias independientes (en los términos de la actividad actual de participación de las personas usuarias en Reino Unido), tuvo un carácter político radical y se argumentó que su existencia era importante para garantizar que no todas las nuevas acciones se implementaran a través de grandes organizaciones de

voluntarios y voluntarias (no dirigidas por las personas usuarias) (Campbell, 2005). Este grupo todavía existe si bien de manera residual.

La historia del movimiento de personas usuarias es diferente cuando se consideran los países de Europa central y oriental¹. La historia de la atención psiquiátrica en esta región europea, especialmente en los países de la antigua Unión Soviética, es fundamentalmente la de centros de reclusión disfrazados de hospitales (v. también el cap. 17). Las personas que eran diferentes y que no podían desempeñar el papel de trabajadores sanos eran encerradas a menudo en hospitales o, con mayor frecuencia, en residencias sociales (*internats*). La psiquiatría también estuvo sometida a cierta forma de abuso político, de manera que la enfermedad mental se utilizaba como pretexto para el confinamiento de las personas con «puntos de vista políticos peligrosos». Los elevados niveles de estigma asociados con los problemas mentales también significaban que las familias a menudo carecían de elección y se veían obligadas a aceptar la reclusión como la mejor opción. Teniendo en cuenta la historia de las purgas y los desplazamientos masivos de personas en la antigua Unión Soviética, a menudo se consideraba menos arriesgado para la familia la simple desaparición del familiar afectado.

El uso de camas enjauladas en los hospitales psiquiátricos continúa siendo frecuente en muchos de estos países, incluso en República Checa, Hungría y Eslovenia, que ya pertenecen a la UE. En el informe sobre este tipo de camas elaborado por el Mental Disability Advocacy Centre (MDAC, 2003) se ilustraba el hecho de que no solamente continúan existiendo, sino también que algunos de los y las profesionales que trabajan en el sistema psiquiátrico (y algunos políticos) no las contemplan como problemáticas. En muchos de los países de Europa central y oriental, el sistema actual continúa estando impregnado de un sentimiento de pasividad respecto a la aceptación de un control central. Sin embargo, esta situación está comenzando a cambiar a medida que las personas tienen mayor acceso a la información y los recursos, y se dan cuenta de que hay alternativas mejores.

A diferencia de la aparición de grupos de personas usuarias de larga evolución en Europa occidental, los progresos realizados en este campo en los países de Europa oriental han sido modestos. Tal y como ya se ha señalado, bajo el sistema comunista que se desarrolló en muchos de estos países, las simples iniciativas individuales eran, en el mejor de los casos, contempladas con sospecha. En consecuencia, la capacidad local para el desarrollo de grupos ha sido limitada. Algunas organizaciones internacionales han desempeñado un papel en la solución de este problema, incluyendo la Open Society Mental Health Initiative y el Hamlet Trust. Este último grupo fue creado en 1988 en Reino Unido con el objetivo de ayudar a las personas adultas que sufrían problemas mentales. El objetivo del Hamlet Trust es el desarrollo de alternativas a los centros psiquiátricos dirigidas por las personas usuarias y aplicadas en la comunidad, con una prioridad de las áreas de autoayuda, defensa y empleo como los fundamentos del movimiento. El Hamlet Trust fue invitado por primera vez a Polonia hacia 1989, donde el trabajo conjunto generó el desarrollo de lo que se convirtió posteriormente en la Krakowska Fundacja Hamlet (KFH) de Cracovia, el primer miembro de

¹ Los países de Europa central y oriental, incluyendo los que han accedido recientemente a la UE (en la primavera de 2005) ya no pueden continuar siendo considerados una región cohesionada. A pesar de que todos ellos experimentaron de una u otra forma la dominación soviética, las transiciones que han presentado desde la caída del muro de Berlín y la desintegración de la Unión Soviética han sido específicas de cada país, con grandes diferencias entre ellos.

la red Hamlet. Con el paso del tiempo, la red Hamlet se ha ampliado hasta estar formada por 52 ONG de 18 países. En 2004, aproximadamente ocho de ellas estaban dirigidas por personas usuarias o constituidas únicamente por éstas, mientras que en el resto las personas usuarias participaban activamente en diversas funciones.

PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS A NIVEL EUROPEO

¿Qué ocurre con la participación de las personas usuarias a nivel paneuropeo? La primera reunión paneuropea de personas usuarias y ex usuarias se llevó a cabo en Zandvoort, Holanda, en 1991, financiada a partes iguales por el gobierno holandés y por la Comisión Europea. Participaron en ella 42 representantes de 16 países, principalmente de los del norte de Europa. El nombre de esta organización en aquel momento era el de Red europea de personas usuarias y ex usuarias de la atención psiquiátrica y posteriormente se convirtió en la ENUSP, el grupo básico que opera a nivel transnacional (Hölling, 2001). En aquella reunión se decidió que la dirección global de la red debería estar basada en una reunión semestral con elección de un comité que permanecería activo entre las reuniones. Una característica adicional de la ENUSP fue la creación de una «oficina europea» que serviría como punto de transmisión de la información. Inicialmente, esta oficina se localizó en Holanda y actualmente está ubicada en Alemania. A través de la oficina europea se crearon foros importantes en internet y por correo electrónico.

Las reuniones posteriores de la ENUSP se llevaron a cabo en Dinamarca (1994) e Inglaterra (1997). En la reunión de 1999, celebrada en Luxemburgo, participaron 90 delegados, todos ellos personas usuarias, ex usuarias y supervivientes, en representación de 26 países europeos. En 1998, la ENUSP fue reconocida legalmente y se convirtió en una federación de *asociaciones* de personas usuarias y supervivientes. Sin embargo, debido a las modificaciones que tuvieron lugar en la normativa relativa a la financiación de las ONG por parte de la UE, entre 1999 y 2004 no se celebraron reuniones. Con esta nueva normativa, la ENUSP sólo podía solicitar financiación de manera conjunta con otras organizaciones y no sencillamente para financiar sus propias reuniones. Sin embargo, la organización continuó manteniendo reuniones a través de internet y, finalmente, pudo subvencionar su quinto congreso, celebrado en julio de 2004 en Dinamarca.

La protección de los derechos humanos continúa siendo una preocupación fundamental del movimiento de las personas usuarias y la ENUSP ha colocado los derechos humanos en el centro de su aproximación a la salud mental. Esta organización está comprometida con la mejora de la posición social de las personas que son confinadas y tratadas involuntariamente, es decir, coaccionadas por el sistema psiquiátrico. La ENUSP ha elaborado una campaña para promocionar las directivas de avance o «testamentos psiquiátricos». En estas campañas se señala la forma con que deben ser contemplados los deseos individuales de las personas por si llegara el caso, en una situación futura de urgencia, de que no pudieran hacerlo por ellas mismas, y al menos en un ensayo clínico realizado con asignación aleatoria se ha demostrado que pueden reducir la necesidad de tratamiento y confinamiento obligatorios

(Henderson y cols., 2004). Estas campañas de la ENUSP han dado buenos resultados; por ejemplo, las personas usuarias de Alemania han podido impedir la promulgación de una nueva legislación que habría permitido el tratamiento obligatorio en el contexto comunitario.

En el capítulo 13 se han expuesto algunas de las salvaguardas legales existentes, así como los convenios internacionales de aplicación a las personas usuarias de los servicios. El movimiento de personas usuarias, incluyendo la ENUSP, dedica gran cantidad de energía a intensificar la legislación sobre los derechos humanos respecto a las personas usuarias de los servicios psiquiátricos. Esta legislación no sólo consiste en la Convención europea sobre derechos humanos (*European Convention on Human Rights*), sino también en una serie de acuerdos globales. Sin embargo, algunos componentes del movimiento de personas usuarias consideran la Convención europea un ejemplo de hipocresía en lo que se refiere a la salud mental. El documento de la Convención fue bosquejado a principios de la década de 1950 y excluye de muchas de sus consideraciones a las «personas con debilidad mental».

Otra actividad importante de la ENUSP y de muchas de las organizaciones que la forman es el desarrollo de campañas antiestigma y de educación pública (v. cap. 3). La implementación de estas campañas puede ser muy difícil en países en que la mayor parte de las personas que utilizan los servicios de salud mental permanece recluida en grandes centros psiquiátricos, con una visibilidad muy baja.

Es importante que todas las ONG mantengan buenas líneas de comunicación con una amplia gama de partes implicadas. La ENUSP ha reconocido la importancia de la comunicación efectiva y la de la experiencia con los medios de comunicación, así como con otros grupos implicados. El resultado puede ejemplificarse por la importante presencia de la ENUSP y de muchas de sus organizaciones miembros en la reunión de la Federación mundial de salud mental (*World Federation of Mental Health*, un organismo que representa a los y las psiquiatras de todo el mundo) celebrada en 2002, en Leipzig.

La ENUSP está asociada con muchas organizaciones tanto europeas como del resto del mundo. Entre ellas, la Comisión Europea, la ONG Mental Health Europe, la Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Red mundial de personas usuarias y supervivientes de la psiquiatría (WNUSP, *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*), Naciones Unidas (ONU) (*ad hoc* Committee Convention on Persons with Disabilities) y la OMS en todo el mundo. Sin embargo, la ENUSP se ve limitada por la escasez de sus recursos. No recibe ninguna forma de financiación por parte de las organizaciones internacionales mencionadas, aparte de la correspondiente a proyectos especiales que realiza con ellas. No es una organización económicamente boyante y se mantiene gracias a la dedicación de unas cuantas personas.

ACTIVIDADES DE LOS GRUPOS DE PERSONAS USUARIAS

Si se vuelve de nuevo a las diferentes organizaciones afiliadas a la ENUSP, tal y como ya se ha mencionado, la participación de las personas usuarias en Europa ha sido muy desigual. La tabla 14-1 recoge información sobre el número de grupos de los cuales la ENUSP tiene conocimiento. Sólo hay siete países en que la ENUSP no conoce ningún grupo de perso-

nas usuarias, y la mayor parte de la actividad se observa actualmente en muchos de los países de Europa central y oriental. Francia, Reino Unido, Holanda y España son los países con mayor número de grupos.

Sin embargo, las cifras presentadas en la tabla 14-1 pueden estar sesgadas porque cinco de los países con 11 grupos o más participaron en un estudio específico realizado por Peter Lehmann (que administra la página web) y, por tanto, es posible que haya más información acerca de ellos. Otra limitación de este análisis es el hecho de que no permite tener en cuenta el tamaño de los grupos individuales. Algunos de los países con un número escaso de grupos (especialmente, Dinamarca y Suecia) de hecho presentaron niveles elevados de participación, con miles de miembros organizados a niveles nacional, regional y local. Finalmente, esta lista está claramente lejos de ser exhaustiva, al menos en lo que se refiere a los grupos locales; sólo en Inglaterra se ha señalado que hay más de 700 grupos controlados por personas usuarias (Wallcraft y cols., 2003). En un estudio en que únicamente se consideró la ciudad de Londres se identificaron 74 grupos de personas usuarias, cada una de ellas con 5-200 miembros (Crawford y cols., 2003).

La participación de las personas usuarias puede llevarse a cabo de varias maneras. Las actividades clave de estos grupos son la autoayuda, la provisión de servicios externos a los sectores convencionales, la defensa, las iniciativas antiestigma y de educación pública, las actividades creativas y el activismo político para influir en la política y en la práctica. Además, los grupos también pueden participar como partes implicadas en la planificación y provisión de los servicios por parte de los sectores asistenciales convencionales. Una última área en que no se obtuvieron datos, pero que tiene gran importancia respecto a la participación de las personas usuarias es la investigación, en la cual parece que Reino Unido lleva la iniciativa en lo que se refiere a las actividades de investigación dirigidas

Tabla 14-1 Número de grupos de personas usuarias registrados por la ENUSP

Número	Países
Sin grupos	Andorra, Chipre, Croacia, Letonia, San Marino, Serbia y Montenegro y Turquía
1	Albania, Azerbaiyán, Bielorrusia, Eslovaquia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Islandia, Islas Feroe, Liechtenstein, Malta y Suecia
2-5	Armenia, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Federación Rusa, Finlandia, Georgia, Grecia, Hungría, Lituania, Luxemburgo, Moldavia, Portugal, República Checa y Ucrania
6-10	Bosnia-Herzegovina, Eslovenia, Estonia, Irlanda, Noruega, Polonia y Rumanía
11-20	Alemania, Austria, Italia y Suiza
21-30	España y Holanda
30+	Francia y Reino Unido

De ENUSP (2005).

por las personas usuarias de los servicios. Los investigadores que también son personas usuarias pueden ser investigadores profesionales o, alternativamente, personas que adquieren una formación en investigación que les capacita para realizar este trabajo. Esta cuestión se expondrá brevemente más adelante en el capítulo presente.

Por supuesto, la financiación es uno de los determinantes principales del trabajo que pueden llevar a cabo los grupos. Los grupos grandes, como los de los países nórdicos y Holanda, reciben una financiación importante por parte de sus gobiernos nacionales. En Reino Unido, los grupos son financiados principalmente por medi de los gobiernos locales y, además, reciben ayudas de beneficencia procedentes, por ejemplo, de subvenciones ofrecidas por el organismo nacional de lotería. Esta financiación a menudo es insuficiente e insegura de manera que los distintos grupos deben solicitarla una y otra vez cada año. En las zonas en que el movimiento de personas usuarias está menos desarrollado, los grupos suelen formar parte de ONG más grandes. Por supuesto, algunos grupos carecen de cualquier forma de financiación y se mantienen gracias a las buenas intenciones de los voluntarios y las voluntarias.

AUTOAYUDA Y APOYO MUTUO

La actividad principal de la mayor parte de los grupos de personas usuarias existentes en Europa es la autoayuda y el apoyo, en la cual las personas usuarias comparten sus experiencias y tienen un sitio físico para reunirse y apoyarse entre sí, desarrollar su capacidad de autoconfianza, aprender habilidades y métodos de superación, y compartir conocimientos. Por ejemplo, en Reino Unido, el 69 % de los grupos de personas usuarias ofrece este tipo de actividades (Wallcraft y cols., 2003). Los grupos pequeños de autoayuda, que facilitan las reuniones regulares de las personas, pueden influir profundamente en sus vidas; una ventaja de este sistema es que su coste es prácticamente nulo a pesar de que muchos grupos pequeños tienen dificultades para pagar el alquiler del lugar de reunión. Las organizaciones de mayor envergadura (p. ej., las existentes en Suecia) pueden alquilar locales y clubes sociales. Las formas de autoayuda también suelen estar diseñadas para las personas que están experimentando una situación de crisis o que están en fase de recuperación de una crisis. Por ejemplo, hay una «casa de evasión» (*Weglaufhaus*) en Berlín. Esta casa es un proyecto antipsiquiátrico que ha recibido algo de financiación pública y que ofrece a las personas la posibilidad de residir hasta 6 meses en un entorno libre de las presiones del diagnóstico psiquiátrico y de los psicofármacos. En un estudio realizado sobre esta casa se señaló que la mayoría de las personas que habían residido en ella volvía después al contexto comunitario (Hölling, 1999). Otro ejemplo es el de Helsingborg, en Suecia, donde existe un hotel bien equipado, el hotel Magnus Stenbock, administrado por la RSMH y financiado por el gobierno sueco. Es un lugar en que pueden permanecer durante el tiempo que lo deseen personas en fase de recuperación de una crisis o simplemente personas que carecen de vivienda y que viven en condiciones de mendicidad (Brown y Fleischmann, 1999). El hotel es administrado por un consejo controlado por las personas usuarias y algunas de las personas que lo atienden son usuarias.

DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS

En línea con la orientación hacia los derechos humanos de muchos grupos europeos, la defensa de los derechos de las personas usuarias es otra actividad practicada por algunas de ellas. Las personas, especialmente las que permanecen confinadas en centros psiquiátricos, pueden ser vulnerables a las situaciones de restricción de sus derechos y no siempre son capaces de expresar sus preferencias y necesidades. La defensa de los derechos de éstas puede desempeñar un papel importante para rellenar esta laguna. En Reino Unido hay un grupo nacional, la Red de defensa de los derechos británica (UKAN, *UK Advocacy Network*), que es una federación de organizaciones de grupos de defensa o de comités de pacientes. Ciertamente, la defensa de los derechos de las personas usuarias es una actividad habitual de los comités de pacientes en Holanda, aunque es necesario destacar el hecho de que en ambos países estos comités también participan en otras actividades, como la intercesión para la mejora de las condiciones en los hospitales.

En la provisión de los servicios de defensa de los derechos de las personas usuarias en Inglaterra recientemente ha habido un avance importante con la propuesta de una serie de cambios fuertemente controvertidos en la legislación sobre salud mental. Aunque esta legislación ha sufrido una oposición casi unánime, la mayor parte de las personas usuarias considera un logro que dicha legislación proponga que todas las personas en situación de confinamiento y tratamiento obligatorio en la actualidad tengan el derecho legal a que las atienda un abogado o una abogada.

La defensa de los derechos de las personas usuarias también puede adoptar nuevas formas. En una parte de Suecia se está llevando a cabo un proyecto novedoso en el cual a las personas usuarias se les asigna un *personligt ombud*. Este término puede traducirse genéricamente como un «defensor personal» y es una mezcla de abogado(a) y de experto(a) en todo tipo de cuestiones administrativas. Los defensores personales son profesionales mientras que en muchas formas de defensa de los derechos de las personas usuarias los defensores son las propias personas usuarias de los servicios. Por otra parte, la Asociación estonia de defensa del paciente comenzó siendo una organización que se ocupaba únicamente de los problemas mentales, pero en la actualidad actúa sobre todas las cuestiones relativas a éstos y recibe financiación del gobierno central. Esta asociación ha adoptado un planteamiento sistemático de la defensa de los derechos de las personas usuarias con campañas nacionales para introducir cambios. Un proyecto de defensa de los derechos de las personas usuarias en Georgia está centrado en los problemas individuales, muchos de los cuales tienen una base legal, como el acceso a la vivienda o al pasaporte. En este proyecto participan como defensores tanto personas ex usuarias como profesionales.

INICIATIVAS ANTIESTIGMA

Además de la defensa de los derechos de las personas usuarias, las iniciativas antiestigma también son actividades clave muy frecuentes en muchos grupos de personas usuarias europeas. Por ejemplo, estas iniciativas pueden abordar la inclusión social; así, las actividades pueden

adoptar la forma de una formación profesional o de la formación necesaria para el establecimiento de pequeñas empresas, a menudo basadas en el modelo de las compañías sociales, especialmente por parte de los grupos con una financiación mayor. Sin embargo, algunas personas usuarias han criticado los esquemas formativos ya que consideran que son el equivalente de los «talleres protegidos» y que, por tanto, no fomentan la inclusión social (v. cap. 12).

Para muchos grupos de personas usuarias, el estigma y la discriminación provocan o intensifican las dificultades mentales y éste es el mensaje que dichos grupos pretenden transmitir a los medios de comunicación y a la sociedad. Así, las campañas antiestigma y de educación pública pueden originar una división entre los grupos de personas usuarias y otras partes implicadas. Por ejemplo, aunque diversas organizaciones, como la OMS, llevan a cabo actividades antiestigma, sus campañas suelen estar basadas en un modelo médico en que la enfermedad mental es contemplada como cualquier otro tipo de enfermedad. En estas campañas, la enfermedad mental se presenta como una enfermedad del cerebro; sin embargo, muchos grupos de personas usuarias consideran que ésta es una línea contraproducente ya que las enfermedades del cerebro tampoco poseen una imagen socialmente aceptable.

OTRAS ACTIVIDADES

Algunos grupos de personas usuarias llevan a cabo actividades creativas relacionadas con la poesía, el teatro y la pintura. En Reino Unido, el grupo Survivors' Poetry lleva a cabo encuentros de poesía y ha publicado varias antologías escritas por supervivientes. La rama Skane de la RSMH en Suecia ha cosechado buenos resultados con un grupo de teatro dirigido por un director profesional de teatro jubilado. Esta línea de trabajo es mucho más habitual en los grupos de Europa central y oriental, en los cuales se dedican grandes energías al arte, la poesía y el teatro. Por ejemplo, el grupo KFH lleva a cabo exposiciones regulares del trabajo de sus miembros en una galería comercial del centro de la ciudad, y muchos de sus miembros publican notas de prensa sobre cuestiones de poesía y arte.

En los grupos más establecidos (p. ej., en Dinamarca, Suecia, Francia, Holanda y Reino Unido), sus representantes tienen acceso a la clase política. En Reino Unido, el 62 % de los grupos participa en este tipo de actividad (Wallcraft y cols., 2003). Se comenta con mayor detalle más adelante, pero vale la pena señalar en este apartado que dicha actividad genera cierta controversia entre algunos activistas.

Aspectos específicos de Europa central y oriental

En lo relativo a las regiones central y oriental de Europa, la caída del muro de Berlín y el restablecimiento de la independencia de los países del antiguo bloque soviético facilitó un nuevo acceso a la información a través de internet y los medios de comunicación, junto con la libertad para viajar por parte de las personas con recursos económicos, y una sensación de libertad y de posibilidad de eliminar actitudes y prácticas del pasado. Sin embargo, tal y como ya se ha señalado, todavía es necesario el apoyo para la generación de

capacidad entre los grupos de personas usuarias. Las ONG establecidas pueden desempeñar un papel importante en este proceso de generación de capacidad.

El grupo Hamlet Trust con frecuencia ha ofrecido un modelo de rol para la participación de las personas usuarias, a través de la invitación de personas ex usuarias de Reino Unido a diversos eventos en Europa central y oriental, en los cuales también han participado formadores de otros países de la región que también son ex usuarios. Además, este grupo también ha apoyado la participación de personas de Europa central y oriental en las reuniones de la ENUSP, fomentando así la creación de una red paneuropea. Al mismo tiempo, también hay posibilidades de aprendizaje de los países occidentales respecto a los orientales. Todos los programas se han centrado en la participación de las personas usuarias y, aunque ocasionalmente esta línea ha llevado al desacuerdo con los puntos de vista de los grupos dirigidos por profesionales (con interrupción de las actividades en algunas ciudades concretas), en conjunto las organizaciones locales han reconocido la importancia de este planteamiento. El Hamlet Trust ha recibido algunas críticas por no dejar participar de manera suficiente a las personas usuarias o por exigir la participación de éstas.

Eslovenia es un país en que se ha llevado a cabo un trabajo importante; en un país que sólo tiene una población de aproximadamente 2 millones de personas, hay siete u ocho ONG relacionadas con la salud mental, tres de las cuales poseen numerosas ramas regionales. A diferencia de lo que ocurre en otros muchos países de la región, el movimiento de personas usuarias se inició de forma muy precoz con el Committee for the Social Protection of Madness, a finales de la década de 1970. Este hecho refleja los estrechos vínculos de Eslovenia con Austria y con Italia, y especialmente con la ciudad de Trieste, en la cual se realizaron muchas de las actividades del movimiento Psicología Democrática. El comité se enfrentó al sistema con la creación de uno de los hogares asistenciales sociales, Hrastovic, y después con la apertura del primer hogar de grupo comunitario (tras recibir financiación a través del programa Hamlet Trust) por parte de tres personas que habían residido muchos años en Hrastovic. Estas tres personas en la actualidad llevan a cabo una vida tranquila y satisfecha en la comunidad, pero por desgracia después de ello no se llevó a cabo la creación de ningún otro hogar de grupo. Aunque en la actualidad hay alrededor de 35 hogares de grupo en Eslovenia, sólo pueden ofrecer comida a personas con problemas de corta evolución y hasta hace poco tiempo ninguna de estas personas había podido abandonar la atención hospitalaria. Tal y como señaló un profesional de la salud mental, «parece que aquí hemos perdido la brújula del movimiento de personas usuarias». Sin embargo, Hrastovic está sufriendo en la actualidad una transformación completa y muchos de sus antiguos residentes viven ahora en la comunidad, trabajando ocasionalmente en ella. Una zona en la cual quizá haya mejores oportunidades para el cambio es Bosnia-Herzegovina. La situación en este país desgarrado por la guerra es muy especial dado que muchos de sus centros psiquiátricos quedaron destruidos. En la actualidad, los servicios de salud mental se están reconstruyendo alrededor de una alternativa comunitaria y, de nuevo con ayuda del Hamlet Trust, en 1999 se creó el primer grupo de personas usuarias. Ahora hay siete grupos que se reúnen en los diferentes cantones del país.

En cierto sentido, las cuestiones planteadas son específicas de esta parte de Europa y, a pesar de que cada país presenta su propio perfil, hay algunos rasgos comunes:

1. El impacto del sistema soviético, principalmente la institucionalización y la pasividad o la dependencia completa de los y las profesionales; por encima de todo, la asunción de que lo mejor para las personas es su dependencia de las instituciones.
2. El impacto del abuso de la psiquiatría.
3. El impacto de los inmensos cambios sociales, culturales y políticos.
4. El hecho de que la economía de cada uno de estos países presentó una quiebra importante con diversos niveles de inflación de manera que los presupuestos dedicados a los servicios han estado gravemente limitados.
5. La influencia del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, que han insistido en el desarrollo de economías de mercado, alejando a los gobiernos de las áreas de desarrollo social.

¿SON CONTROLADOS LOS GRUPOS POR LAS PERSONAS USUARIAS?

No es suficiente describir las actividades en que están implicados los grupos de personas usuarias/supervivientes. El principio fundamental sobre el cual se sustentan todas estas actividades es el hecho de que las personas usuarias deben tener un control mayor sobre sus vidas, tanto a nivel individual como colectivo. Ésta es una idea muy innovadora ya que, tradicionalmente, casi todos los aspectos de las vidas de las personas usuarias eran controlados anteriormente por los y las profesionales de la salud mental o por el Estado.

Tal y como ya se ha señalado, en nuestra encuesta solicitamos a los distintos grupos que señalaran si el control del grupo lo ejercían las personas usuarias u otras partes, pero muchas de ellas no comprendieron el sentido de la pregunta. Creemos que esta falta de comprensión indica que, de hecho, los grupos no eran controlados por las personas usuarias. En los países de Europa occidental hay grandes discrepancias acerca de esta cuestión. Un ejemplo de grupo nacional completamente controlado por las personas usuarias es Clientenbond, en Holanda. Aparte de ello, muchos grupos de personas usuarias locales austríacos son organizados por Pro Mente, una ONG que ofrece servicios de salud mental y que no está controlada por las personas usuarias.

En los países occidentales al parecer hay dos trayectorias históricas respecto a las líneas de trabajo, ejemplificadas por Reino Unido y por Suecia. En Reino Unido, los primeros grupos nacionales (incluyendo Survivors Speak Out) no estaban constituidos únicamente por personas usuarias ya que también admitían como miembros a «aliados». Gradualmente, el papel desempeñado por estos aliados se fue reduciendo. De nuevo, los primeros grupos locales de personas usuarias en Reino Unido volvieron a buscar la alianza con las personas usuarias, las familias y los y las profesionales. Finalmente, el «grupo de personas usuarias» se definió como un grupo en el cual las decisiones únicamente estaban en manos de las personas usuarias y en la actualidad casi todos los grupos de personas usuarias únicamente están constituidos por las propias personas usuarias. El principal grupo de personas usuarias de Suecia, la RSMH, puede servir para ilustrar el patrón de desarrollo diferente. Esta organización fue creada por las personas usuarias en los años sesenta del siglo pasa-

do. Rápidamente, admitió como miembros a profesionales sensibilizados y, a consecuencia de los acontecimientos revolucionarios de mayo de 1968, en la organización participó un elevado número de estos profesionales. Más tarde, la radicalización de la sociedad se redujo y la RSMH volvió a ser algo más parecido a un grupo constituido únicamente por personas usuarias. Sin embargo, este grupo continuó recibiendo subvenciones importantes por parte del gobierno sueco, incluyendo las correspondientes a las nóminas de los trabajadores. No obstante, el principal problema al cual hoy día se enfrenta la RSMH es el hecho de que la oficina nacional ha crecido demasiado (de 20 a 25 trabajadores asalariados, todos profesionales). Nominalmente hay un comité de personas usuarias de servicios que dirige el grupo de trabajadores y trabajadoras asalariados(as), pero, según la respuesta ofrecida a nuestro cuestionario a través de internet, esta situación no parece que esté funcionando demasiado bien.

En muchos grupos de los países de Europa occidental también participan las familias, una situación que puede provocar fricciones ya que los intereses de las personas usuarias y los de las familias no siempre son los mismos. (También se han creado grupos constituidos únicamente por familiares; v. cap. 16.) En los grupos mixtos suelen predominar los familiares. De hecho, esta situación es muy evidente en Estados Unidos, donde los grupos de personas usuarias son muy críticos con la poderosa organización de familiares, la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). Esta organización recibe financiación de la industria farmacéutica y está a favor de la aplicación de medidas más coercitivas a las personas usuarias.

En Europa oriental y en los nuevos Estados miembros de la UE son relativamente escasos los grupos controlados de manera completa por personas usuarias. Por ejemplo, en los grupos que existen en Bulgaria, Lituania, Estonia, Ucrania, Georgia, Rumanía y Polonia participan «aliados» profesionales que ofrecen alguna forma de apoyo, generalmente a solicitud. Los Estados no apoyan los servicios dirigidos por las personas usuarias y tampoco a las personas usuarias implicadas en la planificación o la gestión de los servicios en otras áreas. Un aspecto positivo, conseguido mediante la persuasión ejercida por los grupos de personas usuarias, es la aceptación creciente de la necesidad de escuchar la voz de las propias personas usuarias.

Si se consideran las experiencias de los grupos dirigidos por personas usuarias que participan en la red Hamlet Trust, puede observarse que muchos de ellos son frágiles y que dependen de la energía desplegada por unos pocos individuos que, como cualquier otra persona, también son vulnerables a las crisis. En comparación con los grupos no dirigidos por personas usuarias, los dirigidos por personas usuarias tienen dificultades para conseguir financiación ya que su acceso a las estructuras formales y a la información, así como sus recursos, son muy escasos. Muchos de los grupos de la red Hamlet Trust habían sido iniciados, de hecho, por profesionales con voluntad de estimular a las personas usuarias a participar y a crear sus propios grupos independientes. Estos profesionales (generalmente, jóvenes) reconocían que la única posibilidad de cambiar las cosas era alejarse del sistema psiquiátrico y tenían voluntad de compartir sus pocos recursos y su escaso poder. Sin embargo, todavía hay dudas importantes acerca de la viabilidad de las actividades dirigidas por las personas usuarias, dudas que se exacerban en las épocas de crisis que aparecen de

manera inevitable. Estas crisis se consideran generalmente la prueba de que dichos grupos son inviables más que como una realidad que forma parte de la cotidianidad de todas las organizaciones.

Por todo ello, hay que considerar si es importante que los grupos estén controlados por las personas usuarias o no. Las personas que contestan afirmativamente utilizan el argumento de la experiencia. Sólo las personas usuarias saben lo que significa recibir los servicios psiquiátricos y lo que significa la experiencia de padecer las dificultades mentales. Por tanto, sólo las personas usuarias pueden comprender la situación de las personas que sufren problemas mentales y, por tanto, están capacitadas para llevar a cabo una acción colectiva. Sin embargo, otros creen que las personas que no son usuarias, especialmente cuando una organización está en fase de desarrollo, también desempeñan un papel importante. Argumentan que las personas que utilizan los servicios de salud mental, especialmente las que permanecen confinadas en hospitales o residencias durante largos períodos de tiempo, carecen de la experiencia necesaria para crear y sostener organizaciones, de manera que necesitan ayuda, sobre todo al principio.

INVESTIGACIÓN REALIZADA POR LAS PERSONAS USUARIAS

En este capítulo no se ha pretendido ofrecer información acerca del papel que desempeñan los grupos de personas usuarias en la investigación realizada en Europa. Es clave la evaluación de todas las intervenciones, incluyendo los proyectos dirigidos por las personas usuarias, y también es importante considerar brevemente la contribución que pueden realizar los investigadores que, además de investigadores, son personas usuarias. Las personas usuarias de los servicios están comenzando a desempeñar una función importante en la investigación, fundamentalmente en Reino Unido, donde las líneas políticas recomiendan la participación de éstas en el proceso de la investigación. Sin embargo, en el terreno de lo práctico puede haber tensiones, diferencias de poder y actitudes de desconfianza entre especialistas e investigadores profesionales (que pueden tener enfoque médico estricto, recalcando de las habilidades de los investigadores-usuarios), por un lado, y la perspectiva más amplia de los investigadores-usuarios, por el otro.

Están comenzándose a obtener pruebas de la contribución de la participación de las personas usuarias de la investigación, con demostración de que dicha participación puede influir positivamente en los proyectos de investigación. Los investigadores-usuarios pueden plantear preguntas diferentes y obtener respuestas distintas a las planteadas y respondidas en la investigación realizada por profesionales. Por ejemplo, los investigadores-usuarios tienen más posibilidades de mostrar interés por la forma de aplicación de las intervenciones terapéuticas y por el impacto de éstas en la capacitación individual (Trivedi y Wykes, 2002; Chamberlin, 2005).

Los resultados importantes de una intervención terapéutica pueden ser más aparentes para una persona usuaria de los servicios que para los profesionales; por ejemplo, en el estudio en el cual se evaluó la coordinación del trabajo de los diferentes profesionales en un servicio concreto, la conclusión fue que el tipo de coordinación no generaba mayor partici-

pación o concienciación entre las personas usuarias de los servicios (Rose, 2003). Los resultados relativos a la defensa de los derechos de las personas usuarias, el hecho de que las personas usuarias fueran escuchadas y la oportunidad de las personas usuarias para participar en las reuniones fueron pasados por alto por los profesionales, pero tuvieron gran importancia para las personas usuarias de los servicios y, en consecuencia, para el buen resultado de la intervención.

El conocimiento de una cuestión por parte de los investigadores-usuarios también puede ofrecer explicaciones alternativas al funcionamiento o la falta de funcionamiento de las intervenciones y a su impacto sobre la calidad de vida (Faulkner y Thomas, 2002). Un ejemplo de la manera con que es posible conseguir información importante acerca de la calidad de vida procede de una revisión sistemática realizada por investigadores-usuarios y publicada recientemente, en relación con las perspectivas de los y las pacientes sobre la terapia electroconvulsiva (TEC) (Rose y cols., 2003). En esta revisión se examinaron las diferencias entre los parámetros de efectividad y eficacia publicadas en la bibliografía clínica, así como el grado de satisfacción de las personas usuarias con el tratamiento. En los estudios dirigidos por las personas usuarias el efecto beneficioso fue significativamente menor que el determinado en los estudios dirigidos por especialistas y se señaló que esta diferencia podría deberse al hecho de que en los estudios clínicos la información acerca del resultado de la TEC se obtiene muy poco tiempo después de la aplicación del tratamiento, con uso de cuestionarios demasiado simples que no permiten captar los complejos puntos de vista de los y las pacientes. En este estudio se destacó la necesidad de incrementar la investigación cualitativa para determinar los resultados que realmente tienen valor para las personas que reciben el tratamiento.

La credibilidad continúa siendo una cuestión clave en la investigación realizada por las personas usuarias. En una cultura «basada en la evidencia», la evidencia obtenida por las personas usuarias de los servicios frecuentemente no está a la altura de los estándares «científicos» de la medicina basada en la evidencia (Campbell, 2005). Una respuesta a esta situación ha sido el establecimiento de la Service User Research Enterprise (SURE), una unidad en que se fomenta la asociación entre los investigadores-usuarios y los profesionales clínicos y universitarios con el objetivo de «la participación de las personas usuarias de los servicios en todos los aspectos de la investigación». Esta unidad es una de las dos únicas existentes en universidades de Reino Unido en las cuales participan personas que han utilizado los servicios de salud mental y la única en la cual *la mayor parte* de los trabajadores son personas usuarias o ex usuarias de los servicios de salud mental y que, además, poseen una formación específica en investigación. Esta unidad está financiada mediante subvenciones por ingresos, en un sistema competitivo propuesto por los organismos de financiación de la investigación (SURE, 2005). Como parte de sus competencias, la SURE también ofrece formación a las personas usuarias de los servicios para que puedan realizar actividades de investigación. El National Institute for Mental Health británico también ha financiado el grupo SURGE (Service Users Research Group for England) a través de la Mental Health Research Network (MHRN). Este grupo está constituido por una asociación entre la Mental Health Foundation, el proyecto Shaping Our Lives, el Centre for Citizen Participation de la Universidad Brunel, el grupo NIMHE Experts by Experience y la red Survivor Re-

searcher Network. De nuevo, el objetivo es el apoyo de las personas usuarias de los servicios de salud mental y de profesionales universitarios y de los organismos del National Health Service para que puedan realizar proyectos conjuntos de investigación en salud mental. El grupo SURGE acepta la información ofrecida por las personas usuarias de los servicios a la MHRN, mediante la participación de las personas usuarias en comités locales centrales, en equipos de proyectos de investigación y a nivel nacional (SURGE, 2005).

Además, Suresearch es una red localizada en la zona central de Inglaterra y dirigida por personas usuarias de los servicios de salud mental y otras personas, patrocinada por el Institute of Applied Social Studies, de la Universidad de Birmingham (Suresearch-SURGE 2005). Sus miembros llevan a cabo actividades remuneradas de investigación y educación en salud mental. Suresearch también ofrece formación en investigación a los miembros y personas usuarias de otras organizaciones locales dirigidas por personas usuarias (Davis, 2005; SURGE, 2005).

El Hamlet Trust también ofrece investigación sobre formación a grupos de Estonia y Georgia y, en consecuencia, ha apoyado la evaluación de los programas por parte de las personas usuarias en estos países.

INFLUENCIAS SOBRE LA POLÍTICA

Finalmente, se analiza el impacto que ha tenido el movimiento de personas usuarias sobre la política en toda Europa, comenzando con los avances más recientes a nivel europeo. La Declaración europea de salud mental y el Plan de acción de salud mental para Europa, sancionados por los ministros y las ministras de los 52 países europeos en enero de 2005, se desarrollaron a lo largo de varios años en un proceso de consulta con numerosas partes implicadas, incluyendo los grupos de personas usuarias. La Declaración reconoce la necesidad de capacitación y apoyo de las personas con problemas mentales; también reconoce explícitamente que «la experiencia y los conocimientos de las personas usuarias de los servicios constituyen un fundamento importante para la planificación y el desarrollo de los servicios de salud mental», y apoya la creación de organizaciones de personas usuarias de los servicios (WHO, 2005a). El detallado Plan de acción invita a los Estados miembros a considerar el establecimiento de estándares relativos a la representación de las personas usuarias en los comités y grupos responsables de la planificación, la implementación, la revisión y la inspección de las actividades relacionadas con la salud mental, con capacitación de las personas usuarias de los servicios para que se responsabilicen de su propia atención e incrementen su nivel de inclusión social (WHO, 2005b). Sólo el tiempo dirá si estas palabras pueden traducirse en acciones efectivas.

Volviendo a la política de nivel nacional, y comenzando esta vez con los países de la antigua Unión Soviética, la evidencia de que las personas usuarias influyen de alguna manera en la política estatal todavía es escasa. Así, esta falta de vinculación con la implementación de la política llevó a Hamlet Trust a desarrollar en cinco países una iniciativa denominada Pathways to Policy, con establecimiento de foros políticos locales y organización de varias reuniones con diversas partes implicadas (Hamlet Trust, 2003, 2004). Los foros pueden ser

útiles para establecer canales de comunicación entre los grupos y están comenzando a influir en alguna medida para que las personas cambien su pensamiento respecto a la importancia de escuchar la experiencia de las personas usuarias. En Estonia, donde ya se ha iniciado este cambio de forma de pensar, el foro político está comenzando a recibir un apoyo activo por parte del Ministerio de Asuntos Sociales. Sin embargo, la iniciativa ha suscitado poco interés en el Ministerio de Sanidad y en la psiquiatría convencional.

También vale la pena destacar el hecho de que en esta región la política sobre salud mental bien estructurada es escasa. No obstante, esta situación puede contemplarse desde el lado positivo en el sentido de que en el momento en que los gobiernos comenzaran a desarrollar e implementar una política más estructurada, los movimientos de personas usuarias podrían haber alcanzado el desarrollo suficiente como para participar de manera natural en dicho proceso. De hecho, esto ya parece estar ocurriendo en Hungría con la participación de la organización nacional de personas usuarias en muchas actividades y campañas.

En Europa occidental, los grandes grupos con estructuras y redes nacionales, regionales y locales, suelen influir directamente en la política gubernamental sobre salud mental. Esta situación ocurre, por ejemplo, en Francia, Suecia, Dinamarca y Holanda. Los países del sur de Europa cuyos sistemas de sanidad y bienestar social están descentralizados, poseen pocas organizaciones nacionales y la escasa influencia sobre la política tiene lugar a nivel regional. Por ejemplo, en Cataluña existe un grupo de carácter regional con influencia directa sobre el gobierno catalán.

En Reino Unido, la política de salud mental está transferida a las Administraciones de Gales, Escocia e Irlanda del Norte (cuando se restablezcan las transferencias). Así, no hay grupo general de capacitación de las personas usuarias y la mayor parte de las organizaciones tiene tan sólo un ámbito local. Dado que la mayor parte de la financiación se lleva a cabo a nivel local, es inevitable que la mayor parte de la influencia se limite a dicho nivel. Existen varios grupos nacionales, pero en general se centran sobre cuestiones específicas (Hearing Voices Network) o bien forman parte de otras organizaciones (MINDlink). No obstante, recientemente se han llevado a cabo iniciativas para establecer una «red de redes» con el objetivo de desarrollar una organización nacional de personas usuarias/supervivientes.

En Inglaterra existe en la actualidad un gran interés por la participación de las personas usuarias en todos los aspectos de la política sanitaria y algunos grupos de personas usuarias individuales participan en el proceso de desarrollo del National Service Framework (NSF) correspondiente a la salud mental. Sin embargo, estas personas usuarias no han sido elegidas por los grupos nacionales y la mayor parte de los grupos ha considerado que esta experiencia no ha sido muy afortunada (Wallcraft y cols., 2003). Además, aunque la versión final del NSF señala que deben adoptarse las medidas necesarias para la participación de las personas usuarias, hay pocas referencias adicionales a ello en los siete estándares del NSF y en la reciente revisión *Five Years On Review* (Tait y Lester, 2005).

Esta situación nos retrotrae a la cuestión de la consulta a las personas usuarias y de la «participación de las personas usuarias». La financiación de los grupos puede ser importante para que algún representante de ellos participe en los comités que tienen alguna influencia política. Algunas personas desean este tipo de participación; sin embargo, otras consideran que la «participación de las personas usuarias» en este contexto es, como mu-

cho, simbólica. La situación es que una o dos personas usuarias se sientan en una mesa junto con 10 o 20 profesionales con un orden del día bien cargado y con una discusión plagada de lenguaje técnico y acrónimos. Muchas personas usuarias, especialmente las de las organizaciones más desarrolladas, consideran que en estas circunstancias las personas usuarias posiblemente no influirán en ninguna medida.

Este hecho puede quedar ilustrado por los resultados obtenidos en los estudios realizados acerca de la participación de las personas usuarias de los servicios a nivel local en Inglaterra. En un estudio en que se evaluó la participación de todos los tipos de personas usuarias de servicios (incluyendo las personas usuarias de servicios sanitarios no mentales) en la administración clínica de 12 áreas de atención primaria (PCT, *primary care trusts*), se observó que las personas usuarias que pertenecían a los comités de dichas PCT desempeñaban un papel muy escaso en el establecimiento de prioridades, y que, más allá de su participación en los comités, sólo en dos de las 12 PCT las personas usuarias de los servicios desarrollaban alguna otra forma de participación en la planificación de los servicios de salud mental (Pickard y cols., 2002). En otro estudio se evaluó la forma de participación de las personas usuarias de los servicios en la planificación e implementación de los servicios psiquiátricos en la región de Londres. De los 29 (48 %) grupos de personas usuarias que respondieron a un cuestionario, solamente seis (21 %) se sentían satisfechos con el grado de compromiso de sus PCT locales respecto a la participación de las personas usuarias. Ninguna de las PCT aplicaba ningún sistema para la participación de las personas usuarias con cumplimiento de los estándares nacionales, aunque tanto las PCT como los grupos de personas usuarias identificaron una serie de áreas en las cuales las personas usuarias habían contribuido al desarrollo y remodelación de los servicios (Crawford y cols., 2003).

Una cuestión adicional es la relativa al tipo de participación de las personas usuarias. Muchas personas consideran que su participación se limita a «dar el visto bueno» a decisiones que ya han tomado las autoridades. Se ha propuesto acaloradamente que las personas usuarias deben participar desde el comienzo en los cambios políticos y que su participación debe mantenerse a lo largo de todo el proceso. Otras personas han señalado que la consulta a las partes implicadas (incluyendo las personas usuarias de los servicios) en el proceso de definición de las políticas de salud en términos generales se ha desplazado hacia un modelo de «partes implicadas», en el cual se acepta que existen desigualdades de poder entre las distintas partes implicadas. En este modelo, los políticos electos posiblemente dirán la última palabra respecto a las cuestiones políticas (Rush, 2004). Claramente, este planteamiento no satisfará a los que creen que todas las partes implicadas deben tener la misma voz en los procesos de toma de decisiones. La investigación realizada en dos PCT londinenses demostró que los directores de los servicios controlaban estrechamente el nivel de participación de las personas usuarias en la gestión de las PCT, además de que las excluían de algunos aspectos de ésta (Rutter y cols., 2004).

Estas críticas han hecho que algunos y algunas activistas dediquen sus energías a otras cuestiones. Los grupos creativos, ya comentados, son una opción aceptada por muchos. También tenemos el comienzo de una nueva forma de antipsiquiatría en algunos países. Tanto Reino Unido como Dinamarca poseen organizaciones de personas que consideran muy positiva su experiencia con la locura y desean celebrarlo. La organización de Reino Unido se

denomina Orgullo de la locura (*Mad Pride*). En Holanda existen diferencias filosóficas entre los miembros de los Comités de pacientes y los movimientos de personas usuarias pertenecientes a la línea de Clientenbond, que tienen un carácter «abolicionista» (Van Hoorn, 1992). Para estas organizaciones, la participación de las personas usuarias representa una pérdida de tiempo ya que sólo permitirá introducir cambios de carácter menor en un sistema que se mantiene inamovible desde el punto de vista estructural. Las organizaciones de Reino Unido y de Holanda prefieren las demostraciones callejeras, los conciertos de música pop y los intentos de «recuperación de la locura».

CONCLUSIÓN

El nivel y las características del movimiento de personas usuarias en Europa dependen de las condiciones sociales, económicas y políticas de cada país, así como de la política en salud mental y de los métodos de provisión de los servicios. En este capítulo se ha intentado exponer la actividad de las personas usuarias y supervivientes en Europa con abordaje de algunas de las cuestiones más importantes en la mayor parte de los países, aunque en algunas regiones dicha actividad puede estar todavía en una fase muy inicial. Vivimos en una época de tensiones. Ciertamente, el movimiento de personas usuarias y supervivientes reclama mayor autoridad en muchos países y, al mismo tiempo, la legislación sobre salud mental es criticada en algunos países por la posibilidad de que genere una disminución aún mayor de los pocos derechos que poseen las personas usuarias.

A nivel europeo, la reciente Declaración sobre salud mental para Europa y el Plan de acción sobre salud mental para Europa, sancionados por los ministros y las ministras de los 52 países europeos, constituyen un avance positivo, con reconocimiento feliz –aunque retrasado– de la importancia de las personas usuarias de los servicios en el desarrollo y la planificación de los servicios, y con fomento de la aplicación de los fundamentos de la legislación relativa a los derechos de las personas con discapacidad a las personas que sufren discapacidades físicas y mentales. No obstante, se ha prestado poca atención a los mecanismos de financiación y soporte de los grupos de personas usuarias de forma que puedan continuar manteniendo su autonomía (Thornicroft y Rose, 2005). Por tanto, a niveles nacional y paneuropeo, el movimiento de personas usuarias/supervivientes continúa en lucha.

BIBLIOGRAFÍA

- Allam S, Blyth S, Fraser A, Hodgson S y cols. Our experience of collaborative research: service users, carers and researchers work together to evaluate an assertive outreach service. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11 (3): 368-373.
- Brown G, Fleischmann P. *Luxury Hotels for the Mentally III! What the UK Can Learn from Swedish User-run Mental Health Services*. Londres: Brent Lund Alternatives, 1999.
- Campbell P. The history of the user movement in the UK. En: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Muston R, Pattison S, eds. *Mental Health Matters*. Basingstoke: Macmillan, 1996.

- Campbell P. From little acorns. The mental health service user movement. En: Sainsbury Centre for Mental Health, ed. *Beyond the Water Towers. The Unfinished Revolution in Mental Health Services 1985-2005*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health, 2005.
- Chamberlin J. (2005) User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale* 2005; 14 (1): 10-14.
- Crawford MJ, Aldridge T, Bhui K, Rutter D y cols. User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107 (6): 410-414.
- Davis A. User involvement in mental health research and development. En: Sallah D, Clarke M, eds. *Research and Development in Mental Health: Theory, Frameworks and Models*. Amsterdam: Elsevier Science, 2005.
- ENUSP. European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry, 2005. Disponible en: www.enusp.org/.
- Faulkner A, Thomas P. User led research and evidence-based medicine. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 1-3.
- Hamlet Trust. Annual Report 2003. Disponible en: www.hamlet-trust.org.
- Hamlet Trust. Annual Report 2004. Disponible en: www.hamlet-trust.org.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G y cols. Effects of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 329: 136-141.
- Hölling I. The Berlin runaway house – three years of antipsychiatric practice. *Changes – An International Journal of Psychology and Psychotherapy* 1999; 17 (4): 278-288.
- Hölling I. About the impossibility of a single (ex-) user and survivor of psychiatry position. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 102-106.
- Laing R. *The Divided Self*. Londres: Tavistock, 1959.
- MDAC. Caged Beds Report. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre, 2003. Disponible en: www.mdac.info.
- Pickard S, Marshall M, Rogers A, Sheaff R y cols. User involvement in clinical governance. *Health Expectations* 2002; 5 (3): 187-198.
- Rose D. Partnership, co-ordination of care and the place of user involvement. *J Ment Health* 2003; 12 (1): 59-70.
- Rose D, Wykes T, Leese M, Bindman J, Fleischman P. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1.363-1.368.
- Rush B. Mental health service user involvement in England: lessons from history. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11 (3): 313-318.
- Rutter D, Manley C, Weaver T, Crawford MJ, Fulop N. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Soc Sci Med* 2004; 58 (10): 1.973-1.984.
- Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 1.265-1.270.
- SURGE. Service User Research Group for England, 2005. Disponible en: www.mhrn.info/surge.html.
- SURE. Service User Research Enterprise, 2005. Disponible en: <http://web1.iop.kcl.ac.uk/iop/Departments/HSR/sure/index.shtml>.
- Suresearch-SURGE. Guidance for Good Practice: Service User Involvement in the UK. Mental Health Research Network, 2005. Disponible en: www.mhrn.info/surge.html.
- Szasz T. *The Myth of Mental Illness*. Londres: Granada, 1972.
- Tait L, Lester H. Encouraging user involvement in mental health services. *Adv Psychiatr Treatment* 2005; 11 (3): 168-175.
- Thornicroft G, Rose D. Mental health in Europe. *BMJ*, 2005; 330: 613-614.
- Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005; 14 (1): 1-3.
- Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 468-472.
- Van Hoorn E. Changes? What changes? The views of the European patients' movement. *Int J Soc Psychiatry* 1992; 38 (1): 30-35.
- Wallcraft J, Read J, Sweeney A. *On Our Own Terms*. Londres: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2003.
- World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005a.
- World Health Organization. *Mental Health Action Plan for Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005b.

Páginas web

European Disability Forum: www.edf-feph.org

European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP): www.enusp.org

Hamlet Trust: www.hamlet-trust.org

Mental Disability Advocacy Centre (MDAC): www.mdac.info

Mental Health Initiative of the Open Society Institute: www.soros.org/initiatives/mhi

Service User Research Enterprise (SURE): <http://web1.iop.kcl.ac.uk/iop/Departments/HSR/sure>

Service User Research Group for England Website (SURGE): www.mhrn.info/surge.html

Capítulo 15

Atención psiquiátrica de las personas solicitantes de asilo y refugiadas

CHARLES WATTERS

INTRODUCCIÓN

La atención psiquiátrica de las personas que solicitan de asilo y refugiadas en Europa es un área de investigación de gran especificidad y complejidad. Realmente, para abordar este campo es esencial adoptar un planteamiento multidisciplinario que incluya el estudio de los procesos políticos y las políticas sociales relacionadas con inmigrantes y personas refugiadas, así como del impacto de ambas en los contextos en que las personas refugiadas reciben atención psiquiátrica. Los factores políticos y sociales señalados no deben ser evaluados únicamente a nivel nacional, sino que es necesaria la consideración de un nivel multinacional basado en organismos como la Comisión Europea (CE). El Tratado de Amsterdam (1997) consideraba la cuestión del asilo y la inmigración como el «primer pilar» de la política de la Unión Europea (UE). La implicación en ello consiste en el hecho de que todos los Estados miembros deben trabajar para alcanzar estándares comunes mínimos en el área de la inmigración y el asilo, incluyendo los estándares relacionados con la salud y el bienestar de las personas asiladas.

En el momento en que se redacta este capítulo está produciéndose una convergencia creciente en los procedimientos para la consideración de las solicitudes de asilo y en la naturaleza del apoyo recibido por las personas asiladas una vez que pisan el territorio de la UE. Según lo contemplado en una Directiva del Consejo de la CE propuesta en 2003, a todos los países miembros de la UE se les exige el cumplimiento de unos estándares mínimos respecto a la recepción de las personas asiladas. A los gobiernos nacionales de la UE se les exigió en febrero de 2005 (EC, 2003) la incorporación de la Directiva en sus legislaciones nacionales.

El análisis de los niveles sociales y políticos señala los contextos en que se ofrece atención psiquiátrica. Para conocer la situación con detalle, también es importante examinar el nivel individual, en el cual las personas y sus familias experimentan los problemas de la salud mental y pueden establecer contacto directo con los servicios asistenciales. En este nivel, es necesario considerar el impacto de los factores estresantes existentes en los contextos anterior a la migración, de la migración propiamente dicha y posterior a la migración, ya que pueden influir significativamente sobre el bienestar mental de las personas refugiadas (Ager, 1993, 2000). También es importante considerar los servicios ofrecidos y evaluar los contextos institucionales en que son ofrecidos dichos servicios (Watters, 2002).

En este capítulo se ofrecerá una panorámica general de la situación de inmigrantes y personas refugiadas en el contexto europeo. Las personas refugiadas serán definidas inicialmente como un tipo específico de inmigrantes y se prestará una atención especial a la relación entre las personas refugiadas y las personas inmigrantes indocumentadas. Como parte de este contexto, se presentará información estadística acerca de las personas refugiadas en Europa con un análisis de las significativas diferencias que existen entre el número de personas refugiadas de los países del sur y del norte de Europa. En la segunda parte del capítulo se abordarán las necesidades de salud mental de las personas refugiadas con exposición de la evidencia relativa a los problemas mentales experimentados por este grupo de personas y con una relación de los debates relativos al diagnóstico. En esta parte del capítulo se incluirá una evaluación de la salud mental de las personas refugiadas en el contexto posmigratorio con análisis de la evidencia que vincula las experiencias posmigratorias y la enfermedad mental. La tercera parte del capítulo se dedicará a la evaluación de la provisión de los servicios de salud mental para las personas refugiadas en Europa. En esta parte se expondrán las prácticas idóneas relativas a la salud mental de las personas refugiadas y, concretamente, se detallarán los avances que se han producido en cuatro países europeos (Reino Unido, Holanda, España y Portugal); finalmente, se expondrá una serie de conclusiones generales respecto a la posición que ocupa Europa en su conjunto y las posibilidades de divulgación de las prácticas idóneas en esta área.

INMIGRANTES Y PERSONAS REFUGIADAS EN EL CONTEXTO EUROPEO

El período que transcurre entre la mitad del siglo xx y la actualidad ha sido denominado la «edad de los movimientos migratorios». Diversos expertos han señalado que, aunque históricamente las personas han atravesado las fronteras y se han establecido en otras tierras desde tiempos inmemoriales, la escala, el alcance global y las consecuencias sociales y económicas del movimiento migratorio que se está produciendo en la actualidad carecen de precedentes (Castles y Miller, 2003). Por supuesto, el movimiento migratorio puede tener diversas causas. Desde un punto de vista histórico, millones de personas han abandonado sus países de origen y se han desplazado a otras regiones en la búsqueda de una vida mejor en tierras nuevas. Las fuerzas motrices de los movimientos migratorios han sido la persecución religiosa o política y la privación económica; también ha sido importante la

percepción por parte de las personas de que es posible vivir mejor en otras tierras. La relación entre los factores por los cuales las personas abandonan sus países de origen y los factores por los cuales acuden a otros países nuevos por lo general se denomina una relación «de huida/atracción» y el análisis del movimiento migratorio se centra habitualmente en este tipo de relación (Hollingfield, 2000).

Castles y Miller (2003) han identificado cinco «tendencias» que caracterizan a los movimientos migratorios durante la primera parte del siglo xx. La primera es la «globalización de los movimientos migratorios», en el sentido de que el movimiento migratorio afecta a una amplia gama de países «receptores» al mismo tiempo. El movimiento migratorio también está globalizado en el sentido de que los países de inmigración pueden recibir una gama muy diversa de inmigrantes procedentes de contextos económicos, sociales y culturales muy distintos. En segundo lugar, existe una aceleración del movimiento migratorio en el sentido de que éste ha crecido en volumen en todas las regiones del mundo. Esto no significa que no haya ciertos *tipos* de movimientos migratorios que no puedan presentar una reducción de vez en cuando. Por ejemplo, en el momento en que se redacta este capítulo se ha producido un notable descenso en el número de personas asiladas que llegan a los países industrializados (UNHCR, 2004). Sin embargo, tal y como se describe más adelante, hay una relación directa entre la disminución de un tipo de movimiento migratorio y el incremento de otros tipos, y posiblemente también aumenta el número de personas inmigrantes indocumentadas en las situaciones en que disminuyen las solicitudes legales de asilo (Crisp, 2003).

Un tercer factor o tendencia es la diferenciación del movimiento migratorio en el sentido de que la mayor parte de los países no recibe un solo tipo de inmigración, sino gran cantidad de formas de ésta, como la inmigración por motivos de trabajo, la inmigración temporal de las personas que van a estudiar a otros países, la inmigración vinculada con las compañías multinacionales que actúan durante períodos de tiempo concretos en distintos países y la inmigración relacionada con personas refugiadas y asiladas. Las políticas gubernamentales pueden fomentar activamente un tipo de inmigración al mismo tiempo que rechazan otras formas de ésta y, tal y como ha demostrado Zolberg (1989), la formulación e implementación de las políticas migratorias influye directamente en los movimientos de las personas tanto en el interior de los países como entre ellos. Así, por ejemplo, en muchos países europeos existe, en el momento presente, una fuerte tendencia a la restricción del acceso a éstos por parte de las personas solicitantes de asilo al mismo tiempo que se fomenta activamente la entrada de inmigrantes de alta cualificación para cubrir las lagunas existentes en ciertos sectores productivos (p. ej., la atención sanitaria). El fomento de la inmigración también está relacionado con los cambios demográficos que han sucedido en Europa y que han provocado una fuerte reducción de la población trabajadora adulta con una clara amenaza de los estándares de vida.

Una cuarta tendencia identificada por Castles y Miller se refiere al notable incremento en el número de mujeres inmigrantes de todas las categorías. Entre estas categorías están la inmigración por motivos de trabajo, la incorporación de la mujer a actividades en las cuales es posible la explotación (como el trabajo doméstico) o, lo peor, la inmigración ilegal de las mujeres que son reclutadas para la industria del sexo. También está la inmigración de mujeres que viajan al extranjero para estudiar o trabajar en compañías multinacionales. El número

ro cada vez mayor de mujeres pertenecientes a estas categorías amenaza el modelo establecido del «movimiento migratorio en cadena», que es iniciado por un miembro masculino de la familia que se desplaza a otro país para trabajar y al cual después siguen su esposa y otros familiares. En cambio, las mujeres inmigrantes pueden constituir grupos mayoritarios «tan diversos como las caboverdianas que emigran a Italia, las filipinas que emigran a Oriente Medio y las tailandesas que emigran a Japón» (Castles y Miller, 2003: 9). En la consideración de las personas «en situación preocupante» por parte del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR, *United Nations High Commissioner for Refugees*) en 2002, el 51 % eran mujeres. En un informe elaborado por el UNHCR se señala que, a pesar de que los hombres y las mujeres pueden enfrentarse a peligros del mismo tipo, «las mujeres sufren a menudo formas específicas de abuso y violencia de género, como la violación, el secuestro y la oferta de documentos o ayuda a cambio de sexo» (UNHCR, 2002).

La última tendencia identificada es la politización del movimiento migratorio, un área en que el movimiento migratorio ha desempeñado un papel cada vez más importante en las cuestiones políticas tanto nacionales como internacionales. Tal y como ya se ha señalado, el movimiento migratorio que está produciéndose en los últimos años ha alcanzado uno de los primeros lugares en la agenda política de la UE. También es un elemento clave en las relaciones bilaterales y regionales. Son ejemplos de ello las tensiones diplomáticas entre Inglaterra y Francia respecto al campo de refugiados de la Cruz Roja en Sangatte, situado en las cercanías del transbordador y del ferrocarril que une Francia con Inglaterra; los conflictos relacionados con el flujo de inmigrantes entre Albania y Grecia, o Marruecos y España, y los movimientos migratorios entre Alemania y algunos de sus países vecinos de Europa central y oriental.

PERSONAS REFUGIADAS EN EUROPA

Por todo lo señalado, las personas refugiadas constituyen una categoría especial de inmigrantes, con unas connotaciones políticas y legales específicas. El artículo 1 de la Convención de Naciones Unidas de 1951 define al refugiado como una persona que «debido a un temor bien fundado de sufrir persecución por razones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social concreto o mantenimiento de diversas opiniones políticas, permanece fuera del país de su nacionalidad y no puede o no quiere (debido al temor señalado) aprovechar o solicitar la protección de su país de origen...».

La preocupación inmediata de las personas que redactaron la Convención era la situación en Europa tras el final de la segunda guerra mundial, y la Convención sólo se refería originalmente a las personas que se habían convertido en refugiadas «a consecuencia de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951». No obstante, esta limitación temporal fue eliminada en 1967, de manera que tanto la Convención de 1951 como el Protocolo de 1967 son, todavía en la actualidad, instrumentos importantes y los únicos de carácter universal respecto a la normativa legal internacional correspondiente a las personas refugiadas. La dificultad principal a la cual se enfrentan las personas que solicitan la categoría de refugiado es la demostración de que tienen un temor bien fundado a sufrir persecución, al mismo tiempo que los países receptores poseen sus propios sistemas de decisión para determinar si una perso-

na se ajusta a la definición de la ONU, y teniendo en cuenta que los tribunales nacionales pueden interpretar de formas distintas el articulado de la Convención. Por ejemplo, algunos países han considerado que la Convención sólo se refiere a la persecución realizada por un Estado y, por tanto, no otorgan la categoría de refugiado a las personas que sufren persecución por entidades no estatales. Otros países incluyen la persecución estatal y no estatal a la hora de considerar el otorgamiento de la categoría de refugiado (Justice, 2002).

El término de «persona refugiada» a menudo se utiliza de manera genérica para incluir tanto a las personas que solicitan asilo como a las que mantienen una categoría de refugiadas. En ocasiones también se utiliza para considerar a «inmigrantes indocumentados» que entran en los países de manera clandestina y que no solicitan asilo de manera activa. En este capítulo, el término se utilizará para incluir tanto a las personas solicitantes de asilo como a las refugiadas, excepto en las situaciones en que se abordan cuestiones específicas relacionadas con una u otra categoría, en cuyo caso se utilizará una terminología más precisa. Las personas inmigrantes indocumentadas tienen una posición legal, política y social muy distinta. Sus derechos de asistencia social, salud y educación pueden ser significativamente distintos a los de las personas refugiadas y solicitantes de asilo de manera que estas personas pueden ser prácticamente «invisibles» para los organismos encargados de dichos servicios. Concretamente, en lo que se refiere a la atención psiquiátrica, el hecho de ser una persona asilada o refugiada influirá tanto en el contexto como en el contenido de la atención prestada, que puede ser muy distinta de la que se ofrece (y a la cual tienen acceso) las personas inmigrantes indocumentadas (PICUM, 2001).

A pesar de ello, hay razones importantes para considerar la posición que ocupan las personas inmigrantes indocumentadas a la hora de evaluar la atención psiquiátrica de las personas refugiadas. En primer lugar, hay una relación importante entre las personas que solicitan asilo y las personas inmigrantes indocumentadas. En muchos países europeos con cifras bajas de solicitantes de asilo (p. ej., la mayor parte de los países del sur de Europa) hay constancia de un elevado número de inmigrantes indocumentados. Así, Bernal (2003: 85) cita la llegada de 200.000 a 300.000 personas inmigrantes indocumentadas a España, mientras que el número anual de solicitudes de asilo desde 1995 nunca ha superado la cifra de 10.000. Durante los años 2001 y 2002, España recibió 9.200 y 6.200 solicitudes de asilo, respectivamente. Grecia recibió 5.600 y 5.700, y Portugal recibió 200 solicitudes de este tipo en cada uno de los dos años citados. Estas cifras pueden compararse con las de los países del norte de Europa, como Alemania (88.300 y 71.100 en 2001 y 2002, respectivamente) y Reino Unido (92.000 y 110.700 en 2001 y 2002, respectivamente).

Hay una amplia gama de razones potenciales para explicar estas variaciones. Una de estas razones puede ser la baja tasa de aceptación en algunos países. Las tasas de aceptación en los países del sur de Europa son generalmente bajas y raramente superan el 10 % de las solicitudes, mientras que en algunos países del norte de Europa estas tasas son significativamente mayores. Por ejemplo, en Reino Unido se aceptó entre 1990 y 1999 el 34,9 % de las solicitudes de categoría de persona refugiada o de asilo por razones humanitarias, mientras que durante ese mismo período Holanda aceptó el 27,3 % de dichas solicitudes (UNHCR, 2000). En los países con tasas bajas de aceptación, pero con un número elevado de solicitudes (p. ej., Alemania y Austria), la razón de la escasa aceptación de las

solicitudes puede ser la proximidad de fronteras con países «exportadores» de personas refugiadas. Existe la preocupación de que, a medida que el acceso a la categoría de asilo sea cada vez más restrictiva, los solicitantes potenciales dejarán de exponer sus casos ante las autoridades relevantes y se unirán al número creciente de personas inmigrantes indocumentadas que no realizan ninguna solicitud formal desde el primer momento o bien se ocultan cuando reciben una respuesta negativa a su solicitud (Crisp, 2003).

La tabla 15-1 muestra las solicitudes de asilo realizadas en la UE entre 1990 y 2003. Es destacable el hecho de que, a lo largo de este período, Alemania recibió el 40 % de las solicitudes de asilo mientras que Reino Unido ocupó la segunda posición con el 16 %. Este orden se invirtió en 2003, un año en que Reino Unido recibió un total de 103.080 solicitudes de asilo mientras que Alemania recibió 71.130. En 2003 hubo una diferencia significativa en las solicitudes de asilo en los países de la Unión Europea de 15 países (disminución del

Tabla 15-1 Solicitudes de asilo en la Europa de 15 países durante el período de 1990 a 2003

País	Total	Proporción (%)	Por cada 1.000 personas
Alemania	2.168.000	40,70	26,3
Austria	249.800	4,70	30,8
Bélgica	283.400	5,30	27,5
Dinamarca	117.900	2,20	22,0
España	113.100	2,10	2,8
Finlandia	29.600	0,60	5,7
Francia	485.700	9,10	8,1
Grecia	47.000	0,90	4,3
Holanda	433.500	8,10	27,0
Irlanda	59.300	1,10	15,2
Italia	118.800	2,20	2,1
Luxemburgo	9.700	0,20	22,0
Portugal	6.400	0,10	0,60
Reino Unido	851.930	16,00	14,4
Suecia	349.700	6,60	39,4
Total	5.323.830	100,00	14,0

22 %) y en Europa en su conjunto (disminución del 20 %). Los gobiernos señalan que esta tendencia a la baja fue el resultado de un control más estricto de las fronteras y de los procedimientos de asilo, aunque con frecuencia se argumenta que el flujo de solicitantes de asilo puede haberse reducido debido a un mayor grado de estabilidad de los principales países «exportadores» de personas refugiadas, como Somalia e Irak. En Reino Unido, un ministro del Interior presentó orgullosamente las cifras correspondientes hasta agosto de 2004 como indicativas del impacto de las políticas gubernamentales apropiadas, y añadía: «Este logro se ha conseguido con la nueva legislación que elimina las situaciones de abuso y los retrasos, asegura nuestras fronteras, permite la aplicación de la tecnología de detección y controla la inmigración británica a Reino Unido procedente de tierras extrañas, una legislación que ha permitido el cierre de Sangatte, la introducción de procesos rápidos, la eliminación de las solicitudes realizadas por las personas procedentes de países seguros y la introducción de nuevos regímenes de visado».

Sin embargo, esta tendencia no ha sido uniforme ya que algunos de los países que se unieron a la UE en 2004 presentaron un incremento en las solicitudes. El UNHCR observó un incremento del 34 % en la República Checa y Polonia, y un 364 % en Chipre. Todavía es demasiado pronto para establecer conclusiones definitivas acerca de las razones de estas diferencias, aunque un posible factor contribuyente puede ser el hecho de que las personas solicitantes de asilo que pretenden entrar en la UE están realizando ahora sus solicitudes en países que previamente habían considerado de tránsito hacia su destino preferido. Un posible factor contribuyente adicional puede ser la mejora de los procedimientos de acogida y censo en los países de destino. Una característica notable de las solicitudes de asilo en Polonia y la República Checa es el elevado número de solicitantes procedentes de Europa oriental. En Polonia, el número mayor de solicitantes de asilo en 2003 procedía de la Federación Rusa mientras que en la República Checa el principal país de origen de los solicitantes de asilo fue Ucrania (UNHCR, 2004). La tabla 15-2 muestra los primeros cinco países europeos en cuanto al número de solicitudes de asilo en Europa, entre 2001 y 2003.

Tabla 15-2 Los primeros cinco países europeos en cuanto al número de solicitudes de asilo entre 2001 y 2003

País/ región de asilo	2001	2002	2003	Total			Modificación anual		Por cada 1.000 personas	
				Valor absoluto	Proporción	Rango	2001-2002	2002-2003	Total	Rango
Alemania	88.290	71.130	50.450	209.870	12,60%	3	-19%	-29%	2,55	17
España	9.490	6.310	5.770	21.570	1,30%	17	-34%	-9%	0,53	30
Grecia	5.500	5.660	8.180	19.340	1,20%	18	3%	45%	1,76	20
Portugal	230	250	110	590	0,00%	35	9%	-56%	0,06	38
Reino Unido	91.600	103.080	61.050	255.730	15,40%	1	13%	-41%	4,33	11

El estudio de las cifras correspondientes a las personas asiladas es importante ya que demuestra las dificultades a las cuales se enfrentan los servicios de salud mental y de otro tipo. En primer lugar, está el hecho de la falta de previsibilidad de los flujos de solicitantes de asilo y de inmigrantes indocumentados. Los servicios desarrollados para abordar las necesidades de los grupos específicos de inmigrantes deben adaptarse de manera drástica en respuesta a los nuevos flujos procedentes de diferentes regiones del mundo, con lenguajes y culturas distintas. En segundo lugar, están los cambios de los contextos políticos que obligan a una rápida adaptación de los organismos que ofrecen los servicios, en el intento de garantizar cierto grado de continuidad e idoneidad de los servicios prestados. En tercer lugar, hay cuestiones específicas en respuesta a las necesidades de las personas cuyas solicitudes de asilo son rechazadas y que pueden permanecer recluidas en centros de detención hasta su expulsión del país. Tal y como se expone más adelante, este grupo de personas puede enfrentarse a problemas psiquiátricos especialmente agudos.

PERSONAS REFUGIADAS Y SALUD MENTAL

La investigación realizada sobre la relación entre personas refugiadas y salud mental puede clasificarse en cuatro tipos: estudios epidemiológicos de la enfermedad mental en las poblaciones de personas refugiadas, estudios de los factores etiológicos de la enfermedad mental, incluyendo el impacto del contexto posmigración, estudios de investigación sobre la provisión de servicios de salud mental, y estudios de investigación sobre el contexto socio-legal de la atención psiquiátrica.

Una parte importante del debate correspondiente a la salud mental de las personas refugiadas se ha centrado en los últimos años en el trastorno por estrés postraumático (TEP) (Silove y cols., 2000b). El TEP es considerado, en términos generales, como uno de los principales problemas psiquiátricos experimentados por las personas refugiadas. En su mayor parte, se debe al impacto de un acontecimiento traumático sufrido por la persona refugiada en su país de origen; por ejemplo, la experiencia directa o indirecta de tortura, palizas, matanzas o violaciones. Después, estas experiencias son revividas mediante recuerdos intrusivos y la persona afectada puede evitar las circunstancias y las zonas que asocia con el traumatismo original (Goldberg y cols., 1994). El TEP es una incorporación relativamente reciente a la clasificación de los problemas psiquiátricos y fue reconocido como una categoría psiquiátrica específica en 1980 con su inclusión en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la American Psychiatric Association. Los veteranos de la guerra de Vietnam y las personas que en su nombre habían presionado a las compañías de seguros sanitarios influyeron de manera clave en el reconocimiento del TEP (Young, 1995). Desde entonces ha existido un interés clínico y de investigación considerable por la intensidad con que los grupos de personas refugiadas sufren TEP. Se han realizado abundantes estudios epidemiológicos sobre distintos grupos de personas refugiadas para determinar la prevalencia de esta enfermedad. Por ejemplo, Mollica y cols. (1999) observaron que el 15% de los residentes camboyanos sufría TEP en un campo de personas refugiadas de la frontera con Tailandia, mientras que en un estudio realizado sobre personas refugiadas

bosnias en tratamiento se observó que el 18-53 % de éstas sufría TEP. Silove y cols. (2000b) argumentaron que, en términos generales, sólo sufre TEP una pequeña parte de las personas expuestas a situaciones de violencia en masa, con un porcentaje que normalmente oscila entre el 4 y el 20 %. Silove ha llamado la atención sobre el contexto de la investigación y ha señalado el significativo sesgo de muestreo que puede existir entre los resultados de los estudios efectuados en la población general y los correspondientes a poblaciones de pacientes de manera que en los primeros se han observado de manera constante tasas inferiores de TEP (Silove, 1999).

Durante la última década han existido dificultades significativas para la aplicación del diagnóstico de TEP a las personas refugiadas. Desde el campo sociológico se ha criticado el falso incremento del número de «víctimas» de TEP para apoyar los programas de las organizaciones humanitarias de ayuda. Por ejemplo, en relación con el trabajo realizado en la antigua Yugoslavia, Stubbs (2004) ha puesto en duda las bases epidemiológicas de un proceso que ha descrito como «de engorde de las cifras» y en el cual se realizan declaraciones precipitadas, como la de que «más de 700.000 personas en Bosnia-Herzegovina [...] sufren un traumatismo psicológico grave». Summerfield (1999) ha realizado una crítica demolidora de la aplicación generalizada del diagnóstico de TEP. En función de los resultados obtenidos por Allan Young, este investigador ha señalado el «descubrimiento» relativamente reciente del TEP y contrasta su importancia histórica con la asociación de dicho diagnóstico con los problemas de diferentes grupos de población de personas refugiadas y de personas procedentes de países no occidentales. Una de las cuestiones clave planteadas por Summerfield es lo que este investigador contempla como una forma de imperialismo psiquiátrico en el cual un elevado número de personas que sufren los efectos de la guerra son clasificadas como mentalmente enfermas y se les aplican diversas formas de intervención psiquiátrica supuestamente necesarias con independencia de los puntos de vista de estas personas acerca de su situación o de los métodos necesarios para aliviarla. Aunque se reconoce que, en ocasiones, se han utilizado planteamientos exagerados en relación con la incidencia del TEP en las poblaciones de personas refugiadas y de personas que han vivido conflictos de guerra, diversos autores han argumentado que una consecuencia imprevista de este tipo de crítica puede ser el socavamiento de los muy necesarios programas de salud mental dirigidos hacia las personas refugiadas (Silove y cols., 2000a, 2001). Además, hay pruebas de que incluso los programas de salud mental aplicados a pequeña escala sobre las personas refugiadas pueden provocar un efecto significativo. En los resultados obtenidos en una evaluación de la introducción de un programa de enfermería psiquiátrica comunitaria en un campo de refugiados de gran tamaño, Kamau y cols. (Kamau, 2004) han argumentado que incluso la atención psiquiátrica de pequeño nivel puede causar un impacto espectacular en el bienestar mental de las personas refugiadas.

Otros estudios de investigación sobre la salud mental de las personas refugiadas se han centrado en el impacto de los «factores estresantes» asociados con acontecimientos externos, como los desplazamientos y realojamientos, así como en las distintas «situaciones de estrés» consideradas, como las reacciones subjetivas frente a dichos acontecimientos (Ahearn, 2000). El efecto de los factores estresantes puede aliviarse con estrategia de superación y apoyo externo. El impacto de los factores estresantes ha sido objeto de una in-

investigación detallada en relación con aspectos concretos (p. ej., la influencia de la fe religiosa, de las redes sociales y del apoyo material). Estos factores han sido contemplados en la secuencia cronológica de la experiencia de la persona refugiada, en la cual se han identificado los elementos estresantes relativos al período anterior al movimiento migratorio, al movimiento migratorio en sí mismo, al período posmigratorio y a los contextos de realojamiento (Ager, 1993). El entorno previo al movimiento migratorio se ha asociado con una combinación de factores estresantes entre los cuales se incluyen generalmente las dificultades económicas, la desestructuración social, la opresión política y la violencia física. Una característica común a las situaciones de «desestructuración social» es la pérdida de la familia y las amistades porque han sido asesinados o la separación a causa de las caóticas circunstancias en que ocurre el movimiento migratorio de las personas refugiadas. Por ejemplo, McCallin (1992) observó que en un grupo de 109 mujeres de Mozambique que huyeron a Zambia, el 24 % había sufrido la separación de sus hijos. Según Beiser (1999), la pérdida de los familiares a menudo causa problemas emocionales crónicos que dificultan el proceso de reajuste e integración en una nueva sociedad.

El impacto del proceso del movimiento migratorio en sí mismo sobre la salud mental de las personas refugiadas ha recibido relativamente poca atención en la bibliografía. Según uno de los expertos, esta circunstancia es lamentable porque «la huida de la tierra natal es un acontecimiento vital importante que, incluso si se lleva a cabo de manera rápida y segura, puede ser causa de un desconcierto emocional y cognitivo importante, con los consiguientes riesgos para la salud mental» (Ager, 1993: 9). Durante el proceso de la huida, los refugiados pueden presentar una vulnerabilidad especial frente a la violencia y las explotaciones sexual y económica. Además de estos factores externos, pueden estar sometidos a la experiencia de factores estresantes subjetivos, como la pérdida reciente de la familia, las amistades y la tierra natal. Eisenbruch (1991) ha argumentado que el profundo sentimiento de pérdida que sufren estas personas debería ser reconocido con mayor claridad por el campo de la psiquiatría y ha propuesto el establecimiento de una categoría psiquiátrica específica de «duelo por la pérdida de la identidad cultural», que podría reflejar con mayor precisión la experiencia de las personas refugiadas en comparación con las categorías psiquiátricas occidentales actuales. Por ejemplo, cita el caso de un paciente camboyano que se sentía poseído por los espíritus, «acosado por las visitas de fantasmas que procedían de su tierra natal, oía voces que le ordenaban realizar acciones en nombre de sus ancestros y sentía que estaba siendo castigado por haber sobrevivido» (pág. 675). En estas circunstancias, la persona sufre los signos culturales normales del duelo que, en el contexto psiquiátrico occidental, podría interpretarse erróneamente como un cuadro de TEP.

Aunque hasta hace poco tiempo el hincapié en relación con la investigación de la salud mental de los refugiados se hacía en el impacto de los «factores estresantes» premigratorios en la salud mental, a lo largo de la última década se han publicado numerosos estudios sobre el impacto de los factores posmigratorios. Este nuevo énfasis ha reflejado la aparición de políticas cada vez más restrictivas respecto a las personas solicitantes de asilo y a las personas inmigrantes ilegales en América, Europa y Australia. Entre las medidas introducidas se encuentran el confinamiento en centros de detención, la dispersión forzada en la comunidad, la implementación de procedimientos más estrictos para la concesión de la categoría

de refugiado, las restricciones cada vez más intensas en el acceso al trabajo, la educación y la vivienda, y las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria (Silove y cols., 2000b). Los investigadores han evaluado la relación entre los factores asociados con los procedimientos burocráticos, las condiciones de vida, la escasez del apoyo social y la discriminación en el entorno posmigratorio, llegando a la conclusión de que todos estos factores pueden influir significativamente en el incremento del riesgo de síntomas de TEP entre las personas solicitantes de asilo traumatizadas (Silove y cols., 1993). Se ha demostrado que los niveles elevados de depresión están asociados con niveles bajos de apoyo social y con dificultades económicas. En un estudio realizado sobre 84 personas refugiadas iraquíes, la conclusión de Gorst-Unsworth y Goldenberg (1998: 90) consistió en que «los factores sociales durante el exilio, especialmente el nivel de apoyo social “afectivo”, tienen gran importancia en la determinación de la gravedad del trastorno por estrés postraumático y de las reacciones de depresión, especialmente cuando se combinan con un nivel intenso de traumatismo/tortura. El apoyo social escaso es un elemento predictivo de la morbilidad por depresión mayor que los factores traumáticos». Según Silove y cols. (2000b: 606), «los factores estresantes sostenidos más importantes que han sido identificados en los distintos estudios han sido el retraso en el procesamiento de las solicitudes de las personas refugiadas, los conflictos con el funcionariado de inmigración, la denegación del permiso de trabajo, la falta de empleo, la separación de la familia, la soledad y el aburrimiento».

A nivel internacional se ha producido un incremento significativo en el confinamiento de los solicitantes de asilo a lo largo de la última década. En varios estudios se han evaluado las implicaciones psiquiátricas del confinamiento. En estudios de investigación realizados en Reino Unido se ha señalado que las dificultades psicológicas se manifiestan con la elevada incidencia de intentos de suicidio y de huelgas de hambre (Pourgourides y cols., 1996). En un estudio efectuado sobre 25 solicitantes de asilo en Australia, sometidos a condiciones de confinamiento, se detectaron mayores tasas de depresión, ideas suicidas, estrés postraumático, ansiedad, angustia y síntomas físicos entre las personas solicitantes de asilo que permanecían confinadas en comparación con las observadas en personas solicitantes de asilo, refugiadas e inmigrantes compatriotas de las anteriores que vivían en la comunidad (Thompson y cols., 1988).

Los resultados obtenidos en estos estudios indican la relación existente entre las políticas específicas aplicadas a las personas solicitantes de asilo y las refugiadas, por un lado, y los problemas psiquiátricos experimentados por estos grupos de personas. El incremento en las restricciones de los servicios y el apoyo ofrecidos a las personas refugiadas, así como la intensificación de los procedimientos burocráticos, pueden ser «factores estresantes» significativos que alteran la salud mental. Un área de estudio de desarrollo reciente ha desplazado el énfasis por la consideración del efecto de las cuestiones clínicas sobre el impacto de las políticas de disuasión respecto a la salud mental, hacia un enfoque más sociológico en el cual se considera el impacto del deterioro de la salud (incluyendo la salud mental) sobre los contextos socioculturales en los que se producen las solicitudes de asilo y en los cuales se decide la categoría de la persona (Fassin, 2001; Watters, 2001a). Esta línea de investigación está influida por el trabajo fundamental de Zolberg, en el cual este investigador dirige la atención hacia el impacto de las políticas estatales de inmigración sobre los patro-

nes del movimiento migratorio, en alejamiento de las teorías neoclásicas previas de huida/atracción (Zolberg, 1989).

Las actitudes adoptadas por las personas solicitantes de asilo pueden ser descritas como «camino de acceso» que están influidos por las leyes y políticas de inmigración (Watters, 2001b). Los «camino» seguidos por las personas solicitantes de asilo pueden estar influidos por la intensidad con que experimentan problemas de salud general y mental, y también por las oportunidades ofrecidas por las distintas políticas de asilo e inmigración. En relación con la situación de Francia, Fassin ha destacado la disminución significativa que se ha producido a lo largo de los últimos 10 años en el número de solicitudes de la categoría de refugiado que han sido aceptadas, al mismo tiempo que se ha multiplicado por siete el número de personas que reciben autorización para permanecer en el país debido a cuestiones humanitarias relacionadas con el deterioro de su salud (Fassin, 2001). Así pues, uno de los pocos caminos hacia la legitimidad pasa por la enfermedad. Fassin concluye: «Así, se otorga una importancia mayor al cuerpo enfermo que al cuerpo amenazado y el derecho a la vida es desplazado desde el contexto político hacia el contexto humanitario» (pág. 4). Además, este argumento se ha ampliado para incluir un proceso de «categorización estratégica» en el cual los profesionales médicos pueden destacar los problemas de salud de las personas refugiadas dado que éste constituye uno de los pocos «camino de acceso» a los servicios sanitarios y de asistencia social (Watters, 2001b). Esto no significa que los y las profesionales estén exagerando deliberadamente los problemas de salud mental que sufren algunas personas refugiadas. Más que ello, indica que, en un contexto en que un refugiado puede presentar una amplia gama de problemas de salud física y mental, y de asistencia social, algunos de estos problemas pueden reforzar la solicitud de la persona refugiada y pueden enfatizarse en el momento apropiado. Por tanto, es importante que los investigadores que evalúan la salud mental de las personas refugiadas en Europa sean conscientes del contexto social y legal del diagnóstico y del tratamiento.

SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS PARA LAS PERSONAS REFUGIADAS EN EUROPA

Al evaluar la atención psiquiátrica de las personas refugiadas en Europa, la primera sorpresa del investigador es la constatación de las grandes dificultades para abordar esta cuestión. En algunos países con una cifra grande o relativamente grande de personas que solicitan asilo y de personas refugiadas, los servicios de salud mental están estrechamente integrados en los sistemas establecidos para el procesamiento de las solicitudes de asilo. En otros países hay una planificación o gestión muy escasa con variaciones considerables entre las distintas ciudades y regiones en la cantidad y la calidad de la atención. Muchos de los problemas que acompañan a los servicios psiquiátricos son comunes a los que experimentan los y las inmigrantes y las comunidades raciales minoritarias en toda Europa. Seis características de estos servicios son: la ausencia de vigilancia y evaluación, el enfoque «ascendente» no planificado que resulta en una variabilidad considerable de la disponibilidad y la calidad de los servicios, la falta de participación de las personas usuarias de los servi-

cios, las dificultades de acceso a los servicios de orientación apropiados, la existencia de discriminación racial en algunos servicios, y los bajos niveles de calidad y cantidad de la formación de los y las profesionales que atienden estos servicios (Watters, 2002).

Vale la pena considerar estas características a la luz de las recomendaciones internacionales relativas a la provisión de servicios en esta área. El *World Health Report* de 2001 subraya las necesidades específicas de las personas refugiadas y de aquéllas en situación de desplazamiento interno. Estas personas son identificadas como un grupo vulnerable con «necesidades especiales de salud mental». En el informe se expone la importancia de un planteamiento holístico al considerar que la política de salud mental «debe abordar las cuestiones relativas a la vivienda, el empleo, el refugio, la ropa y el alimento, así como los efectos psicológicos y emocionales causados por la guerra, los desplazamientos y la pérdida de los seres queridos». En el informe se añade que en esta área, «la intervención comunitaria debe constituir la base de la acción política» (WHO, 2001: 83). En un manual elaborado hace tiempo por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual se recogían las experiencias de diversos expertos internacionales, se destacaban las características clave de una respuesta apropiada frente a las necesidades de salud mental de las personas refugiadas: entre ellas, la integración de la atención psiquiátrica con las formas tradicionales de atención sanitaria, la capacitación de las personas refugiadas con su participación activa en la resolución de los problemas de salud mental, y la interrelación entre la salud mental y la salud física (WHO, 1996). En este manual se subrayaba la importancia de la integración de la atención psiquiátrica con otras formas de actividades de apoyo y se insistía de manera repetida en la importancia de conseguir que las personas refugiadas tuvieran el máximo nivel de autonomía en sus actividades laborales y de ocio. Este planteamiento se basa en la consideración de que las personas refugiadas son individuos valiosos que «no deben ser contemplados como personas indefensas que dependen totalmente de la ayuda que se les pueda ofrecer» (WHO, 1996: 1). Finalmente, el énfasis que se hace en este manual respecto a la capacitación de las personas refugiadas no tiene un fin puramente ideológico, sino más bien un fin de tipo práctico en relación con la atención prestada a las personas refugiadas: «El ofrecimiento de participación y de una voz a las personas refugiadas y a otras personas desplazadas previene la aparición del peligroso sentimiento de indefensión y de dependencia forzada, que puede consumir todas sus energías» (1996: 133).

En un informe adicional elaborado por la OMS en colaboración con la Cruz Roja y con la Media Luna Roja se propone el uso de una «herramienta de valoración rápida» para la evaluación de las necesidades de salud mental de las personas refugiadas y de los recursos que deben existir en las áreas designadas. En la presentación de dicha herramienta, los autores destacan la importancia de la adopción de un planteamiento asistencial en salud mental alejado del punto de vista psiquiátrico como elemento único. Argumentan que «cualquier acontecimiento traumático generará unas dificultades y un sufrimiento que influirán poderosamente sobre las personas y las comunidades. Sin embargo, las dificultades y el sufrimiento no son enfermedades psiquiátricas» (WHO, 2001: 1). En consecuencia, «la atención psiquiátrica aplicada de manera indiscriminada es inapropiada y, por tanto, debe ser evitada». Los documentos señalados ponen de manifiesto la importancia de un enfoque integrado de la salud mental y de la asistencia social, tanto en el sentido de proporcionar

servicios a las personas que atraviesan los límites tradicionales entre la salud mental y la asistencia social, como en el sentido de ofrecer un planteamiento profesional multidisciplinario. La integración también incorpora de manera crucial el papel desempeñado por las «personas usuarias de los servicios» y por el ofrecimiento de los enfoques terapéuticos tradicionales.

En 2002 y 2003 se llevó a cabo un estudio detallado de los servicios de salud mental a disposición de las personas refugiadas en cuatro países europeos. Específicamente, los investigadores evaluaron los servicios a disposición de las personas refugiadas existentes en Reino Unido, Holanda, España y Portugal (Watters y Ingleby, 2003). El resto del capítulo se dedica a analizar los resultados obtenidos en este estudio. La conclusión de éste fue que en los cuatro países hubo problemas significativos en el ofrecimiento de formación básica acerca del uso de los servicios de salud mental a las personas refugiadas. En Portugal y España la vigilancia fue casi inexistente, mientras que en Holanda y Reino Unido la vigilancia se llevó a cabo mediante la aplicación de categorizaciones raciales muy genéricas, que tuvieron una utilidad limitada en un grupo tan diversificado. Los problemas planteados fueron de dos tipos: la vigilancia de los servicios generales no tuvo en cuenta la amplia gama de orígenes nacionales y étnicos y, en los casos en que se realizó en función de aspectos étnicos, no introdujo las importantes distinciones legales entre personas refugiadas, solicitantes de asilo, personas acogidas a disposiciones de categoría humanitaria e inmigrantes indocumentadas. Tal y como se señala en el informe, preguntas tan básicas como el número de personas refugiadas que utilizaron su servicio introdujeron la consternación entre los proveedores de los servicios, que intentaron suponer o explicar que los sistemas de vigilancia realmente no tenían que poseer este dato.

Los resultados obtenidos en este estudio confirmaron el papel clave desempeñado por las ONG especializadas en la provisión de servicios a este grupo de personas. A consecuencia de su interacción diaria con dichas personas, las ONG a menudo poseían un conocimiento detallado de las necesidades de las personas solicitantes de asilo y refugiadas. El hecho de que estas organizaciones no estaban contempladas estructuralmente en servicios sanitarios y de asistencia social específicos les permitía desempeñar un papel crucial en la coordinación de una amplia gama de necesidades prácticas, de asistencia social y de salud mental. Sin embargo, al mismo tiempo que ofrecían servicios importantes, estas organizaciones mantenían característicamente una posición de carácter marginal en relación con los sistemas oficiales de atención sanitaria, salud mental y asistencia social. Los servicios de carácter oficial estaban orientados sistemáticamente y de manera casi exclusiva hacia la población mayoritaria, al mismo tiempo que presentaban limitaciones graves en lo referido a la educación y la formación de los y las profesionales, y también en lo relativo a la disponibilidad de servicios de interpretación y traducción de las distintas lenguas (Watters, 2002). En términos generales, en Europa se ha producido una polarización significativa entre los servicios de especialidad dirigidos hacia las personas refugiadas y desplazadas a una posición marginal, y los organismos oficiales de atención sanitaria y social que carecen del conocimiento y de la concienciación necesarios respecto a las necesidades de las personas refugiadas. En consecuencia, han existido dificultades importantes para la implementación de los servicios de especialidad dirigidos hacia las personas refugiadas. En

términos prácticos, el establecimiento de estos servicios se ha basado en la identificación en las distintas localidades de profesionales de la salud mental y de médicos y médicas generales con una actitud favorable hacia las necesidades de las personas refugiadas y con las habilidades y recursos necesarios para abordar dichas necesidades. Así, las iniciativas de salud mental dirigidas hacia las personas refugiadas normalmente han implicado el establecimiento de alianzas al menos entre dos organismos comprometidos en esta área.

En el momento en que se redacta este capítulo, son ejemplos de estas iniciativas el programa Breathing Space aplicado en Reino Unido (una alianza entre el Comité de refugiados y la Fundación médica para la asistencia de las víctimas de la tortura), el programa Pharos en Holanda (una alianza entre las organizaciones de Servicios de psiquiatría social para los refugiados y el Centro asistencial para los refugiados, correspondientes al Ministerio de Sanidad holandés) y el programa SAPPiR en España originado por el agrupamiento de profesionales sanitarios de origen multidisciplinario (el Servicio de atención psicopatológica y psicosocial a inmigrantes y refugiados). Sin embargo, a pesar de que el desarrollo específico de estas asociaciones ha estado vinculado de manera inextricable con su capacidad para ofrecer servicios específicos a través de los límites tradicionales establecidos en la provisión de los servicios, este aspecto también ha constituido una fuente de debilidad potencial. Con la posible excepción del ejemplo holandés, los servicios de salud mental y de asistencia social dirigidos hacia las personas refugiadas han estado excluidos prácticamente siempre de la estructura de los servicios oficiales o predominantes de salud mental y de asistencia social. La base de financiación de estos servicios no suele ser duradera ni segura. Las iniciativas adoptan normalmente la forma de «proyectos especiales», o bien, en las organizaciones más grandes, se originan mediante fondos en los cuales participan diversos proyectos especiales. Los proyectos elaborados tienen un período de vida limitado durante el cual normalmente están sujetos a una evaluación iniciada por el organismo financiador. Por ello, la supervivencia a largo plazo de los proyectos especiales con frecuencia es dudosa.

Tal y como se concluye en este estudio, una característica adicional es que los servicios ofrecidos a las personas refugiadas son característicamente el producto de una iniciativa adoptada por una persona o un grupo de personas interesadas en la salud mental y la asistencia social de las personas refugiadas. Dichas personas pueden ofrecer servicios de especialidad en las áreas citadas, pero deben equilibrar sus esfuerzos con su participación como empleados en los servicios oficiales. Tras la formulación de un plan para un servicio, las personas o grupos de personas buscan característicamente financiación en un departamento gubernamental, un organismo internacional o alguna fundación de beneficencia. Estos profesionales a menudo dividen su tiempo entre los servicios dedicados a las personas refugiadas y los servicios proporcionados a los organismos oficiales (p. ej., un psiquiatra puede participar en un equipo local genérico y, simultáneamente, puede trabajar en un hospital psiquiátrico). Por todo ello, los proyectos dirigidos hacia cuestiones de salud mental y de asistencia social no suelen ser el resultado de un desarrollo político de carácter descendente financiado con los recursos apropiados.

La situación expuesta tiene implicaciones respecto a la distribución de los servicios, en el sentido de que en algunas áreas existen profesionales dedicados que aseguran la provisión de los recursos necesarios para los proyectos existentes en sus localidades. Sin em-

bargo, esta distribución geográfica quizá no esté basada en datos demográficos o epidemiológicos reales. Por ejemplo, en el estudio realizado en España se señaló que la mayor parte de las personas solicitantes de asilo y refugiadas residía en Madrid, al mismo tiempo que la mayor parte de los servicios más importantes en esta área correspondía a Barcelona. En Reino Unido, algunas de las áreas en las cuales se han dispersado las personas solicitantes de asilo poseían buenas infraestructuras de servicios, mientras que otras áreas (con cifras similares de personas solicitantes de asilo) poseían infraestructuras mínimas. Es necesario un enfoque de carácter descendente para garantizar la distribución equitativa de los servicios en las áreas de mayor necesidad.

Los contextos político y legal de los movimientos migratorios pueden influir significativamente en el acceso a los servicios de salud mental y de asistencia social. No obstante, en diversos estudios también se ha detectado el impacto de un nivel secundario de acceso, a través de filtros profesionales existentes en las localidades en que residen las personas refugiadas. Los ejemplos observados en Holanda indican los problemas a los cuales deben enfrentarse las personas solicitantes de asilo que únicamente acceden a servicios de especialidad tras atravesar dos filtros profesionales representados por el sistema *Medische Opvang Asielzoekers* (asistencia médica para las personas solicitantes de asilo) en el centro de alojamiento y, posteriormente, por el médico o la médica general de la comunidad. En el estudio se indican las barreras que pueden existir para el acceso a los servicios a través de estos filtros, a consecuencia del desconocimiento y la falta de competencia cultural en ellos, en relación con el trato a las personas refugiadas. El problema puede complicarse por la falta de conocimiento del sistema sanitario por parte de las personas refugiadas, por lo cual se sienten «burladas» por parte de los distintos servicios. En Reino Unido, las personas refugiadas en situación de dispersión pueden enfrentarse a una situación en la cual carecen de conocimientos acerca del sistema sanitario existente en su localidad y en la cual los médicos y las médicas generales pueden considerar que no tienen el tiempo, la experiencia ni los recursos necesarios para atender a las personas refugiadas. En ocasiones, esta situación ha provocado decisiones explícitas de algunos médicos generales de no atender a los refugiados. Así, a pesar de que los servicios pueden tener una existencia nominal, el acceso real a éstos puede ser inexistente.

El problema del acceso a los servicios puede ser abordado por organismos que actúan como intermediarios o defensores de las personas refugiadas. En Portugal, el Consejo de refugiados portugués es un mediador clave entre las personas usuarias y los servicios asistenciales. En Reino Unido, el programa Breathing Space actúa como elemento de defensa para garantizar que las personas refugiadas reciban una gama apropiada de servicios de salud mental y de asistencia social. En los cuatro países estudiados, y en el informe internacional más genérico, las iniciativas de defensa han sido contempladas mayoritariamente como un componente vital de la práctica idónea en la atención psiquiátrica y la asistencia social de las personas refugiadas.

La investigación que se ha llevado a cabo en Europa respecto a la atención psiquiátrica de las personas refugiadas está en sus fases iniciales. Sin embargo, incluso así es posible sugerir algunos elementos de práctica idónea en este campo. Los elementos identificados en el proyecto de investigación comentado fueron los siguientes:

1. Sensibilidad cultural.
2. Enfoque integrado.
3. Concienciación política.
4. Accesibilidad de los servicios.

Los servicios en los cuales se consideró que la práctica era idónea ofrecían una combinación de estos cuatro componentes, en mayor o menor grado.

La *sensibilidad cultural* se refiere, en este caso, al desarrollo de servicios de salud mental y de asistencia social basados en el conocimiento y aplicados con sensibilidad frente a las distintas culturas de los grupos de personas refugiadas a las cuales dichos servicios pretenden atender. Este modelo descarta directamente los modelos monoculturales de provisión de servicios y persigue el desarrollo de sistemas de clasificación y tratamiento que reflejen los problemas identificados por las propias personas refugiadas. El trabajo de este tipo de servicios puede generar la revisión de las categorías de clasificación, con inclusión del «duelo por la pérdida de la identidad cultural» y, en función del trabajo realizado por el programa SAPPPIR en Barcelona, del «síndrome de Ulises» (una denominación relacionada con la experiencia del movimiento migratorio a través del mar Mediterráneo). La sensibilidad cultural también implica el reconocimiento de la naturaleza dinámica de la cultura y la concienciación acerca de la heterogeneidad cultural y del desarrollo de nuevas formas de cultura a lo largo del tiempo. Así, este planteamiento pretende evitar tanto la contemplación estereotipada como la idealización de las culturas de las cuales provienen las personas refugiadas dado que ambas actitudes han dificultado el desarrollo de los servicios de salud mental dirigidos hacia las personas refugiadas y hacia los grupos étnicos minoritarios.

El *enfoque integrado* implica la integración de los servicios de salud mental y de asistencia social. Conlleva el reconocimiento de que los problemas experimentados por las personas refugiadas no suelen ajustarse a las categorías de salud mental o de asistencia social. Tal y como ya se ha señalado, en el contexto posmigratorio hay una interrelación crucial entre las circunstancias sociales y la salud mental, de manera que factores como el confinamiento, los procesos burocráticos, la falta de alojamiento en situación de mendicidad, la pobreza, la pérdida de la identidad cultural, la desaparición de la familia y las amistades, así como el aislamiento social influyen de manera discernible sobre la salud mental (Silove y cols., 2000). Si se desea que los servicios sean efectivos, debe intentarse la identificación de la interrelación entre los factores y la función con objeto de actuar sobre ambos a distintos niveles. Los servicios identificados en el estudio de práctica idónea reconocieron esta interrelación y a menudo actuaron mediante un modelo implícito de «jerarquía de necesidades» en el cual el esfuerzo recae mayoritariamente en la solución de las necesidades básicas, como el alimento y el alojamiento, antes de ofrecer lo que podría considerarse más claramente una atención en salud mental. El enfoque integrado exige característicamente la eliminación de los límites institucionales y el establecimiento de alianzas entre los servicios de carácter legal, los cuerpos intergubernamentales y las ONG.

Una característica adicional de la práctica idónea implicada en el estudio que se está comentando es el desarrollo de la *concienciación política* entre los proveedores de servicios, a nivel grupal e individual. A nivel grupal, esta concienciación se refiere a la situación de las

personas refugiadas que huyen de sus países y persigue el desarrollo del mayor conocimiento actualizado posible acerca de las situaciones cambiantes en los países de origen de éstas. También se refiere al conocimiento de las situaciones políticas en los países que deben atravesar las personas refugiadas en su trayecto hacia Europa occidental. Este conocimiento incluye las modificaciones legislativas y políticas desarrolladas en los países a nivel nacional o supranacional (p. ej., mediante las nuevas políticas de la UE). Diversos expertos perspicaces han contemplado estas cuestiones a nivel grupal no solamente como elementos de conocimiento básico, sino también como elementos con una influencia directa e importante sobre las vidas de las personas refugiadas hacia las cuales se dirigen los servicios. El cambio de las condiciones existentes en un país (p. ej., Afganistán o Irak) ha causado un impacto considerable sobre los familiares y las amistades que residen en él y sobre las percepciones de las personas refugiadas acerca de sus vidas futuras. En algunas ocasiones, la percepción de la mejora de las condiciones en un país ha generado ansiedad por la posibilidad de que las personas refugiadas se vean forzadas a volver a una situación en la cual pueden sentirse muy inseguras. En consecuencia, los cambios a nivel grupal pueden influir de manera muy directa sobre las vidas y la salud mental de las personas refugiadas. La concienciación política también tiene una importancia clave en relación con la modificación de las legislaciones y las políticas de las sociedades que acogen a las personas refugiadas, así como respecto a las presiones ejercidas a través de las percepciones sociales acerca de las propias personas refugiadas. La hostilidad pública en algunas localidades concretas ha incrementado en gran medida los sentimientos de ansiedad, aislamiento y depresión.

Un cuarto componente identificado en el estudio fue la *accesibilidad* de los servicios, que también es contemplada apropiadamente como un elemento operativo a diferentes niveles. Todos los servicios identificados en el proyecto de investigación fueron innovadores en cuanto a la mejora del acceso de las personas refugiadas a los propios servicios. En el nivel más obvio, su objetivo era crear entornos «amigables» en los cuales, por ejemplo, hubiera una aceptación manifiesta del multiculturalismo mediante el uso de imágenes en carteles y elementos de cerámica, con organización ocasional de actos multiculturales dirigidos al establecimiento de unas relaciones armoniosas entre las personas refugiadas y las comunidades que las acogían. El acceso también mejoró con los avances de tipo informativo dirigidos a la ubicación adecuada de los servicios relevantes para personas refugiadas en los lugares en que éstas se congregaban. Para ello, fue necesario un análisis geográfico de la dispersión y el realojamiento de las personas refugiadas, con conocimiento de los contextos en que era más probable establecer contacto con ellas (p. ej., en sus zonas de entrada), de manera que la recepción por parte del país de acogida se produjera en unas condiciones menos estresantes para ellos. Así, por ejemplo, el equipo del proyecto Breathing Space ubicó sus servicios en uno de los principales centros de acogida para refugiados de Gran Bretaña. El acceso obligó al desarrollo de relaciones y mecanismos entre los «filtros» principales y los servicios sanitarios, de salud mental y de asistencia social. Por ejemplo, el acceso pudo implicar el establecimiento de relaciones estrechas con los médicos y las médicas locales y la realización de trabajo de campo en los centros de acogida o los lugares en que las personas refugiadas reciben un alojamiento de urgencia. Una dimensión adicional relativa al acceso fue la participación en los servicios de personas que podían hablar

el idioma de las personas refugiadas y que conocían sus características culturales, incluyendo las subdivisiones existentes en los grandes grupos culturales.

En el estudio evaluado se demostró que los elementos citados fueron clave para la aplicación de servicios apropiados de salud mental a las personas refugiadas. El interés cada vez mayor por la estandarización de los métodos de acogida de las personas refugiadas en toda Europa ofrece una oportunidad sin precedentes para compartir modelos de práctica idónea entre los distintos países. La utilización y estandarización de los modelos y técnicas de evaluación ofrece nuevas oportunidades para evaluar los logros en este campo y para garantizar una implementación lo más amplia posible de la práctica idónea.

BIBLIOGRAFÍA

Ager A. *Mental Health Issues in Refugee Populations: A Review*. Working paper of the Harvard Center for the Study of Culture and Medicine. Project on International Mental and Behavioral Health. Cambridge, MA: Harvard Medical School, Department of Social Medicine, 1993.

Ager A. *Psychosocial programmes: principles and practice for research and evaluation*. En: Ahearn F, ed. *Psychosocial Wellness of Refugees*. Nueva York: Berghahn Books, 2000.

Ahearn F, ed. *Psychosocial Wellness of Refugees*. Nueva York: Berghahn Books, 2000.

Beiser M. *Strangers at the Gate: The 'Boat People's' First Ten Years in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 1999.

Bernal M. *Identification study: Spain*. En: Watters C, Ingleby D, eds. *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers*. Canterbury: University of Kent, 2003.

Castles S, Miller M. *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2003.

Crisp J. *A New Asylum Paradigm? Globalization, Migration and the Uncertain Future of the International Refugee Regime*. Working paper no. 100. Ginebra: Evaluation and Policy Analysis Unit, UNHCR, 2003.

Eisenbruch M. *From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees*. *Soc Sci Med* 1991; 33 (6): 673-680.

European Commission. *Council Directive 2003/9/EC of 27th January 2003*. Bruselas: European Commission, 2003.

Fassin D. *The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate*. *Anthropology Today* 2001; 17 (1): 3-7.

Goldberg D, Benjamin S, Creed F. *Psychiatry in Medical Practice*. Londres: Routledge, 1994.

Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. *Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq: trauma-related factors compared with social factors in exile*. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (Jan): 90-94.

Hollingfield J. *The politics of international migration*. En: Brettell C, Hollingfield J, eds. *Migration Theory*. Nueva York: Routledge, 2000.

Justice. *Asylum: Changing Policy and Practice in the UK, EU and Selected Countries*. Londres: Justice, 2002.

Kamau M, Silove D, Steel Z, Catanzaro R, Bateman C, Ekblad S. *Psychiatric disorders in an African refugee camp*. *International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict* 2004; 2 (2): 84-89.

McCallin M. *The impact of current and traumatic stressors on the psychological well-being of refugee communities*. En: McCallin M, ed. *The Psychological Well-Being of Refugee Children: Research, Practice and Policy Issues*. Ginebra: International Catholic Child Bureau, 1992.

Mollica RF, McInnes K, Sarajli N, Lavelle J, Sarajli I, Massagli M. *Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia*. *JAMA* 1999; 282 (5): 433-439.

PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants). *Health Care for Undocumented Migrants*. Ambers: PICUM, 2001.

Pourgourides CK, Bracken PJ, Sashidharan SP. *A Second Exile: The Mental Health Implications of Detention of Asylum Seekers in the United Kingdom*. Birmingham: Academic Unit, Northern Birmingham Mental Health Trust, 1996.

- Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187 (4): 200-207.
- Silove D, McIntosh P, Becker R. Risk of retraumatization of asylum-seekers in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27 (4): 606-612.
- Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet* 2000a; 355 (9214): 1.548-1.549.
- Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA* 2000b; 284 (5): 604-611.
- Stubbs P. Transforming local and global discourses: reassessing the PTSD movement in Bosnia and Croatia. En: Ingleby D, ed. *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Amsterdam: Kluwer, 2004.
- Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med* 1999; 48 (10): 1.162-1.449.
- Thompson M, McGorry P, Silove D, Steel Z. Marlborough Detention Centre Tamil Survey. En: Silove D, Steel Z, eds. *Mental Health and Well-Being of On-Shore Asylum Seekers in Australia*. Sydney: Psychiatry Research and Teaching Unit, University of New South Wales, 1988.
- UNHCR. *The State of the World's Refugees: Fifty Years of Humanitarian Action*. Ginebra: UNHCR, 2000.
- UNHCR. *Global Consultations on International Protection: Refugee Women*. Ginebra: UNHCR, 2002.
- UNHCR. *Asylum Levels and Trends: Europe and non-European Industrialized Countries, 2003*. Ginebra: Population Data Unit, UNHCR, 2004.
- Watters C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Soc Sci Med* 2001a; 52 (11): 1.709-1.718.
- Watters C. Avenues of access and the moral economy of legitimacy. *Anthropology Today* 2001b; 17 (2): 24.
- Watters C. Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2002; 28 (1): 153-172.
- Watters C, Ingleby D. *Good Practice in the Mental Health and Social Care of Refugees and Asylum Seekers: Report to the European Refugee Fund*. Bruselas: European Commission, 2003.
- World Health Organization. *The Mental Health of Refugees*. Ginebra: WHO, 1996.
- World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: WHO, 2001.
- Young A. *The Harmony of Illusions: Invention of Post-traumatic Stress Disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995.
- Zolberg A. The next waves: migration theory for a changing world. *Int Migr Rev* 1989; 23 (3): 403-430.

Capítulo 16

Cuidadores y familias de las personas con problemas mentales

LORENZA MAGLIANO, DAVID McDAID,
SUSAN KIRKWOOD Y KATHRYN BERZINS

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las dos últimas décadas, en la mayor parte de los países europeos se ha producido un incremento progresivo de la responsabilidad que asumen las familias en el cuidado y la atención de las personas que presentan problemas mentales. También ha habido una tendencia hacia las hospitalizaciones cada vez más breves y hacia la disminución en el número de camas hospitalarias, junto con un incremento correspondiente en los servicios de psiquiatría aplicados en el contexto comunitario siempre que ha sido posible (v. cap. 10).

En la actualidad, se ha estimado que entre el 40 y el 90 % de las personas que sufren problemas mentales permanece en contacto estrecho o vive con familiares que a menudo les ofrecen apoyo físico y emocional a largo plazo (Hogman y De Vleeschauwer, 1996; Rose, 1996; Ostman y Hansson, 2001; WHO, 2001; Ostman y Hansson, 2002b; Lauber y cols., 2003). Estos familiares han asumido responsabilidades y tareas adicionales, especialmente en las situaciones en que los recursos transferidos hacia los sistemas de salud mental comunitarios han sido insuficientes (Kuipers, 1993; Brand, 2001).

Estas tareas y responsabilidades adicionales no conllevan ninguna forma de remuneración y se llevan a cabo de manera informal, por lo que se han denominado «la carga del cuidador». A pesar de que se utiliza con frecuencia, este término puede ser percibido en ocasiones como indebidamente negativo y, al mismo tiempo que en este capítulo nos centraremos en las dificultades a las cuales se enfrentan los cuidadores y en los mecanismos de apoyo que requieren, es muy importante tener en cuenta desde un principio que la experiencia de los cuidadores conlleva tanto gratifica-

ciones como dificultades. Los cuidadores pueden sentirse muy gratificados cuando comprueban que son capaces de ayudar a una persona a la cual quieren y que pueden mejorar su calidad de vida. Sin embargo, el término de «carga del cuidador» transmite la sensación de exigencias y tensiones importantes, señaladas a menudo por los propios cuidadores, y puede ser útil para destacar la necesidad de aplicación de medidas integradas dirigidas al bienestar físico y mental de estas personas, y a abordar los aspectos económicos que permitan reducir la carga negativa que soportan, reforzando en todo caso los aspectos positivos de la experiencia a la cual se ven sometidos los cuidadores. Las experiencias negativas que sufren los cuidadores y que no son abordadas de manera apropiada también influyen de forma perjudicial en la evolución a largo plazo de las personas con problemas mentales.

En este capítulo comenzamos diferenciando dos tipos de impacto sobre los cuidadores: el subjetivo y el objetivo. Después se revisan brevemente diversos aspectos de ambas formas de carga o impacto, y se destacan las consecuencias sobre la salud y socioeconómicas que generan. A continuación se evalúa la función que desempeña el acceso a los servicios (basado en la legislación) en el apoyo a los familiares. Las asociaciones de cuidadores familiares también desempeñan un papel vital en la capacitación y el apoyo de estas personas. En última instancia se examina el desarrollo de dichas asociaciones en toda Europa y se exponen las dificultades políticas a las cuales deben enfrentarse.

IMPACTOS OBJETIVO Y SUBJETIVO DEL CUIDADO DE UN FAMILIAR CON PROBLEMAS MENTALES

Desde los primeros años de la década de 1960, la «carga» familiar se ha clasificado en las dimensiones objetiva y subjetiva (Hoenig y Hamilton, 1966). La primera de ellas hace referencia a los problemas de tipo práctico experimentados por el familiar, como la desestructuración de las relaciones familiares, las limitaciones en las actividades sociales, de ocio y laborales, las dificultades económicas y el impacto negativo sobre su salud física. Las dificultades objetivas se refieren a las reacciones psicológicas que experimentan los familiares; por ejemplo, los sentimientos de pérdida, depresión, ansiedad y vergüenza en las situaciones sociales, el estrés que conlleva la superación de los comportamientos perturbadores del familiar enfermo, y la frustración debida al cambio de las relaciones (Lanzara y cols., 1999; Pereira y De Almeida, 1999; Ostman y Hansson, 2000; Jungbauer y Angermeyer, 2002; Magliano y cols., 2002; Mory y cols., 2002; Ohaeri, 2003; Ostman y Hansson, 2004; Magliano y cols., 2005a, 2006b; Moller-Leimkuhler, 2005). Mientras que la carga objetiva está relacionada predominantemente con el contacto estrecho entre las familias y las personas con problemas mentales, la carga subjetiva está determinada por muchos factores, como los mecanismos de resistencia y superación utilizados por los cuidadores, la solidez de las relaciones antes del inicio de la enfermedad, el nivel de apoyo por parte de las redes sociales y la disponibilidad y el acceso a servicios formales.

IMPACTO SOBRE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES

Comenzaremos evaluando algunos de los problemas subjetivos a los cuales se enfrentan los cuidadores de personas que sufren trastornos mentales de diversos tipos y después consideraremos algunos de los impactos objetivos sobre la salud y el nivel socioeconómico que son comunes a todos ellos. Hasta el momento, la mayor parte de la investigación sobre el impacto causado por el cuidado de un familiar con problemas mentales se ha centrado en los trastornos cognitivos, como demencia y enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, en general, a lo largo de los últimos años se ha incrementado el número de estudios relativos a la carga que soportan los cuidadores, con una atención más detallada a otros problemas mentales, especialmente las psicosis (Ohaeri, 2003; Schulze y Rossler, 2005).

Psicosis

Tras una primera hospitalización para tratamiento, una proporción sustancial de personas con psicosis vuelve a vivir con sus familiares. Este compromiso puede ser a largo plazo; en un estudio en el cual fueron evaluadas 179 personas con esquizofrenia que vivían inicialmente con su familia, más de la mitad todavía vivía en familia 15 años después (Brown y Birtwistle, 1998). Por supuesto, el impacto no se limita a aquellos hogares en que una persona con psicosis vive con otros familiares; por ejemplo, en el estudio UK700, la mitad de todas las personas con esquizofrenia tenía contactos frecuentes al menos con un familiar y las dos terceras partes de estos pacientes se reunía con su familia más de una vez a la semana (Harvey y cols., 2001a, 2001b).

En el estudio EPSILON se evaluó el impacto de la esquizofrenia en cinco ciudades europeas: Amsterdam, Copenhague, Londres, Santander y Verona. Los resultados demostraron que las consecuencias más habituales para las familias eran las relativas a la preocupación por la salud y el futuro del familiar enfermo, así como las correspondientes a la seguridad personal y los aspectos económicos de los cuidadores familiares (Thorncroft y cols., 2004). El impacto fue mayor en los casos en que los pacientes con esquizofrenia vivían con la familia o mantenían un contacto estrecho con ella. En otros estudios también se ha señalado la preocupación por el comportamiento de las personas con psicosis (p. ej., su inquietud, hipocondría, alteraciones del sueño o agresividad) (Grad y Sainsbury, 1968; Bury y cols., 1998; Schene y cols., 1998). Los intentos de suicidio y el estado de ánimo depresivo también son considerados frecuentemente por los familiares como problemas que incrementan la carga subjetiva. La falta de independencia y de habilidades sociales, los bajos niveles de interés por las actividades de ocio y la escasa preocupación de los pacientes por su autocuidado son otros aspectos de la enfermedad cuya superación por parte de los familiares puede ser difícil (McCarthy y cols., 1989).

Todos estos factores pueden contribuir a la disminución de la calidad de vida de los cuidadores. En un estudio de pequeña envergadura publicado recientemente en Suecia, se compararon los padres de pacientes con esquizofrenia con una muestra aleatoria de la población y se demostró que estos padres presentaban un grado de satisfacción con su cali-

dad de vida significativamente menor; además, hubo una correlación entre la calidad de vida baja y la percepción de una carga mayor (Foldemo y cols., 2005). Este impacto sobre la calidad de vida puede ser crónico. En otro estudio, aproximadamente la mitad de todos los familiares presentó inicialmente dificultades de grado moderado o intenso al comienzo de su labor como cuidadores, con pocas modificaciones en esta situación al cabo de 15 años (Brown y Birtwistle, 1998).

Trastornos afectivos

Se ha prestado una atención mucho menor a los trastornos afectivos, pero, al igual que ocurre con las psicosis, también pueden causar grandes dificultades tanto a los pacientes como a sus familias (Sartorius, 2001). En concreto, las personas que mantienen contacto con pacientes que sufren depresión persistente tienen dificultades graves para mantener sus actividades sociales y de ocio, a menudo se quejan de una disminución de los ingresos familiares totales y pueden sufrir tensiones importantes en sus relaciones conyugales (Jungbauer y cols., 2004; Van Wijngaarden y cols., 2004).

También se han observado niveles sustanciales de dificultades subjetivas en familiares de personas con trastornos bipolares. De nuevo, la carga que sufren está relacionada significativamente con los síntomas y con los cambios en los roles familiares. La carga ha sido mayor en los familiares que creen que el paciente es capaz de controlar los síntomas y también en los que son conscientes del pronóstico de la enfermedad. Hasta el 93 % de los cuidadores familiares han manifestado niveles de dificultad subjetiva moderados o intensos al menos en uno de los ámbitos de la carga (Perlick y cols., 1999, 2001). La naturaleza cíclica de los trastornos bipolares obliga a una atención aún mayor a la evaluación a largo plazo del impacto que sufren los familiares de los pacientes con dichos trastornos. En estos casos es probable que las familias se impliquen de manera importante sólo durante los periodos críticos de la enfermedad (Perlick y cols., 2005).

Trastornos cognitivos

Se ha prestado mayor atención a la carga asistencial que soportan los familiares de personas que padecen demencia o enfermedad de Alzheimer que a la de los familiares de personas con cualquier otro tipo de problema mental. En ocasiones, el cuidado de una persona con demencia puede ser, literalmente, una actividad de 24 horas diarias. Los cuidadores de estos pacientes pueden sentirse aislados de sus redes sociales, de su familia y de sus amigos a medida que progresa la enfermedad y el cuidado del paciente se convierte en una ocupación a tiempo completo (Leinonen y cols., 2001). En muchos estudios realizados sobre personas usuarias de servicios y en numerosas encuestas de carácter comunitario se han obtenido pruebas de los elevados niveles de dificultad y depresión existentes entre los cuidadores de personas con demencia (Clipp y George, 1993; Livingston y cols., 1996; Murray y cols., 1999; Coen y cols., 2002; Thomas y cols., 2005).

Otros trastornos

Aunque los datos existentes acerca de las dificultades experimentadas por los familiares de personas que sufren trastorno obsesivo-compulsivo son escasos (Steketee, 1997; Amir y cols., 2002), de nuevo, parece que este trastorno provoca un impacto considerable sobre las familias y que puede generar una reducción de las actividades sociales con situaciones de aislamiento a largo plazo. A menudo, las personas con síntomas obsesivo-compulsivos implican a sus familiares en los rituales que realizan, criticándoles e introduciendo sentimientos de angustia en ellos, lo que, en consecuencia, provoca un impacto negativo sobre el resultado del tratamiento (Calvocoressi y cols., 1995).

Los trastornos de la conducta alimentaria han recibido poca atención, aunque, de nuevo, en algunos estudios se ha sugerido que el impacto de la anorexia nerviosa sobre los familiares incluso puede ser de mayor intensidad que el relativo a las psicosis (Treasure y cols., 2001). En estudios cualitativos recientes y de pequeña envergadura efectuados sobre la bulimia nerviosa también se observó que los cuidadores presentan necesidades emocionales y prácticas significativas, tanto de apoyo como de información. No obstante, hay algunas pruebas de la gratificación asociada con el cuidado de un familiar enfermo; así, 16 cuidadores de un total de 20 señaló haber tenido experiencias positivas (Perkins y cols., 2004; Winn y cols., 2004).

IMPACTO DEL CUIDADO DE UN FAMILIAR ENFERMO SOBRE LA SALUD DEL CUIDADOR

Con independencia del problema de salud mental que sufra un ser querido, los cuidadores familiares son vulnerables al padecimiento de problemas físicos y mentales y, en consecuencia, pueden necesitar un uso más intensivo de los recursos médicos (Jungbauer y cols., 2002; Wittmund y cols., 2002; Hirst, 2005). Entre los cuidadores de las personas con problemas mentales se ha observado una prevalencia de trastornos de depresión superior a la correspondiente a la población general, especialmente en los casos en que el nivel de discapacidad del paciente es elevado (Jungbauer y cols., 2002; Wittmund y cols., 2002). En dos estudios se observó que más de la mitad de los familiares que cuidaban a pacientes consideraba que su propia salud mental había quedado influida negativamente con aparición de síntomas, como insomnio, cefaleas, irritabilidad excesiva y depresión (Grad y Sainsbury, 1968; McCarthy y cols., 1989). En otro estudio se observó que, entre las consecuencias negativas del cuidado de pacientes citadas por los padres, la de mayor impacto era la correspondiente a la salud. Entre los síntomas citados, los más frecuentes fueron la preocupación excesiva, el malestar interno, la irritabilidad, el insomnio, la fatiga y los dolores en el cuello y los hombros (Angermeyer y cols., 2001). La intensidad de estos síntomas fue un factor predictivo significativo del padecimiento de problemas psicósomáticos por parte de los cuidadores y, en comparación con la población general, se observó que los cuidadores solicitaban atención con mayor frecuencia, especialmente al médico general, al psiquiatra y al psicoterapeuta. En un estudio realizado en Finlandia en que fueron evaluados los miembros

de una asociación local de familiares, se observó que el 38 % presentaba vulnerabilidad frente a la depresión clínica. Las madres y las esposas, así como los familiares con ingresos económicos bajos o que debían afrontar dificultades económicas, presentaron mayor riesgo de depresión (Nyman y Stengard, 2001).

El impacto sobre la salud y sobre la necesidad de uso de recursos asistenciales puede variar en función de la naturaleza del trastorno mental. En un estudio reciente en que se evaluaron retrospectivamente las experiencias de cuidadores familiares primarios en Estados Unidos a lo largo del período de los 7 meses previos a la hospitalización de un familiar en una unidad psiquiátrica ambulatoria o en una unidad de hospitalización para pacientes con trastornos bipolares, se observaron tasas de trastornos mentales y de uso primario de los servicios asistenciales mucho mayores en los cuidadores familiares que en la población general (Perlick y cols., 2005). En otro estudio realizado sobre 90 familias en las cuales había un paciente con esquizofrenia, se observó que los familiares se sentían estresados por los comportamientos perturbadores de los pacientes, hasta «un nivel patológico en el 38 % de los casos» (Birchwood y Cochrane, 1990). El impacto sobre la salud de los cuidadores provocado por los pacientes que sufren trastornos cognitivos también puede ser sustancial. Dado que la demencia y la enfermedad de Alzheimer muestran una prevalencia elevada en las personas de edad avanzada, sus cuidadores (la mayor parte de los cuales son los cónyuges de los pacientes) pueden sufrir ellos mismos un deterioro de su propia salud a consecuencia de la carga mental y física que conlleva el cuidado de su familiar, con actividades como levantar su cuerpo, lavarle y vestirle (Meinland y cols., 2001; Thomas y cols., 2005).

ASPECTOS POSITIVOS DEL CUIDADO DE UN FAMILIAR CON ENFERMEDAD MENTAL

Tal y como ya se ha señalado al comienzo del capítulo, es importante tener en cuenta que el cuidado de un familiar que sufre un trastorno mental conlleva tanto gratificaciones como dificultades; sin embargo, a menudo, los aspectos positivos son pasados por alto. La apreciación de los aspectos positivos del cuidado de un familiar enfermo se puede asociar de manera significativa con una reducción de la carga familiar (Nyman y Stengard, 2001); por ejemplo, los cuidadores pueden señalar que se sienten compensados por sus sentimientos de gratificación, amor y orgullo. Además, aunque muchos familiares experimentan dificultades considerables, los resultados obtenidos en estudios de investigación no demuestran que a consecuencia de ello eviten el contacto frecuente con el paciente (Grella y Grusky, 1989; Veltman y cols., 2002). En un estudio realizado en Verona se observó que, cuando los cuidadores familiares son apoyados adecuadamente por profesionales asistenciales, el 92 % de éstos continúa manteniendo el contacto con sus amistades y familiares, el 72 % no sufre ninguna reducción de sus ingresos económicos a consecuencia de las responsabilidades a que le obliga el cuidado de su familiar y el 52 % puede controlar por sí mismo la desestructuración que se produce en el hogar durante una crisis (Samele y Manning, 2000).

Se han obtenido resultados similares en la evaluación de los cuidadores de ancianos con problemas cognitivos. En un estudio realizado en Canadá sobre 211 cuidadores se observó que el 73 % al menos podía identificar un aspecto positivo en la actividad asistencial que llevaba a cabo con su familiar enfermo (Cohen y cols., 2002). En otro estudio efectuado en Inglaterra, Italia y Suecia sobre cuidadores de personas con demencia, fueron pocos los cuidadores informales que manifestaron el deseo de abandonar el cuidado de sus familiares, incluso en casos en que el nivel objetivo de la carga soportada era intenso (McDaid y Sassi, 2001). De la misma manera, en estudios realizados sobre pacientes con trastornos de depresión se ha señalado que, a pesar de todos los problemas, la mayor parte de los cónyuges se compromete a permanecer con su pareja (Fadden y cols., 1987; Keitner y Miller, 1990; Ellring, 1999). En términos más generales, en una encuesta realizada sobre casi 1.000 cuidadores informales de personas con diversos trastornos, casi la mitad señaló la existencia de aspectos positivos en relación con el cuidado de su familiar y consideró que sería menos feliz si tuviera que transferir sus responsabilidades a alguna otra persona (Brouwer y cols., 2005).

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS DEL CUIDADO DE UN FAMILIAR CON ENFERMEDAD MENTAL

El deseo y la voluntad de los familiares para cuidar del paciente en ocasiones pueden significar que la clase política y otras partes implicadas consideren la atención de carácter informal como un «recurso gratis». Sin embargo, esta actividad puede conllevar un coste económico significativo para las personas y para la sociedad. El análisis económico principalmente está relacionado con los ingresos perdidos debido al cuidado de un familiar enfermo; es decir, con las ganancias económicas que habría tenido una persona si no hubiera tenido que cuidar a su familiar. Mientras que la disponibilidad de los cuidadores familiares puede reducir la necesidad de apoyo profesional, los cuidadores pueden tener que dedicar una gran cantidad de tiempo (y, por tanto, de dinero) que podrían haber dedicado a trabajar o a sus actividades de ocio. También pueden soportar gastos de bolsillo adicionales para apoyar económicamente a su familiar y, tal y como ya se ha descrito, pueden sufrir problemas físicos y mentales que, de nuevo, pueden conllevar costes significativos para el sistema asistencial.

Por todo ello, la consideración de los costes completos de la actividad de los cuidadores es muy importante en el análisis económico exhaustivo y puede marcar la diferencia cuando los políticos determinan la rentabilidad económica de la introducción de servicios o programas específicos para apoyar a los cuidadores familiares o para valorar otras intervenciones. También ofrece una indicación de los costes que podrían tener que soportar los servicios asistenciales formales en el futuro si se diera la circunstancia de que se redujera el número de cuidadores familiares debido al envejecimiento de la población en la mayoría de los países europeos. No obstante, dadas las dificultades metodológicas para estimar los costes en que incurren los cuidadores familiares informales, y teniendo en cuenta que generalmente sólo se consideran los costes relacionados con el sistema asistencial sanitario, los

costes soportados por los cuidadores familiares a menudo son ignorados en los análisis económicos. En concreto, no siempre es fácil la determinación del mejor uso alternativo del tiempo, especialmente si un cuidador familiar ya ha sido responsable en alguna medida de un paciente (p. ej., en el caso de los padres de un niño enfermo). Todo ello ha generado variaciones considerables en las estimaciones del coste de la actividad de los cuidadores familiares (McDaid, 2001).

En cualquier caso, hay un buen número de estudios en que se otorga gran valor a la actividad de los cuidadores familiares, especialmente en dos áreas: las psicosis y la demencia. En un estudio norteamericano se estimó que solamente los costes de la pérdida de trabajo para los cuidadores de personas con esquizofrenia representaban aproximadamente el 17,5 % de los costes totales de la enfermedad (Rice y Miller, 1996). En un estudio italiano relativo a los costes asociados con la esquizofrenia se estimó que aproximadamente el 29 % de éstos se debía a la pérdida de horas de trabajo y de oportunidades de trabajo, así como a los costes del tiempo de ocio de los cuidadores familiares (Tarricone y cols., 2000). En estudios realizados en Australia se observó que los costes anuales de un conjunto de 2.379 cuidadores de pacientes con esquizofrenia que habían perdido oportunidades de trabajo osciló entre 51,5 (Carr y cols., 2003) y 88 millones de dólares australianos, es decir, más del 6 % de los costes totales de la enfermedad (Access Economics, 2002). Los autores del último estudio citado consideraron que su estimación era conservadora y que no incluía los costes de los cuidadores a tiempo parcial ni tampoco los de los denominados «cuidadores a domicilio». Los costes relacionados con los cuidadores familiares y otros cuidadores informales también pueden explicar una proporción muy elevada de los costes totales asociados con la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia; en una de las revisiones efectuadas, esta proporción osciló entre el 36 y el 85 % de los costes totales (McDaid, 2001). Por ejemplo, en otro estudio realizado sobre un grupo de cuidadores de Londres a lo largo de un período de 2 años se estimó que la atención informal al menos representó el 40 % de los costes totales (Schneider y cols., 2003).

En la bibliografía llama la atención el escaso número de estudios acerca de los costes asumidos por los cuidadores de pacientes con trastornos de depresión. En algunos estudios se ha reconocido la importancia de la contribución de los cuidadores, pero no ha sido posible otorgar un valor monetario a dicha contribución (Evers y Ament, 1995). Otros investigadores han excluido los costes económicos ya que el cuidado del familiar no había influido en el empleo remunerado, tal y como ocurrió en una revisión sobre pacientes con trastornos bipolares (Das Gupta y Guest, 2002). Sin embargo, los costes van mucho más allá de las oportunidades perdidas de empleo remunerado. Una aproximación efectuada en un estudio australiano consideró que el 9 % de las personas con trastornos bipolares tenía cuidadores que se habían visto obligados a abandonar su trabajo para cuidarles a tiempo completo. Los costes estimados de las pérdidas de salarios de estos más de 9.000 cuidadores fueron, en 2003, de casi 200 millones de dólares australianos (Access Economics y SANE Australia, 2003). También incurren en costes importantes los cuidadores que están en edad de jubilación. En Estados Unidos se han calculado los costes adicionales que conlleva el cuidado de personas mayores de 70 años de edad con depresión. La mayor parte de los cuidadores también estaba jubilado y dedicaba entre 3 y 6 horas semanales adicionales

a la atención informal de su familiar, según el número de síntomas de depresión del paciente, con un coste anual de aproximadamente 9.000 millones de dólares estadounidenses (Langa y cols., 2004).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA CARGA FAMILIAR

Hasta el momento, en este capítulo se han destacado los impactos subjetivo, objetivo y económico del cuidado de un familiar con problemas mentales, pero esta información tiene poca utilidad a menos que conozcamos los factores que contribuyen a los aspectos negativos del cuidado del familiar y los factores que ofrecen protección frente a ellos. La investigación en esta área es cada vez más activa (Schulze y Rossler, 2005). Un factor predictivo clave es la emoción expresada, un parámetro del grado de implicación de la familia con su familiar enfermo y que se define en función de la manera con que la familia habla espontáneamente acerca de su ser querido. Puede definirse como una actitud notable de crítica, de implicación emocional excesiva o de ambas hacia la persona enferma (Foldemo y cols., 2005). En varios estudios se ha evaluado la influencia recíproca de la carga y de la emoción expresada como aspectos de la relación que se establece entre las personas que sufren trastornos mentales y sus familias (Wearden y cols., 2002). Los familiares con un nivel elevado de emoción expresada (EEE) pueden soportar una carga doble en comparación con los familiares con emoción expresada baja (EEB) y pueden sentir que no son capaces de superar la situación con tanta efectividad (Smith y cols., 1993).

En otros estudios se ha sugerido que los estilos de superación, como la coerción y la crítica negativa, se asocian con mayores niveles de carga soportada (Jackson y cols., 1990; Budd y cols., 1998), mientras que Perlick y cols. (2004) observaron en un estudio sobre pacientes con trastorno bipolar una asociación entre la aplicación emocional excesiva y los niveles elevados de carga soportada por los cuidadores. En un estudio realizado en Alemania y publicado recientemente, con 5 años de seguimiento, respecto a la carga y los factores predictivos de la carga en 83 cuidadores de pacientes hospitalizados por esquizofrenia o depresión, se observó que los familiares con EEE presentaban una carga objetiva y subjetiva significativamente mayor, así como un grado menor de satisfacción con la vida (Moller-Leimkuhler, 2005). Scazufca y Kuipers (1996) observaron que los familiares de pacientes con esquizofrenia a los 9 meses de seguimiento presentaban una carga menor que en el momento del episodio inicial. La mejor evolución de la carga se observó en los familiares que pasaron de presentar EEE a presentar EEB, con un incremento significativo de la carga en los familiares en que esta transición fue la inversa.

En algunos estudios se ha sugerido que las estrategias de superación de los familiares están influidas por los síntomas y por el nivel de discapacidad que presentan las personas con trastornos mentales. La coerción es una estrategia de superación adoptada con mayor frecuencia por los familiares de personas que sufren trastornos formales del razonamiento e ideas delirantes (Magliano y cols., 1995; Harvey y cols., 2001a), y también de pacientes con niveles elevados de discapacidad social y que experimentan recidivas frecuentes. La aceptación del comportamiento de una persona es mayor entre los familiares de los pa-

cientes que mantienen una actividad social también mayor (Birchwood y Cochrane, 1990). Las estrategias de superación basadas en aspectos emocionales, como la evitación, la resignación y la búsqueda de ayuda espiritual, así como la baja percepción de control respecto a la situación, a menudo se han observado en relación estrecha con la carga familiar elevada (Magliano y cols., 1995; Bibou-Nakou y cols., 1997). Además, también se ha observado que los cuidadores de pacientes con problemas crónicos adoptan un estilo pasivo de superación con mayor frecuencia que los cuidadores de pacientes que están en las fases iniciales de su enfermedad, lo que sugiere un cambio en el estilo de superación a lo largo del tiempo.

La carga de los cuidadores familiares también ha sido estudiada en relación con las redes sociales de los propios cuidadores (Magliano y cols., 1998; Ostman y Hansson, 2001). Los niveles elevados de apoyo social práctico, así como la participación en grupos de autoayuda y en programas psicoeducativos, se han asociado con la aplicación de estrategias eficaces de superación y una disminución de las dificultades familiares (Johnson, 1990, 1995). Por ejemplo, las redes sociales de familiares y amigos son especialmente importantes en lo que se refiere a los cuidadores de mayor edad; cuando no existen estas redes de apoyo social, se ha observado que los cuidadores son mucho más vulnerables frente a las crisis en su actividad asistencial (Wenger y Burholt, 2004). En términos más generales, cuando los familiares poseen una red social de apoyo, muestran una protección mayor frente al estrés (Gore y Colten, 1991; Olstad y cols., 2001) y pueden controlar mejor los períodos críticos de su familiar enfermo, con la consiguiente disminución en las tasas de hospitalización (Brugha y cols., 1993).

En Italia, un país en que la atención psiquiátrica presenta una orientación fuertemente comunitaria, se llevó a cabo un estudio de carácter nacional sobre la carga familiar en contextos clínicos convencionales. Participaron más de 700 familias de personas usuarias de servicios que padecían esquizofrenia y que habían sido atendidas consecutivamente en 30 servicios de salud mental seleccionados aleatoriamente en el conjunto de los existentes en todo el país (Magliano y cols., 2002). El 97 % de los familiares señaló presentar sentimientos de pérdida y el 83 % afirmó que había llorado o se había sentido deprimido. Además, el 73 % de los familiares había abandonado sus actividades de ocio y el 68 % tenía dificultades para tomar vacaciones. El 34 % de los familiares señaló que se sentía suficientemente seguro por la ayuda profesional que podría recibir en una situación de crisis y el 43 % había recibido información adecuada de los servicios profesionales respecto a la forma de superar los comportamientos perturbadores del paciente. La carga práctica y psicológica fue significativamente mayor en las familias de personas con síntomas intensos de discapacidad y manía/hostilidad, en los casos en que los familiares recibieron un apoyo escaso por parte de los profesionales y también por parte de sus redes sociales en situaciones de urgencia, además de los casos en que el apoyo social práctico era escaso. Además, la carga de tipo práctico fue inferior en las zonas más ricas del norte de Italia, en las cuales había mayor disponibilidad de los recursos profesionales y en las cuales los pacientes tuvieron más facilidad para participar en programas de rehabilitación. No obstante, las redes sociales de apoyo fueron más importantes en el sur del país, donde los valores comunitarios tradicionales continúan estando fuertemente implantados.

La experiencia de estos cuidadores también fue comparada con la observada en un grupo de 646 cuidadores de personas que sufrían enfermedades físicas crónicas (trastornos neurológicos, enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedades renales o pulmonares). Aunque el impacto de la actividad del cuidado de sus familiares fue significativo en todos ellos, la carga subjetiva fue mayor en los cuidadores que atendían a pacientes con esquizofrenia o un trastorno neurológico. Aparte de ello, el acceso a las redes sociales de apoyo y a la ayuda de urgencia fue mucho menor en lo relativo a los cuidadores de pacientes con esquizofrenia; los cuidadores con un acceso menor a las redes sociales y al apoyo presentaron mayores niveles de carga subjetiva y objetiva (Magliano y cols., 2005a). Estos grupos de cuidadores también fueron comparados con 714 personas de la población general. A lo largo de un período de 2 meses, el 61 % de las personas había establecido contacto con algún familiar o amigo, en comparación con tan sólo el 38 % de los cuidadores de personas que sufrían esquizofrenia (Magliano y cols., 2006b).

A nivel europeo, los estudios de investigación transculturales en esta área son escasos y la mayor parte de los existentes se ha llevado a cabo en un solo país. Los resultados no son necesariamente aplicables a otros contextos dado que la carga experimentada posiblemente está influida por factores, como las actitudes sociales hacia la enfermedad mental y el nivel de provisión de servicios, que son parámetros con grandes variaciones en los distintos países. En un estudio europeo realizado entre 1994 y 1997, en el cual se analizaron específicamente la carga familiar y las estrategias de superación de los cuidadores que atendían a pacientes con esquizofrenia, fueron evaluados 236 familiares de esquizofrénicos residentes en Italia, Reino Unido, Grecia, Alemania y Portugal (Magliano y cols., 1998, 1999). En todos los países, los familiares señalaron que el cuidado de los pacientes con esquizofrenia provocó una restricción de sus propias actividades sociales, con efectos negativos sobre la vida familiar y generación de un sentimiento de pérdida. Entre los familiares con una red de apoyo social de baja intensidad se observaron niveles elevados de carga y mayor frecuencia de adopción de estrategias de superación ineficaces, como la resignación, la reducción de los intereses sociales y la evitación del paciente con esquizofrenia. En cambio, los familiares con acceso a redes sociales de apoyo grandes y atentas estuvieron en una posición mejor para aplicar estrategias de resolución de problemas, como la implicación de su familiar enfermo en las actividades sociales propias de los cuidadores, el establecimiento de una comunicación positiva, la búsqueda de información y las conversaciones con amigos; además, estos familiares también se adaptaron mejor a su papel de cuidadores.

Aunque en los cinco centros de estudio se obtuvieron resultados similares, también hubo diferencias entre los centros de la zona mediterránea y los del norte de Europa. Por ejemplo, los familiares de los centros de la zona mediterránea adoptaron con mayor frecuencia una actitud de resignación y a menudo utilizaron la ayuda espiritual como estrategia de superación a diferencia de lo que ocurrió en los centros del norte europeo. De la misma forma, los familiares de los pacientes atendidos en centros de la zona mediterránea mostraron un nivel mayor de reducción de sus contactos sociales y un nivel menor de apoyo por parte de sus redes sociales. Tras 1 año de seguimiento, los datos demostraron que el nivel de carga se había mantenido estable a lo largo del tiempo, en ausencia de cambios significativos en el patrón de atención (Magliano y cols., 1999). Sin embargo, cuando se redujo la carga,

se observó una mejoría con el paso del tiempo en los aspectos siguientes: el grado de tolerancia de los familiares respecto a los comportamientos de la persona, el apoyo práctico ofrecido a las familias por sus redes sociales, la evolución de la enfermedad y la actividad social de los pacientes con esquizofrenia.

INTERVENCIONES DE APOYO A LOS CUIDADORES

El cuidado de un familiar enfermo no es un recurso gratuito. Si los cuidadores familiares no pueden atender la situación, deben ser sustituidos o complementados por cuidadores profesionales remunerados. Además, una parte importante de la carga soportada por los cuidadores no sólo influye en su propia salud y productividad económica, sino que también afecta de manera adversa la evolución del paciente que sufre el problema mental (Falloon, 1985; Perlick y cols., 2004). Por tanto, desde una perspectiva política, un elemento clave es garantizar la evaluación apropiada de las necesidades de los cuidadores, seguido del acceso de éstos a la ayuda apropiada para que las familias puedan disfrutar de la gratificación que conlleva el cuidado de su familiar enfermo al mismo tiempo que minimizan las dificultades a las cuales deben enfrentarse. Estas experiencias están muy influidas por el acceso a la información y también por el apoyo profesional. Las intervenciones psicoeducativas dirigidas hacia los miembros familiares también pueden ser útiles para reducir la carga soportada por la familia.

Mejoras en el acceso a la orientación e información

A pesar de la contribución vital efectuada por los cuidadores familiares, su relación con los servicios locales de salud mental a menudo ha sido descrita como problemática y tensa (Grella y Grusky, 1989; Schene y Van Wijngaarden, 1995; Jungbauer y Angermeyer, 2002). Los cuidadores familiares pueden sentir hostilidad, resentimiento e insatisfacción hacia los profesionales que no comprenden sus necesidades. Además, las familias señalan que, si carecen de información acerca de la enfermedad mental, son ignoradas por los y las profesionales de la salud mental y no se les consulta acerca del tratamiento. En un estudio realizado en cinco países europeos sobre la ayuda ofrecida durante un primer episodio de psicosis (De Haan y cols., 2002) se observó que la mayor insatisfacción de las familias estaba relacionada con la información recibida acerca del tratamiento de los problemas específicos. En otro estudio realizado en Roma se demostró que el grado de satisfacción con los servicios expresado por los pacientes atendidos ambulatoriamente y por sus familiares era bastante bueno, excepto en lo relativo a la información correspondiente a la enfermedad y el nivel de participación de los familiares en los programas terapéuticos. En concreto, la insatisfacción se asoció con una falta de información durante los períodos de hospitalización (Gigantesco y cols., 2002).

Las familias a menudo necesitan una orientación de tipo práctico que incluya información y educación acerca de los síntomas psiquiátricos, el uso de los medicamentos y el con-

trol de los comportamientos perturbadores y de los problemas de discapacidad (Kuipers, 1993; Reid y cols., 1993; Angermeyer y cols., 2000). A pesar de que la información por sí misma sólo influye de manera limitada sobre las familias y no modifica la evolución de la enfermedad a largo plazo, mejora las esperanzas de los familiares y su confianza en los profesionales, y puede tener gran valor para facilitar la superación del impacto emocional asociado con los trastornos mentales. El apoyo emocional es especialmente importante durante los primeros episodios de las distintas enfermedades (Tennakoon y cols., 2000; Lenior y cols., 2002; Wolthaus y cols., 2002). En este momento, los familiares deben superar sus propias reacciones emocionales al mismo tiempo que atienden a su ser requerido.

Intervenciones psicoeducativas

Durante los últimos 25 años se han desarrollado intervenciones eficaces de apoyo familiar (Falloon, 1985; Leff y cols., 1990). Estas intervenciones psicoeducativas comparten varios objetivos: la provisión a la familia de información sobre la enfermedad y su tratamiento, la mejora de los patrones de comunicación en la familia, la potenciación de las habilidades de solución de problemas por parte de la familia, la mejora de las estrategias de superación de la familia y el fomento de la implicación de la familia en las actividades sociales.

A continuación examinaremos la aplicación de las intervenciones de este tipo respecto a las familias de pacientes con psicosis. Desde la década de 1960 se ha producido un incremento constante en la evidencia relativa a la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre la esquizofrenia. La terapia familiar ha provocado efectos preventivos claros sobre las recidivas y las rehospitalizaciones psiquiátricas, además de que ha incrementado el grado de cumplimiento del tratamiento medicamentoso por parte de los pacientes y ha reducido los costes (Tarrier y cols., 1988; Mueser y cols., 2001; Pilling y cols., 2002). En comparación con la aplicación del método convencional de gestión de casos, las intervenciones psicoeducativas han reducido cuatro veces más la tasa de recidiva de la psicosis al cabo de 1 año y han duplicado dicha tasa al cabo de 2 años. Además, han mejorado el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico, han reducido los costes económicos globales de la atención y pueden haber influido positivamente sobre la situación familiar (Canive y cols., 1996; Szmukler y cols., 1996; Stam y Cuijpers, 2001). En un estudio también se señaló que los grupos de familiares son más efectivos que los grupos comportamentales de intervención familiar en lo que se refiere a la disminución de las tasas de recidiva de los pacientes que se mantienen en una fase estable de la esquizofrenia (Montero y cols., 2001).

A pesar de su eficacia demostrada, estas intervenciones no siempre se aplican de manera sistemática en Europa. En un estudio efectuado a finales de los años noventa del siglo xx se señaló que en los países de Europa occidental el porcentaje de familias de pacientes esquizofrénicos que recibían intervenciones estructuradas de apoyo en los contextos asistenciales habituales era inferior al 15 % (Magliano y cols., 1998). Con el objetivo de incrementar la disponibilidad de estas intervenciones, la Unión Europea (UE) –en el contexto del Quinto programa marco de investigación y desarrollo tecnológico (*Fifth Framework Programme for Research and Technological Development*)– inició un estudio para la

valoración en seis países europeos del impacto de dos programas alternativos de formación de los profesionales acerca de la implementación y la efectividad de una intervención psicoeducativa conocida sobre los familiares de pacientes con esquizofrenia. El estudio se llevó a cabo en 24 servicios de salud mental y en él participaron 48 profesionales que aplicaron la intervención psicoeducativa durante un año a 55 familias de pacientes con esquizofrenia. En la evaluación realizada al cabo de un año de seguimiento se demostró una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas de los pacientes y en su actividad social, así como en la carga soportada por los familiares, en sus estrategias de superación y en su apoyo social (Magliano y cols., 2005b).

Las iniciativas para la implementación a gran escala de estas intervenciones psicoeducativas se iniciaron en Reino Unido y en Italia. En el primero de estos países, la provisión de las intervenciones de apoyo a las familias se había incluido entre las iniciativas clave para el control de la esquizofrenia. En el segundo país, la valoración de la carga familiar y la aplicación de intervenciones de apoyo a las familias constituyeron acciones prioritarias en el Plan nacional de salud 2002-2004. Además, en Italia se llevó a cabo un proyecto nacional sobre la esquizofrenia, patrocinado por una asociación nacional de familiares y por el Instituto nacional de la salud, con el objetivo de implementar intervenciones de apoyo a las familias en los contextos asistenciales convencionales. En una evaluación reciente de este estudio se ha señalado que, en efecto, es posible introducir este tipo de intervenciones en el sistema de salud mental, tras un período de formación relativamente breve. Además, estas intervenciones influyen significativamente sobre la evolución funcional del paciente y sobre la carga familiar cuando se aplican a las personas usuarias de los servicios y a los cuidadores en los contextos asistenciales convencionales (Magliano y cols., 2006a, 2006c).

CUIDADORES DE EDAD INFANTIL

Hasta el momento, en este capítulo sólo se han considerado las cuestiones que afectan a los cuidadores de edad adulta, pero es importante tener en cuenta que los niños también pueden verse afectados por los problemas mentales de los familiares. A diferencia de la gran cantidad de datos existentes respecto a la carga soportada por los familiares adultos, la información relativa a los niños es escasa. En un estudio se observó que el 28 % de las personas hospitalizadas (especialmente las madres) en una unidad psiquiátrica hospitalaria estaba criando a sus hijos (Ostman y Hansson, 2002a). Los niños y las niñas mayores quizá tengan que cuidar, en ocasiones, a alguno de sus progenitores. Pueden experimentar un nivel constante de dificultades prácticas y psicológicas, incluyendo los sentimientos de culpa por las alteraciones emocionales de su progenitor y la vergüenza por el comportamiento de éste. Estos niños pueden tener dificultades para comunicarse con su progenitor enfermo o para comprender sus ideas delirantes y sus comportamientos alucinatorios. A pesar de que en pocos estudios se han abordado los costes socioeconómicos derivados de la situación de estos niños y niñas cuidadores, podemos considerar que los costes a largo plazo pueden ser sustanciales, especialmente debido a las dificultades a las cuales se enfrentan los cuidadores infantiles para desarrollar su propia educación.

Aldridge y Becker (2003) observaron que los progenitores y sus hijos cuidadores experimentan temor y prejuicios respecto a las comunidades local y profesional. En este estudio también se señaló que la exclusión de los niños y las niñas en los planes asistenciales y en las intervenciones asistenciales sanitarias y sociales provoca la perpetuación de estas consecuencias adversas. Las asociaciones de familiares pueden ser una fuente importante de apoyo e información. En Suecia, la National Family Association ha comenzado a organizar con buenos resultados reuniones de apoyo para niños y niñas de todas las edades. Otras asociaciones europeas de familiares también han promovido, publicado y distribuido libros y otros materiales para apoyar a niños y niñas que deben atender a uno de sus progenitores con una enfermedad mental grave. La experiencia de hermanos pequeños de una persona que sufre un problema mental también ha sido revisada y, de nuevo, se ha hecho hincapié en la necesidad del acceso a la información, sobre todo a la información que puede ofrecer seguridad y tranquilidad a medida que el niño alcanza la edad en que su hermano o hermana desarrollaron la enfermedad (Davtian, 2003).

FUNCIÓN DE LAS LEGISLACIONES EUROPEAS Y NACIONALES

La legislación puede desempeñar una función importante. No solamente puede utilizarse para proteger los derechos de una persona que sufre problemas mentales (v. cap. 13), sino que también desempeña un papel importante para que las familias puedan recibir información acerca del estado de salud mental de su ser querido y para que participen en las decisiones terapéuticas. La legislación también puede conseguir que las familias participen en el desarrollo de la política y la práctica de salud mental. En una revisión reciente se evaluaron las legislaciones europea y nacional, y además se llevó a cabo una encuesta en la cual se remitió por correo electrónico un cuestionario a las asociaciones de familiares de 25 países que pertenecían a la European Association for Families of People with Mental Illness (EUFAMI). El proyecto estuvo basado en una revisión de la investigación previa y, siempre que fue posible, en la información proporcionada por los cuerpos legislativos y los organismos oficiales (Berzins, 2003). En la encuesta se abordaron cuatro preguntas clave, que se detallan a continuación.

¿Consultan los gobiernos a los cuidadores y familiares a la hora de revisar/desarrollar una legislación o una política de salud mental?

Respondieron a esta cuestión siete de los 10 países miembros de la EUFAMI (Bélgica, Inglaterra, Irlanda, Italia, Holanda, Noruega y Escocia), señalando que las asociaciones correspondientes habían estado implicadas en la formulación de la legislación nueva o lo estaban en la actualidad. Dos de estos países miembros, uno de ellos Italia, señalaron expresamente que habían tenido una experiencia positiva, mientras que la tercera asociación en expresar un punto de vista fue una asociación de familiares inglesa que señaló que la consulta era algo simbólico que carecía realmente de valor. Los países en que las asociaciones de fami-

liares no habían estado implicadas en la consulta fueron Chipre, Grecia y Eslovenia, aunque en Grecia se había llevado a cabo este tipo de consulta mediante un comité que examinó los derechos de las personas con problemas mentales; a pesar de que este proceso no tuvo el objetivo del desarrollo de una legislación, demostró el reconocimiento de la utilidad de la consulta por parte de los legisladores.

¿Cómo se ven afectados los familiares por la legislación que permite que las personas con una enfermedad mental sean confinadas y tratadas obligatoriamente?

De nuevo, la implicación de las familias en las decisiones terapéuticas es un asunto complejo y delicado. En algunas situaciones, las familias pueden considerar que es imprescindible que ellas mismas tomen la decisión acerca de si su ser querido debe recibir tratamiento o servicios profesionales o no. Esta decisión puede ir en contra de los deseos del paciente que sufre la enfermedad mental y, por tanto, en otras situaciones las familias posiblemente no deseen participar en estas decisiones ante el temor de ser culpadas posteriormente por haber obligado a su familiar enfermo (WHO, 2005c). Los familiares también poseen el importante derecho de rechazar las decisiones de confinamiento o tratamiento involuntarios de su familiar enfermo en el caso de que el paciente sea incapaz de hacerlo.

En la encuesta paneuropea (Berzins, 2003), 12 países ofrecieron información acerca de la participación de las familias en estas cuestiones. En la mitad de ellos (incluyendo Chipre, Inglaterra, Grecia e Irlanda), los familiares tienen que participar legalmente en la autorización para el confinamiento obligatorio del paciente. Los países en que no se obliga legalmente a los familiares a participar en esta decisión son Bélgica, Portugal, Suecia y Holanda. En una revisión de la legislación escocesa sobre salud mental, la participación de los familiares en los procesos de confinamiento obligatorio de los pacientes fue contemplada como una posible causa de conflictos entre éstos y sus familiares, de manera que esta medida se retiró posteriormente de la legislación en una enmienda aprobada por el Parlamento escocés en marzo de 2003. La legislación noruega ha adoptado un planteamiento diferente, considerando que esta decisión es una responsabilidad opcional de las familias.

¿Tienen las familias alguna responsabilidad legal respecto al paciente con enfermedad mental?

Once asociaciones nacionales respondieron a esta tercera pregunta y, excepto dos de ellas, todas señalaron que los familiares no tenían responsabilidad legal a menos que el paciente fuera menor de edad o estuviera afectado por la legislación general relativa al abandono de un adulto vulnerable. Las excepciones fueron Chipre y España. En Chipre, la familia podía ser considerada legalmente responsable de un familiar tras el alta hospitalaria. En España, cualquier persona que viviera con un enfermo mental podía ser considerada respon-

sable legal de las acciones de éste, tanto si era su tutor legal como si no lo era. Las familias no siempre eran conscientes de esta responsabilidad.

¿Cómo permite la legislación compartir con las familias y los cuidadores la información relativa al paciente que sufre una enfermedad mental?

Los profesionales pueden ser reacios a ofrecer información médica confidencial a los familiares de una persona que sufre un problema mental a pesar de que los familiares pueden ser los cuidadores primarios. Ésta es una cuestión compleja porque, por un lado, es necesaria la cobertura del derecho del paciente a la confidencialidad y, por otro lado, las familias pueden exigir cierto nivel de información para ofrecer un apoyo efectivo. La intensidad con que se comparte la información también depende de la cultura y las costumbres locales. A esta pregunta respondieron 10 países y la mayor parte de ellos planteó dudas legales respecto a la confidencialidad; muchos de estos países señalaron que la ley sólo permitía compartir la información en los casos en que el paciente había otorgado su consentimiento para ello. Sin embargo, en Grecia la situación era la contraria; la información se compartía sistemáticamente con las familias a menos que el paciente indicara expresamente su disconformidad. En cambio, en Italia la legislación dificultaba el ofrecimiento de información a los familiares, mientras que en Chipre la información relativa al paciente se compartía con las familias en las situaciones en que el personal médico quería que asumieran mayor responsabilidad. Esta actitud fue contemplada como negativa porque a menudo hacía que las familias se sintieran culpables. Otras respuestas señalaron que la información podía compartirse de manera «informal» según la relación existente entre el profesional médico y la familia, especialmente en Bélgica. Las asociaciones inglesas indicaron que el personal médico no tenía en cuenta la gravedad de los síntomas ni la manera con que podían influir en la persona a la hora de decidir si debían compartir la información con los familiares o no.

CAPACITACIÓN DE LAS FAMILIAS: FUNCIÓN DE LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES

La importancia de la capacitación de las personas con problemas mentales para que puedan tomar sus propias decisiones respecto a los servicios que pueden solucionar mejor sus necesidades ya ha sido expuesta en este volumen (v. cap. 3). Asimismo, también es esencial la capacitación de los familiares. Además de los servicios formales, las asociaciones de familiares pueden desempeñar un papel clave en la capacitación de los cuidadores familiares mediante el ofrecimiento de apoyo mutuo e información, tanto respecto a la enfermedad como respecto a la disponibilidad de los servicios formales, así como en la protección de los derechos de los pacientes con enfermedades mentales y de sus familiares. Las asociaciones de familiares existen en la mayor parte de los países europeos. Aunque algunas de estas asociaciones incluso tienen una existencia de unos 30 años, otras son mu-

cho más recientes. Su forma de desarrollo ha sido diferente. Por ejemplo, en Reino Unido las asociaciones de familiares Rethink, NSF (Escocia) y HAFAL (Gales) ofrecen servicios a las personas con enfermedad mental y apoyo a las familias. En varios países, incluyendo Francia, el objetivo de las asociaciones de familiares no es la provisión de servicios sino, más bien, el trabajo con las familias para ofrecerles información, formación y apoyo.

En junio de 1990 se creó la EUFAMI en un congreso celebrado en De Haan, Bélgica, cuando los representantes de las asociaciones de familiares de 16 países europeos expresaron la firme voluntad de colaborar entre sí para garantizar los derechos y el bienestar de las personas con problemas mentales y de sus familiares en toda Europa. El nivel de compromiso fue elevado. Tal y como señaló uno de los participantes, «incluso hemos sabido que una pareja rumana, un médico y su esposa, había vendido su coche para pagar el viaje a De Haan». Las prioridades de EUFAMI y de las organizaciones que pertenecen a esta asociación son la lucha contra el estigma, el apoyo de las familias y la promoción de la práctica idónea. A finales de 2005 pertenecían a la EUFAMI 41 asociaciones de familiares de 26 países europeos, así como del vecino Marruecos¹.

El éxito de las asociaciones de familiares ha sido objeto de revisión (Brand, 2001). El logro principal ha sido conseguir el reconocimiento activo por parte de los profesionales de que los familiares son un elemento importante en la atención de las personas con problemas mentales. Este proceso ha sido liderado por la World Psychiatric Association, que ha fomentado activamente la participación de los familiares en el desarrollo de declaraciones políticas. Los derechos humanos han ocupado un puesto importante en la agenda política tanto del Consejo de Europa como de la Comisión Europea y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En concreto, la EUFAMI ha desplegado una gran actividad para conseguir que los familiares «se sienten a la mesa». Esta iniciativa ha comenzado a dar resultados con la participación de las asociaciones de familiares en las discusiones de alto nivel y en las consultas con estos organismos. Un ejemplo notable de ello han sido los documentos Plan de acción y Declaración sobre salud mental elaborados por la OMS (WHO, 2005a, 2005b) y sancionados por los 52 países de la región europea en enero de 2005 en Helsinki; en las discusiones preparatorias y las consultas que llevaron a la celebración de esta reunión tuvieron un papel importante las organizaciones no gubernamentales (ONG) que representaban tanto a las personas usuarias de los servicios como a sus familias, incluyendo la EUFAMI. Además de acoger con los brazos abiertos los documentos finales de la Declaración y del Plan de acción, en los cuales se reconocía la importancia del apoyo a las necesidades de los cuidadores familiares, la EUFAMI también observó que algunos gobiernos habían incluido por primera vez a los familiares y a las personas usuarias de los servicios en sus delegaciones oficiales (EUFAMI, 2005). Recientemente, la EUFAMI ha desempeñado un papel activo en las consultas que ha realizado la Comisión Europea para la elaboración de su Libro verde, en el cual se define una estrategia relativa a la salud mental (Commission of the European Communities, 2005).

Además de haberse ganado el reconocimiento y de haber conseguido tener voz en el desarrollo de la política, las organizaciones paneuropeas (como la EUFAMI) y las organizaciones nacionales pueden fomentar actividades para compartir las medidas de práctica

¹ En la página web www.eufami.org hay una lista detallada de las organizaciones miembros.

idónea (p. ej., respecto a la legislación y las normas de práctica). La normativa sobre práctica idónea en un país podría ser utilizada como ejemplo en otras zonas geográficas, como parte de sus actividades de presión y divulgación. La disponibilidad de los servicios y los tratamientos en Europa también puede mejorar los servicios en un país concreto; por ejemplo, durante 2003 las asociaciones de familiares de Hungría y Polonia participaron activamente (con apoyo de la EUFAMI) en campañas de presión a sus gobiernos para facilitar el acceso a los nuevos medicamentos antipsicóticos más caros. Las asociaciones de familiares también pueden desempeñar un papel importante en el apoyo de proyectos de investigación que no sólo evalúen las necesidades asistenciales de las personas con problemas mentales, sino también las necesidades de otros miembros de la familia, como hermanos y hermanas.

CONCLUSIÓN

Hay abundante bibliografía acerca del profundo impacto, tanto positivo como negativo, que sufren los familiares que cuidan de personas con problemas mentales. También hay evidencia de que el apoyo familiar hacia las personas usuarias de los servicios de salud mental puede ser importante para su calidad de vida a largo plazo. Algunos de los efectos positivos de la atención comunitaria de las personas con problemas mentales pueden potenciarse mediante el acceso al apoyo familiar cotidiano; por ejemplo, este apoyo puede reducir los episodios de crisis y rehospitalización.

El valor económico del cuidado de los familiares enfermos es sustancial aunque a menudo se percibe como un recurso gratuito. Sin el apoyo ofrecido por los cuidadores familiares sería necesaria una participación adicional de los profesionales para mantener el mismo nivel de ayuda y apoyo a las personas con problemas mentales. La provisión de un apoyo adicional dirigido hacia los cuidadores familiares podría incrementar los aspectos positivos de su labor, al mismo tiempo que reduciría algunas de las consecuencias negativas relacionadas con el impacto sobre la salud física y psicológica de los cuidadores, sobre su desarrollo laboral y sobre sus oportunidades para disfrutar de las actividades de ocio.

Por supuesto, el equilibrio de los servicios en cualquier sistema de salud mental dependerá de la disponibilidad de recursos humanos y económicos. En el contexto de un sistema de servicios de salud mental bien equilibrado se deberían aplicar idealmente estrategias para fomentar la gratificación del cuidado de un familiar enfermo y reducir la carga soportada por los familiares. Esta iniciativa debería incluir una amplia gama de medidas de apoyo comunitario a la salud mental, con actuación sobre las formas de alojamiento de los pacientes, el acceso a los servicios de rehabilitación y la aplicación de intervenciones dirigidas específicamente a las familias.

El desarrollo de las políticas europea, nacional y regional sobre salud mental debe conseguir la participación activa de todas las partes implicadas, incluyendo las personas usuarias de los servicios y los familiares de éstas. No sólo es importante promulgar legislaciones nacionales y organizar congresos internacionales dirigidos hacia la protección de las personas con problemas mentales y hacia el incremento en el acceso a la información y el apo-

yo, sino que estas medidas también deben ser mantenidas y reforzadas. Un área en que la legislación puede desempeñar una función clave es la valoración de las necesidades de apoyo a las personas con problemas mentales y a sus familias con acceso de todos ellos a la información relativa a las medidas de apoyo existentes.

Las asociaciones de familiares también pueden desempeñar una función vital en el ofrecimiento de información y apoyo, y en el mantenimiento de una red social dirigida hacia los familiares que, en algunas circunstancias, pueden sentirse muy aislados; estas asociaciones también podrían participar de forma significativa en la planificación de los aspectos económicos de la provisión de los servicios de salud mental (v. cap. 4). Tal y como ha podido comprobarse en este capítulo, el estigma y la discriminación son problemas importantes y, en este sentido, las campañas de concienciación para desmitificar algunos de los aspectos que rodean a la salud mental pueden tener una gran utilidad. Claramente, es importante definir mecanismos para conseguir una capacitación adicional de las personas con problemas mentales de manera que puedan tomar decisiones acerca de los servicios y del apoyo que desean recibir (v. cap. 14). De la misma manera, los cuidadores familiares también se beneficiarán de una capacitación adicional en relación con los servicios y el apoyo que pueden solucionar mejor sus necesidades concretas.

BIBLIOGRAFÍA

Access Economics. *Schizophrenia: Costs. An Analysis of the Burden of Schizophrenia and Related Suicide in Australia*. Melbourne: SANE Australia, 2002.

Access Economics and SANE Australia. *Bipolar Disorder: Costs. An Analysis of the Burden of Bipolar Disorder and Related Suicide in Australia*. Melbourne: SANE Australia, 2003.

Aldridge J, Becker S. *Children Caring for Parents with Mental Illness*. Bristol: Policy Press, 2003.

Amir N, Freshman BA, Foa E. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord* 2002; 14 (3): 209-217.

Angermeyer MC, Díaz Ruiz de Zarate J, Matschinger H. Information and support needs of the family of psychiatric patients. *Gesundheitswesen* 2000; 62 (10): 483-486.

Angermeyer MC, Liebelt P, Matschinger H. Distress in parents of patients suffering from schizophrenia or affective disorders. *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2001; 51 (6): 255-260.

Berzins K. *Legislation Affecting Carers of People with Mental Health Problems*. Bruselas: EUFAMI, 2003.

Bibou-Nakou I, Dikaiou M, Bairaktaris C. Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Soc Psych Psych Epid* 1997; 32: 104-108.

Birchwood M, Cochrane R. Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med* 1990; 20 (4): 857-865.

Brand U. European perspectives: a carer's view. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2001; 104 Supl 410: 96-101.

Brouwer WB, Van Exel NJ, Van den Berg B, Van den Bos GA, Koopmanschap MA. Process utility from providing informal care: the benefit of caring. *Health Pol* 2005; 74 (1): 85-99.

Brown S, Birtwistle J. People with schizophrenia and their families. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 139-144.

Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, MacCarthy B, Lesage A. The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Soc Psych Psych Epid* 1993; 28 (5): 218-224.

Budd RJ, Oles G, Hughes IC. The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 (4): 304-309.

Bury L, Zaborowski B, Konieczynska Z, Jarema M, Cicowska G, Kunicka A y cols. Family burden of schizophrenia patients with various forms of psychiatric care. *Psychiatria Polska* 1998; 32 (3): 275-285.

- Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vesgo SJ y cols. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (3): 441-443.
- Canive JM, Sanz-Fuentenebro J, Vasquez C, Qualls C, Fuentenebro F, Pérez IG y col. Family psychoeducational support groups in Spain: parents' distress and burden at nine-month follow-up. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8 (2): 71-79.
- Carr VJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S, Lewin TJ. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 31-40.
- Clipp EC, George LK. Dementia and cancer; a comparison of spouse caregivers. *Gerontologist* 1993; 33: 534-541.
- Coen RF, O'Boyle CA, Coakley D, Lawlor BA. Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Dement Geriatr Cogn* 2002; 13 (3): 164-170.
- Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psych* 2002; 17 (2): 184-188.
- Commission of the European Communities. Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. Bruselas: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.
- Das Gupta R, Guest J. Annual cost of bi-polar disorder to UK society. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 227-233.
- Davtian H. Les Frères et Sœurs de Malades Psychiques. Paris: UNAFAM, 2003.
- De Haan L, Kramer L, Van Ray B, Weir M, Gardner JSA, Ladinser E y cols. Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Associations. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 425-433.
- Ellring JH. Depression, psychosis and dementia. *Neurology* 1999; 52 Supl 3: S17-S20.
- EUFAMI. Caring families must be treated as equal stakeholders in the mental health team. Press release. Bruselas: EUFAMI, 2005.
- Evers S, Ament A. Costs of schizophrenia in the Netherlands. *Schizophr Bull* 1995; 21: 141-153.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burden. A study of the spouses of depressed patients. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 660-667.
- Falloon IRH. Family Management of Schizophrenia: A Controlled Study of Clinical, Social, Family and Economic Benefits. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1985.
- Foldemo A, Gullberg M, Ek A-C, Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc Psych Psych Epid* 2005; 40: 133-138.
- Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 139-147.
- Gore S, Colten ME. Gender, stress, and distress: socialrelational influences. En: Eckenrode J, ed. *The Social Context of Coping*. Nueva York: Plenum, 1991.
- Grad J, Sainsbury P. The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service – a two year follow up. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 265-278.
- Grella CE, Grusky O. Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hosp Community Psych* 1989; 40 (8): 831-835.
- Harvey K, Burns T, Fahy T, Manley C, Tattan T. Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress. *Soc Psych Psych Epid* 2001a; 36: 456-461.
- Harvey K, Burns T, Sedgwick P, Higgitt A, Creed F, Fahy T. Relatives of patients with severe psychotic disorders: factors that influence frequency: report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2001b; 178: 248-254.
- Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. *Soc Sci Med* 2005; 61: 697-708.
- Hoenig J, Hamilton M. The schizophrenic patient and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966; 12: 165-176.
- Hogman G, De Vleeschauwer R. *The Silent Partners: The Needs of the Caring Family of People with a Severe Mental Illness*. Bruselas: EUFAMI, 1996.
- Jackson HJ, Smith N, McGorry P. Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 243-249.
- Johnson DL. The family's experience of living with mental illness. En: Lefley H, Johnson DL, eds. *Families as Allies in Treatment of the Mentally Ill*. Arlington, VA: American Psychiatric Press, 1990.
- Johnson DL. Current issues in family research: can the burden of mental illness be relieved? En: Lefley H, Wasow M, eds. *Helping Families Cope with Serious Mental Illness*. Nueva York: Breach and Gordon Publishers, 1995.

- Jungbauer J, Angermeyer MC. Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry* 2002; 65 (2): 110-123.
- Jungbauer J, Mory C, Angermeyer MC. Does caring for a schizophrenic family member increase the risk of becoming ill? Psychological and psychosomatic troubles in caregivers of schizophrenia patients. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2002; 70: 548-554.
- Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 2004; 30 (3): 665-675.
- Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1.128-1.137.
- Kuipers L. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psych Psych Epid* 1993; 28: 207-210.
- Langa KM, Valenstein MA, Fendrick AM, Kabeto MU, Vijan S. Extent and cost of informal caregiving for older Americans with symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 857-863.
- Lanzara D, Cosentino U, Lo Maglio AM, Lora A, Nicolo A, Rossigni MS. Problems of patients with schizophrenic disorders and of their families. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999; 8 (2): 117-130.
- Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 285-289.
- Leff JP, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy vs. relatives' group for schizophrenia, two-year follow up. *Br J Psychiatry* 1990; 153: 571-577.
- Leinonen E, Korpisammal L, Pulkkinen LM, Pukuri T. The comparison of burden between caregiving spouses of depressive and demented patients. *Int J Geriatr Psych* 2001; 16: 387-393.
- Lenior ME, Dingemans PM, Schene AH, Hart AA, Linszen DH. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia, a longitudinal study. *Schizophr Res* 2002; 57 (2-3): 183-190.
- Livingston G, Katona C, Manela M. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ* 1996; 312: 153-156.
- Magliano L, Veltro F, Guarneri M, Marasco C. Clinical and sociodemographic correlates of coping strategies in relatives of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 1995; 10 (3): 155-158.
- Magliano L, Fadden G, Madianos M, De Almeida JM, Held T, Guarneri M y cols. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psych Psych Epid* 1998; 33 (9): 405-412.
- Magliano L, Fadden G, Fiorillo A, Malangone C, Sorrentino D, Robinson A y col. Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99 (1): 10-15.
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo ACM, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (4): 291-298.
- Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med* 2005a; 61 (2): 313-322.
- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T y cols. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005b; 4 (1): 45-49.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. *Psychiatr Serv* 2006a; 57 (2): 266-269.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Social network in long-term diseases: a comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population. *Soc Sci Med* 2006b; 62: 1.392-1.402.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M, Family Intervention Working Group. A pragmatic randomised controlled trial on the impact of a psychoeducational family intervention for schizophrenia on patients' personal/social functioning and relatives' burden and perceived support. *Psychiatr Serv* 2006c [en prensa].
- McCarthy B, Lesage A, Brewin CR, Brugha TS, Mangen S, Wing JK. Needs for care among relatives of long-term users of day care: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychol Med* 1989; 19: 725-736.
- McDaid D. Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16 (4): 400-405.
- McDaid D, Sassi F. The burden of informal care for Alzheimer's disease: carer perceptions from an empirical study in England, Italy and Sweden. *Ment Health Res Rev* 2001; 8: 34-36.
- Meinland FJ, Danse JA, Wendte JF, Klazinga NS, Gunning-Schepers LJ. Caring for relatives with dementia-caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in the Netherlands. *Scand J Public Health* 2001; 29: 113-121.

- Moller-Leimkuhler AM. Burden of relatives and predictors of burden: baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalised patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psy Clin N* 2005; 255: 223-231.
- Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F y cols. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001; 27 (4): 661-670.
- Mory C, Jungbauer J, Bischkopf J, Angermeyer MC. Financial burden on spouses of patients suffering from schizophrenia, depression or anxiety disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2002; 70 (2): 71-77.
- Mueser KT, Sengupta A, Schooler NR, Bellack AS, Xie H, Glick ID y col. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: affects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *J Consult Clin Psych* 2001; 69 (1): 3-12.
- Murray J, Schneider J, Banerjee S, Mann A. EUROCARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease II: a qualitative analysis of the experience of caregiving. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14 (8): 662-667.
- Nyman M, Stengård E. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi (Well-being of caregivers of the mentally ill). Saa-rijärvi: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, 2001.
- Ohaeri J. The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Curr Opin Psychiatr* 2003; 16: 457-465.
- Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ. The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Soc Psych Psych Epid* 2001; 36 (12): 582-589.
- Ostman M, Hansson L. The burden of relatives of psychiatric patients. Comparisons between parents, spouses, and grown-up children of voluntarily and compulsorily admitted psychiatric patients. *Nord J Psychiatry* 2000; 54: 31-36.
- Ostman M, Hansson L. The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scand J Caring Sci* 2001; 15: 159-164.
- Ostman M, Hansson L. Children in families with a severely mentally ill member: prevalence and needs for support. *Soc Psych Psych Epid* 2002a; 37: 243-248.
- Ostman M, Hansson L. Stigma by association. *Br J Psychiatry* 2002b; 181: 494-498.
- Ostman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 402-407.
- Pereira MG, De Almeida JM. The repercussion of mental disease in the family: a study of the family members of psychotic patients. *Acta Medica Portuguesa* 1999; 12 (4-6): 161-168.
- Perkins S, Winn S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: the emotional impact of caring. *Int J Eat Disorder* 2004; 36 (3): 256-268.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E y col. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatr* 1999; 175: 56-62.
- Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 31-37.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E y col. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (9): 1.029-1.035.
- Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders* 2005; 7 (2): 126-135.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G y col. Psychological treatments in schizophrenia: meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32 (5): 763-782.
- Reid A, Mancy Lang C, O'Neil T. Services for schizophrenic patients and their families: what they say they need. *Behavioural Psychiatry* 1993; 21: 107-113.
- Rice DP, Miller LS. The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues and cost estimates. En: M. Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, eds. *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy, Volume 1, Schizophrenia*. Londres: Wiley, 1996.
- Rose LE. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10 (2): 67-76.
- Samele C, Manning N. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *Eur Psychiatry* 2000; 15 (3): 196-204.
- Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 15 Supl: 8-11.

- Scazufca M, Kuipers E. Link between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (5): 580-587.
- Schene AH, Van Wijngaarden MA. A survey of an organisation for families of patients with serious mental illness in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (8): 807-813.
- Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MW. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24 (4): 609-618.
- Schneider J, Hallam A, Kamrul Islam M, Murray J, Foley B, Atkins L y cols. Formal and informal care for people with dementia: variations in costs over time. *Ageing Soc* 2003; 23 (3): 303-326.
- Schulze B, Rossler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and intervention in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 684-691.
- Smith J, Birchwood M, Cochrane R, George S. The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Soc Psych Psych Epid* 1993; 28: 11-16.
- Stam H, Cuijpers P. Effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in the Netherlands: a pilot study. *Commun Ment Health J* 2001; 37 (2): 179-187.
- Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 919-928.
- Szmukler GI, Herman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Soc Psych Psych Epid* 1996; 31 (3-4): 149-155.
- Tarricone R, Gerzeli S, Montanelli R, Frattura L, Percudani M, Racagni G. Direct and indirect costs of schizophrenia in community psychiatric services in Italy. The GISIES study. Interdisciplinary Study Group on the Economic Impact of Schizophrenia. *Health Policy* 2000; 51 (1): 1-18.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S y col. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiat* 1998; 153: 532-542.
- Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M y cols. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 529-533.
- Thomas P, Hazif-Thomas C, Delagnes V, Bonduelle P, Clement JP. La vulnérabilité de l'aidant principal des malades déments à domicile. L'étude Pixel. *Psychologie et Neuropsychiatrie Vieillesse* 2005; 3 (3): 207-220.
- Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A y col. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 2004; 69 (2-3): 125-132.
- Treasure J, Murphy T, Todd G, Gavan K, Schmidt U, Joyce J y cols. The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc Psych Psych Epid* 2001; 36: 343-347.
- Van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter MW. Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help-seeking. *J Affect Disord* 2004; 81 (3): 211-222.
- Veltman A, Cameron J, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 108-114.
- Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny T, Armstrong A. A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev* 2002; 20 (5): 633-666.
- Wenger GC, Burholt V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. *Can J Aging* 2004; 23 (2): 115-127.
- Winn S, Perkins S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: carers' needs and experiences of services and other support. *Int J Eat Dis* 2004; 36: 269-279.
- Wittmund B, Wilms HU, Mory C, Angermeyer MC. Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Soc Psych Psych Epid* 2002; 37: 177-182.
- Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH, Linszen DH, Wiersma D, Van den Bosch RJ y cols. Caregiver burden in recent onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190 (4): 241-247.
- World Health Organization. *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: World Health Organization, 2001.
- World Health Organization. *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhague: World Health Organization, 2005a.
- World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhague: World Health Organization, 2005b.
- World Health Organization. *Rights of families and carers of persons with mental health disorders*. En: WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Ginebra: World Health Organization, 2005c.

Capítulo 17

Política de salud mental en los países del antiguo bloque soviético

TOMA TOMOV, ROBERT VAN VOREN,
ROB KEUKENS Y DAINIUS PURAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se expone una revisión basada en la evidencia de la política de salud mental en algunos de los países del antiguo bloque soviético¹. Las dificultades que conlleva esta tarea han sido extraordinarias, de lo cual debe dejarse constancia en primer lugar.

Reformas sanitarias generales frente a reformas de la salud mental

La bibliografía médica relativa a la política sanitaria se centra en los contenidos políticos más que en los procesos y las estructuras de poder políticos, y utiliza métodos desarrollados en el contexto de las disciplinas de salud pública (Walt, 1994). Desde esta perspectiva, la política sanitaria que se sigue actualmente en los países del antiguo bloque soviético es una reforma sanitaria de carácter general o bien una sustitución de la atención sanitaria gratuita por los servicios de pago. En este proceso, la mayor parte de los «países en transición» intentan, en primer lugar, incrementar la disponibilidad de la atención potenciando la función de filtro de los servicios asistenciales primarios y, en segundo lugar, persiguen el mantenimiento de la calidad

Los autores del capítulo desean agradecer a Fuad Ismailov, Lyudmila Scoropada y Nana Shashidze su ayuda en la obtención de los datos correspondientes a Azerbaiyán, Georgia y Ucrania.

¹ Los países del antiguo bloque de influencia soviética son los siguientes: Albania, Bulgaria, República Checa y Eslovaquia (anteriormente, Checoslovaquia), la antigua República Democrática Alemana, Hungría, Polonia, Rumanía y los Estados que conformaban la antigua Unión Soviética.

asistencial mediante la introducción de prácticas clínicas estructuradas, facilitando así la evaluación de dicha calidad.

La salud mental afronta problemas respecto a ambas prioridades; en lo que se refiere a la primera, está el problema del cumplimiento de los tratamientos, mientras que en lo relativo a la segunda están los problemas del establecimiento de relaciones de alianza terapéutica. Ni el cumplimiento de los tratamientos ni las alianzas terapéuticas han sido sometidos a un análisis imparcial. Ambos aspectos hacen que las soluciones tecnológicas sean engañosas ya que las soluciones de este tipo dejan de lado necesariamente el enfoque individual o personal en la implementación de los servicios. Por tanto, no es sorprendente que estos problemas hayan quedado a menudo fuera de la agenda pública de las reformas de la salud mental.

Sin embargo, incluso cuando un problema real no es contemplado en la agenda política, todavía influye en los procesos y en las tendencias (Walt y cols., 1999). En este capítulo se abordan las cuestiones señaladas con el objetivo de poner de manifiesto la importancia de las agendas ocultas en la interpretación de los datos correspondientes a los servicios de salud mental obtenidos mediante la investigación de carácter positivista en países en vías de transición. Nuestra esperanza es llamar la atención acerca del papel clave desempeñado por los poderes políticos. En nuestro estudio, la línea argumental ha sido el hecho de que al parecer las culturas dictatoriales, con su descarado desprecio por la dignidad humana, los enfoques individuales y la dignidad personal, sobreviven todavía mucho tiempo después que los dictadores han sido formalmente eliminados.

Falsa semejanza

La caída del muro de Berlín puso de manifiesto que la semejanza asumida entre los distintos países del bloque soviético era más supuesta que real, resultado de la supresión forzada de las diferencias. Lo que parecía similar era, de hecho, una impresión engañosa creada por datos falseados, por la limitación en el acceso a la información y por la manipulación de los hechos.

Aparte de ello, diversos observadores de la escena sociopolítica del antiguo bloque soviético comenzaron a identificar una serie de efectos duraderos de la política totalitaria sobre las personas y las comunidades, como dificultades para llevar a cabo los cambios y falta de respuesta de los servicios sociales y la economía frente a los retos de la transición (Dahrendorf, 1990). En concreto, la profunda crisis del sector sanitario público fue atribuida a la imposibilidad de superación de un estrés psicosocial inesperado y prolongado con una falta de estrategias de superación basada en la pasividad social y con dependencia respecto al Estado en todo lo relativo a las transformaciones de los países en sociedades libres (Cornia y Paniccia, 2000).

Al distanciarse de las imágenes estereotipadas de países «de la segunda guerra mundial», estas sociedades siguieron caminos bien distintos. Los países de Europa central tomaron como modelo el patrón existente en las democracias occidentales y establecieron sistemas de salud mental con características que permitían su análisis cuantitativo comparativo con todos sus puntos fuertes y débiles. El grado relativamente elevado de estructu-

ración de sus servicios y la considerable uniformidad en la aplicación de los conceptos implicados han contribuido a las posibilidades de valoración. Los países que adoptaron este modelo quedan fuera del objetivo del presente capítulo.

En el resto de los países del antiguo bloque soviético, los sistemas de salud mental han mantenido en un grado mucho mayor los mecanismos de control excesivo que existían en los regímenes previos. Cuanto más pronunciado había sido, antes de las épocas dictatoriales, el papel desempeñado por los valores tradicionales en la regulación de las vidas comunitaria, familiar y profesional, más fácil fue que los sistemas sanitarios ejercieran una presión de carácter autoritario. En el caso de la antigua Unión Soviética, la psiquiatría se utilizó de manera deliberada como un medio político para controlar el pensamiento individual. Este enfoque introdujo una cultura institucional en el ámbito de la psiquiatría que es difícil y doloroso dejar atrás, incluso hoy día.

A pesar de que son pocos los estudios de investigación realizados al respecto, es importante tener en cuenta que este tipo de práctica ha dejado una huella en la cultura de la psiquiatría de los países de la antigua Unión Soviética y también que dicha huella ha penetrado profundamente. El efecto puede observarse en los hospitales y en las residencias para enfermos crónicos, así como también en los obsoletos manicomios que se convirtieron en reductos del institucionalismo comunitario. En este capítulo se abordan las situaciones de Azerbaiyán, Georgia, Ucrania y la Federación Rusa para ilustrar dicho análisis. A pesar de sus importantes diferencias económicas y culturales, estos países comparten el legado común de sus sistemas de atención psiquiátrica. A diferencia de lo ocurrido en Rusia tras el año 1989, en los otros tres países las distintas asociaciones de psiquiatría han tenido mucha más facilidad para trazar una línea de separación entre la propaganda y la realidad. Sin embargo, la mayor parte de este debate todavía no ha alcanzado a la clase política oficial, incluyendo en concreto a la clase política sanitaria.

En un tercer grupo de países del antiguo bloque soviético no se abordó la necesidad de progresar en psiquiatría aunque se introdujeron innovaciones en lo relativo a los prejuicios y el estigma. La discriminación de la psiquiatría era estructural y se manifestaba no sólo en las actitudes de la sociedad hacia la enfermedad mental, sino también en forma de restricciones legales en muchos ámbitos de la vida. A pesar de que en estos países no hubo abuso político de la psiquiatría, el respeto por el pluralismo y por los derechos humanos fue considerado un problema político más que una oportunidad real para introducir una nueva política de salud mental; por ejemplo, las autoridades de estos países permitían la baja calidad de vida de las personas ingresadas en instituciones psiquiátricas sin temor a condenar esta situación en privado. Bulgaria y Lituania son dos de los países de este tercer grupo, en los cuales las reformas en el sector no gubernamental se produjeron con mayor prontitud. A diferencia de Rusia, que aprobó una impecable Ley de salud mental ya en 1992, Bulgaria todavía no ha reformado su legislación sobre salud mental a pesar del debate constante acerca de ello. Sin embargo, la impresión es que, en realidad, la cultura de las instituciones psiquiátricas rusas ha cambiado bastante menos que la de Bulgaria. Por desgracia, estas impresiones sólo están basadas en datos «de poca calidad», un hecho que subraya las limitaciones de la valoración de los cambios sociales utilizando exclusivamente para ello análisis cuantitativos.

Fuentes de información

En este capítulo se han utilizado diversas fuentes de información cuya comparación a menudo es difícil. Se han usado las estadísticas oficiales de seis países: Azerbaiyán, Bulgaria, Georgia, Lituania, Rusia y Ucrania. Han desempeñado un papel clave en la obtención de esta información, con interpretaciones «desde dentro», los equipos nacionales que han participado en proyectos cooperativos promovidos con apoyo económico internacional y que han formado una red regional. En concreto, en este punto debemos mencionar dos proyectos. El primero, «Evaluación de las actitudes y necesidades en psiquiatría» (*Attitudes and Needs Assessment in Psychiatry*; Tomov, 2001), evaluó en los seis países citados las actitudes frente a la enfermedad mental y la psiquiatría, así como las expectativas de reforma. Este estudio también se realizó sobre una fuerte crítica de fondo respecto a la política sanitaria en Europa oriental, que ha pasado desde los sistemas sanitarios financiados por impuestos y de acceso universal hacia sistemas más plurales con una participación mayor de las compañías de seguro sanitario. La crítica principal frente a este cambio consistió en el hecho de que en épocas de recesión económica el cambio citado habría incrementado la inequidad en el acceso a la atención sanitaria (Domenighetti, 2003). En este estudio sobre las actitudes se sugirió que la introducción de las reformas de la psiquiatría en estas circunstancias quizá no fuera una medida inteligente en el caso de que, en el proceso de reforma, la comunidad tuviera una participación escasa (tal y como ocurre en todos los países que han salido de regímenes totalitarios), especialmente si este hecho no es reconocido por las instituciones políticas y sanitarias.

El segundo proyecto, «Estudios analíticos sobre políticas y servicios de salud mental» (*Analytic Studies of Mental Health Policies and Services*) recogió una serie de descripciones (denominadas «perfiles de salud mental») correspondientes a los países de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo los de Europa oriental. Con el instrumento sobre el perfil de los países (*Country Profile*) (Jenkins y cols., 2004) se intentó agrupar toda la evidencia que podía haber influido en las políticas explícitas o implícitas de salud mental en cada país. El objetivo fue determinar si era posible desarrollar una plantilla genérica de política de salud mental (Townsend y cols., 2004) para su ofrecimiento a la clase política de todo el mundo. Sin embargo, uno de los hallazgos realizados en la región evaluada fue el hecho de que, tras toda una vida bajo la dependencia política, se mantenía el arte de la hipocresía que este sistema había introducido en las Administraciones estatales y que, realmente, se había convertido en la característica principal de éstas. La conclusión fue que las reformas orquestadas por la clase política de la región posiblemente iban a estar comprometidas por la corrupción (Mladenova y cols., 2002).

Es importante tener en cuenta que los resultados obtenidos en ambos estudios forman parte de un todo. La pasividad de la gente de la calle respecto a su implicación en las cuestiones del cambio otorga la autoridad y el poder a las Administraciones, que generalmente actúan por encima de sus competencias incitando a la sociedad a comportarse de manera hipócrita y fraudulenta. Inevitablemente, todo ello se introduce en el dominio público y refuerza adicionalmente la abstención y pasividad de los ciudadanos respecto a la participación en las cuestiones públicas. Esta explicación es muy habitual en la investigación

realizada por las organizaciones e indica un liderazgo negativo, sugiriendo un tipo concreto de intervención que tiene muy poco que ver con los conocimientos en el área de salud mental (Chisholm y Elden, 1993; Elden y Chisholm, 1993). En el caso de la mayor parte de los países del antiguo bloque soviético, el liderazgo negativo es un problema a escala nacional que abarca todos los ámbitos de la vida y que, por tanto, impide las intervenciones externas. La magnitud del liderazgo nocivo carece de precedentes. Éste es el factor contextual más importante que debe tenerse en cuenta en cualquier política de salud mental aplicada en la región (Tomov y cols., 2003).

La información relativa a la historia del abuso político de la psiquiatría en los países de la antigua Unión Soviética procede del trabajo realizado por la Global Initiative on Psychiatry (GIP, anteriormente Geneva Initiative on Psychiatry). Esta fundación no gubernamental ha establecido vínculos importantes con la psiquiatría disidente en los países del antiguo bloque soviético y con el movimiento reformista existente en la región desde 1989². La GIP ha facilitado la introducción del argumento de los derechos humanos en la política de salud mental y también ha abogado por el respeto a los principios éticos como un requerimiento universal en los países de todo el mundo, con independencia de las tradiciones étnicas, culturales y políticas. En la actualidad, la GIP participa en numerosos proyectos para fomentar la autovaloración crítica entre las partes implicadas en la salud mental, mediante programas que introducen el concepto de la psiquiatría comunitaria. Como una iniciativa desarrollada para facilitar la participación de las personas que sufren enfermedades mentales graves, respetando al mismo tiempo las diferencias individuales y la libertad de elección, la psiquiatría comunitaria a menudo conlleva problemas de significación y comprensión que requieren una consideración cuidadosa de las diferencias existentes en la experiencia y en la cultura. La GIP está desarrollando una sensibilidad especial frente a la confusa legislación civil referida a la salud mental en la región geográfica considerada.

Objetivos

Existe una paradoja que en este capítulo se pretende desentrañar o, al menos, incrementar la concienciación acerca de ésta. El desarrollo político es una tarea de gobierno; sin embargo, el mal gobierno aparece repetidamente como el componente de la política de salud mental causante de la mayor parte de las dificultades en los sistemas asistenciales de salud mental de la región. La otra cara de la moneda correspondiente a este problema es el hecho de que los funcionarios y las funcionarias de las Administraciones estatales no están motivados y motivadas por su trabajo, lo que en los países democráticos sería un hecho que debería tenerse en cuenta en la promulgación e implementación de políticas de salud men-

² La Geneva Initiative on Psychiatry (actualmente, la Global Initiative on Psychiatry) es una organización no gubernamental internacional registrada en Amsterdam y con sede en Hilversum, Holanda. Desde 2001, la Geneva Initiative también ha abierto oficinas en Vilnius (Lituania), Sofía (Bulgaria) y Tiflis (Georgia). Es la única organización del mundo concentrada únicamente en la reforma y la humanización de la atención psiquiátrica en los países de Europa central y oriental. El trabajo de esta organización ha recibido varios premios de prestigio por sus iniciativas, como el Human Rights Award de la American Psychiatric Association y el 2000 Geneva Prize por la defensa de los derechos humanos en psiquiatría.

tal. Esta alienación respecto al trabajo es una característica de gran importancia (aunque no reconocida) del espíritu del puesto de trabajo en las Administraciones estatales de la región evaluada y se ha abordado en numerosas ocasiones en discusiones de grupo, entrevistas y otros eventos que han formado parte de la metodología de investigación adoptada en algunos estudios. Por tanto, el paradigma de la investigación de la acción contemplado por los autores no es realmente el método para revelar el problema, sino más bien un método para generar soluciones.

Las consideraciones recogidas en este capítulo han sido guiadas por esta preocupación. El capítulo se inicia con una consideración del modo de vida básico bajo las dictaduras y se continúa con una descripción de los cambios introducidos por los acontecimientos políticos que ocurrieron en Europa después de 1989. Se presta especial atención al abuso político de la psiquiatría en la antigua Unión Soviética, visto desde la perspectiva de las relaciones humanas. Todo ello ayuda a comprender con mayor claridad el legado que deben superar tanto las personas como las instituciones gubernamentales. Finalmente, en este capítulo se ofrece un breve esquema de las características sociodemográficas de los diversos grupos de población de la región con definición de los recursos de salud mental y de la provisión y utilización de los servicios. También se describen los mecanismos de control político de la salud mental y se intenta resumir toda esta gran cantidad de información correspondiente a la política de salud mental.

CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO EN LOS PAÍSES DEL ANTIGUO BLOQUE SOVIÉTICO

Para comprender las razones del enorme retraso de la política y la práctica psiquiátricas en los países de la antigua Unión Soviética, en comparación con las del resto de Europa, es clave conocer el contexto sociopolítico. A este respecto, merece especial atención el alcance sin precedentes que han tenido los cambios políticos que se produjeron casi de la noche a la mañana en 1989 y que influyeron en las vidas de cientos de millones de personas. El impacto sobre la salud y el bienestar de las personas y las comunidades causado por el auténtico «terremoto» que tuvo lugar a partir de 1989 en los valores, la posición y la cohesión social, así como sobre otras cuestiones, ha sido enorme. Sin embargo, la psiquiatría en esta región geográfica sólo ha abordado los cambios de forma dubitativa, si acaso. Estas vacilaciones en la asunción del compromiso social tienen sus raíces en la historia.

Contexto político: abuso de la psiquiatría

Durante las últimas décadas de la antigua Unión Soviética se produjo un relativo deshielo que se inició tras el fallecimiento de Josef Stalin en marzo de 1953. En su alocución secreta en el XX Congreso del partido en 1956, el nuevo líder, Nikita Khrushchev, criticó a su predecesor quien, tras años de ejercer su poder sobre la ciudadanía, había dejado una nación paralizada y empapada por la «inercia del temor y la pasividad» (Sakharov, 1975). Cuan-

do Brezhnev asumió el control, se incrementaron de nuevo la represión y el estancamiento, y se volvió a considerar la crítica al régimen como una «actividad destructiva» que debía ser reprimida. No obstante, el control mediante la deportación a los *gulags* o mediante el exilio fue menos intenso tras la desestalinización, sobre todo después que Nikita Khrushchev afirmara que en la Unión Soviética no existían los prisioneros políticos (Tomov, 1999). Los críticos del régimen fueron acusados de «agitación y propaganda antisoviética» o de «calumniar al Estado soviético». Así, fueron calificados como «parásitos» y «elementos antisociales», y fueron internados en campos de trabajo «correccionales» y prisiones, o enviados al exilio (Sjalamov, 1995). La política psiquiátrica vino a complementar esta práctica. El sistema de atención psiquiátrica, que hoy día nos parece inconcebible, fue convertido en un instrumento de la represión y las personas que exigían la reforma del orden político y social existente eran consideradas casos psiquiátricos.

Concepción de la psiquiatría política

En su comentario sobre el inicio del abuso político de la psiquiatría, Bukovsky (1974) escribió: «Khrushchev consideraba que era imposible que las personas que vivían en una sociedad comunista tuvieran una conciencia antisocialista [...] Siempre que las manifestaciones de la disidencia no podían explicarse como un legado del pasado o como una provocación del imperialismo mundial, se consideraba simplemente que eran el producto de una enfermedad mental».

Khrushchev pronunció las palabras siguientes en una conferencia que fue publicada en el periódico estatal *Pravda* el 24 de mayo de 1959: «Un delito es una desviación de los estándares normales del comportamiento y a menudo se debe a un trastorno mental. ¿Es posible que algunas personas de una sociedad comunista sufran enfermedades nerviosas? Evidentemente, sí. Si así fuera, también habría delitos que son característicos de las personas cuya mente está trastornada. De las personas que se oponen al comunismo podemos decir claramente que su estado mental no es normal».

La campaña para considerar como enfermos mentales a los opositores políticos y para encarcelar a las personas disidentes en hospitales psiquiátricos se inició a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta del siglo pasado. El servicio secreto soviético comenzó a interesarse por esta rama de la medicina ya en 1948. El poeta disidente Naum Korzhavin escribió que el clima en el Serbsky Institute for Forensic and General Psychiatry de Moscú cambió casi de la noche a la mañana cuando el Dr. Daniil Lunts fue nombrado director del cuarto servicio, conocido como el servicio político. Anteriormente a ello, los servicios de psiquiatría habían sido considerados un «refugio» para evitar la reclusión en un *gulag*, pero a partir de aquel momento cambió dicha política. Los primeros casos de personas disidentes que fueron hospitalizadas por razones no médicas datan de principios de la década de 1960, no mucho tiempo después que el Dr. Georgi Morozov fuera nombrado director del Serbsky Institute. Tanto Lunts como Morozov abusaron notoriamente de la psiquiatría por motivos políticos y participaron personalmente en muchos casos bien conocidos.

¿Por qué las autoridades soviéticas decidieron utilizar la psiquiatría como un medio de represión? Todavía no tenemos ninguna respuesta clara. A la vez que Khrushchev afirmaba públicamente que en la Unión Soviética ya no había prisioneros políticos, continuaba enviando personas disidentes a los campos de trabajo. Por tanto, no parece probable que utilizara la psiquiatría como cobertura del encarcelamiento político. Por la misma razón, los profesionales de la psiquiatría implicados en esta práctica posiblemente no creían que la disidencia fuera una enfermedad mental. En efecto, la mayor parte de los profesionales médicos rusos carecía de conocimientos de la psiquiatría que se llevaba a cabo en el resto del mundo y sólo tenía referencias de la escuela del pensamiento único soviético. Sin embargo, los responsables de primer nivel tenían un acceso pleno a los *spets-khran* (servicios especiales reservados) de las bibliotecas médicas, donde se guardaba la bibliografía psiquiátrica «burguesa». Estos responsables de primer nivel asistían a reuniones internacionales, conocían las críticas occidentales y sabían que mentían cuando declaraban que los antiguos prisioneros políticos hospitalizados eran ingresados en hospitales psiquiátricos tan pronto como llegaban a los países occidentales. El conocimiento de la psiquiatría política requiere previamente el conocimiento de la forma con que la cultura soviética interpretaba interesadamente la ciencia y la atención humanitaria.

Vergüenza de la ciencia

En 1927, *Pravda* publicó un artículo en el cual se señalaba que un joven investigador, Denisovitch Lisenko (1898-1976), había resuelto el problema de la escasez de alimentos en la república soviética de Azerbaiyán al conseguir cultivar guisantes durante la estación invernal. En primer lugar, la escasez de alimentos se debía a los desplazamientos masivos de trabajadores desde la agricultura hacia la producción industrial con el objetivo de que el partido político consiguiera una industrialización rápida y de corto alcance. La solución de Lisenko llegó en un momento oportuno, ofreciendo bases (engañosas y en la actualidad completamente desacreditadas) políticamente correctas de la genética que permitieron al partido único recuperar su autoridad. Por desgracia, el precio de todo ello fue desastroso ya que la solución de Lisenko ocultó la ignorancia del partido ante sí mismo y legitimó el abuso de la ciencia al precipitar una decisión que colocó todo el campo de la investigación bajo el control del partido (Faria, 1995; Soyfer y cols., 1997).

En 1951, de manera casi idéntica a la complacencia de la genética soviética por las falsedades de Lisenko, la teoría del comportamiento propuesta por el ganador del premio Nobel Ivan Pavlov fue considerada la única ideología aceptable de la psiquiatría y la investigación en una reunión conjunta de la All-Union Neurological and Psychiatric Association y la Academy of Medical Sciences. Este acto legitimó otra consecuencia de carácter desastroso: el reduccionismo biológico en la psiquiatría soviética. Parece que, en este caso, el motor de las ideas –que pasó de la neurofisiología a la salud mental, con violación de todos los principios de la ciencia– ni siquiera fue una confabulación de la «partidocracia»: la base teórica fue brutalmente secuestrada por otros.

Con mucho, el más egregio de los especialistas que se beneficiaron del monopolio de las ideas neurofisiológicas acerca de la ciencia de la psiquiatría fue el académico Andrei Snezhnevsky. Actuó como un hombre con ansias de entrar en la historia y su carácter totalitario le hizo declarar que el pensamiento reformista, la obstinación del carácter, la fe religiosa y la preocupación por la verdad eran todos ellos manifestaciones de enfermedad mental. Acuñó el término de «esquizofrenia subclínica» con el cual indicaba un cuadro clínico de evolución encubierta que podía aparecer como un estado mental normal en la evaluación psiquiátrica. Los psiquiatras de renombre que cuestionaron esta entidad perdieron su trabajo; algunos fueron deportados a Siberia. Estos hechos pusieron claramente de manifiesto que era una imprudencia mantener discusiones científicas con personas como Snezhnevsky, que utilizó astutamente el terror imperante en la Unión Soviética durante los últimos años de Stalin. Así, los puntos de vista de este psiquiatra fueron aplaudidos unánimemente y glorificados, y también enseñados a muchas generaciones de psiquiatras soviéticos; incluso hoy día no han sido expuestos libremente como un fraude político y científico. El instrumento de esta práctica social (la ciencia como un paradigma basado en la evidencia falsamente acordada y su interpretación en el discurso científico) ha sido abolido de manera efectiva, pero sus efectos todavía continúan.

Punto de vista soviético de la discapacidad

Con la eliminación del discurso científico apropiado respecto a la salud mental, desapareció un instrumento importante para evaluar las realidades del liderazgo político; de esta manera, las nociones de la política social se desviaron mucho de lo considerado humanamente digno, incluso más de lo que cualquier sociedad moderna ha sido capaz de admitir o ha considerado posible. La clave de esta política fue el mantenimiento y el refuerzo de la dependencia, una estrategia aplicada para mantener indefinidamente la pérdida del vínculo con el poder ejercido por las personas que lo habían usurpado por la fuerza. Todos los aspectos de la naturaleza humana propios e independientes fueron eliminados sin respeto a ninguna forma de derechos humanos. Los arquitectos del «hombre soviético» ni siquiera respetaron a los niños, tal y como atestiguan las historias infantiles correspondientes a este período. En los libros se sugería que el partido era más sacrificado, fiable y digno de confianza que los propios padres biológicos.

Los sentimientos de pérdida, duelo y depresión no tenían cabida en la nueva naturaleza humana recién construida: así, la enfermedad humana, tanto física como mental, era considerada una depravación. La combinación de una interpretación «científica» de la vida mental como algo equivalente a la fisiología del sistema nervioso superior, por un lado, y la consideración de que la discapacidad era impura, por otro lado, permitieron el rechazo completo de las necesidades médicas, sociales y laborales de las personas con diversos tipos de discapacidad.

El sistema asistencial institucional se basaba en esta actitud. No ofrecía la recuperación ni la integración social; por su propio diseño, era un mecanismo para eliminar a todos aquellos que se habían convertido en una molestia y que eran prescindibles. En 1980, cuando la Unión Soviética organizó los Juegos Olímpicos de Moscú, se propuso también la participa-

ción de los deportistas paralímpicos. Los soviéticos respondieron tajantemente: «En nuestro país no hay inválidos». Así, era difícil ver por las calles a personas con discapacidad física, algo completamente comprensible si tenemos en cuenta que sólo existía una fábrica (en Zaporozhe, actualmente en Ucrania) de sillas de ruedas que, además, eran de muy baja calidad. Las personas que habían perdido sus piernas en la guerra o que sufrían parálisis sólo podían salir de su casa utilizando una tabla con ruedas y colocándose zuecos de madera en las manos para empujarse hacia delante. El Grupo de acción para la defensa de los derechos de los discapacitados, creado en 1980 con el objetivo de la constitución de una Unión de discapacitados, se encontró con la represión de la policía secreta; al cabo de un año todos sus miembros estaban encarcelados, habían sido forzados a salir del país o permanecían bajo vigilancia constante.

Atención de los «inferiores»

La atención institucional de los niños y niñas que han perdido a sus padres y de las personas con cuadros de discapacidad intelectual y de enfermedad mental representa una antigua tradición europea que fue introducida para impedir el abuso e, incluso, la muerte violenta de estas personas vulnerables en las comunidades que no tenían un sentido apreciable de los derechos humanos y de la ética correspondiente a ellos (Shorter, 1997). Con los avances hacia la democracia y la sociedad civil, la preocupación por estas cuestiones cubrió las situaciones aparentes de abuso de los derechos humanos de las personas bajo custodia. Las consecuencias perjudiciales de esta práctica sobre el desarrollo y la calidad de vida individuales iniciaron el proceso de desinstitucionalización.

A partir de 1989, la preocupación por los derechos humanos llegó a las nuevas democracias y se introdujo en el debate público a través de las publicaciones realizadas por las organizaciones de derechos humanos, como el Comité de Helsinki. Según un estudio del Banco Mundial, al menos 1,3 millones de niños y niñas, personas con discapacidad y personas ancianas residentes en los países del antiguo bloque soviético viven en 7.400 centros grandes y altamente estructurados. Estos centros absorben la mayor parte de los limitados recursos económicos que podrían utilizarse para crear sistemas de base comunitaria para la atención de las personas con necesidades en el contexto de la salud mental. Por ejemplo, en Lituania, el 1,75 % del presupuesto nacional se dedica a la atención de personas vulnerables en centros institucionales (Tobis, 2000).

La asistencia bajo custodia, que se ha mantenido en la mayor parte de los países de la antigua Unión Soviética, parece ser un concepto inherente a la noción de «gobernación» tan ligada al totalitarismo. Los sistemas de asistencia institucional también se han introducido en los sectores social, sanitario y educativo en forma de entidades legales bien definidas. En la mayor parte de los países, los hogares infantiles y los hospitales psiquiátricos estaban bajo los auspicios de los ministerios de Sanidad, los colegios especiales en régimen de internado para niños y niñas con discapacidad y desventaja social era responsabilidad de los ministerios de educación, y los centros especiales psiconeurológicos para niños y niñas, así como para personas adultas con enfermedades mentales y dificultades intelectuales, eran respon-

sabilidad de los ministerios de Asuntos Sociales. Los tres sistemas tenían poco en común en términos de coordinación. Sin embargo, eran idénticos en cuanto a su misión de invisibilizar a las personas «inferiores». Cualquier duda moral relacionada con esta práctica debía desaparecer ante la ilimitada confianza en las economías de planificación central y ante la creencia común de que todas las lacras de la naturaleza humana habían sido relegadas al otro lado del «telón de acero». Desde un punto de vista retrospectivo, uno puede hacerse a la idea de cómo el fracaso de la economía para ofrecer prosperidad logró que la única opción del partido totalitario fuera la reclusión social de las personas menos capacitadas. La posibilidad de ajustar las tecnologías de producción y los puestos de trabajo para acomodar las capacidades limitadas de los discapacitados indica realmente una situación de prosperidad, más que las economías de supervivencia. También puede argumentarse, en función de los resultados obtenidos por la investigación, que la crianza de los niños y niñas en instituciones, mientras que sus dos progenitores están vivos y sanos, influye negativamente sobre el capital social de países como Bulgaria (Markova, 2004). El difícil problema existente en la actualidad es el de determinar si los cambios políticos son suficientes para eliminar el legado institucional, especialmente en un momento en el que se considera cierto el crecimiento económico de la región tras la introducción de la democracia y del mercado libre.

En la respuesta a esta cuestión, es esencial tener en cuenta las importantes defensas sociales que desarrollan los sistemas institucionales. En la práctica, esto significa que el proceso de desinstitucionalización será lento y que la reeducación de profesionales será más difícil y prolongada (si no más) que la reasignación de los pacientes psiquiátricos institucionalizados a sistemas asistenciales alternativos. La reeducación de profesionales para su adaptación a las nuevas funciones y habilidades tendrá una importancia clave.

Otra barrera esencial que requiere una atención considerable es el tipo peculiar de «pacientes» que aparece en el contexto de los sistemas asistenciales excesivamente paternalistas. La autoestigmatización, un producto desgraciado de este tipo de atención, limita gravemente el impacto que pueden producir los consumidores por medio de organizaciones que participen activamente en el movimiento de desinstitucionalización. Otras partes implicadas, incluyendo los ámbitos familiar, profesional, político, la sociedad general y los medios de comunicación, están fuertemente influidas en sus puntos de vista y sus expectativas respecto a la salud mental por el tipo de psiquiatría practicado en los grandes centros institucionales. No es sorprendente que, desde 1989, la tendencia común en los países con economías emergentes (como los países bálticos) haya sido la del incremento de la inversión estatal para mejorar los estándares asistenciales en los grandes centros institucionales. El movimiento hacia la atención en el ámbito comunitario se ve gravemente dificultado por la extendida creencia de que la tarea principal del sistema asistencial psiquiátrico es la seguridad de los ciudadanos «normales».

Psiquiatría política

El silenciamiento de la ciencia como recordatorio clave de la realidad, la actitud negativa hacia las personas con discapacidad y la jerarquía de partido constituyeron un mecanismo de

defensa social frente a la ansiedad originada por la dependencia forzada (Jaques, 1955; Menzies, 1992), estableciendo las bases de la psiquiatría política. La percepción de la disidencia política como un trastorno mental fue sólo un paso más en este camino. Algunas personalidades aberrantes de la profesión psiquiátrica iniciaron una práctica de abuso aceptada erróneamente por la mayoría y considerada también erróneamente por los pocos disidentes como una atención humanitaria para los «enfermos mentales discapacitados».

Esta práctica se potenció debido a muchos aspectos adicionales del contexto soviético: por ejemplo, el aparato político que mantenía el control central, la degradación de profesiones, las purgas políticas, la abolición de las libertades democráticas y la censura en la información. Hacia finales de los años setenta y principios de los ochenta del siglo pasado, aproximadamente la tercera parte de las personas disidentes habían sido descalificados con su estigmatización como «políticamente locos». Los diagnósticos habituales eran esquizofrenia y personalidad paranoide. Los tratamientos eran agresivos, se administraban sin el consentimiento de los pacientes y generaban efectos adversos graves y consecuencias nefastas para la salud. La duración de los confinamientos era similar a la que se recogía en las sentencias de los prisioneros políticos, es decir, de 3 a 7 años. Bajo la presidencia de Yuri Andropov, el Politburó reconoció la necesidad creciente de más instituciones y aprobó la creación de docenas de nuevos hospitales psiquiátricos de diseño arquitectónico idéntico en todo el país. En 1989, en el Congreso mundial de psiquiatría celebrado en Atenas, y tras años de presión internacional, la delegación soviética reconoció públicamente que, en efecto, se había producido un abuso político sistemático de la psiquiatría, admitiendo que la creación de hospitales políticos había constituido un error. Desde entonces se han cerrado los hospitales, pero lo que permanece es una cultura de obediencia pasiva y de Administración estatal corrupta.

Cambio en 1989

Los cambios políticos que ocurrieron en 1989 y que se han mantenido en el aire durante una década fueron realmente históricos. En general, todo aconteció de manera pacífica, en demostración de la significativa capacidad de contención de la ansiedad y la angustia en todo el antiguo bloque soviético, incluso durante el derrumbe de las organizaciones sociales jerárquicas. Este proceso fue bienvenido ya que se consideraba que las jerarquías representaban un instrumento indispensable para la defensa social frente a la incertidumbre en esta parte del mundo, principalmente a causa de la escasa experiencia de las personas con la democracia. Sin embargo, esto no hizo que las necesidades de dependencia, reforzadas por muchas generaciones de partido único, desaparecieran de la noche a la mañana.

A medida que transcurrió el tiempo, los esfuerzos para la introducción de la democracia ocasionaron el establecimiento de procesos y estructuras en la práctica totalidad de los países de la región con el descubrimiento de que todas las instituciones anteriores carecían de sentido (Carothers, 2002). Ya ha comenzado el largo y doloroso proceso de sustitución de los mecanismos de refuerzo externo por las estructuras psíquicas del autogobierno, pero, de momento, dicha sustitución sólo ocurre de manera esporádica y en las mentes de unas pocas personas. Comenzaron a reconocerse gradualmente la exclusión social, la

falta de participación, la estigmatización, la falta de respeto a los derechos y otras numerosas manifestaciones de la dependencia. Todo ello tuvo lugar con ritmos diferentes en los distintos países y sectores de la sociedad. Los sectores de la educación, la sanidad y la asistencia social presentaron un retraso considerable en comparación con los sectores económico, de defensa de los derechos y judicial. Cuanto más alejado ha estado históricamente un grupo de población respecto a los valores que favorecen los intereses individuales sobre los intereses de grupo, más lento es el ritmo de transformación.

A pesar de que estas amplias tendencias revelan una dirección de cambio positivo, existen grandes problemas, sólo parcialmente reconocidos, que frustran a millones de personas de esta región geográfica y que influyen directamente en los procesos demográficos, que ponen de manifiesto la existencia de necesidades sanitarias no cubiertas.

CONTEXTOS DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

Desde 1989, la mayor parte de los países de la región se ha situado a la cola de Europa en las cifras de fertilidad, mortalidad y morbilidad. El derrumbe socioeconómico queda claramente reflejado en el *UN Human Development Index (HDI) 2002*, un informe que tiene en cuenta factores como los ingresos per cápita, el desarrollo de recursos, la libertad humana, la dignidad y la función de las personas en la configuración de su desarrollo. En este informe se llama la atención sobre las dificultades de la transición económica que se han producido en muchos países de la antigua Unión Soviética de manera que estos países se sitúan entre los puestos 42 (Estonia) y 105 (Moldavia, el país europeo situado en último lugar). La Federación Rusa ocupa el puesto 16. Desde la publicación del primer HDI en 1990, Rusia y Ucrania han descendido 20 lugares y Moldavia ha bajado al menos 30 puestos hasta situarse en el último (United Nations, 2002).

La población de la Federación Rusa alcanzó su nivel máximo en 1992, con 148,3 millones de personas; sin embargo, desde entonces ha presentado una disminución de 0,4-0,5 millones de personas cada año. El problema socioeconómico, político y médico-demográfico más urgente es la elevada tasa de mortalidad. Anualmente, en Rusia fallecen más de 2 millones de personas (Shkolnikov y cols., 2001; World Bank, 2005a). Enfermedades como la tuberculosis, la anemia y la disentería, que anteriormente estaban controladas mediante las estructuras de atención primaria y los programas de vacunación, están reapareciendo (la tuberculosis ha presentado un incremento del 40 % desde 1990). Al mismo tiempo, han aparecido nuevos problemas sociales y sanitarios que han terminado de minar por completo la cohesión social; por ejemplo, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), la drogadicción, la malnutrición y la dieta insuficiente (2 millones de niños no reciben una alimentación suficiente), así como el divorcio (el 67 % de los nuevos matrimonios finaliza en divorcio). Se podría evitar al menos el 40 % de todas las muertes mediante la aplicación oportuna de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas; en otras palabras, con un sistema asistencial sanitario apropiado. En la mayor parte de los países de la región pueden observarse tendencias similares aunque menos pronunciadas.

Nueve de los 10 países con las tasas mayores de suicidio de todo el mundo pertenecen al antiguo bloque soviético (Varnik, 2000). Las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad en esta región están relacionadas con un conjunto de problemas de estrés y de sensación de indefensión, incluyendo el suicidio, la violencia, los comportamientos de riesgo y los estilos de vida autodestructivos (Rutz, 2001). La tasa de homicidio de personas jóvenes (entre 10 y 29 años), que en los países de Europa occidental aproximadamente es de 1 por cada 100.000 personas, alcanza cifras de 1,2-1,6 en los países de Europa central, de 5,4-7,7 en los países bálticos y de 18 en la Federación Rusa (Krug y cols., 2002). El desarrollo del potencial social positivo en la región es lento (Paldam y Svendsen, 2001). Hay una falta total de confianza en las relaciones entre los individuos, los grupos y las organizaciones, así como de sentido de la ciudadanía. Los valores imperantes en los aspectos sanitarios son similares a los de la sociedad civil (Kickbusch, 2002).

En términos de prosperidad económica, algunos de los países del antiguo bloque soviético han evolucionado mejor que otros desde 1989, pero en general toda la región va muy por detrás del resto de Europa. Todo ello al parecer genera un sentimiento de inquietud, envidia y vergüenza entre la gente y la clase política a pesar de que estos países han presentado un crecimiento económico genuino durante los últimos años. Esta intolerancia respecto al retraso en comparación con los demás países parece que está basada en una preocupación enfermiza por el consumo de bienes y servicios. Pueden encontrarse ejemplos en todas las áreas, incluyendo la sanitaria; por ejemplo, existen demandas para la disponibilidad de una atención sanitaria sofisticada (completamente desproporcionada respecto al potencial económico) por parte de la clase política, los medios de comunicación y el sector profesional.

A medida que avanza la desregulación de la atención sanitaria, se crean empresas de atención sanitaria de carácter privado, lo que se supone que está basado en demandas de mercado, aunque realmente es el resultado de una acción de carácter anticipado realizada por personas que desean conseguir dinero de manera fácil. Este ejemplo ilustra el problema de la redistribución de las riquezas al cual se enfrentan estos países, pero no parece que los gobiernos busquen soluciones. Los gobiernos a menudo utilizan la excusa de las restricciones externas sobre los presupuestos para reducir el descontento respecto a su fracaso para solucionar las necesidades básicas correspondientes a los salarios, la calidad de vida y la salud. La mayor parte de la gente acepta esta situación con resignación, especialmente cuando contemplan el argumento de que el desarrollo está dirigido por los mercados libres más que por la planificación central, incluso en lo que se refiere al ámbito sanitario. Las personas que crean empresas en esta región proceden de los estamentos de la nueva élite política y se considera que se han enriquecido casi de la noche a la mañana con una combinación de celo empresarial y falta de escrúpulos. Estas personas tienen una dificultad manifiesta para comprender la lucha que llevan a cabo millones de otras personas para acomodarse a las condiciones de la globalización. Hay un foco continuo de desconcierto en la región que hasta el momento no ha captado la atención de la investigación sanitaria.

La evaluación de las necesidades de salud mental de los grupos de población mediante el uso de enfoques epidemiológicos tiene muy poca aplicación en esta región. En los estudios realizados, los resultados no han generado, en términos generales, ningún cambio en la

provisión de los servicios. Desde 1969, no es infrecuente que los propios investigadores adapten sus conclusiones para reforzar las organizaciones y estructuras de servicio ya establecidas. Los resultados epidemiológicos que no apoyan el equilibrio de la provisión de servicios no suelen divulgarse, presumiblemente porque un sistema que ha reducido la Administración al servilismo hace que sean inútiles.

En la psiquiatría del adulto, hay dos áreas importantes deficitarias que han quedado lamentablemente abandonadas en el diseño de los servicios. Son las necesidades de rehabilitación laboral, residencial y psicosocial de las personas con trastornos mentales graves, por un lado, y las necesidades de las personas con enfermedades mentales comunes, por el otro. Entre las áreas de necesidades no solucionadas en esta región están la atención comunitaria de los y las pacientes con demencia (psiquiatría de las personas ancianas), las necesidades educativas y los servicios de apoyo familiar (psiquiatría infantil y del adolescente), y los servicios penitenciarios y de control de los riesgos (psiquiatría forense). Todos estos ejemplos de inexistencia de servicios exponen a las personas a las consecuencias más extremas de la atención institucional en los países del antiguo bloque soviético: la falta de coordinación y colaboración entre los distintos sectores. De nuevo, todo ello básicamente representa un fracaso de la clase política, más que una falta de conocimientos en salud mental.

Podemos extraer varias conclusiones. Desde un punto de vista político, hacia 1989 finalizó un período de práctica sociosanitaria especialmente desacertada. Las consecuencias económicas y sociales, reconocidas hace poco tiempo, son numerosas y han presentado perfiles e intensidades variables en los diferentes países. La transición hacia una economía de mercado libre por parte de los países del antiguo bloque soviético está produciéndose en una época de globalización, lo que fomenta la frustración de los partidarios de eliminar la pasividad y asumir la participación social. Las complicaciones de la globalización tienen su origen en el hecho de que el problema ya no es encontrar un empresario fiable, sino compensar las necesidades de dependencia mediante la adopción de una actitud de tipo empresarial, es decir, mediante la organización de servicios de psiquiatría de manera que puedan facilitar la interdependencia (Daulaire, 1999; Lee, 2000). Una elevada proporción de ancianos en la región parece que no puede contar con la posibilidad de realizar esta transición. La conciencia de estar predestinados sin posibilidad de actuación se ha introducido en las mentes de millones de personas, pero este sentimiento no ha sido implantado de manera autoritaria ni tampoco en función de una evidencia sólida en ninguno de los países de la antigua Unión Soviética. No obstante, dicho sentimiento de condena se manifiesta de manera notable en las estadísticas sociodemográficas.

El precio humano que conlleva la transición es alto, pero hasta el momento parece que ninguno de los gobiernos haya asumido la tarea de dibujar un futuro realista y el camino que deben seguir los sistemas sanitarios. El fracaso persistente de los gobiernos de los países del antiguo bloque soviético está basado en una cultura fuertemente arraigada de dependencia y corrupción en el ámbito laboral. La indiferencia, e incluso el ataque, respecto a la individualidad era la clave de los regímenes previos, tal y como ilustra el ejemplo del abuso político de la psiquiatría. Esta dolorosa cuestión todavía es soslayada por las estructuras gubernamentales.

Recursos sanitarios

Las políticas de salud adoptadas por la mayor parte de los países de la región a partir de 1989 se han basado en la asunción de que los mercados sanitarios pueden funcionar bien y mejorar la atención de los ciudadanos y las ciudadanas sin que sea necesario un control excesivo por parte de los gobiernos. La transición hacia los sistemas financiados por la seguridad social destaca como un componente clave de las reformas sanitarias y ha introducido cambios en la legislación, los impuestos, la propiedad y la gestión de los sistemas sanitarios. Debido a la fragilidad de las economías, la mayor parte de estos países depende de los préstamos internacionales y tienen que aceptar restricciones forzadas sobre sus presupuestos sanitarios. Las Administraciones sanitarias centrales todavía son las responsables directas de la viabilidad económica de casi todos los hospitales al mismo tiempo que carecen de los recursos necesarios para llevar a cabo esta tarea. Los ministerios de sanidad se han tenido que enfrentar a las consecuencias de la introducción del mercado emergente de la medicina privada sin haberse manifestado las partes implicadas, incluidas las organizaciones de consumidores.

La información sobre el gasto sanitario y, en concreto, en salud mental, es muy escasa. Se han establecido agencias de seguros patrocinadas por los gobiernos. Estos son vínculos negativos con las Administraciones sanitarias y heredan la tendencia al control central estrecho mediante la presión burocrática. La compra de servicios se enfrenta a todas las dificultades de los mercados no regulados: inexistencia de normas, monopolios, falta de respeto por el consumidor, sobornos, corrupción y ausencia de responsabilidad. La asignación de recursos respecto a las prioridades políticas no es transparente y refleja las creencias generalizadas acerca de las enfermedades que interesa abordar (p. ej., las cardiovasculares) y las que no (p. ej., las enfermedades mentales).

La mayor parte de los países tendrá que recorrer un largo camino antes de poder dar prioridad a la inversión en salud en función de los datos y de los análisis bien fundamentados. Un ejemplo revelador es el de Bulgaria. En línea con la nueva legislación, el gobierno regula la provisión de los servicios sobre un principio geográfico, con ayuda del mapa sanitario nacional. Este instrumento determinaba en 2003 el número de psiquiatras (273) que podía contratar la seguridad social nacional para ofrecer sus servicios; 43 de estos profesionales fueron contratados en la capital, Sofía. En junio de 2003 se habían firmado contratos con 485 psiquiatras (una cifra que casi doblaba la determinada en el mapa), 137 de los cuales ejercían en Sofía (3,2 veces más que el número previsto). Estas cifras no requieren explicación. Hay otros numerosos ejemplos similares de actitudes gubernamentales negativas de este tipo.

La mayor parte de los países de la región ha heredado un número de hospitales muy elevado, mal equipados y atendidos por un personal con escasa formación. Esta herencia constituye un enorme obstáculo para la realización de reformas sanitarias en términos generales y de reformas de la salud mental en particular. De nuevo, en el corazón del problema está la falta de competencia para manejar de manera efectiva los recursos de los sistemas asistenciales sanitarios de cada país. Los requisitos para un control eficiente, como los estándares clínicos con criterios que permitan la evaluación y análisis que ofrezcan da-

tos válidos, no forman parte de la organización sanitaria asistencial que busca la clase política; por ejemplo, parece que casi ninguno de los países de la región posee un plan estratégico que vaya más allá de una vaga declaración acerca de la idoneidad de la transición desde la atención en centros institucionales hacia la atención comunitaria. Los documentos de política y estrategia existentes no exponen las implicaciones del cierre de los grandes centros respecto a la redefinición de los roles profesionales, las tareas y los puestos de trabajo; respecto a la adquisición de las habilidades necesarias, y respecto al nuevo diseño de los vínculos de información y las interfases (Puras y cols., 2004; Sharashidze y cols., 2004; Tomov y cols., 2004).

Se habla mucho sobre la necesidad del cierre de los hospitales psiquiátricos y sobre la reducción del número de camas. Sin embargo, los argumentos esgrimidos habitualmente no suelen ir más allá del calco de la retórica sobre derechos humanos procedente de organizaciones como el Comité de Helsinki. Es impensable que la clase política de alto nivel que ejerce en las Administraciones sanitarias realice planes detallados y evalúe soluciones individuales para la transición desde los grandes centros hacia la atención comunitaria. Caen en saco roto los argumentos relativos al hecho de que el estigma psiquiátrico es culturalmente diverso y que, en concreto, la autoestigmatización procede de la tradición psiquiátrica del primitivo paternalismo. Visto de otra manera, no tendría que ser sorprendente esta actitud si se tiene en cuenta que en las culturas posttotalitarias la idea de la atención, mediante el establecimiento de redes y participación comunitaria, tiene unas raíces muy débiles.

La tradición de la planificación central respecto a la atención sanitaria dificulta que las nuevas estructuras gubernamentales tengan en cuenta a los ciudadanos y ciudadanas más progresistas y a las estructuras empresariales para la generación de fondos suficientes para la atención sanitaria, aunque, no obstante, muchos países están haciendo progresos significativos en términos de ahorro de recursos económicos. La mayor parte de los países tropieza en la gestión de los fondos existentes, principalmente debido a la falta de conocimientos y de instrumentos fiscales.

Los recursos materiales a disposición de la atención sanitaria están en una mala situación y a menudo se plantean cuestiones problemáticas en la propiedad de éstos. Todo ello impide la adopción de una práctica basada en las necesidades y gobernada por una cultura de servicio en función de una garantía constante de la calidad asistencial. Hay grandes lagunas en la gestión sanitaria adecuada. La adopción de un enfoque de gestión, junto con una perspectiva clínica, parece que es una tarea importante para la reeducación de los profesionales ahora que la viabilidad económica de los sistemas sanitarios de la región debe ser demostrada de manera continua con ayuda de la evidencia de los resultados.

Provisión y utilización de los servicios de salud mental

Los datos relativos a la provisión de los servicios en la región tradicionalmente se han limitado a unas pocas categorías generales, lo que no facilita establecer conclusiones firmes. La utilización de los servicios, hasta el grado en que puede estudiarse esta cuestión, es muy inferior a las necesidades estimadas y también a la correspondiente al resto de Europa. Los

datos relativos a la provisión de los servicios son publicados por las Administraciones locales y centrales, y se agrupan en forma de informes estadísticos anuales de la sanidad. Esta práctica no está guiada por métodos de gestión articulados para calibrar los progresos políticos ya que la política (considerando que realmente exista) no suele traducirse en planes operativos ni en cambios en los resultados.

En un estudio sobre grupos de interés realizado acerca de las actitudes de gestores sanitarios de primera línea (Schider y cols., 2004) se demostró que estas personas se sentían como si hubieran quedado apartadas de los círculos de toma de decisiones. En su mayoría eran especialistas en medicina con buena formación y esperaban reforzar la autoridad del Ministerio de Sanidad para definir y supervisar todas las cifras estadísticas para acomodarlas a las necesidades reales, pero hubo un consenso en los grupos de interés en el sentido de que su trabajo era de baja calidad. Esta actitud quedó explicada por la falta de control de su propio trabajo y por el sentimiento de «divorcio» respecto a las distintas cuestiones de la provisión de servicios relacionadas con la autoridad administrativa. Los grupos también afirmaron que los métodos utilizados por las Administraciones sanitarias e, incluso más todavía por las compañías de seguros sanitarios, ejercían una influencia enajenante. Su actitud fue descrita como dictatorial y contraria al progreso de la provisión asistencial, tanto en lo relativo a sus aspectos humanitarios como tecnológicos. Las cuestiones de efectividad, calidad de vida o grado de satisfacción con los servicios de salud mental no fueron consideradas relevantes ni de interés general para la operatividad actual de los servicios clínicos en la región. Esta falta de interés se debió al retraso tecnológico y a la falta de perspectivas de inversión. Sin embargo, estos sentimientos no encontraron expresión en los informes oficiales ni en los documentos políticos; sólo eran compartidos y expresados en privado (Mladenova y cols., 2002).

El análisis de los procesos de la atención psiquiátrica a niveles local y central no ha estado basado en una tradición de toma de decisiones basada en criterios de gestión y en la evidencia. Por todo ello se considera que la recogida de datos es una tarea de poca relevancia para la práctica clínica. Así, ha habido un abandono general de los datos correspondientes a los procesos.

A medida que la determinación de los costes y el volumen de los servicios han desempeñado un papel cada vez más importante en relación con los ingresos de profesionales, se ha producido cierto resurgimiento del interés por la recogida y el análisis de los datos. Sin embargo, la mayor parte de los países todavía carece del marco conceptual y de las herramientas necesarias para llevar a cabo una práctica clínica estructurada, así como los protocolos operativos, los estándares de indicadores clínicos y, finalmente, los organismos necesarios para manejar todos estos datos.

GOBIERNO

El buen gobierno es una combinación de liderazgo y gestión, con la cual los Estados determinan la marcha de la sociedad. El gobierno (o administración) (WHO, 2000) combina la ética, la legitimidad y la confianza con la responsabilidad, la eficiencia y los resultados sus-

tantivos. El buen gobierno incluye una burocracia capaz, ordenada y respetada, controlada por el estamento judicial y sometida a la legislación, con capacidad para imponer las leyes aprobadas democráticamente y para ofrecer un sentido de dirección y significado tanto a las personas como a las comunidades. Esta capacidad está escasamente desarrollada en la mayor parte de los países del antiguo bloque soviético (Brown, 2001).

Uno de los resultados obtenidos en un estudio reciente sobre los perfiles de salud mental (Mladenova, 2002) fue especialmente demostrativo de esta cuestión. La información se refería a la división existente entre lo definido oficialmente respecto a la salud, y reflejado por escrito, y lo que uno veía en la situación cotidiana. En varias ocasiones, los equipos de investigación se enfrentaron al hecho de que una de las funciones clave de la Administración sanitaria era la valoración de la aceptación o el rechazo de las afirmaciones relativas a la situación de los servicios sanitarios, no en función de la evidencia, sino en función de si dichas afirmaciones eran realizadas por la autoridad o no. La implicación subyacente es que la autoridad protege a los que «mantienen el sistema»; por ejemplo, el director de la Sofia Office of the Health Insurance Fund rechazó la propuesta de que las pequeñas sesiones de grupo con personas que sufrían enfermedades mentales graves pudieran considerarse actividades adecuadas de rehabilitación profesional o laboral de manera que no eran tributarias de financiación económica. El fundamento principal para el rechazo de la propuesta fue el hecho de que la habían realizado psiquiatras que, debido a ello, no podían ser considerados profesionales imparciales en los aspectos de la psiquiatría. Por tanto, este administrativo se arrogó la autoridad de rechazar la solicitud y de reprender a las personas peticionarias.

Los puntos de vista de personas expertas en un área concreta (como la salud mental) respecto a los distintos problemas en ella sólo serán tolerados por la Administración central siempre que no pongan en cuestión el papel de la gestión positiva. Ciertamente, esta postura les parece hipócrita a los observadores y requiere una clarificación. Una de las explicaciones obvias podría ser el establecimiento de paralelismos entre la situación de ahogo actual y la cultura de gestión inadecuada y los *apparatchiks* del partido, argumentando que el cambio de los sistemas sociales lleva tiempo.

POLÍTICA EN ÉPOCAS DE TRANSICIÓN

Resumen de la evidencia

Se ha afirmado repetidamente que la política transparente tiene una importancia clave en la promoción de la salud mental y que este tipo de política debe estar basada en la evidencia (WHO, 2003). El resumen de la evidencia relativa a la política de salud mental en los países de la antigua Unión Soviética nos lleva a la conclusión de que la situación está dominada por los extraordinarios cambios políticos que tuvieron lugar en 1989, tras varios años de *perestroika* (reestructuración política y económica). Con independencia del método elegido por los distintos países para llevar a cabo sus reformas, las estadísticas sanitarias se desplegaron poniendo de manifiesto que las crisis en los sectores sanitarios no sólo atestiguan la

naturaleza negativa de las sociedades totalitarias. Estas estadísticas también indican que la capacidad de las sociedades posttotalitarias para recuperar una realidad carente de nociones preconcebidas podría estar alterada con pérdida de las oportunidades que puedan aparecer para el cambio. ¿A qué podría parecerse una hipótesis respecto a dicha alteración en la capacidad de recuperación de las sociedades señaladas?

Durante la última década, la mayor parte de los sistemas de salud mental en la región ha trabajado con centros completamente desfasados y sobre consideraciones terapéuticas, de rehabilitación y de prevención anticuadas y, ciertamente, faltas de sincronía con los valores de la sociedad civil y la democracia. La investigación sobre los servicios de salud mental en la región ha sido casi nula y casi toda la evidencia existente para el proceso de toma de decisiones procede de los datos de la actividad de los servicios. Sin embargo, la calidad de estos datos es baja debido principalmente al escaso desarrollo de innovación tecnológica, que ha impedido la implementación de sistemas de información. La recesión económica y los conceptos de gestión obsoletos en los distintos países de la región pueden explicar el retraso de la innovación en la política de salud mental, pero, ciertamente, no pueden explicar el rechazo a gran escala de los problemas de salud mental observado en las estructuras de gobierno de algunos de estos países por organizaciones de derechos humanos y por otras organizaciones internacionales (Bulgarian Helsinki Committee, 2001).

Lo más importante es que la revisión de la evidencia relativa a la política de salud mental ya expuesta demuestra el fracaso de las estructuras gubernamentales para asumir las realidades en el sector de la atención psiquiátrica con inicio de un diálogo constructivo con consumidores, profesionales, asociaciones y otras partes implicadas. En la mayor parte de los países, los gobiernos no han sido capaces de desarrollar la capacidad necesaria para cumplir sus compromisos con los servicios de salud mental y, a menudo, han recurrido a la táctica de «hablar y no hacer» respecto a las responsabilidades, una práctica que recuerda la hipocresía del paternalismo totalitario de épocas anteriores. A medida que han transcurrido los años, esta práctica ha sido reforzada por una desconfianza en la autoridad. En la mayor parte de los países no ha mejorado la capacidad de desarrollar una cohesión entre los grupos implicados para alcanzar objetivos mutuos en respuesta a las necesidades.

Traducción de la evidencia en medidas políticas

¿Cómo aborda de manera efectiva una política de salud mental esta situación? Claramente, hay un argumento convincente en el sentido de que cualquier política de este tipo debería contemplar de manera plena la transición social que se está produciendo; en otras palabras, el cambio es mucho más importante que la continuidad. De esta manera, el control del cambio se convierte en un problema. Todo ello nos lleva invariablemente a considerar la función del liderazgo, cuyos elementos clave son la interpretación adecuada de la realidad (ofrecimiento de una visión acompasada con el *Zeitgeist*) y el respaldo (el ofrecimiento de certeza en situaciones de falta de evidencia dado que la evidencia para el apoyo de las distintas posibilidades nunca es suficiente; Alford, 2001; Barker, 2001).

Se conoce una iniciativa que se ha producido en los países del antiguo bloque soviético para la formulación de una visión de la psiquiatría en relación con el contexto existente en la región, la Asociación de reformadores de la psiquiatría, apoyada por la GIP³. En línea con el espíritu de derechos humanos de nuestra época y con la búsqueda de la participación de las partes implicadas, esta asociación ha desarrollado un concepto de psiquiatría comunitaria construido sobre la coordinación personalizada y a largo plazo de los casos con apoyo por parte de la asistencia social y de los programas de rehabilitación. El objetivo ha estado centrado en las personas que sufren problemas sociales y que son consideradas demasiado perturbadoras para las comunidades locales siempre y cuando en estos individuos pueda depositarse el grado de confianza suficiente para que residan en la comunidad por sus propios medios. Una contribución de este grupo fue la expresión de su concepto en una larga lista de declaraciones relativas a la enfermedad mental, la psiquiatría y las reformas psiquiátricas con evaluación del grado con que las partes implicadas locales compartían dicho concepto. Aparentemente, no lo compartían; al menos, no con entusiasmo (Tomov y Butorin, 1997; Geneva Initiative on Psychiatry, 2000).

Visto retrospectivamente, habría sido posible predecir esta respuesta. El rápido deterioro de la autoridad central fuerte a partir de 1989 ha frustrado las necesidades de dependencia de todos los ciudadanos. En las mentes de muchos de ellos, el problema de fomentar la autosuficiencia y la interdependencia (que ha estado a la orden del día) ha quedado eclipsado por la ansiedad y la pérdida de un Estado fiable, y por la rabia dirigida hacia las autoridades por abdicar de sus obligaciones ineludibles de proteger a la población vulnerable. Bajo estas circunstancias, fue sencillo incluir en el proyecto de psiquiatría comunitaria la pérdida de control por parte de los grandes centros institucionales (en este caso, la pérdida del control de la locura).

Hoy día se sabe que hay muchas preocupaciones relacionadas con la transición social de los antiguos países soviéticos, por parte de las personas que están «bien» y de las personas que consideran que los trastornos mentales deben estar al final de la agenda social. Parece que el concepto de salud mental comunitaria no es capaz de conseguir líderes ni estructuras de liderazgo. Esta situación sugiere que, en estas circunstancias, no sería prudente que la reforma política de la salud mental insistiera demasiado en la atención comunitaria de los y las pacientes con enfermedades mentales graves. Sin embargo, por la misma razón, si se reconoce el elevado precio de la transición sobre el «bienestar» mental y si las prioridades de las políticas de reforma se construyen en términos de ayuda a las partes afectadas por el proceso de cambio, las posibilidades de conseguir el apoyo de la sociedad pueden incrementarse significativamente.

La mayor parte de la actividad analista está comenzando a reconocer esta cuestión a medida que las tensiones de la transición sobre la vida emocional y social de las personas es cada vez más aparente (Dahrendorf, 1990). Anteriormente, el bienestar mental y su promoción no eran cuestiones importantes en estos países ya que la noción de enfermedad mental se limitaba a las enfermedades graves e incapacitantes. Las enfermedades menta-

³ La Association of Reformers in Psychiatry constituyó un intento realizado por organizaciones no gubernamentales para establecer una coalición en los países del antiguo bloque europeo oriental y, de esta forma, apoyarse entre sí. Fue fundada en 1998 y disuelta varios años después a consecuencia de la falta de fondos.

les eran contempladas como algo que sólo afectaba a una minoría prescindible, que debía ser atendida exclusivamente por el sector público. Sin embargo, hoy día, la importancia de todo lo relativo a la salud mental queda reflejada en la concienciación creciente sobre las tasas de violencia, mendicidad, delincuencia, prostitución y drogadicción. Las comunidades han sido cogidas por sorpresa respecto a esta «epidemia» de irracionalidad y, hasta el momento, la respuesta ha estado caracterizada por la confusión, la incredulidad, la frustración y la búsqueda de algo o alguien a quien echar la culpa.

Definición del problema: dinámica psicosocial del cambio

En las democracias establecidas, la amplia aceptación de los valores de la sociedad civil ha posibilitado la introducción de la reforma de la psiquiatría en la agenda política pública. Sin embargo, en los países del antiguo bloque soviético todavía se lucha por contextualizar estos valores en los distintos ámbitos económico, político y social. Sus líderes y las demandas de globalización están empujando hacia delante la reforma, incluyendo la de la atención psiquiátrica. No obstante, muchas personas están viviendo lo que está ocurriendo como una intrusión hostil en su entorno. No contemplan oportunidades para sí mismos en estos momentos de cambio o bien pueden contemplar los cambios propuestos como algo que les va a obligar a participar en actividades que son contraproducentes para el progreso social. Básicamente, estas personas responden ante una situación de crisis tal y como lo hacían sus antepasados, es decir, revitalizando las redes de parentesco. A consecuencia de ello, reaparecen los clanes, y la división entre las familias y los demás se convierte en un elemento de distinción fundamental al mismo tiempo que la meritocracia tiene dificultades para encontrar su camino en las cuestiones comunitarias (Stability Pact for South Eastern Europe, 2004). Paradójicamente, los valores que surgen y quedan reforzados en este proceso son exactamente aquellos que los arquitectos de la transición intentaron sustituir por los valores de la democracia.

Para comprender todo esto, es importante reconocer el papel de las defensas psicológicas y sociales como elementos de resistencia frente al cambio (Jaques, 1955). El modelo defensivo adoptado por las personas y las organizaciones está basado en la ansiedad generada por la preocupación respecto a las diferencias que introducirá el cambio. Esta ansiedad se manifiesta mediante numerosos mecanismos: el rechazo a aceptar la diferencia como un valor nominal, la atribución de una significación negativa a la diferencia, la percepción selectiva y exclusiva de las consecuencias negativas, el establecimiento de conclusiones pesimistas, etc. Atrapados en este modo de ver las cosas, las personas pueden experimentar con mayor facilidad dificultades emocionales y sociales, desarrollar trastornos sintomáticos o asintomáticos, o sufrir un agravamiento de sus enfermedades previas. También tienen tendencia a presentar estos problemas las personas que no sufren trastornos y las que tienen antecedentes de alguna enfermedad psiquiátrica.

En lo que se refiere a la provisión de los servicios, los efectos masivos del estrés sobre la transición pueden poner en cuestión los límites establecidos entre la atención primaria y los servicios de especialidad (Thornicroft y Tansella, 1999). Esta difuminación de los límites

puede plantear la necesidad de reconsiderar los fundamentos de la provisión de los servicios en un país, en términos de asignar una categoría prioritaria no sólo a los trastornos graves, sino también a los problemas psiquiátricos desencadenados por la propia transición. Las estructuras gubernamentales deben responder mediante el cambio de las políticas y las directivas, respectivamente. Los organismos gubernamentales pueden llevar a cabo estudios para evaluar el alcance del problema y también pueden participar en debates públicos y profesionales con objeto de definir las actitudes. Tan sencillo como parece, se pasa por alto el hecho de que cuando las personas mantienen una actitud defensiva tienen dificultades para llevar a cabo actividades constructivas y pueden utilizar sus organizaciones como un escudo frente al cambio. Ciertamente, el sistema de salud mental no es inmune a su uso por parte de sus profesionales como mecanismo de defensa social frente a la ansiedad generada por el cambio. En este contexto, una tarea adicional de las estructuras de gestión es el cambio de la mentalidad del sector profesional del sistema asistencial para evitar esta actitud defensiva de manera que puedan comenzar a responder racionalmente ante las nuevas políticas, directivas y tareas profesionales y laborales.

Exigencias a la política de salud mental en la región

La adopción de una postura defensiva a consecuencia de la ansiedad provocada por el cambio incipiente forma parte de la naturaleza humana. Su evitación constituye una tarea difícil a la cual deben enfrentarse el sector político sanitario, especialmente si se tiene en cuenta que la solución a todo ello debe respetar los derechos de las personas a seguir sus propias convicciones. El buen gobierno en salud mental precisamente gira alrededor de ello y no es fácil en épocas de transición, en las cuales el liderazgo puede verse sometido a enormes exigencias (Tomov y cols., 2003). Para tener una idea de estas demandas, debe considerarse que en las épocas de transición la política de salud mental como mínimo debe:

1. Abordar las nuevas necesidades surgidas en la población general a consecuencia del estrés de la transición y que pueden manifestarse en forma de brotes epidémicos de enfermedades mentales comunes.
2. Planificar servicios adicionales frente a los trastornos psiquiátricos mayores, anticipando el hecho de que el desconcierto que acompaña al cambio agravará su gravedad clínica y su curso.
3. Llevar a cabo la reestructuración de los servicios de psiquiatría general, reorientándolos hacia una atención de base comunitaria en línea con las demandas de la agenda política.
4. Responder a las demandas crecientes de servicios de especialidad psiquiátrica (niños y adolescentes, personas ancianas, psiquiatría forense o abuso de sustancias), demandas que surgen cuando el control central pasa a la comunidad.

Sin embargo, lo primero y principal es el hecho de que la política de salud mental en las épocas de transición debe atender el sistema de salud mental del país, que es la herra-

mienta más importante para llevar a cabo todas las actividades que acaban de citarse. En cualquier caso, el sistema también puede ser una herramienta que deben utilizar los profesionales como mecanismo de defensa social frente a sus propias ansiedades respecto al cambio, por lo que el sistema es un instrumento de salud menos flexible de lo que es normalmente. Esta situación ocurre especialmente cuando la agenda política de un país prescribe la reforma del propio sistema sanitario. Por el momento debe quedar claro que la política de reforma está vinculada con el poder social implícito en las distintas funciones y roles o más bien con su pérdida o amenaza de pérdida. Estos aspectos son dolorosos y muchas personas intentarán dejarlos de lado en la mayor medida de lo posible. Las formas de conseguirlo son las siguientes:

1. La *redefinición* es una estrategia de resistencia frente al cambio que despoja a los defensores de la reforma de todas las características humanas positivas, con adscripción de dichas características a uno mismo, a la vez que se asignan a las personas que reforman todas las características negativas, incluyendo las que ha introducido uno mismo en la situación. Es una forma especialmente negativa de abordar a la persona.
2. *Obstrucción de las iniciativas*. En épocas de transición, las iniciativas se manifiestan como la capacidad de actuar de manera constructiva en el mundo real y con el conocimiento de los riesgos implicados. Un ejemplo sería preguntar a los consumidores lo que quieren y, después, integrar sus respuestas en el perfil de servicio. Las barreras para ello en la región del antiguo bloque soviético son enormes y están enraizadas en la amplia burocracia centralizada.
3. Las *respuestas «de ninguneo»* constituyen un mecanismo de defensa organizativo en el cual ningún nuevo avance o desarrollo provoca la curiosidad, sino que es minimizado con la excusa de que ya forma parte de las actividades rutinarias.
4. La *«privatización»* es un método equivocado de adquirir la propiedad del trabajo, sustituyendo (de manera sutil y no reconocida) la tarea primaria de una organización (p. ej., la atención de las personas con problemas psiquiátricos) por una tarea privada (p. ej., la atención de los profesionales debido a la ansiedad provocada por la transición).
5. El *anonimato* es la negación de la necesidad de reconocer que el o la paciente es una persona que debe tener la confianza necesaria sobre la cual deben basarse las intervenciones. El anonimato reduce la capacidad de los profesionales para establecer una relación personal con los pacientes, y también entre sí.

La lista de patrones de mala adaptación que infectan la cultura organizativa de los servicios sanitarios, así como las estructuras de gobierno que deben tomarse en consideración, es aún mayor (Geneva Initiative on Psychiatry, 2000). Sin embargo, la cuestión de mayor importancia es definir las acciones necesarias en relación con los aspectos de la naturaleza humana amenazados por los sistemas sanitarios. ¿Existen límites para que las estructuras de poder puedan minimizar la importancia de asumir las tareas con la excusa genuina de que el bienestar de la organización no debe sentirse amenazado? Ciertamente, estos lími-

tes existen, pero no pueden aplicarse a la cultura de la región, tal y como deja claramente manifiesto el ejemplo de la psiquiatría política. La razón de ello es básicamente la misma en la actualidad que en épocas anteriores. Es el hecho de que las respuestas a las preguntas relativas a la estrategia de gobierno son abordadas tradicionalmente de manera privada y fuera del ámbito público, lo que es precisamente el contexto que favorece las soluciones de tipo defensivo que dejan de lado una parte importante de la realidad.

Investigación sobre la acción participativa

Las culturas de falta de participación pueden embarcarse en el proceso de la reforma de la atención psiquiátrica si se facilitan debates abiertos y mantenidos hasta eliminar las decisiones tomadas de manera unilateral. A pesar de que este enfoque puede parecer complicado, está bien establecido en las democracias desarrolladas y ha sido evaluado con detalle en la bibliografía relativa al liderazgo y la dirección en el área de la investigación de la acción. Se han realizado numerosos intentos para que estas consideraciones sean inteligibles para los y las participantes en todos los dominios a los cuales se enfrentan los retos de la innovación de los sistemas humanos. En el diseño del método, K. Lewin (en 1946) señaló «[...] la investigación que podría resolver los problemas prácticos y contribuir a la teoría científica general» (Elden y Chisholm, 1993).

Introducir la práctica en la política de salud mental mientras está en fase de desarrollo, más que su imposición, es realmente un problema práctico de enorme significación social, no sólo en la región del antiguo bloque soviético. Así, en 1985, Korman y Glennerster señalaron: «La razón por la cual no se implementan algunas políticas es el hecho de que nadie espera que se vayan a implementar. Se promulgan leyes y se realizan conferencias ministeriales para aliviar la presión ejercida por alguna de las partes o por algún grupo incómodo, pero los funcionarios saben que no necesitan presionarse demasiado a sí mismos para conseguir resultados. La política es simbólica». La política específica a la cual se referían Korman y Glennerster era el cierre de un hospital psiquiátrico en Reino Unido. Las políticas de salud mental comunitaria desarrolladas por la clase política sanitaria en muchos países de Europa oriental y central son consideradas por los grupos de influencia precisamente como documentos que no deben ser implementados. Gill Walt (1994), que cita a Korman y Glennerster en su libro sobre política sanitaria, afirma que el proceso político actúa de manera interactiva, y también que la limitación de la política al desarrollo de documentos coherentes difícilmente justifica el esfuerzo incluso en los casos en que dicha política está basada en la evidencia, es relevante respecto al contexto y está basada en criterios. La naturaleza interactiva del proceso político implica que las personas que implementarán la política no estarán capacitadas para hacerlo a menos que hayan participado en el proceso de toma de decisiones.

Las culturas organizativas que impiden el progreso necesitan la experiencia generada por los cambios innovadores que ocurren fuera de la organización. En el caso de los países de la antigua Unión Soviética, este objetivo sólo puede alcanzarse con ayuda internacional. En lo que se refiere a la investigación sobre la acción, esta forma de importación siempre co-

mienza con la obtención de un mandato por parte de las estructuras administrativas locales. Un mandato codifica la concienciación acerca de los problemas y el compromiso para la búsqueda de soluciones por parte de las personas que poseen el poder de la toma de decisiones. En este sentido, representa una promesa de buenos resultados.

Bajo el paradigma de la investigación sobre la acción, el concepto de «defensa social» conlleva una intrusión en la actividad de la organización por parte de intereses y motivaciones que proceden de las vidas e historias privadas de sus miembros. Esta intrusión se atribuye a la ansiedad relacionada con la tarea afrontada por la organización (p. ej., la reforma de la política de salud mental) y es experimentada como una amenaza (v. el texto que hace referencia a la privatización, ya expuesto).

Para controlar estas experiencias, las prácticas de gobierno basadas en los resultados obtenidos en la investigación sobre la acción establecen una distinción entre el sistema técnico (p. ej., la atención y los tratamientos psiquiátricos), el sistema social (p. ej., profesionales, administradores y pacientes) y las estructuras de relación que ponen en conexión ambos sistemas (p. ej., las estructuras de gestión, el liderazgo y la vida de los grupos; Pasmore, 1995). La investigación sobre la acción argumenta que «dado que las organizaciones emplean a personas en su totalidad, es importante prestar atención a las necesidades humanas que van más allá de las necesarias para la realización normal de las tareas impuestas por la tecnología» (Emery y Trist, 1971). Estas prácticas también podrían asegurar una implicación más estrecha de los participantes en la observación del funcionamiento de sus organizaciones, y les animaría a obtener resultados y a realizar interpretaciones. En el proceso, los participantes adquirirían un sentido de propiedad sobre la organización, sobre las tareas que realizan en ella y sobre el futuro.

Un ejemplo de buena práctica

Cada vez hay más experiencia en lo que se refiere a la superación de la complejidad de la transición por parte de los sistemas de salud mental en los países del antiguo bloque soviético. Las cuestiones de apoyo social podrían identificarse cuando los grupos reformistas, apoyados por las subvenciones ofrecidas por los organismos internacionales, intentaran establecer servicios en respuesta a las necesidades que han sido abandonadas durante décadas y que salen a la luz a consecuencia de los cambios políticos. El alcance de esta práctica ha sido cada vez mayor desde los primeros años noventa del siglo pasado. Actualmente, ha llegado un momento en que los grupos activos de pacientes, familiares y profesionales ponen en cuestión de manera habitual el control monolítico de la clase psiquiátrica sobre las decisiones relativas a la política de salud mental. La clase política ha comenzado a reconocer la existencia de una diversidad de opiniones y de una serie de conflictos de interés en esta área. Los nuevos documentos políticos que ha desarrollado la mayor parte de los países en lo relativo a la salud mental reflejan este avance importante.

Un buen ejemplo de la manera con que están cambiando el poder y el escenario político es una iniciativa de desinstitucionalización que se inició en 2003 en la capital de Lituania, Vilnius, para reestructurar un hospital psiquiátrico municipal localizado en la calle Vasaros. El

proyecto Vasaros fue posible debido a una serie de circunstancias poco habituales. Un director del hospital joven y enérgico decidió invertir tiempo en modernizar el hospital y abrirlo a las reformas. Un alcalde joven comprendió la necesidad de mejorar la calidad de los servicios asistenciales en su ciudad. A diferencia de lo que ocurre en la mayor parte de los demás hospitales psiquiátricos de esta parte de Europa, el hospital Vasaros estaba situado en el centro de la ciudad. Finalmente, el Ministerio de Asuntos Exteriores holandés aceptó la financiación del plan de desarrollo.

El objetivo del proyecto era el desarrollo de una red de servicios coordinados con una transición sin fisuras entre ellos, en función de las necesidades de los pacientes. Además, se diseñaron tres nuevos módulos de especialidad psiquiátrica que posteriormente fueron implementados: intervención en situaciones de crisis, tratamiento comunitario asertivo y servicios especializados frente a los trastornos de la conducta alimentaria. Desde el punto de vista económico, el proyecto consiguió una inversión municipal para la modernización y la construcción de nuevos edificios. Además, en todas sus fases, el proyecto buscó la participación sistemática en la gestión del hospital tanto de los familiares como de las personas usuarias de los servicios, y se creó un comité de pacientes para llevar a cabo esta tarea. Finalmente, hubo negociaciones con las compañías de seguros sanitarios para el reembolso adecuado de los nuevos servicios que no estaban cubiertos por las pólizas habituales. Éste fue el elemento clave en el mantenimiento de la calidad de los nuevos y costosos servicios, en una cultura organizativa que no contempla la garantía de la calidad.

El proyecto se encontró con dos formas de oposición. En primer lugar, la zona en la cual estaba ubicado, la calle Vasaros, era considerada un área de desarrollo urbanístico importante. En segundo lugar, el proyecto fue considerado una amenaza por un grupo de psiquiatras y funcionarios que defendían la psiquiatría basada en los grandes centros y que, en lo relativo a los hospitales psiquiátricos, asumían el concepto de que «cuanto más grande, mejor». Estas personas se opusieron al proyecto sugiriendo que el hospital de la calle Vasaros cerrara todas sus plantas y ofreciera únicamente servicios de consulta ambulatoria. Esta iniciativa se realizó con el conocimiento pleno de que, bajo la legislación lituana de seguros sanitarios, sólo pueden reembolsarse adecuadamente los servicios psiquiátricos en hospitalización (los servicios ambulatorios sólo son financiados en centros de atención primaria mediante un sistema de capitalización). De hecho, los opositores al proyecto Vasaros defendían que el hospital psiquiátrico Vilnius Republican Psychiatric Hospital, ubicado en Naujoji Vilnia (un suburbio de Vilnius), recibiera el monopolio de la provisión de los servicios de psiquiatría. Este hospital, un ejemplo clásico de hospital psiquiátrico nacional con una posición privilegiada y bajo la autoridad directa del Ministerio de Sanidad, se estaba enfrentando a sus propias ansiedades institucionales. Para impedir el cierre en el caso de que las nuevas políticas de salud mental en Lituania ganaran aceptación en el futuro, se estaba presionando al Ministerio de Sanidad para que este hospital pudiera disfrutar del monopolio de los servicios de psiquiatría hospitalaria en toda la región de Vilnius, con aproximadamente un millón de habitantes.

A finales de 2003 se llegó a un punto muerto: el Ministerio de Sanidad decretó que el hospital Vasaros quedara afiliado al hospital Naujoji Vilnia, con la clara intención de cerrar el pequeño hospital de Vasaros y de concentrar todos los servicios psiquiátricos de hos-

pitalización en el Naujoji Vilnia sin posibilidad de elegir el tratamiento de hospitalización. En respuesta, el alcalde de Vilnius protestó públicamente subrayando la necesidad de una visión moderna de los servicios de salud mental en su ciudad y negó al ministro el derecho a tomar una decisión respecto a un hospital municipal. Además, diversas organizaciones lituanas y extranjeras realizaron manifestaciones públicas de protesta.

Finalmente, se alcanzó un frágil consenso que permitía que el proyecto Vasaros continuara adelante mientras lo financiara el gobierno holandés. Así, el hospital Vasaros tuvo garantizados dos preciosos años de tiempo hasta que en Vilnius se desarrollara una política de salud mental a largo plazo de manera que su futuro parecía asegurado. Un aspecto interesante fue que, tras las elecciones parlamentarias de finales de 2004, se constituyó una nueva coalición gubernamental. El ministro de Sanidad entrante potenció abiertamente el desarrollo de unos servicios modernos de psiquiatría y anuló oficialmente el decreto de afiliación firmado por su predecesor, con lo cual ofreció una importante señal política y un gran apoyo al desarrollo de enfoques modernos de la salud mental en Lituania.

Además, el nuevo ministro apoyó la creación de una nueva política de salud mental a nivel nacional con una insistencia clara en el desarrollo de servicios comunitarios como alternativa al sistema altamente centralizado de los grandes centros psiquiátricos, con protección de los derechos humanos en el campo de la salud mental y con el desarrollo de un planteamiento de salud pública basado en la evidencia de acuerdo con las recomendaciones de la conferencia ministerial de la OMS celebrada en Helsinki en 2005.

En este momento, todavía es demasiado pronto para predecir el futuro de los servicios de salud mental en Lituania y en otros países en fase de transición, así como para determinar la manera con que tendrán lugar los cambios a la vista de la resistencia continuada en el interior de los sistemas de salud mental y teniendo en cuenta las actitudes prevaletentes. No obstante, proyectos como el de Vasaros ofrecen una oportunidad única para cambiar el escenario de la salud mental en una capital europea y para desafiar la atención psiquiátrica de estilo soviético, completamente desfasada, con el ofrecimiento de una cadena integrada de servicios de salud mental.

CONCLUSIÓN

La transición política iniciada en 1989 es el factor de mayor importancia para la configuración de la agenda política de salud mental en los países del antiguo bloque soviético (tabla 17-1). Hay muchas prioridades en esta agenda, pero todas ellas comparten un denominador común: la despreocupación de origen cultural respecto a la importancia del bienestar mental para la prosperidad y la felicidad. Más de 50 años de indiferencia totalitaria hacia la dignidad humana y la libertad han creado una serie de prejuicios hacia la salud mental y sus consecuencias que impiden que la psiquiatría entre en el debate público y reciba la atención y los recursos que necesita. Todo ello provocó el deterioro de los servicios de salud mental y la aplicación de soluciones técnicas de miras estrechas, la más terrible de las cuales fue el abuso político de la psiquiatría en la antigua Unión Soviética. Por lo general, las Administraciones sanitarias han dejado de lado estas amargas lecciones de la histo-

Tabla 17-1 Información general y datos sobre la provisión de servicios en cada país

Indicador/país	Azerbaiyán	Bulgaria	Georgia	Lituania	Federación Rusa	Ucrania
Población* (2004, en millones)	8,3	7,8	4,4	3,4	143,8	47,3
Recién nacidos vivos* (por cada 1.000 personas)	13,8 (2003)	9,0 (2004)	10,7 (2003)	8,9 (2004)	10,5 (2004)	9,0 (2004)
Muertes de personas entre 0 y 64 años de edad* (por cada 100.000 personas)	379 (2002)	383 (2004)	294 (2001)	471 (2004)	783 (2004)	648 (2004)
Mortalidad infantil* (por cada 1.000 partos de niños vivos)	12,8 (2002)	11,7 (2004)	10,4 (2001)	7,9 (2004)	11,5 (2004)	9,4 (2004)
Índice de alfabetización en la población mayor de 15 años de edad (%)* (2003)	99	98	100	100	99	98
Producto interior bruto* (PIB, en dólares estadounidenses) per cápita (2004)	950	2.740	1.040	5.740	3.410	1.260
Tasa de paro (%)* (2004)	1,4	12,2	12,6	6,0	7,8	8,6
Presupuesto sanitario* (% del PIB)	1,6 (2004)	4,8 (2001)	3,6 (2004)	6,0 (2004)	5,4 (2001)	3,5 (2004)
Tasa de suicidios* (por cada 100.000 personas)	1,4 (2002)	11,0 (2004)	2,1 (2001)	38,9 (2004)	31,7 (2004)	22,0 (2004)
Personas que sobreviven con menos de 2 dólares al día*** (%)	9,1 (2001)	16,2 (2001)	15,7 (2001)	6,9 (2000)	7,5 (2002)	45,7 (1999)
Prevalencia notificada de esquizofrenia**** (por cada 10.000 personas)	48	42	42	45,6	–	33,6
Documento de política de salud mental**	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Legislación sobre salud mental**	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Número de psiquiatras** (por cada 10.000 personas)	0,5	0,9	0,6	1,5	1,4	0,9
Camas de psiquiatría* (por cada 100.000 personas, 2004)	45,5 (2003)	57,9	28,3	106,8	113,6	94,8

*De OMS, base de datos Health For All Database, enero de 2006. **De OMS, Atlas de salud mental, 2005. ***Del Grupo del Banco Mundial, World Development Indicators, 2005b. ****De equipos del país.

ria reciente y han negado cualquier relación entre los bajos indicadores de salud y las políticas insuficientes de salud mental a nivel nacional.

La concienciación política sobre la salud mental en los países de la región del antiguo bloque soviético se incrementó rápidamente después de 1989 debido al trabajo de las organizaciones de derechos humanos más que a los análisis basados en la evidencia de las necesidades, o más que a las preocupaciones por la garantía de la calidad o por la rentabilidad económica de los sistemas asistenciales de salud mental. La falta de políticas nacionales de salud mental y la ausencia de una política operativa de servicios a nivel local fueron las barreras más importantes para la introducción de una práctica clínica estructurada en el sector de la atención psiquiátrica. En consecuencia, la idea de una salud mental dirigida por la política y evaluable no está echando raíces en las culturas de los países de la región en rápido proceso de cambio. Al mismo tiempo que los organismos internacionales, como la OMS y la Unión Europea, ofrecen con facilidad «hojas de ruta» para la reforma de los servicios, el liderazgo que dirige la transformación es muy escaso en términos de recursos de gestión y de gobernación. La crisis profunda del liderazgo y el gobierno, que es llamativa para los observadores externos, no llega a las mentes de los ciudadanos y ciudadanas y la clase política local, sobre todo debido a los cambios en la tradición de participación sufridos por los países de esta región bajo el régimen totalitario. La investigación sobre la acción participativa como mecanismo para introducir una transformación sostenible y progresiva parece que ha soslayado la atención de los arquitectos del cambio dentro y fuera de la región.

Además de los esfuerzos dirigidos hacia la potenciación del gobierno, todos los países luchan por implementar reformas. Esto es así, incluso si se tiene en cuenta que el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental como elemento de sustitución de la atención en los grandes centros institucionales carece básicamente de apoyo por parte de las comunidades locales, aparte de que carece de financiación procedente tanto de los presupuestos nacionales como de organismos extranjeros. No obstante, la mayor parte de los países continúa adelante con estas reformas sin un conocimiento real de los mecanismos de defensa social que actúan de manera contraproducente en la sociedad. El reto real al cual se enfrentan todos estos países es la reeducación de los profesionales de nivel medio que ejercen en los servicios de salud mental respecto a las habilidades de la rehabilitación psicosocial y respecto a la superación de las ansiedades del trabajo clínico de una forma más productiva y con eliminación de la represión y de mecanismos de defensa similares. La investigación sobre la acción parece que introduce cierto optimismo en el abordaje de esta tarea gigantesca, pero pocos expertos y donantes consideran que la misión de la ayuda internacional sea la transformación de la cultura organizativa y la modernización de las prácticas clínicas.

A diferencia de lo que ocurre en la mayor parte de las democracias establecidas, que clausuraron las camas hospitalarias bajo las políticas de reforma, los países del antiguo bloque soviético se enfrentan a la necesidad de invertir de manera significativa (y selectiva) en la modernización de los centros hospitalarios debido a la gran cantidad de personas con enfermedades mentales graves que necesitarán una rehabilitación hospitalaria continuada antes que se implante la atención comunitaria. Aparte de ello, los servicios psiquiátricos de especialidad relativos a la población anciana, adolescente e infantil, drogadicta y anoréxica han

presentado súbitamente una demanda enorme aunque en estos países tienen una dotación insuficiente. En último lugar, y no por ello menos importante, el precio humano de la transición en muchos países de la antigua Unión Soviética ha demostrado ser muy elevado con tasas desproporcionadamente altas de mortalidad prematura en los hombres de mediana edad, algo que muchos expertos consideran que se debe al estrés psicosocial. Este hallazgo representa un problema formidable para la política de salud mental en la región y las consecuencias que tendría la falta de consideración de dicho problema serían horribles.

BIBLIOGRAFÍA

- Alford CF. Leadership by interpretation and holding. *Organ Soc Dyn* 2001; 2 (2): 153-173.
- Barker R. The nature of leadership. *Hum Relat* 2001; 54 (4): 468-494.
- Brown JF. *The Grooves of Change: Eastern Europe at the Turn of The Millennium*. Durham, NC: Duke University Press, 2001.
- Bukovsky V. *To Build a Castle, My Life as a Dissenter*. Washington, DC: Ethics and Public Policy Center, 1974.
- Bulgarian Helsinki Committee. *Inpatient Psychiatric Care in Bulgaria and Human Rights, 2001*. Sofia. Disponible en: www.bghelsinki.org.
- Carothers T. The end of the transition paradigm. *J Democr* 2002; enero-abril, 13 (1): 5-12.
- Chisholm R, Elden M. Features of emerging action research. *Hum Rel* 1993; 40 (2): 275-298.
- Cornia GA, Panizza R, eds. *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Dahrendorf R. *Reflections on the Revolution in Europe*. Nueva York: Random House, 1990.
- Daulaire N. Globalization and health. *Development*, 1999; 42 (4): 22-24.
- Domenighetti G. *Evolution of the Health Care Systems in the Countries of Central and Eastern Europe and Newly-independent States*. Report for the Swiss Embassy, Sofia, 2003.
- Elden M, Chisholm R. Emerging varieties of action research: introduction to the special issue. *Hum Rel* 1993; 40 (2): 121-142.
- Emery FE, Trist EL. Analytical model for sociotechnical systems. En: Hill P, ed. *Towards a New Philosophy of Management*. Londres: Gower, 1971.
- Faria M. *Vandals at the Gates of Medicine: Historic Perspectives on the Battle Over Health Care Reforms*. Macon, GA: Hacienda Publishing, 1995.
- Geneva Initiative on Psychiatry. *Attitudes and Needs Assessment in Psychiatry: Final Report on a Study*. Sofia: MATRA, New Bulgarian University, 2000.
- Jaques E. Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety. En: Klein M, Heimann P, Money-Kyrle R, eds. *New Directions in Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications, 1995.
- Jenkins R, Gulbinat W, Manderscheid R, Baingana F y cols. The mental health country profile: background, design and use of a systematic method of appraisal. *Int Rev Psychiatr* 2004; 16 (1-2): 31-47.
- Kickbusch I. Mobilizing citizens and communities for better health: the civil society context in central and eastern Europe. A background paper for USAID Conference, 'Ten Years of Health Systems Transition in Central and Eastern Europe and Eurasia', Washington, DC, 29-31 julio 2002.
- Korman N, Glennerster H. *Closing a hospital: the Darent Park Project*, Occasional Papers in Social Administration, 78. Londres: Bedford Square Press, 1985.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World Report on Violence and Health*. Ginebra: WHO, 2002.
- Lee K. Globalization and health policy: a review of the literature and proposed research and policy agenda. En: Pan American Health Organization, ed. *Health Development in the New Global Economy*. Washington, DC: PAHO, 2000.
- Markova G. *The relationship between parental mental representations and attachment style and institutionalization of children in Bulgaria*. PhD Thesis, School for Social Work, Smith College, USA, 2004.
- Menzies IEP. *Containing Anxiety in Institutions. Selected Essays*. Londres: Free Association Books, 1992.

- Mladenova M, Tomov T, Broshtilov A, Okoliyski M. The agenda of reforms and the attitudes to it: a report from Bulgaria. Paper presented at 5th ENMESH Conference, Sofia, 31 mayo-2 junio 2002.
- Paldam M, Svendsen T. Missing social capital and the transition in eastern Europe. *Journal for Institutional Innovation, Development and Transition* 2001; 5: 21-34.
- Pasmore W. Social science transformed: the socio-technical perspective. *Hum Rel* 1995; 48 (1): 1-21.
- Puras D, Germanavicius A, Povilaitis R, Veniute M, Jasilionis D. Lithuania mental health country profile. *Int Rev Psychiatr* 2004; 16 (1-2): 117-125.
- Rutz W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 15-20.
- Sakharov A. *My Country and the World*. Nueva York: Vintage Books, 1975.
- Schider K, Tomov T, Mladenova M, Mayeya J y cols. The appropriateness and use of focal group methodology across international mental health communities. *Int Rev Psychiatr* 2004; 16 (1-2): 24-30.
- Sharashidze N, Naneishvili G, Silagadze T, Begiashvili A, Sulaberidze B, Beria Z. Georgia mental health country profile. *Int Rev Psychiatr* 2004; 16 (1-2): 107-116.
- Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet* 2001; 357 (9260): 917-921.
- Shorter E. *A History of Psychiatry from the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Nueva York: Wiley, 1997.
- Sjalamov V. *Kolyma Tales*. London: Penguin, 1995.
- Soyfer V, Gruliov L, Gruliov R. *Lysenko and the Tragedy of Soviet Science*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1997.
- Stability Pact for South Eastern Europe. SEE Mental Health Project: Overview of Country Assessment of Mental Health Policy and Legislation in SEE. Sarajevo: Regional Report, WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Tobis D. *Moving from Residential Institutions to Community-based Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington, DC: World Bank, 2000.
- Tomov T. Political abuse of psychiatry in the former Soviet Union. En: Freeman H, ed. *A Century of Psychiatry*. Londres: Harcourt, 1999.
- Tomov T. Mental health reforms in Eastern Europe. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 Supl 410: 21-26.
- Tomov T, Butorin N. Attitudes to psychiatric patients: a cross-cultural survey of the psychiatric professions. Paper presented at the WPA Congress, Madrid, 23-28 agosto 1997.
- Tomov T, Alexandrov H, Chichek R, Ivanov I. Leadership in Bulgaria: group relations analysis. En: State of Society. Sofia: Open Society Fund, 2003. Disponible en: www.osf.bg/sos/.
- Tomov T, Mladenova M, Lazarova I, Sotirov V, Okoliyski M. Bulgaria mental health country profile. *Int Rev Psychiatr* 2004; 16 (1-2): 93-106.
- Townsend C, Whiteford H, Baingana F, Gulbinat W y cols. The mental health policy template: domains and elements for mental health policy formulation. *Int Rev Psychiatr* 2004; 16 (1-2): 18-23.
- United Nations. UN Human Development Index 2002. Disponible en: <http://hdp.undp.org>.
- Varnik A. *Depression and Mental Health in Estonia*. World Health Organization Report. Ginebra: World Health Organization, 2000.
- Walt G. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Londres: Zed Books, 1994.
- Walt G, Pavignani E, Gilson L, Bruce K. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy Plann* 1999; 14 (3): 207-218.
- World Bank. *Dying Too Young. Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation*. Washington, DC: World Bank, 2005.
- World Bank. *World Development Indicators 2005*. Washington, DC: World Bank, 2005.
- World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2000*. Ginebra: WHO, 2000.
- World Health Organization (WHO). *Mental Health Policy and Service Guidance Package – Organization of Services for Mental Health*. Ginebra: WHO, 2003.
- World Health Organization (WHO). *Atlas. Mental Health Resources Around the World*. Ginebra: WHO, 2005.
- World Health Organization. *Health For All Database*. Enero 2006. Ginebra: WHO, 2006.

Capítulo 18

Perspectiva mundial de la política de salud mental y del desarrollo de los servicios: el punto de vista de la OMS

MICHELLE FUNK, NATALIE DREW Y BENEDETTO SARACENO

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años, diversas iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han conseguido que el problema de la salud mental sea contemplado como un problema de salud pública que requiere una atención urgente por parte de los gobiernos y de la comunidad internacional. En 2001, el Día de la salud mundial (dedicado aquel año a la salud mental) movilizó a los países para transmitir el mensaje «excluyamos la exclusión, atrevámonos a cuidar». Otro hito de la salud mental mundial fue la publicación del informe *World Health Report 2001*, en el cual se exponen fundamentos convincentes para abordar las necesidades de salud mental que tienen los grupos de población de todo el mundo (WHO, 2001d). Los mensajes principales incluidos en este informe fueron los siguientes: los trastornos mentales constituyen una proporción importante de la carga representada por la enfermedad en todas las sociedades; existen intervenciones efectivas frente a los trastornos mentales, pero en este momento no están a disposición de la mayor parte de las personas que las necesitan, y estas intervenciones podrían ser accesibles con los cambios en las políticas y las legislaciones, con el desarrollo de los servicios, con los mecanismos de financiación y con la formación de equipos profesionales apropiados. La conclusión del informe *World Health Report 2001* recogía un conjunto de 10 recomendaciones que pueden ser adoptadas por cualquier país en función de sus necesidades y recursos (cuadro 18-1).

Un aspecto que debe tenerse en cuenta es que en enero de 2002 el Comité Ejecutivo de la OMS aprobó la Resolución EB109.R8 (WHO, 2002a) relativa al fortalecimiento de la salud mental; en esta resolución se emplaza al director general, a los comités regionales y a todos los Estados miem-

bros a adoptar e implementar las recomendaciones recogidas en el informe *World Health Report*, así como a incrementar la cooperación nacional y las inversiones en salud mental. Las recomendaciones recogidas en esta resolución fueron asumidas en su práctica totalidad por la World Health Assembly en su Resolución WHA 55.10 (WHO, 2002b), lo que refleja el compromiso creciente de los Estados miembros para abordar las acuciantes necesidades de salud mental de sus poblaciones, así como la necesidad de apoyo y acciones internacionales en esta área.

Cuadro 18-1 Recomendaciones recogidas en el informe *World Health Report 2001*

- Ofrecer tratamiento en el contexto de la atención primaria
 - Facilitar el acceso a los psicofármacos
 - Ofrecer atención comunitaria
 - Educar a la sociedad
 - Implicar a comunidades, familias y consumidores
 - Establecer políticas, programas y legislaciones nacionales
 - Desarrollar los recursos humanos
 - Establecer vínculos con otros sectores
 - Vigilar la salud mental comunitaria
 - Apoyar la investigación
-

En este capítulo se definen las dificultades políticas y de servicios afrontadas por muchos países del mundo. Se inicia con una descripción del problema mundial de los trastornos mentales y su coste en términos humanos, sociales y económicos, junto con la descripción de los recursos invertidos para solucionar los problemas de la salud mental. Después, se destacan los aspectos políticos clave.

PROBLEMA REPRESENTADO POR LOS TRASTORNOS MENTALES

Prevalencia de los trastornos mentales

En este momento, 450 millones de personas sufren alguna forma de enfermedad mental o cerebral, incluyendo los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias. En orden de prevalencia, 121 millones de personas sufren depresión; 70 millones, problemas relacionados con el consumo de alcohol; 50 millones, epilepsia; 37 millones, enfermedad de Alzheimer, y 24 millones, esquizofrenia (WHO, 2001c). Finalmente, se ha estimado que 815.000 personas se han suicidado en todo el mundo (WHO, 2002c). Tal y como puede observarse en la tabla 18-1, hay una disparidad de sexo en las tasas de prevalencia, especialmente en lo que se refiere a la depresión y a los trastornos relacionados con consumo de sustancias (WHO, 2001e). Se han ofrecido muchas razones para explicar la prevalencia mayor de ciertos trastornos mentales entre las mujeres, incluyendo los factores genéticos y

Tabla 18-1 Tasas de prevalencia puntuales de algunos de los trastornos mentales

Trastorno	Tasas de prevalencia puntuales (%)
Depresión unipolar	1,9 (en los hombres) 3,2 (en las mujeres)
Esquizofrenia	0,4
Enfermedad de Alzheimer	1-5 5 (en los hombres); 6 (en las mujeres) mayores de 60 años
Trastornos relacionados con el consumo de alcohol	1,7 (2,8 en los hombres; 0,5 en las mujeres)

De *World Health Report 2001*.

biológicos (WHO, 2001d). Los factores psicológicos y sociales también desempeñan una función dado que las mujeres, por la posición de inferioridad que ocupan en la sociedad, sufren discriminación en los ámbitos laboral y educativo, así como en el ejercicio de sus derechos civiles. A su vez, esta discriminación las expone a un mayor nivel de estrés, con problemas mayores para modificar su entorno estresante. La mayor prevalencia de los trastornos relacionados con consumo de sustancias entre los hombres es un rasgo constante en todo el mundo y ha sido atribuido a factores biológicos, psicológicos y psicosociales (WHO, 2001d). No obstante, las tasas de prevalencia de estos trastornos en las mujeres están aumentando rápidamente en muchas regiones del mundo (WHO, 2002d).

Problema mundial representado por los trastornos mentales

El informe *World Development Report 1993: Investing in Health* (World Bank, 1993); el desarrollo del parámetro denominado años de vida perdidos con ajuste de la discapacidad para la estimación de la carga global representada por la enfermedad, incluyendo los años perdidos a consecuencia de la discapacidad (Murray y López, 1996a, 1996b, 2000), y el informe *World Health Report 2001* han sido elementos que han incrementado la concienciación acerca de la carga global que representan los trastornos mentales. Según las estimaciones correspondientes a 2002, las enfermedades mentales y neurológicas representaron este año el 12,97 % de los años de vida perdidos con ajuste de la discapacidad en todo el mundo. Tras el desglose en las distintas regiones geográficas, las cifras continúan siendo elevadas: 24,58 % en Norteamérica y Sudamérica, 19,52 % en Europa, 17,57 % en el Pacífico occidental, 11,33 % en el Sudeste asiático, 10, 80 % en la región mediterránea oriental y 4,95 % en África (WHO, 2002d). A pesar de que las cifras son elevadas en todas las regiones, en los países en vías de desarrollo son comparativamente bajas ya que en ellos existe una incidencia mucho mayor de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.

En todo el mundo, 6 de las 20 causas principales de discapacidad en el grupo de personas de 15 a 44 años de edad (el grupo de edad más productivo) eran enfermedades mentales. La depresión unipolar se situó en cuarto lugar en la lista de causas de discapacidad, tras las infecciones del sistema respiratorio inferior, los procesos perinatales y los cuadros de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Las enfermedades mentales fueron causa de una discapacidad mayor que otros problemas conocidos de salud pública, como la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular (WHO, 2001d). A pesar de que una proporción elevada de la carga representada por las enfermedades psiquiátricas corresponde a los países desarrollados (incluyendo los países que han soportado anteriormente sistemas económicos de tipo comunista), los países en vías de desarrollo también están fuertemente afectados y, posiblemente, a lo largo de las próximas décadas presentarán un incremento desproporcionado en la carga de la enfermedad atribuible a los trastornos mentales. Aunque todavía no se han detallado las consecuencias de las epidemias importantes (como la del VIH/sida) sobre la salud mental, posiblemente son sustanciales y contribuirán indudablemente al incremento de los problemas psiquiátricos en los países en vías de desarrollo (WHO, 2001d). A la vista de ello, adquiere una importancia creciente el hecho de que los países dejen de contemplar la salud mental de manera aislada más que como una parte integral de las dificultades planteadas por las enfermedades transmisibles.

Costes económicos y sociales de los trastornos mentales

Los costes económicos y sociales de los trastornos mentales recaen sobre las sociedades, los gobiernos, las personas que sufren trastornos mentales y los cuidadores y familias de estas últimas. Dada la naturaleza crónica de los trastornos mentales, la carga económica más evidente es la correspondiente a los costes directos del tratamiento; por ejemplo, el factor contribuyente más importante a los costes directos de la depresión es la hospitalización, que representa aproximadamente la mitad del coste total en Reino Unido y alrededor de las tres cuartas partes del coste total en Estados Unidos (Berto y cols., 2000).

En las economías de mercado desarrolladas, los costes indirectos atribuibles a los trastornos mentales (a causa del desempleo, el incremento de las bajas laborales y la disminución de la productividad) son de dos a seis veces mayores que los costes directos del tratamiento (Greenberg y cols., 1993; Kind y Sorensen, 1993) y posiblemente representan una proporción incluso mayor de los costes totales en los países en vías de desarrollo, en los cuales los costes directos del tratamiento suelen ser bajos (Chisholm y cols., 2000). En Reino Unido se ha demostrado que los problemas de la salud mental son la segunda categoría más importante de enfermedad, con una pérdida anual de 5-6 millones de jornadas laborales (Gabriel y Liimatainen, 2000). En la Unión Europea (UE) se ha estimado que el coste de los problemas mentales puede representar el 3-4 % del producto interior bruto (PIB) (Gabriel y Liimatainen, 2000).

En la mayor parte de los países, las familias soportan una proporción significativa de estos costes económicos, dada la ausencia de redes de servicios de salud mental globales

y con financiación pública. Sin embargo, en última instancia, los gobiernos y las sociedades pagan un precio en términos de disminución del PIB y del incremento en el gasto de los programas de bienestar social. Así, la lógica económica de las sociedades y los países es sencilla: el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales es un planteamiento caro, pero la falta de tratamiento y de prevención de los trastornos mentales lo es más.

Además del sufrimiento obvio causado por los trastornos mentales, también hay un problema oculto de estigmatización y discriminación, así como de violaciones de los derechos humanos. El rechazo, la negación injusta de oportunidades laborales y la discriminación en el acceso a los servicios, a las pólizas de seguro y a la vivienda son hechos frecuentes, así como también lo son –tanto en los centros de internamiento como en las comunidades– las violaciones de los derechos humanos y las libertades básicas, y la negación de los derechos civiles, políticos, económicos y sociales. Una parte importante de estos problemas nunca llega a salir a la luz de manera que es imposible cuantificar la carga representada por ellos.

Las familias y el equipo de profesionales de atención primaria también soportan costes sociales, como la carga emocional de cuidar a familiares discapacitados, la disminución de la calidad de vida, la exclusión social, la estigmatización y la pérdida de oportunidades futuras para el autodesarrollo. Los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales también muestran mayor riesgo de padecer una enfermedad mental. El resultado final de los elevados costes asistenciales, de la pérdida de productividad y de los costes sociales es la aparición o el incremento de la pobreza.

RECURSOS MUNDIALES PARA LA SALUD MENTAL

El estudio de la OMS acerca de los recursos en salud mental (WHO, 2001a, 2001b) ha constituido un intento detallado y sistemático para conocer los recursos puestos a disposición de la salud mental en los países de todo el mundo. Aunque este estudio ha presentado diversas limitaciones metodológicas, que han sido descritas con detalle en otra publicación (WHO, 2001a), el proyecto Atlas ha puesto de manifiesto la enorme laguna existente entre la carga representada por los trastornos mentales y los recursos existentes para afrontarla.

Los resultados de este estudio indicaron que el 40 % de los países carece de una política de salud mental, con un intervalo entre el 30 % de los países del Sudeste asiático y el 52 % en África. En Europa, el 33 % de los países no posee ninguna política de salud mental aunque algunos países tienen planes de acción bien desarrollados respecto a la salud mental. En un país concreto, la existencia de una política de salud mental no garantiza una respuesta efectiva frente a la carga representada por los trastornos mentales a pesar de que es un componente esencial de la planificación. Todo depende de la exhaustividad y relevancia de la política de salud mental, así como de su grado de implementación.

A pesar de la necesidad de la legislación y del papel de gran utilidad que puede desempeñar ésta en la protección y promoción de los derechos humanos, el 25 % de los países carece de legislación sobre salud mental, lo que representa casi el 31 % de la población mundial. En el conjunto de los países con legislación sobre salud mental, sólo la mitad

(51 %) tiene leyes aprobadas después de 1990, mientras que las leyes de salud mental correspondientes al 15 % de los países son anteriores a la década de 1960. En Europa, la situación es más positiva; el 80 % de los países ha promulgado su legislación después de 1990. Sin embargo, la existencia de una legislación –incluso si es de promulgación reciente– no garantiza la protección y promoción de los derechos de las personas que sufren enfermedades mentales. La legislación de muchos países está desfasada, de manera que en muchos casos *anula* los derechos de las personas con trastornos mentales más que protegerlos. Además, incluso la legislación progresiva tiene poca utilidad si no se implementa de manera efectiva, tal y como ocurre en muchos países.

Los resultados obtenidos en el estudio Atlas ofrecen algunos datos acerca de la gama de recursos humanos existentes a nivel mundial y de la insuficiencia de éstos. En aproximadamente la mitad de los países del mundo hay menos de un psiquiatra y un enfermero psiquiátrico por cada 100.000 personas. El número medio de psiquiatras es de 0,06 y 9 por cada 100.000 personas en los países con un PIB bajo y los países con un PIB alto, respectivamente. En lo que se refiere al personal de enfermería psiquiátrica, las cifras correspondientes son 0,16 y 33,5, respectivamente (WHO, 2001a). Europa presenta el número medio mayor de psiquiatras y de personal de enfermería psiquiátrica, es decir, 9,0 y 27,5 por cada 100.000 personas, respectivamente.

El nivel de recursos relativos a los servicios y los tratamientos también presenta grandes deficiencias: en el 37 % de los países de todo el mundo no existen servicios asistenciales comunitarios. Esta cifra es mayor en la región del Sudeste asiático (50 %), seguida por la región mediterránea oriental, en la cual el 45 % de los países que la componen carece de servicios asistenciales comunitarios. En comparación, la región europea incluye un número relativamente escaso de países que carecen de servicios asistenciales comunitarios (26 %).

En todo el mundo, el 20 % de los países carece de psicofármacos básicos en el contexto de la atención primaria. En Europa, el 22 % de los países no tiene acceso a estos medicamentos en atención primaria. Esta cifra es sorprendentemente alta en comparación con la observada en otras regiones, en las cuales el porcentaje de países sin acceso a psicofármacos oscila entre el 21 (región mediterránea oriental) y el 10 % (Norteamérica y Sudamérica). Sólo la región africana muestra un porcentaje sustancialmente elevado de países sin acceso a los psicofármacos básicos (29 %).

El 40 % de los países de todo el mundo no puede ofrecer tratamientos a los y las pacientes que sufren trastornos mentales graves y que son atendidos en el nivel asistencial primario. Esta cifra oscila entre el 56 % de los países en la región del Sudeste asiático y el 35 y el 34 % en los de Europa y de Norteamérica y Sudamérica, respectivamente. A pesar de los cambios políticos que han llevado a la desinstitucionalización, más del 65 % de las camas psiquiátricas de todo el mundo se ubica todavía en los hospitales psiquiátricos. El 70 % de los países europeos posee camas de psiquiatría en hospitales psiquiátricos, una cifra mayor a la correspondiente a Norteamérica y Sudamérica (47 %) y a la región del Pacífico occidental (69 %).

Todas estas cifras son más alarmantes si tenemos en cuenta que el nivel de los recursos económicos invertidos para mejorar la salud mental es desproporcionadamente bajo en comparación con la discapacidad y la carga asociadas con los trastornos mentales. El 28 % de los países carece de un presupuesto específico para la salud mental, mientras que en el con-

junto de los países con un presupuesto real para la salud mental el 36 % dedica menos del 1 % de su presupuesto sanitario total a la salud mental (WHO, 2001a). Un aspecto interesante es el hecho de que en la región europea más del 54 % de los países dedica a la salud mental un porcentaje de su presupuesto sanitario superior al 5 %.

IMPACTO DE LAS CUESTIONES POLÍTICAS GENÉRICAS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN

La salud mental de los grupos de población y las sociedades está influida por muchos factores macrosociales y económicos, incluyendo la urbanización, la pobreza, la educación y el empleo, entre otros muchos. Por ejemplo, la compleja interacción entre los factores asociados con la urbanización puede incrementar el riesgo de desarrollo de problemas mentales. La urbanización puede incrementar la pobreza, el riesgo de falta de vivienda en condiciones de mendicidad y la exposición a las adversidades del entorno, como la contaminación. Además, desestructura los patrones establecidos de la vida familiar, con disminución del apoyo social (Desjarlais y cols., 1995). La pobreza es uno de los factores que influyen en mayor medida sobre la salud mental. Tanto en las economías de mercado como en los países en vías de desarrollo, la pobreza es tanto causa como efecto de los trastornos mentales (Patel, 2001). Dados los estrechos vínculos existentes entre los factores económicos y macrosociales, por un lado, y la salud mental, por el otro, las necesidades relativas a la salud mental deben constituir una consideración importante en la implementación de los objetivos de desarrollo del milenio y de las estrategias para la reducción de la pobreza. Además, antes de su implementación, es necesario considerar cuidadosamente las políticas gubernamentales que influyen en los factores macrosociales debido a sus posibles efectos negativos no deliberados sobre la salud mental. Deben introducirse mecanismos para prevenir los trastornos mentales y vigilar la situación de la salud mental en respuesta a las medidas políticas. Por ejemplo, si se considera el caso de la pobreza, las políticas gubernamentales dirigidas hacia la reducción de los niveles absolutos y relativos de la pobreza posiblemente influirán significativamente y de manera positiva sobre los trastornos mentales.

POLÍTICA Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La política de salud mental bien conceptualizada puede definir una serie de conceptos para la mejora de la salud mental y la reducción de la carga constituida por los trastornos mentales en la población. También permite la expresión de un conjunto organizado y coherente de valores, principios y objetivos con objeto de alcanzar dichos conceptos y establecer un modelo de acción. La falta de dirección política, la falta de coordinación y la fragmentación e ineficacia del sistema debilitan el impacto de cualquier intervención sobre salud mental.

No es fácil establecer una visión común entre las partes implicadas procedentes de contextos diversos. Parte de la dificultad radica en el hecho de que las distintas partes implicadas (p. ej., consumidores, representantes familiares y los profesionales de la salud mental)

interpretan las necesidades de salud mental de la población de manera diferente. La autonomía puede ser el aspecto más importante para los consumidores. A la vez que las familias pueden insistir en la necesidad de una información y un apoyo económico y social suficientes, los y las profesionales de la salud mental destacan la eficiencia y los recursos, y la clase política muestra un interés mayor por la eficacia económica de los recursos. No obstante, el proceso de establecimiento conjunto de la visión básica permite la discusión y el cruce de ideas entre las diferentes partes implicadas, además de que facilita el establecimiento de límites y la definición de una imagen general del futuro de la salud mental. Esta visión compartida puede ofrecer una dirección para las actividades y para mejorar la colaboración. La decisión adoptada se apoyará en diversos valores y principios. Si se debaten y expresan de forma explícita, los valores y los principios mejorarán la coherencia de las estrategias adoptadas para implementar la visión compartida. Los diferentes países, regiones y grupos culturales y sociales de un país poseen sus propios valores asociados con la salud mental y los trastornos mentales, pero básicamente estos valores deben reflejar los conceptos de equidad y respeto por los derechos humanos, apareciendo reflejados en última instancia en todas las acciones e intervenciones que se lleven a cabo.

Una vez que se definen los conceptos, los valores y los principios, deben formularse los objetivos, las áreas de acción y las estrategias. Los objetivos deben perseguir la mejora de la salud de la población, responder a las expectativas de las personas y ofrecer una protección económica frente al coste de la enfermedad (WHO, 2001d). Para alcanzar estos objetivos, es necesaria la identificación de diversas estrategias al mismo tiempo que se abordan diversas áreas de acción. Estas áreas son las siguientes: los aspectos económicos, la legislación y los derechos humanos, la organización de los servicios, los recursos humanos y la formación de profesionales, la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, la defensa, la mejora de la calidad, los sistemas de información, la investigación y la evaluación.

Finalmente, es esencial que la política y la planificación estén basadas en información fiable respecto a los recursos existentes en salud mental, así como en un perfil epidemiológico de los problemas de salud mental existentes en cada país. No obstante, en muchos países no existe la información básica que permita guiar la planificación y, a menudo, son necesarias la síntesis y la interpretación realizadas por personas expertas de los datos existentes a niveles local, nacional, regional e internacional. En la actualidad, aproximadamente la tercera parte de los países carece de un sistema para la notificación anual de los datos correspondientes a la salud mental; además, en muchas ocasiones los datos existentes son insuficientes para la planificación (WHO, 2001a).

ASPECTOS CLAVE EN LA POLÍTICA Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A continuación se recoge una serie de aspectos clave y fundamentos que deben guiar la reforma del sistema de salud mental y sustentar la acción gubernamental en el área de la política y el desarrollo de servicios.

Participación de las organizaciones de consumidores y familiares

El sistema de salud mental atiende a las personas que sufren trastornos mentales y a sus familiares, y ambos pueden realizar contribuciones importantes para la determinación de los mecanismos que funcionan y para la definición de las posibilidades de mejora del sistema de salud mental. Además, las familias asumen una parte muy importante de la responsabilidad asistencial de los pacientes que sufren una enfermedad mental y, posiblemente, esta tendencia se incrementará en paralelo al movimiento hacia la desinstitucionalización y la atención comunitaria. Comprensiblemente, los conocimientos, conceptos y habilidades de las familias pueden influir de manera importante en la calidad asistencial y en el apoyo ofrecido a los y las pacientes con trastornos mentales. En ocasiones existen tensiones notables entre los puntos de vista de los grupos de consumidores y familiares, y algunos de las más trascendentes se refieren a las cuestiones de hospitalización y tratamiento involuntarios. Sin embargo, es imprescindible que tanto los y las pacientes que sufren enfermedades mentales como sus familiares participen en el desarrollo de los servicios, en la revisión de los estándares y en la creación e implementación de las políticas y la legislación.

La experiencia demuestra que el desarrollo de los grupos de consumidores y familiares, y su participación activa en diversas áreas, ha introducido mejoras en la calidad de los servicios y de la atención prestada a las personas que padecen trastornos mentales (WHO, 2003d). Los grupos de consumidores y familiares han conseguido esta participación con diversas actividades, desde la defensa de los derechos hasta el incremento de la concienciación y la educación, pasando por los grupos de apoyo y por el desarrollo de servicios alternativos.

Financiación para el apoyo de la equidad, la eficiencia y la reforma

La financiación suficiente y sostenida es un elemento clave en el proceso de creación de un sistema de salud mental viable. La financiación no es sólo uno de los elementos básicos del sistema de salud mental, sino que también es una herramienta poderosa con que la clase política puede desarrollar los servicios de salud mental y configurar su impacto.

Aunque en muchos países se han introducido sistemas de prepago (con impuestos, seguridad social o pólizas de compañías privadas) para proteger a las personas frente a un riesgo de catástrofe económica en situaciones de enfermedad, el grado con que se protege realmente a las personas que sufren problemas mentales depende del hecho de que a la atención psiquiátrica se dedique una proporción suficiente de la aportación realizada por los consumidores en forma de prepago. Por desgracia, la salud mental es excluida con frecuencia de los paquetes sanitarios básicos y de la cobertura por las pólizas de compañías de seguros sanitarios. Esta situación hace que las familias deban soportar una carga económica significativa que, en ocasiones, les conduce a la pobreza debido a la naturaleza crónica de las enfermedades mentales. Además, también introduce una carga económica considerable para el país en su conjunto.

Así, la disminución del rendimiento laboral y las bajas laborales a consecuencia de los problemas mentales contribuyen significativamente a la pérdida de productividad. Algunos

de los trastornos mentales de mayor prevalencia y gravedad a menudo se inician durante los primeros años de la edad adulta, en una época en que se espera que las personas muestren su mayor nivel de actividad económica (Üstün, 1999). Se ha estimado que en los países desarrollados la carga económica que representan los problemas mentales oscila entre el 3 y el 4 % del PIB, con costes para las economías nacionales de varios miles de millones de dólares anuales, tanto en términos de gastos provocados como en términos de pérdida de productividad. Los costes anuales promedio correspondientes a los trabajadores con depresión, incluyendo los correspondientes a los gastos médicos, medicamentosos y por la discapacidad, pueden ser 4,2 veces mayores que los correspondientes a un beneficiario típico (Birnbaum y cols., 1999). Sin embargo, la inclusión de la salud mental en los esquemas de prepago puede reducir significativamente esta carga económica ya que, a menudo, el coste del tratamiento queda compensado de manera completa por la reducción en el número de días de baja laboral y en la pérdida de productividad mientras el paciente permanece en su puesto de trabajo (WHO, 2003a).

La equidad y la eficiencia deben ser las consideraciones principales a la hora de tomar decisiones económicas. La financiación puede utilizarse para abordar los aspectos de *equidad* mediante la asignación de recursos específicos a ciertos grupos de población desfavorecidos o a grupos con un riesgo elevado de padecer trastornos mentales, garantizando siempre que las personas que no alcanzan ciertos umbrales de ingresos económicos no deben pagar por los servicios recibidos o bien que las personas paguen en función de sus ingresos. Sin embargo, la financiación sólo puede abordar ciertos aspectos de la equidad. El estigma y la discriminación asociados con los trastornos mentales también constituyen barreras significativas para el acceso a los servicios, de manera que son necesarias medidas apropiadas para abordar estos problemas con objeto de garantizar que las personas que sufren trastornos mentales puedan solicitar y recibir el tratamiento y la atención que requieren.

Para potenciar la *eficiencia*, las decisiones relativas a la asignación de los recursos a los diferentes tipos de servicios e intervenciones (hospitalarios, comunitarios, gestión de casos, dedicación, etc.) deben estar basadas en datos relativos a la efectividad y la rentabilidad económica, y tienen que estar estrechamente vinculadas con las prioridades especificadas en documentos de política abiertos. Tal y como ya se ha señalado, la financiación también puede utilizarse para *reformar* los sistemas de salud mental; por ejemplo, puede usarse para cambiar la orientación asistencial predominantemente psiquiátrica por la atención comunitaria y en los contextos asistenciales generales. El direccionamiento de los incentivos económicos hacia los programas comunitarios es una estrategia para la promoción de este proceso de reforma; por ejemplo, en un programa de bonificación aplicado en Texas, las agencias de salud mental recibieron cierta cantidad fija por cada día de hospitalización psiquiátrica evitado, lo que generó una desinstitutionalización relativamente rápida (WHO, 2003b).

Compromiso con la calidad

La calidad es un parámetro que determina si los servicios incrementan la posibilidad de los resultados esperados en salud mental y también si estos resultados están de acuerdo con la

práctica actual basada en la evidencia. El objetivo de la calidad ayuda a utilizar de manera eficiente y efectiva los escasos recursos.

La calidad es un requisito imprescindible en cualquier servicio de salud mental, tanto si dicho servicio está en sus comienzos y posee recursos mínimos, como si es un servicio bien establecido con abundantes recursos (cuadro 18-2). Claramente, en los contextos carentes de recursos económicos y humanos, la implementación de estándares de calidad es una tarea de considerable dificultad. Asimismo, el acceso a los últimos avances científicos en los tratamientos psiquiátricos también suele ser limitado. No obstante, incluso en estos contextos, la mejora de la calidad es clave ya que posiblemente los servicios de baja calidad serán eficaces y generarán el desperdicio de unos recursos ya de por sí escasos. Por tanto, la clase política enfrentada a recursos limitados están obligada a establecer prioridades para aprovecharlos mejor; por ejemplo, puede tener que decidir si ofrecerá servicios mejores a las personas usuarias actuales o si utilizará los recursos para incrementar el número de personas usuarias.

Cuadro 18-2 Estándares de calidad

El interés por la calidad asegura que los recursos se utilicen adecuadamente. En la mayor parte de los sistemas, los recursos no se usan de forma óptima. Algunos sistemas *utilizan de manera excesiva* muchos servicios ineficaces, es decir, servicios que no ofrecen ninguna mejora y que incluso pueden ser perjudiciales. Otros sistemas *utilizan de manera insuficiente* servicios efectivos; es decir, son sistemas que fracasan en su objetivo de solucionar las necesidades de las personas. En ambos casos, la falta de interés por la calidad ocasiona un desperdicio de los recursos.

El interés por la calidad ayuda a la aplicación en los tratamientos de los conocimientos científicos más recientes y de las nuevas tecnologías. Durante la última década se han producido avances científicos muy importantes en lo relativo a los psicofármacos y a los tratamientos frente a los trastornos mentales. En el informe *World Health Report* (WHO, 2001d) se recogen los tratamientos que funcionan y también se señala que existe un abismo entre la base de conocimientos y las prácticas implementadas.

El interés por la calidad ayuda a generar confianza respecto a la efectividad del sistema y a superar las barreras para la atención apropiada existentes a distintos niveles. Una calidad satisfactoria genera credibilidad en la sociedad respecto a los tratamientos de las enfermedades mentales. Es el fundamento para demostrar que los efectos beneficiosos de los tratamientos de los trastornos mentales superan los costes sociales del padecimiento de dichos trastornos. Sin niveles apropiados de calidad, la sociedad e incluso los pacientes que sufren enfermedades mentales y sus familias, son engañados.

Adaptado de WHO (2003c).

La clase política debe aplicar diversas estrategias sencillas para mejorar la calidad. Algunas de ellas son la introducción de estándares de calidad en la política y la legislación, la definición de los estándares profesionales respecto al personal que trabaja en salud mental y respecto a su formación, el establecimiento y la vigilancia de los servicios mediante procedimientos de estandarización y acreditación bien definidos, así como la garantía de la disponibilidad de directrices clínicas fundamentadas en la práctica basada en la evidencia.

Organización de los servicios

Para mantener un estándar elevado en lo relativo a los tratamientos y la atención de los trastornos mentales, la OMS insiste en la adopción de un sistema integrado de provisión de servicios que persiga el abordaje global de toda la amplia gama de necesidades psicosociales de las personas que sufren trastornos mentales. En el informe *World Health Report 2001* se subraya una serie de recomendaciones políticas referidas a la organización de los servicios, que se recogen detalladamente en el WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package. Estas recomendaciones son las siguientes:

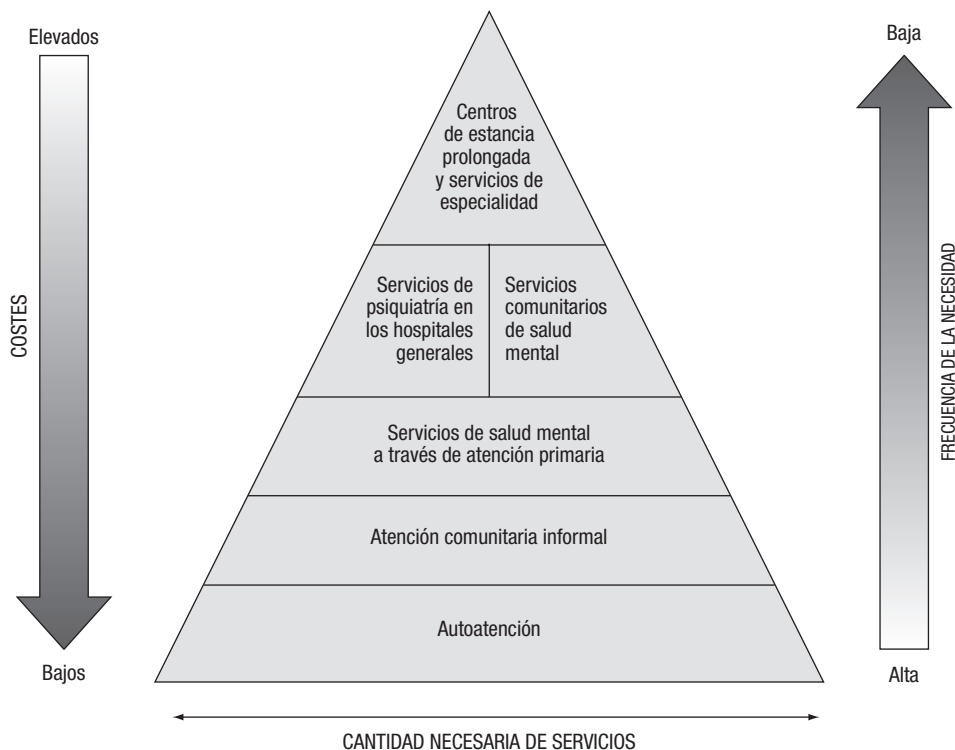
1. Eliminación de la atención prestada en los grandes hospitales psiquiátricos.
2. Desarrollo de los servicios de salud mental comunitarios.
3. Integración de la atención psiquiátrica en los servicios asistenciales generales.

Básicamente, las distintas consideraciones éticas y científicas han ofrecido una base al movimiento de transferencia de la atención psiquiátrica desde los hospitales psiquiátricos grandes hacia los servicios de atención primaria, los hospitales generales y una amplia gama de servicios comunitarios con la esperanza de que se consiga un incremento de la accesibilidad y la aceptación de los servicios, puedan obtenerse mejores resultados en la salud «mental» y «física» de los y las pacientes, y sea posible una racionalización mayor de los recursos.

Aunque no es apropiado ofrecer recomendaciones a nivel global respecto a los detalles de micronivel en la organización de los servicios de cada país, dado que dicha organización dependerá de cierto número de importantes variables sociales, económicas y políticas, pueden ofrecerse algunas recomendaciones generales. Estas recomendaciones se recogen en la figura 18-1, que muestra el grado con que deben proveerse las diferentes categorías de los servicios en relación con su coste relativo. Una parte importante de la atención en salud mental puede ser autorrealizada o atendida por servicios de salud mental comunitarios de carácter informal, lo que permite ofrecer recursos de bajo coste a las comunidades para este objetivo. Siempre que se requiera una experiencia y un apoyo adicionales, será necesaria una red de servicios más formal. En orden ascendente, los niveles de servicio son los siguientes: los servicios de atención primaria, los servicios de psiquiatría ofrecidos en los hospitales generales y en los contextos comunitarios formales de salud mental y, finalmente, los servicios de especialistas en psiquiatría y de hospitalización psiquiátrica crónica.

Sin embargo, incluso si se adoptara el modelo «ideal» de organización de los servicios recogido en el esquema, no se conseguirían un tratamiento y una atención óptimos de las personas que sufren trastornos mentales a menos que se respetaran diversos principios fundamentales de la organización de los servicios; entre ellos, la necesidad de que los servicios y la atención cumplan los requisitos de accesibilidad, globalidad, efectividad, continuidad y coordinación, atención en función de las necesidades, equidad y respeto de los derechos humanos.

Figura 18-1 Combinación óptima de servicios recomendada por la OMS.



Adaptado de WHO (2003c).

Planificación de los recursos humanos y formación de profesionales

Los recursos humanos representan el activo de mayor importancia de un servicio de salud mental. En la mayor parte de los servicios de salud mental, el capítulo de personal consume la mayor porción del presupuesto anual (Thornicroft y Tansella, 1999). Un servicio de salud mental está basado en las habilidades y la motivación de sus profesionales respecto a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y el ofrecimiento de atención a las personas que sufren enfermedades psiquiátricas.

Sin embargo, a menudo aparecen dificultades importantes en la planificación y la formación de los recursos humanos en el área de la salud mental. En muchos países, los profesionales que trabajan en la salud mental son escasos y están mal formados, existen dificultades de distribución en diversos países o regiones (p. ej., muy pocos profesionales en las zonas rurales y demasiados en los contextos institucionales grandes), la disponibilidad del personal no es apropiada y muchos y muchas profesionales son poco productivos(as) o están desmoralizados(as).

Hay varias razones para explicar la escasa planificación en lo relativo a los recursos humanos: la falta de un organismo apropiado que se responsabilice de la planificación de los recursos humanos; los largos períodos formativos de profesionales (lo que implica que las decisiones para formar más profesionales tardan tiempo en influir en los servicios); la falta de contacto entre los organismos formativos, por un lado, y los servicios asistenciales y las necesidades de la población, por el otro; la inexistencia de datos precisos y utilizables; la percepción por parte de las autoridades sanitarias generales de que la salud mental no es una prioridad; la existencia de un sector privado significativo que puede alejar a los y las profesionales de los servicios del sector público; la migración de profesionales de la salud mental bien formados a países desarrollados (es decir, «fuga de cerebros»), y las actitudes profesionales que pueden dificultar algunos de los aspectos del desarrollo de los recursos humanos (Green, 1999).

Los países también pueden adoptar diversas iniciativas para abordar las dificultades señaladas. Es necesario el desarrollo de una política apropiada de recursos humanos en el área de salud mental con objeto de conseguir un ajuste preciso entre la naturaleza y el nivel de los conocimientos y habilidades que se requieren de los y las profesionales de salud mental que ejercen en los distintos niveles de la provisión de servicios, por un lado, y la solución de las necesidades de servicio, por el otro. La planificación tiene que abordar los detalles prácticos respecto al número de profesionales de salud mental necesario en los diferentes niveles de la provisión de los servicios, así como los detalles relativos a la combinación apropiada de habilidades y competencias de profesionales. La educación, la formación y la supervisión continuadas son clave para ofrecer una atención basada en la evidencia y tienen que ser revisadas y mejoradas periódicamente, de acuerdo con las necesidades de salud mental de la población. La formación continuada y las oportunidades para el desarrollo de habilidades, junto con la provisión de formación especializada, también pueden ser un incentivo para retener a profesionales que, de otra manera, podrían verse tentados a buscar formación y oportunidades de trabajo en otros países. Finalmente, las estrategias de gestión deben potenciar el liderazgo, la motivación, la retención y el despliegue del tan a menudo escaso personal.

CONCLUSIONES

Los trastornos mentales contribuyen significativamente a la carga global representada por la enfermedad y se asocian con costes económicos y sociales para las personas, las familias y los países. La reducción de esta carga es posible si puede manejarse información actualizada para guiar las decisiones políticas, el desarrollo de los servicios y la práctica clínica. Sin embargo, todavía existe una laguna considerable entre lo que se sabe respecto a los servicios que funcionan y la realidad de los distintos países. En los países desarrollados, la desinstitutionalización no se ha acompañado de una provisión suficiente de residencias comunitarias y de centros laborales. El diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en los contextos de atención primaria continúan teniendo un nivel muy bajo y todavía existen tensiones entre las demandas de los servicios de atención general frente a los ser-

vicios de especialidad. En los países en vías de desarrollo, la grave escasez de recursos, profesionales y servicios requiere una atención urgente. Esta laguna debe ser solucionada con iniciativas continuadas de defensa que permitan introducir la salud mental en la agenda de los gobiernos, mediante la divulgación continuada de información sobre las políticas efectivas, el desarrollo de los servicios y la práctica clínica, y mediante la aplicación de los estándares internacionales relativos a los derechos humanos.

En esta iniciativa global deben contemplarse los principales factores macrosociales y económicos que influyen en la salud mental. La pobreza, la educación y el desarrollo económico son algunos de los objetivos del milenio que, si se resolvieran de manera apropiada, podrían contribuir a reducir las diferencias entre los distintos países. Las organizaciones internacionales y multilaterales, así como las organizaciones no gubernamentales (ONG), tienen que desempeñar roles específicos. Estos roles serán necesariamente diferentes según los mandatos específicos de las distintas organizaciones; sin embargo, el capítulo presente no es el lugar apropiado para definirlos. Finalmente, los elementos que garantizarán un proceso continuado en el área de la salud mental serán el compromiso político de los gobiernos para solucionar los problemas de la salud mental, la fuerza de los movimientos de consumidores y familiares en los distintos países, con objeto de garantizar que la salud mental no desaparezca de las agendas políticas, y el apoyo ofrecido por las organizaciones internacionales y multilaterales, las ONG y la comunidad internacional en su conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

- Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: cost-of illness studies in the international literature, a review. *J Ment Health Pol Econ* 2000; 3 (1): 3-10.
- Birnbaum H, Greenberg P, Barton M, Kessler R, Rowland C, Williamson T. Workplace burden of depression: a case study in social functioning using employer claims data. *Drug Benefits Trends* 1999; 11: 6BH-12BH.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Saeed K, James S, Mubbashar M. Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 581-588.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World Mental Health: Problems And Priorities In Low-Income Countries*. Nueva York: Oxford University Press, 1995.
- Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental Health in the Workplace*. Ginebra: International Labour Office, 2000.
- Green A. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (11): 1-14.
- Kind P, Sorensen J. The costs of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 7: 191-195.
- Murray CJL, López AD, eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I), 1996a.
- Murray CJL, López AD. *Global Health Statistics*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. II), 1996b.
- Murray CJL, López AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Econ* 2000; 9: 69-82.
- Patel V. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. En: León D, Walt G, eds. *Poverty, Inequality and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Üstün TB. The global burden of mental disorders. *Am J Pub Health* 1999; 89 (9): 1.315-1.318.

World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press for the World Bank, 1993.

World Health Organization. *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*. Ginebra: World Health Organization, 2001a.

World Health Organization. *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources 2001*. Ginebra: World Health Organization, 2001b.

World Health Organization. *Mental and Neurological Disorders (fact sheet No. 265, December)*. Ginebra: World Health Organization, 2001c.

World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: World Health Organization, 2001d.

World Health Organization. *Gender Disparities in Mental Health – Ministerial Round Tables 2001*. Ginebra: World Health Organization, 2001e.

World Health Organization. *Resolution EB109.R8 – Strengthening Mental Health. One Hundred and Ninth session of the Executive Board*. Ginebra: World Health Organization, 2002a.

World Health Organization. *Resolution WHA 55.10 – Mental Health: Responding to the Call for Action. Fifty-fifth World Health Assembly*. Ginebra: World Health Organization, 2002b.

World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization, 2002c.

World Health Organization. *World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Ginebra: World Health Organization, 2002d.

World Health Organization. *Investing in Mental Health*. Ginebra: World Health Organization, 2003a.

World Health Organization. *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing*. Ginebra: World Health Organization, 2003b.

World Health Organization. *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Ginebra: World Health Organization, 2003c.

World Health Organization. *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Quality Improvement for Mental Health Care*. Ginebra: World Health Organization, 2003d.

Capítulo 19

Reformas de la salud mental en España

ANTONIO ESPINO GRANADO

ANTECEDENTES

Dos intentos históricos: Trienio Liberal (1820-1823) y Segunda República (1931-1936)

*Constitución de 1812 y Trienio Liberal (1820-1823)*¹

El advenimiento de la psiquiatría moderna coincide con un hecho fundamental desde el punto de vista asistencial: la sustitución del antiguo sistema benéfico, inspirado en la caridad privada, por la nueva fórmula según la cual se reconoce la beneficencia como función esencial del Estado moderno que nace en el continente europeo a finales del siglo XVIII y en el marco de la revolución liberal.

En España, el período de transición del antiguo régimen al régimen liberal fue un proceso largo que se prolongó entre 1808 y 1840 y constituyó una revolución indefinida, incompleta y discontinua, que conllevó dos largas guerras (1808-1813 y 1833-1839) y que vio la alternancia de ensayos constitucionales junto con experiencias contrarrevolucionarias.

Mientras en el resto de Europa a lo largo del siglo XIX se produjo una trascendental renovación de las instituciones psiquiátricas, en España se asiste al deterioro de las escasas y pobres instituciones existentes por la penuria económica que les acompaña, muy especialmente, desde las primeras leyes desamortizadoras llevadas a cabo en 1798 por el gobierno de Carlos IV. Por tanto, el panorama de los establecimientos benéficos a co-

¹ Para escribir este apartado se han seguido, básicamente, los textos especializados de Comelles (1988), Espinosa (1966), Álvarez-Uría (1983), Chacón Giménez Cuenca (1941). Con carácter más general se ha tenido en cuenta la obra de Fusi y Palafox (1997).

mienzos del siglo XIX distaba mucho de ser favorable. La invasión extranjera de 1808 acabará por trastocar completamente la vida de nuestros asilos: el modelo de nuestros hospitales para locos, el manicomio de Zaragoza, fue incendiado y destruido por completo en el ataque a la ciudad.

Los intentos de reforma liberal en España en materia sanitaria serán, por tanto, incompletos y con una cronología que no se corresponde con la de los países anglosajones o con la francesa. La tradicional desconfianza de los poderes públicos respecto a los médicos de la época, de militancia progresista en muchos casos, se había traducido en su relegamiento sistemático, desplazando la responsabilidad de la tutela de los locos a manos de los jueces² y dejando la gestión de las instituciones manicomiales públicas en manos de las Administraciones que delegarán, a su vez, en sectores no profesionales.

La primera gran oportunidad de encarrilar la atención psiquiátrica en el país se producirá durante el Trienio Liberal o constitucional, breve período en que se recuperó la Constitución de Cádiz de 1812. La temprana vuelta de los absolutistas dejará sin efecto cuanto en este trienio de positivo o negativo se había legislado.

La Constitución de 1812 había comportado el triunfo y expresión del nuevo pensamiento liberal: transformaba a España en una monarquía liberal y parlamentaria. A esta reestructuración política se iba a asociar un nuevo proyecto sanitario favorable a la emergente clase médica que la vuelta de Fernando VII en 1814 dejará sin efecto. Más aún, el éxodo de nuestros mejores médicos con el subsiguiente hundimiento de nuestra medicina retrasará la entrada en España de las nuevas ideas psiquiátricas de Pinel que no encontrarán eco en la Península hasta casi la mitad del siglo XIX.

Durante todo este período se irá abriendo paso, sin embargo, una discusión práctica sobre la atención a las personas alienadas centrada principalmente en dos aspectos: el rechazo de las condiciones infrahumanas de los hospicios de la época y el crecimiento del número de personas alienadas necesitadas de internamiento sin que los recursos disponibles pudieran absorberlos, lo que habría de producir cierto estado de opinión en sectores ilustrados de la sociedad.

En el corto período liberal que transcurre tras el triunfo del pronunciamiento de Riego se desarrollará el mandato constitucional en lo relativo a la atención benéfico-curativa, con la aprobación de la Ley General de la Beneficencia Pública en 1822 y su Reglamento de desarrollo posterior. Dicha Ley estaba precedida de un Real Decreto del 27 de noviembre de 1821 que incluía, entre los establecimientos de beneficencia, las casas de locos. Los establecimientos de beneficencia («casas de locos») pasaban a ser controlados por las Juntas Municipales de Beneficencia mientras *la atención a las personas alienadas se planteaba como una competencia exclusiva del Estado* que debía desarrollar mediante la creación de una red de instituciones *específicas* de carácter público. El Reglamento (1823) incluía alguno de los rasgos del tratamiento moral (ubicación de las instituciones en el campo o abolición de las coacciones físicas y del trabajo forzado) y dejaba para un reglamento especial posterior la regulación de las admisiones y estancias de las personas enfermas. A continuación se citan algunos de los artículos referidos a las personas alienadas:

² En 1830 se dicta ya la Orden por la que todo ingreso en el manicomio debe ser supervisado por los jueces.

- Art. 119: habrá casas públicas destinadas a recoger y *curar* a los locos. Podrán ser comunes a dos o más provincias.
- Art. 120: no deberán estar en la capital de la provincia.
- Art. 121: las mujeres tendrán un departamento distinto al de los hombres y las estancias se diferenciarán cuanto sea posible de acuerdo con el carácter y período de la enfermedad.
- Art. 122: el encierro continuo, la aspereza de trato, los golpes, grillos y cadenas jamás se usarán en estas casas.
- Art. 123: se ocupará a los locos en los trabajos de mano más proporcionados a cada uno según la posibilidad de la casa y *el dictamen del médico*.
- Art. 124: habrá un director a cuyo cargo estará la parte económica de la casa, como también la gubernativa *en todo lo que no tuviere relación directa con la curación de los locos*.
- Art. 125: los particulares podrán establecer de su cuenta casas de locos; pero éstas también deberán estar bajo la inspección de las Juntas de Beneficencia.
- Art. 126: *la admisión, forma de los edificios, estancias, atribuciones de los facultativos, sirvientes, etc., serán objeto de un reglamento especial*.

La Ley tomaba partido por una planificación centralizada, construcciones propias para los locos (fuera del viejo hospital general), separación funcional por sexos y enfermedades, prohibición del trato inhumano a los internos, terapéutica por el trabajo y delegación de la función curativa en el médico, que adquiere así un protagonismo cara al tratamiento del enfermo del que hasta entonces había carecido.

La oposición a la Ley se centró en su carácter secularizador, tratando de mantener la Iglesia su privilegiada posición en la gestión de los centros y que la Beneficencia Pública no se convirtiera en obligación del Estado, sino que mantuviera un carácter subsidiario.

Esta segunda experiencia revolucionaria española, que había durado algo menos de cuatro años, concluyó con un nuevo fracaso del liberalismo español en gran parte debido a la debilidad de la base social y política en que se apoyaba el régimen constitucional. No hubo resistencia popular cuando en abril de 1823 tropas francesas entraron en España y pusieron fin a la experiencia. La aplicación de la Ley quedó en suspenso a poco de su promulgación y el Reglamento ni siquiera llegó a aplicarse. Sin embargo, aquella segunda etapa había influido en la vida pública más que las Cortes de Cádiz: la política se socializó, el país se familiarizó con las prácticas constitucionales y el principio de la representación de la soberanía popular en las Cortes se fue asimilando entre la élite dirigente del país.

Hasta 1849 no se volverá a promulgar una nueva Ley de Beneficencia, en que ya no se hace más alusión a las casas de dementes para clasificarlas dentro del plan general de establecimientos y el Reglamento especial de dementes, que había quedado pendiente, no aparecerá hasta 1885 y sólo dirigido a regular –y dificultar– la admisión de enfermos mentales en los establecimientos públicos³.

³ El Real Decreto de 19 de mayo de 1885 de Romero Robledo reglamenta la hospitalización de los dementes, ya ingresen en los manicomios para observación o en régimen de reclusión definitiva (Espino, 1980).

La Ley de Beneficencia de 1849 vino a consagrar para mucho tiempo el carácter subsidiario de la atención pública, facilitando el desarrollo privado de la atención psiquiátrica. Favoreció a las personas propietarias de los centros, marginó al cuerpo facultativo y liberó a los poderes locales de sus responsabilidades para atribuirlos formalmente al Estado, aunque aceptó el auxilio de las corporaciones locales. Ya en 1864 el Estado transferirá «provisionalmente» la atención de los dementes a las diputaciones y casi desde finales del siglo XIX existía *de facto* la atribución de la gestión a las diputaciones provinciales⁴. La nueva Ley también preveía la construcción de una red de manicomios del Estado, en la práctica nunca construidos por razones económicas.

*Segunda República (1931-1936)*⁵

La Segunda República española encarnó la más ilusionante posibilidad de transformación que España había conocido hasta entonces. Tras una breve etapa de gobierno provisional, las elecciones de junio de 1931 dieron un gran triunfo a los partidos de izquierda, quienes lideraron la Constitución aprobada en diciembre y el conjunto de reformas legislativas habidas a lo largo del primer bienio de gobiernos de coalición entre republicanos y socialistas, y que sufrirán cierto bloqueo con el triunfo de la coalición de derechas en noviembre de 1933. El breve período del gobierno del Frente Popular surgido de las elecciones de febrero de 1936 con un programa de reformas que, en síntesis, intentaba relanzar la obra legislativa de 1931-1933, quedará truncado con la rebelión militar que inicia la guerra civil y, de forma ya definitiva, con el final de las libertades y el inicio de la dictadura franquista.

Para identificar con brevedad el escenario psiquiátrico propio del primer tercio del siglo XX, nada mejor que recuperar algunos párrafos del artículo publicado en 1916 por el Dr. Gonzalo R. Lafora en el semanario *España*, «Los manicomios españoles», donde contrastaba sus experiencias vividas fuera de nuestro país con la realidad encontrada en dichos establecimientos: «El atraso de nuestras instituciones se manifiesta como en ninguna otra en los manicomios, que no son hoy más que lugares de atraso y de vergüenza nacional y cuya organización entera se mantiene inmutable y de acuerdo con la época en que fueron creados. Rara vez encontraréis a un médico en el manicomio para que os lo pueda enseñar. Los enfermos no son estudiados psiquiátricamente por los médicos, que sólo se ocupan de asistir a sus enfermedades intercurrentes. Los psiquiatras españoles no han levantado nunca una voz de protesta que llegase hasta nuestros gobernantes» (Espino, 1980).

En realidad, el principal problema para la Administración continuaba siendo contar con medios materiales y económicos para dar alojamiento al número creciente de personas dementes sin posibilidades económicas. El Real Decreto de Romero Robledo de 1885 había establecido gran cantidad de trabas burocráticas para el ingreso de una persona demente en un centro público al mismo tiempo que daba todo tipo de facilidades en el caso de los

⁴ Un Decreto de 19 de abril de 1887 había establecido la responsabilidad de atender a las personas dementes (pobres) por parte de la diputación de cada provincia.

⁵ Para escribir este apartado se ha utilizado, principalmente, dos trabajos de Antonio Espino (1980, 1987). Se ha utilizado también el trabajo de J. Lázaro en el número monográfico que le dedicó la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (2000).

establecimientos privados («casas de locos») que sólo contaban con limitaciones en cuanto al número máximo de personas dementes por establecimiento.

A pesar de todo, entre la promulgación del Real Decreto y la llegada de la República se había multiplicado por cuatro el número de personas ingresadas, con las consecuencias de una atención peor y un hacinamiento mayor de la personas internas. Esto era así sin contar con que al menos un número igual de personas alienadas no era objeto de tratamiento ni vigilancia en institución alguna.

Las preocupaciones expresadas por Lafora son, cada vez más, el emergente de un nuevo colectivo de alienistas que se consolidará en España muy especialmente a partir de la reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras celebrada en Barcelona en 1924 y que constituirá la plataforma principal desde donde puedan promoverse las reformas que, a su juicio, eran tan necesarias como urgentes. Los objetivos que se marca desde su inicio la nueva asociación científica en dicha reunión fundacional supondrán todo un programa de reformas que tendrá su momento más álgido en la primera parte del nuevo régimen republicano. Los puntos reivindicados serán los siguientes:

1. Urgente revisión de la legislación relativa a las personas alienadas.
2. Reorganización de la atención a las personas alienadas sobre bases científicas de forma que los actuales manicomios dejen de ser *centros de reclusión* para convertirse en *casas de curación*.
3. Creación de un cuerpo de médicos alienistas con experiencia profesional y competencias bien establecidas en los establecimientos psiquiátricos de forma que todos los facultativos de los manicomios públicos y privados deban pertenecer, en un plazo razonable, a dicho cuerpo.
4. Organización de la enseñanza de la psiquiatría con carácter obligatorio en todas las universidades españolas.
5. Consideración oficial por parte del Instituto Geográfico y Estadístico de una clasificación moderna de las enfermedades mentales (Kraepelin, 1920)⁶.

En síntesis, la generación de Lafora propondrá un triple cambio en la psiquiatría española: en las normas de internamiento de los enfermos, sustituyendo una gestión administrativa de la locura por la consideración médica de ésta, en las formas de atención del enfermo mental con la renovación de los establecimientos existentes para su cuidado, así como en la profesionalización de la atención al enfermo mental, tanto a nivel facultativo como a nivel auxiliar y de enfermería. Este proyecto se irá concretando desde la primera reunión de la Asociación que tendrá lugar dos años después también en Barcelona y donde se aprueban las ponencias de trabajo y medidas siguientes:

1. Crear la Liga de Higiene Mental⁷.
2. Elaborar un nuevo Decreto para el internamiento de los enfermos que sustituya al de 1885.

⁶ En dichas jornadas fundacionales de 1924 había estado presente Emil Kraepelin como invitado.

⁷ El presidente del primer Consejo directivo de la Liga fue Santiago Ramón y Cajal hasta que en 1932 pasó a ser presidente de honor.

3. Elaborar un proyecto general de atención a los alienados.
4. Crear el cuerpo de médicos alienistas y el personal técnico de enfermería.
5. Introducir los estudios de psiquiatría en las facultades de medicina con carácter obligatorio.

Sin embargo, tendrán que esperar hasta la llegada de la República, mucho más receptiva a sus peticiones, para ver concretados sus afanes. En el encuentro en Granada de la VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la V Asamblea de la Liga de Higiene Mental en 1932, primero desde la llegada de la República, su satisfacción quedará expresada en la Memoria de Secretaría de la Asamblea de la Liga:

«Permitidme que recuerde el desencanto que sufrimos en nuestra última reunión en Zaragoza (1930) cuando quedó frustrada nuestra esperanza de ver aprobado el anteproyecto de legislación psiquiátrica. No podía haber nada más desalentador que las gestiones realizadas ante los poderes públicos.

»En nuestro empeño de no ceder en la lucha organizamos en abril de 1931 la II Semana Nacional de Higiene Mental y en vísperas de celebrarse se produjo el cambio de régimen.

»La atención del poder constituido se fijó inmediatamente en nuestra Liga, reservándonos un puesto en la reorganización del Consejo de Sanidad que le fue ofrecido al Dr. Lafora. Pocos días después el Director de Sanidad solicitaba información sobre nuestro proyecto de legislación, que fue estudiado con inusitado interés y a los pocos días sancionado favorablemente por el Ministro de la Gobernación y aprobado en Consejo de Ministros.»

Y en el mismo sentido irán las palabras del Dr. Rodríguez Arias a los miembros de la Asociación de Neuropsiquiatras:

«Mis palabras han de ser, este año, un entusiasta ¡Viva la República! Y ¡Viva España!

»Medio siglo de lucha para conseguir un Decreto de asistencia del enfermo psíquico que respondiera a los progresos de la Medicina y como resultado la incompreensión de la Monarquía y de todos sus gobiernos. Poco más de un año de sucesivos proyectos de reorganización psiquiátrica casi integral y como resultado varios Decretos y Ordenes Ministeriales de la República, en general muy bien orientados, a pesar de la rapidez con que han sido indicados y promulgados.

»El paciente ya puede ser asistido sin traba de ningún género; ya se puede concretar algo oficialmente sobre el número y clase de enfermos albergados en los sanatorios públicos y privados, así como el régimen observado en ellos, funciona un Consejo Superior Psiquiátrico y una Sección Central de Psiquiatría e Higiene mental con funciones de gestión y coordinación nacional; se ha creado la enseñanza del personal subalterno y el título de enfermero psiquiátrico.»

El proyecto de cambio de la psiquiatría española se verá afectado en parte por las tensiones que se van adueñando de la vida pública a partir del año 1933 y que dificultarán un mayor y más claro desarrollo de alguno de los proyectos en marcha.

Aun así, en 1935 se publicará un Decreto autorizando al ministro de Trabajo y Sanidad a presentar en las Cortes un proyecto de Ley de organización de la atención psiquiátrica nacional, donde se proponía en el artículo primero «la consideración de la atención psiquiátrica e higiene mental como función privativa del Estado, que la ejercerá por sí o por intermedio de las corporaciones provinciales, quedando siempre supeditadas a aquél la dirección y vigilancia de todos los servicios de esta clase». El proyecto no llegaría a convertirse en realidad.

En este tiempo breve, roto para muchos años con la contienda civil, muchas fueron las luces, muchos los logros iniciados a nivel organizativo, legislativo y práctico (Espino, 1980):

1. Una nueva legislación de asistencia a los enfermos mentales que modificaba la reclusión en favor del tratamiento médico⁸.
2. Una nueva organización administrativa marcada por el Consejo Superior Psiquiátrico –con funciones de coordinación general de las reformas⁹– y una Sección de Psiquiatría e Higiene mental en la Dirección General de Sanidad y en las direcciones provinciales¹⁰.
3. La introducción de estadísticas nacionales sobre enfermos mentales¹¹ y de una clasificación general de enfermedades mentales (Kraepelin).
4. La puesta en marcha de la atención extramanicomial y del trabajo de asistencia social¹².
5. La profesionalización de todo el personal psiquiátrico: personal subalterno, de enfermería¹³ y facultativo¹⁴.
6. Los primeros pasos en la Universidad Autónoma de Barcelona y en la Universidad Complutense de Madrid para introducir formalmente los estudios de psiquiatría en la Universidad¹⁵.

Qué duda cabe que la guerra civil truncó gran parte de las acciones iniciadas antes que hubieran cuajado los cambios de la atención psiquiátrica española, donde el tema de la comida, mala e insuficiente, continuará siendo el *leitmotiv* en la vida de tantos manicomios durante años, pendientes de ser acondicionados para vivir en ellos, mucho antes de convertirse en centros de tratamiento.

El esfuerzo de Lafora por impulsar la construcción de un hospital psiquiátrico «modelo» en la provincia de Madrid, prácticamente terminado al comienzo de la guerra civil y que será

⁸ Decreto de 3 de julio de 1931 sobre asistencia a los enfermos psíquicos.

⁹ Decreto de 10 de noviembre de 1931 por el que se crea el Consejo Superior Psiquiátrico, haciéndole depender de la Dirección General de Sanidad y determinando su composición y cometido.

¹⁰ Orden de 27 de noviembre de 1931 por la que se crean secciones provinciales de Psiquiatría, determinando su cometido.

¹¹ Orden de 28 de noviembre de 1931 sobre el modo de realizar en cada establecimiento las estadísticas de los enfermos mentales.

¹² Orden de 16 de abril de 1932 de creación del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica.

¹³ Orden de 16 de mayo de 1932 sobre el personal sanitario subalterno de los establecimientos psiquiátricos y los conocimientos necesarios para desempeñar el cargo y obtener el diploma de «enfermero psiquiátrico».

¹⁴ Orden de 10 de octubre de 1933 por la que se crea el reglamento y programa para las oposiciones a plazas de médicos de establecimientos psiquiátricos.

¹⁵ En 1933 se aprueba la creación de una cátedra de psiquiatría en la Universidad Complutense de Madrid, aun cuando no se ocupará hasta 1947. En 1934 se crea por parte de la Generalitat de Cataluña la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y se nombrará para ella a Mira i López que la ocupará hasta 1939. Dos días después de la ocupación de Barcelona por el ejército del bando nacional quedará cesante junto al resto del profesorado de dicha Universidad (Espino, 2003).

reconvertido posteriormente en cuartel, se convertirá en símbolo de la España de la posguerra (Espino, 1987).

Psiquiatría durante el primer franquismo: «tiempos de silencio, frustración y destrucción»¹⁶

Los primeros años del nuevo régimen surgido de la guerra civil se caracterizan en lo económico por un sistema de autarquía que se mantendrá hasta la puesta en marcha del Plan de estabilización de 1959. Y en lo político, por la recuperación del peso tradicional del viejo catolicismo integrista en competencia con las nuevas fuerzas emergentes representativas del fascismo en España. Se inicia así una tradición de reparto de poder donde la educación (y la justicia) serán entregadas al sector católico¹⁷, mientras que las áreas de trabajo y seguridad social pasarán a manos de la familia falangista y sus adláteres.

Las rivalidades existentes desde el inicio dentro del conglomerado de fuerzas vencedoras –lo que se conocerá posteriormente como «las familias» del régimen– provocarán desconfianzas y personalismos que no faltarán tampoco en el campo psiquiátrico.

Las dos figuras que tras la guerra se encontraron en posición preeminente, J. J. López Ibor y A. Vallejo-Nájera, pugnarán por liderar la reconstrucción de los restos del naufragio y ocupar la psiquiatría española del nuevo régimen, cuyo marco conceptual, marcado por las exageraciones del momento, expresará de forma clara y contundente el ministro de Justicia Eduardo Aunós al clausurar un curso de higiene mental en Barcelona en 1944: «La sanidad mental de un pueblo está íntimamente ligada con el sistema político del mismo, porque allí donde al socaire de un falso concepto de libertad puede discutirse todo en plena ágora, es natural que se produzca un desequilibrio psicológico» (Casco, 1999).

La guerra, la destrucción, el exilio, la purga de profesionales y el desmantelamiento de las instituciones psiquiátricas republicanas, del asociacionismo científico y de sus órganos de expresión habían convertido el panorama psiquiátrico en un calvero desolado.

Apenas contaba el país con doscientos psiquiatras ante un futuro incierto (Comelles, 1988), en medio de un vacío institucional, y unos manicomios provinciales en el mayor de los abandonos; éste era el paisaje psiquiátrico español de la posguerra.

Durante estos años, la situación de los manicomios será calamitosa. Así lo recoge González Ferradas, Jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad en 1943, al señalar cómo «en un país cuyas tasas de mortalidad alcanzaban la escalofriante cifra del 17-18/1.000, las de los manicomios se disparaban hasta oscilar entre el 6 y el

¹⁶ Los tres nombres aluden a títulos de la obra literaria de Luis Martín-Santos (1924-1964), psiquiatra que fue director del Hospital Psiquiátrico de San Sebastián y dirigente del PSOE en el interior hasta su temprana muerte en accidente de automóvil. *Tiempo de silencio* fue escrita mientras permanecía en régimen de prisión atenuada y suspendido de empleo y sueldo en el Hospital Psiquiátrico y publicada inicialmente en 1961 con cambios obligados por la censura del régimen. Con el nombre de *Tiempo de frustración* había sido presentada el mismo año al premio Baroja de novela. *Tiempo de destrucción* es una obra inconclusa que estaba preparando cuando encontró la muerte de forma desgraciada (Pradera, 1999).

¹⁷ La Ley de Ordenación de la Universidad Española de 29 de julio de 1943 señalará en su preámbulo: «La Ley, además de reconocer los derechos docentes de la Iglesia en materia universitaria, quiere ante todo que la Universidad del Estado sea católica. Todas sus actividades habrán de tener como guía suprema el dogma y la moral cristiana y lo establecido por los sagrados cánones respecto de la enseñanza».

33 %, tasas superiores a las propias de los sanatorios antituberculosos» (González Ferradas, 1943).

Los psiquiatras españoles ocuparán estos años centrales para la consolidación del régimen franquista en su propio proceso de institucionalización asociativa, académica y universitaria, en un contexto de ausencia de soportes asistenciales e investigadores¹⁸.

J. J. López Ibor dará los primeros pasos, tras una primera reunión celebrada en Madrid en diciembre de 1939, y fundará en 1940, y como recambio de urgencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatras republicana¹⁹, la nueva Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, de la cual será su primer presidente. Igualmente crea una nueva revista: *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*.

En 1942 organiza el primer congreso de la Sociedad en Barcelona donde explicitará la nueva situación en su discurso inaugural: «La guerra (por un lado) ha permitido la reanudación de la buena y auténtica tradición cultural española. Por el otro, ha logrado el descuaje de lo que había en ella de advenedizo y poco consistente».

Sin embargo, la ausencia del grupo de A. Vallejo-Nájera dejará en suspenso este proceso de consolidación hasta 1948, por entonces ya de la mano de Vallejo como primer catedrático de Madrid²⁰. En dicha reunión se optó por recuperar la antigua Asociación Española de *Neuropsiquiatras* –entonces con un cambio de matiz en su nombre, Asociación Española de *Neuropsiquiatría*–, dar validez al congreso de Barcelona de 1942 y convocar el segundo en Valencia para mayo de 1950, pocos meses antes del I Congreso Mundial de Psiquiatría que iba a tener lugar en París.

El nuevo régimen, por su parte, no tenía prisa por encarar los graves problemas asistenciales. De hecho, la primera implicación activa de los poderes públicos se corresponderá con la asignación definitiva de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Madrid en 1947 a favor de A. Vallejo-Nájera y en detrimento de J. J. López Ibor.

De esta desatención de la atención psiquiátrica serán responsables, en primer lugar, sin duda, las autoridades políticas y sanitarias del momento, pero también y en no poca medida, *el escaso celo mostrado por los psiquiatras más influyentes del régimen*²¹.

Así lo reconocerá finalmente el Dr. Palanca –desde la autoridad que le confería haber sido Director General de Sanidad todo este período hasta su cese en 1957–, en la inauguración del curso 1958-1959 de la Universidad de Madrid: «Es evidente que una de las asistencias sanitarias más defectuosas en nuestra patria es la psiquiátrica».

En febrero de 1960 muere A. Vallejo-Nájera, el más reaccionario de todos nuestros psiquiatras, y en septiembre del mismo año J. J. López Ibor es nombrado su sucesor en la

¹⁸ De hecho, las nuevas cátedras carecían de servicios clínicos adscritos. Durante muchos años, el verdadero «Servicio» de la Cátedra de Madrid fue el Sanatorio de Ciempozuelos, un asilo. Vallejo-Nájera ocupó durante 28 años su dirección, desde 1930 hasta 1958, los últimos doce años como catedrático de psiquiatría.

¹⁹ López Ibor había entrado con el cargo de vicepresidente en la directiva elegida en el último congreso de la asociación anterior a la guerra civil y que se celebró en Madrid en 1935. El presidente electo había sido Lafora (Lázaro, 2000).

²⁰ Aparte del cúmulo de incidentes que acompañarán la ocupación de la cátedra de Madrid, el proceso de asignación del resto de cátedras universitarias se realizará con gran lentitud, sin duda por el clima profesional enrarecido que reflejaba las rivalidades políticas existentes entre las diferentes familias del nuevo régimen. A finales de 1960, solamente se habían cubierto cinco: Madrid, Barcelona, Valencia, Granada y Salamanca.

²¹ Volvía a actualizarse el viejo artículo de Lafora sobre los alienistas publicado en 1916 donde criticaba su actitud acomodaticia frente a la Administración (Espino, 1980).

cátedra de psiquiatría de Madrid, después de un concurso de traslado en competencia con Román Alberca, discípulo de Sanchís Banús y catedrático en Valencia. Para entonces la reconciliación entre Vallejo-Nájera y López Ibor ya se había producido, nombrando este último al hijo del primero, Juan Antonio Vallejo-Nájera Botas, su primer ayudante en la cátedra²².

Décadas de 1960 y 1970: desarrollo económico y crisis política de la dictadura

Renovación de la medicina hospitalaria

Con la aprobación de la Ley de Hospitales de 1962²³ comienza un proceso de reformas en la medicina hospitalaria que se irán consolidando cerca de la década de 1970. Este período de expansión de la nueva red hospitalaria de la seguridad social destaca por la llegada de nuevos profesionales formados fuera del país que aportarán una visión moderna del trabajo asistencial, docente e investigador en un hospital público moderno. En este tiempo alcanzará gran significación el *Seminario de hospitales*, ligado a los comienzos del movimiento MIR y que contribuirá a generar una dinámica verdaderamente modernizadora en la medicina hospitalaria española (Espino, 2003).

Cuestionamiento de la atención psiquiátrica pública

Situación de los hospitales psiquiátricos. El despegue económico que había comenzado en la década de 1960 y que permitirá un ciclo inversor en la red hospitalaria pública no llegará inicialmente a la psiquiatría española²⁴, donde se comenzarán a escuchar críticas ante la situación de la atención manicomial por parte de los propios responsables institucionales y directores de hospitales, denunciando el trato inhumano al cual estaban sometidos los enfermos mentales. En un momento donde la dictadura no había sufrido aún grandes desgastes comienza a hacerse público el gran deterioro en que se encuentra una gran parte de los manicomios provinciales españoles.

En 1958, Juan Antonio Vallejo-Nájera Botas, en un discurso pronunciado en la Real Academia de Medicina, había retratado el estado de nuestras instituciones públicas con duras palabras: «nuestros enfermos se hacinan, mal alimentados, peor vestidos, descalzos muchas veces, sucios siempre en el ambiente desolador de los patios y dormitorios del manicomio... Nuestros hospitales psiquiátricos, viejos, destartalados, sucios, malolientes, inhóspitos, sin calefacción (cuando la tienen, no funciona), son el mejor ejemplo del sitio donde a uno no le gustaría estar». Los contraargumentos los pondrá Juan José López Ibor

²² Para escribir este apartado se ha tenido en cuenta, principalmente, dos textos de Juan Casco Solís (1995, 1999), así como el libro de L. Valenciano (1977) y los dos libros de memorias de Carlos Castilla del Pino, «discípulo por antonomasia de López Ibor entre 1943 y 1949» (1997, 2004).

²³ Ley 37/1962, de 21 de julio, de Hospitales.

²⁴ Las nuevas inversiones para financiar obra pública remitidas a las diputaciones por el Estado darán lugar a la construcción de hospitales psiquiátricos de nueva creación que, salvo excepciones, no contarán con plantillas, organización y presupuesto adecuados para cumplir su función asistencial, muy al contrario que la moderna red hospitalaria de la Seguridad Social.

desde la presidencia del acto, refiriéndose a la existencia de clínicas privadas con un nivel equiparable al de cualquier país europeo (González Duro, 1978).

Casi diez años después, el presidente de la Diputación de Barcelona confirmará esta situación: «Todas las instituciones psiquiátricas donde las diputaciones tienen albergados a sus enfermos poseen un profundo carácter manicomial [...] no sólo son arcaicos los edificios, sino el espíritu que les informa [...] Son instituciones que producen angustia a los enfermos y a sus deudos. Tienen el carácter de depósitos donde los enfermos viven apretujados y en lamentables condiciones higiénicas» (Espino, 1980).

Entre medias, en 1963, López Muñiz, presidente de la Diputación de Asturias desde finales de la década de 1950, reconociendo públicamente la desastrosa situación de la atención psiquiátrica de su región, creará un grupo de estudios encargado de elaborar un programa de reformas. Con su inicio tan temprano, la reforma del Hospital Psiquiátrico de Oviedo se convertirá en uno de los elementos más influyentes dentro de los movimientos de reforma que se llevan a cabo en nuestro país en la última parte de la dictadura (Aparicio, 1993; García, 1980).

Y el libro del periodista Angel M.^a de Lera sobre el estado de los manicomios españoles publicado en 1972 revelará al público la escandalosa situación en que continuaba encontrándose la atención psiquiátrica española a comienzos de la década de 1970 (De Lera, 1972).

Crisis institucional de la psiquiatría española. Con el paso del tiempo se irá haciendo cada vez más visible la crisis institucional de la psiquiatría española. Expresión directa de ella serán los conflictos psiquiátricos ocurridos en Oviedo y en Conxo, que tendrán un impacto creciente en los medios de comunicación (García, 1980).

En los últimos años del franquismo se producirán movimientos, igualmente, dentro del asociacionismo psiquiátrico español que se había ido consolidando durante la dictadura.

En torno a los conflictos asistenciales surge la Coordinadora Psiquiátrica (1971-1977), conectada con los movimientos de reforma vinculados con la izquierda política europea, especialmente con el movimiento de Psiquiatría Democrática (1973). Dentro de la psiquiatría oficial, surge una nueva asociación –que irá adquiriendo un peso creciente–, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, que romperá, al menos inicialmente, el monopolio que había venido ejerciendo la Sociedad Española de Psiquiatría desde su fundación a iniciativa de J. J. López Ibor²⁵. A juicio de J. Puyol Doménech, se creó en 1972 «como reacción a las corrientes de psiquiatría especulativa y política imperantes en la Sociedad Española de Psiquiatría y en la Asociación Española de Neuropsiquiatría, respectivamente» (De Lera, 1972).

La crisis abierta continuará después de la muerte del dictador, teniendo especial significación dos episodios ocurridos en el año 1977: la ruptura interna y refundación de la vieja

²⁵ Tal y como señala asépticamente Carmen Leal (2002), «la Sociedad Española de Psiquiatría surge en la década de 1950 por iniciativa del profesor López Ibor ligada, en sus comienzos, a la psiquiatría académica universitaria y se constituyó oficialmente en 1958». Las razones de dicha iniciativa, sin embargo, fueron complejas y problemáticas, habiendo sido recogidas por Castilla del Pino en su autobiografía (1997) y respondiendo a la situación creada por la denuncia pública y documentada de Gonzalo R. Lafora –que había regresado del exilio pocos años antes– contra J. J. López Ibor en el Congreso de la Asociación de Neuropsiquiatría de Barcelona por haber tratado de evitar que fuera repuesto en su Jefatura del Servicio de Psiquiatría de Hombres de la Diputación de Madrid ganada por oposición antes de la guerra civil. Lafora solicitó, con arreglo a los estatutos de la Asociación, una votación que sancionara moralmente dicha actuación de López Ibor, la cual fue impedida de forma expresa por el entonces presidente de la Asociación, Dr. Soto.

Asociación Española de Neuropsiquiatría en el Congreso de Sevilla de 1977 y la jubilación de Juan José López Ibor –el psiquiatra más influyente de todo el período anterior– de su cátedra de Madrid.

Psiquiatría española a principios de la década de 1980

Ya en tiempos del gobierno de la UCD –seguimos en el año 1977– se creará una Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica dentro del nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Sus miembros elaboraron un documento que, sin embargo, se quedó encima de la mesa sin concretarse en nada práctico.

Con anterioridad, en el primer gobierno posfranquista –con Arias Navarro de presidente y Manuel Fraga de ministro de la Gobernación– se había constituido una comisión interministerial para afrontar la reforma de la sanidad. En un primer documento se calificará a la psiquiatría española como «la cenicienta de la sanidad».

Un momento clave de la nueva escena política española será el acuerdo entre el Partido Socialista y el Partido Comunista en el ámbito local. Dicho acuerdo facilitará una serie de experiencias de reforma psiquiátrica en diputaciones provinciales con éxito variable.

Asimismo, los primeros gobiernos autonómicos crearán órganos de dirección de la salud mental (Institutos de Salud Mental) encargados de preparar la nueva organización de la atención psiquiátrica. Dada la falta general de competencias de gestión sanitaria, en una primera fase centrarán su actividad, principalmente, en tareas de estudio y planificación.

Mientras tanto, la atención psiquiátrica que se había desarrollado en la red ambulatoria de la seguridad social se hacía cargo de las consultas de neurología y psiquiatría a través de los neuropsiquiatras de cupo, en cumplimiento de un mandato administrativo hacia las personas aseguradas más bien que una tarea verdaderamente clínica de diagnóstico y tratamiento de sus problemas psíquicos. Dos trabajos, uno de 1979 de F. Bravo y cols. y otro de González de Chávez, publicado en 1980, dan buena cuenta de la escasa funcionalidad de estos recursos. Según el trabajo de Bravo, uno de cada dos casos vistos en la consulta del neuropsiquiatra corresponde a una cefalea. El resto son problemas psiquiátricos y neurológicos en proporción de 3 a 1 (Bravo, 1979). En el de González de Chávez referido a la distribución del gasto en la atención ambulatoria, el 80 % corresponde a medicamentos y sólo el 20 % restante corresponde a salarios, edificios, conservación instrumental, exploraciones complementarias y gastos de administración (González de Chávez, 1980).

IMPULSO A LA SALUD MENTAL DURANTE LA DÉCADA DE 1980

Nuevas condiciones políticas y nuevo proyecto sanitario

La aprobación en referéndum de la Constitución española en 1978 reconoce el derecho de todos los españoles al cuidado de su salud y cambia la vieja organización centralista del Estado al institucionalizar las comunidades autónomas en todo el territorio nacional. El derecho

a la salud se desarrollará, básicamente, a través de las comunidades autónomas y sus estatutos de autonomía, lo que supondrá un giro de primer orden en la ordenación asistencial y administrativa de la salud mental (García y cols., 1998).

Con estos antecedentes, el éxito electoral del Partido Socialista en 1982 abre la posibilidad de afrontar una reforma de la sanidad acorde con el mandato constitucional y con el programa electoral del partido ganador, donde la prioridad era constituir un Sistema Nacional de Salud de carácter universal y financiado con impuestos.

En este contexto, desde el Ministerio de Sanidad se afrontará una situación, la de la salud mental, que había tocado fondo. Se crea por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983 la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que desarrolló su trabajo principalmente a lo largo de la legislatura del ministro Ernest Lluch (Espino, 2006).

¿Cuál era la apuesta? Contemplar la reforma psiquiátrica como un aspecto de la propia reforma sanitaria. Ello obligaba a ampliar el enfoque de las experiencias de cambio seguidas hasta entonces y donde el foco se había centrado en los problemas internos de la psiquiatría española y, más concretamente, en la transformación de las condiciones de los manicomios, todavía y en muchos casos en una situación verdaderamente espeluznante.

El proceso seguido por la salud mental en estos años se entiende, por tanto, en relación con el proceso seguido por la sanidad española, proceso influido, sin duda, por los acontecimientos propios de la política española y su entorno internacional.

Principales medidas del primer gobierno socialista (1982-1986)

Con la victoria electoral del Partido Socialista se inicia un proceso de reformas en la sanidad que contemplará en la primera legislatura la atención primaria de salud, la atención ambulatoria –mediante la orden de jerarquización que venía a resolver un viejo problema de dualidad existente en el caso de los neuropsiquiatras–; la formación posgraduada y, por último, el propio Proyecto de Ley de Sanidad, aprobado al final de la legislatura. Todas estas reformas servirán de referencia para elaborar las medidas que deben tomarse en salud mental.

Las normas que van desgranándose en estos cuatro primeros años aún continúan, en parte, vigentes. Se trata de normas reguladoras de la atención sanitaria que enfrentaron necesidades reales de la sociedad del momento con visión de futuro.

Entre las disposiciones generales del primer gobierno socialista, afectarán al proceso de reforma psiquiátrica:

1. La reforma del Código Civil en materia de tutela (1983) que dejó sin efecto el Decreto de 1931 sobre asistencia a los enfermos psíquicos, equiparó los procedimientos de ingreso hospitalario del enfermo mental con el resto de personas usuarias del sistema sanitario y estableció la necesidad de autorización judicial para tomar decisiones médicas sin consentimiento del enfermo.
2. El Real Decreto sobre estructuras básicas de salud (1984), punto de partida de la extensión de la salud mental a la atención primaria.
3. El Real Decreto sobre la formación médica especializada (1984) que consolida el sistema MIR como forma casi exclusiva de formación de especialistas.

4. La Orden Ministerial de jerarquización de los médicos especialistas dependientes de la seguridad social (1984) que, entre otras medidas más discutibles, vino a separar las especialidades de neurología y psiquiatría en la atención ambulatoria.
5. La Ley General de Sanidad (1986) que en su artículo 20 iba a establecer los principios de actuación indicados en materia de salud mental.

De una forma más específica puede considerarse:

1. La creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983).
2. El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985).
3. Las primeras medidas presupuestarias y de cooperación institucional establecidas para la reforma psiquiátrica en 1986.

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril, 1985)

En julio de 1983 se crea la Comisión para la Reforma Psiquiátrica por Orden Ministerial y sus miembros se reúnen por primera vez un año después (MSC, 1985; Espino, 2006).

Su trabajo se llevó a cabo en un momento especialmente dinámico en las relaciones entre las Administraciones central y autonómica. Ya se habían llevado a cabo las transferencias sanitarias en Cataluña y Andalucía, y en el resto de comunidades autónomas existía un sentimiento de identidad cada vez mayor que obligaba al Ministerio a ser muy cuidadoso con sus propuestas.

Ejes del Informe de la Comisión

El Informe tenía tres ejes. El primero proponía *un nuevo modelo de atención a la salud mental* orientado hacia la comunidad e integrado en la sanidad (a su vez, en proceso de cambio).

La referencia para la integración no era la organización sanitaria de la década de 1970 porque la modernización de la red entonces sólo había llegado a los nuevos hospitales de la seguridad social y casi ni se había iniciado en la atención primaria de salud.

El objetivo era, por tanto, promover la integración de las acciones de salud mental en el marco de una nueva organización de la sanidad que tuviera en cuenta el compromiso territorial a efectos de la planificación y la gestión, una óptica preventiva, comunitaria y de salud pública, y la consideración del nuevo papel de la atención primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria.

El segundo eje lo constituían *las recomendaciones* para la reforma y el tercero, el compromiso explícito de *vincular el desarrollo de éstas* al proceso global de reforma sanitaria.

Nuevo modelo de servicios para la salud mental

Al comenzar a preparar el Informe ya existía un primer borrador de Ley de Sanidad.

El modelo contemplaba dos grandes aspectos: el compromiso territorial de la atención a la salud mental (que incluía la participación de las personas usuarias y sus organizaciones)

y la integración de los recursos y acciones en salud mental dentro de la red sanitaria. Esta nueva ordenación representaba extender la salud mental a la atención primaria y articular el nivel especializado desde las unidades de salud mental, lo que cambiaba el esquema jerárquico y hospitalocéntrico tradicional.

La transformación de los hospitales psiquiátricos era un elemento esencial de la reforma y se debía conjugar con el desarrollo de recursos alternativos sanitarios y de apoyo sociolaboral, que incluían, junto con los nuevos centros de salud mental, el internamiento psiquiátrico de la población en el Servicio de Psiquiatría del hospital general, la reordenación de la urgencia psiquiátrica y la atención en la crisis y la creación de nuevos recursos de rehabilitación y apoyo al enfermo mental en la comunidad necesarios para dar continuidad y eficacia al cuidado de los enfermos y sus familias.

El Informe estableció con carácter prioritario la actuación sobre la infancia, personas ancianas, penadas y personas con trastornos psíquicos desencadenados por el consumo de sustancias adictivas. Las necesidades de estos cuatro colectivos en gran medida continúan vigentes en la actualidad, con el añadido, sin duda, de uno nuevo, el del creciente colectivo de las personas inmigrantes.

Igualmente, el Informe proponía desarrollar instrumentos técnicos y de apoyo para consolidar y evaluar las reformas:

1. Un sistema de *registro e información sanitaria* que permitiera saber qué estaba pasando con la atención a la salud mental.
2. Programas de desarrollo y cualificación de *los recursos humanos*.
3. Normas de *acreditación de unidades y centros*, necesarias frente a la atención realizada en algunos hospitales psiquiátricos y que no cubría los mínimos estándares exigibles. Junto con las garantías de control de calidad, había que conocer la situación de los hospitales psiquiátricos, es decir, cómo atendían a sus pacientes.
4. Por último, un compromiso institucional con la *investigación aplicada*.

El desarrollo de estos cuatro elementos (información, formación, acreditación e investigación) era clave para consolidar las reformas proyectadas.

Propuestas y recomendaciones del Informe de la Comisión

La última parte del Informe afrontaba las siguientes recomendaciones y propuestas:

1. El *reconocimiento de los derechos civiles del enfermo mental*, mediante su protección jurídica en caso de internamientos contra su voluntad y en cuanto a las condiciones de los enfermos mentales recluidos en los manicomios. Se trataba de no ingresar a ninguna persona contra su voluntad sin intervención y protección de la autoridad judicial y de valorar las condiciones de los enfermos ingresados en nuestros hospitales psiquiátricos, garantizando el respeto a sus derechos civiles. Este último aspecto se estudió con detalle en algunas comunidades autónomas, como Andalucía, donde, precisamente, el proceso de transformación y progresiva superación de los hospitales psiquiátricos ha sido uno de los más completos.

2. El *reconocimiento del derecho a la atención sanitaria* con cargo a la seguridad social, la cual, mientras no existiera un Sistema Nacional de Salud, debía comprometerse en la atención del enfermo mental y en su financiación, equiparándole con el resto de beneficiarios de ésta.
3. El *reconocimiento del derecho de los penados a recibir atención psiquiátrica*.

El método seguido para el desarrollo de las recomendaciones partía de un nivel general, los acuerdos entre el Ministerio y las comunidades autónomas para luego concretar actuaciones en el ámbito autonómico. El último nivel de propuestas se centraba en la organización de la atención a la salud mental dentro del área sanitaria, eje de la planificación y gestión de la atención a la salud, de acuerdo con las previsiones de la futura Ley de Sanidad.

El instrumento propuesto para desarrollar los acuerdos entre el Ministerio y las comunidades autónomas eran los *Comités de enlace y coordinación* de cada autonomía, donde el Ministerio comprometía la participación del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y la comunidad autónoma de los entes locales (diputaciones o ayuntamientos) y, en su caso, de organizaciones no estrictamente sanitarias, pero con incidencia en el sector de la salud mental.

Los Comités debían concretar un *Plan de integración funcional de los recursos y programas asistenciales del área de salud*, incluyendo también a la atención primaria.

El Informe hacía hincapié en el importante papel asistencial y de gestión de los equipos de salud mental que comenzaban a rodar dentro del territorio de acuerdo con el compromiso voluntario de muchos y muchas profesionales salidos(as) de las instituciones manicomiales reformadas y enfrentaba el problema de los neuropsiquiatras de zona y de los facultativos jerarquizados y su necesidad de integrarse dentro de los nuevos equipos de salud mental del área, el aprovechamiento del personal de los hospitales psiquiátricos y la necesaria contratación de nuevos profesionales. Proponía la creación de unidades de internamiento psiquiátrico en los hospitales generales de la red, la homologación de los profesionales provenientes de las distintas Administraciones y la aprobación de planes de transformación de los hospitales psiquiátricos que incluyeran el desarrollo de recursos asistenciales alternativos que hicieran posible su progresiva desaparición.

Desarrollo de las reformas

Fase de protagonismo ministerial

En la primera legislatura socialista, la salud mental desempeñó un papel significativo dentro de las políticas ministeriales, encaminadas todas ellas a la aprobación de una nueva organización de la sanidad española mediante la aprobación y posterior desarrollo de la Ley General de Sanidad.

En estos años, el Ministerio contó con un programa de cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS) centrado en tres contenidos: los sistemas de información en salud mental, las formas de cooperación con la atención primaria y la organización de servicios de salud mental integrados en el nuevo sistema sanitario. Se realizaron talleres con expertos internacionales y asistieron responsables de las distintas comunidades autónomas,

Tabla 19-1 Ley General de Sanidad. Art. 20: «De la salud mental» (principios de actuación)

- La atención a la salud mental se realizará, de forma progresiva, en el *ámbito comunitario* potenciando los recursos y medidas que reduzcan la necesidad de hospitalización
- Los internamientos se llevarán a cabo en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales
- Se considerarán especialmente los problemas de servicios sociales en niños y mayores
- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción del enfermo mental en coordinación con los Servicios Sociales
- Igualmente, se atenderán los aspectos de prevención y atención a problemas psicosociales que puedan incidir sobre la pérdida de la salud

convirtiéndose, de hecho, en un fructífero espacio de conocimiento y discusión abierta sobre lo que cada uno quería y podía hacer en su territorio.

Igualmente, se elaboró desde la Secretaría de la Comisión una *Guía de Salud Mental en Atención Primaria de Salud* (MSC, 1985) para su utilización por los equipos de profesionales de los centros de salud de nueva creación y se aprobó un nuevo Programa Nacional para la especialidad de psiquiatría (MSC, 1986).

El Informe de la Comisión incluía la puesta en marcha de la formación especializada en psicología clínica, iniciada en 1983 en el Principado de Asturias, siguiendo el modelo MIR. Sin embargo, no se concretará a nivel nacional hasta diez años después.

En la última etapa de la legislatura del ministro Lluich se pondrán en marcha medidas concretas encaminadas a mejorar la atención a la salud mental, de acuerdo con las recomendaciones del Informe de la Comisión y con la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad. Aun cuando la inclusión de la equiparación en derechos del enfermo mental en dicha Ley se había llevado a cabo no sin alguna reserva²⁶, el artículo 20, «De la salud mental», vino a recoger lo fundamental de los planteamientos del Informe (tabla 19-1; MSC, 1986).

El Ministerio contó con una financiación adicional ya en los Presupuestos Generales del Estado de 1985 para iniciar las reformas. Dicha inyección económica se dedicó, en el caso del Insalud, para crear equipos de salud mental y abrir nuevas camas hospitalarias, contratar psicólogos y homologar personal, y en las comunidades autónomas y corporaciones locales para desarrollar sistemas de información, elaborar planes de reforma de la salud mental y llevar a cabo medidas de transformación de sus hospitales psiquiátricos y de desarrollo de recursos alternativos en la comunidad. La partida más importante era la de In-

²⁶ La aparición final en la Ley de Sanidad de una disposición transitoria relativa a la equiparación «progresiva» de la atención al enfermo mental dentro del sistema sanitario público fue resultado de la existencia de opiniones encontradas en cuanto al coste derivado de dicha equiparación entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Hacienda (Espino, 1998).

salud para nuevas unidades asistenciales (unidades de salud mental y hospitalarias), con su personal correspondiente.

En paralelo con las medidas anteriores, se inician en 1986 los primeros convenios de cooperación institucional en materia de salud mental con las comunidades autónomas que aún no tenían las transferencias sanitarias. De igual forma, y como ponencia técnica dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se crea en 1987 una Comisión Permanente –con participación del Ministerio y todas las comunidades autónomas– para el seguimiento de las reformas²⁷.

En una de las últimas medidas específicas, el Ministerio promoverá la elaboración de un Informe sobre la Problemática Jurídico-Asistencial del Enfermo Mental, que estableció por primera vez criterios en el ámbito de actuación de la justicia española en esta materia (1988).

En 1989, por último, tiene lugar la extensión por decreto de la atención sanitaria a personas sin recursos económicos²⁸, un paso casi definitivo en el proceso de equiparación real del enfermo mental y el resto de potenciales usuarios de la sanidad pública²⁹.

Termina así –a falta del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud– (Montejo y Espino, 1998), una primera fase mientras crece otra marcada por el abierto protagonismo de las comunidades autónomas, a pesar de que el proceso de transferencias sanitarias que había comenzado muy pronto –en el caso de Cataluña, en el año 1981– no terminará hasta finales del 2001 (tabla 19-2).

Fase de protagonismo de las comunidades autónomas

La Ley de Sanidad y los Estatutos de Autonomía dinamizarán las actividades de las comunidades autónomas en materia de salud mental, concretándose en la firma de acuerdos con el Ministerio de Sanidad³⁰ y en la creación de estructuras directivas para la dirección y planificación de la salud mental, puesta en marcha de comités de enlace y coordinación, elaboración de planes de salud y de salud mental, y desarrollo de nuevos recursos y programas para la atención a la salud mental.

Entre los años 1986 y 1990 es visible el compromiso de los responsables de salud mental de las comunidades autónomas con los cambios, variando sus resultados, sin embargo, entre unas comunidades y otras, de acuerdo con la conformación de sus prioridades sanitarias y el papel más o menos preferencial desempeñado por las políticas de salud mental dentro de ellas.

En este contexto hay que situar la constitución de los mapas sanitarios y la ordenación de áreas y distritos³¹, las normas reguladoras de la atención a la salud mental que promueven al-

²⁷ Se debe a esta Comisión el desarrollo de un protocolo de registro común, el «Conjunto mínimo de datos en salud mental», primer intento real de compartir datos de salud mental entre las comunidades autónomas, continuado por la Encuesta de Salud Mental, cuyos últimos datos se hicieron públicos en 1996 para el período 1991-1994 (MSC, 1990; Montejo y Espino, 1998).

²⁸ Real Decreto 1.088/89 de universalización de la asistencia sanitaria (BOE de 8 de abril de 1989).

²⁹ En la actualidad, en torno al 1 % de la población continúa sin tener acceso al Sistema Nacional de Salud.

³⁰ Los primeros esfuerzos de las comunidades autónomas se centraron en avanzar en la coordinación funcional de programas y recursos en su territorio, para lo cual era necesario, dada la desintegración de partida de los recursos de salud mental, acuerdos con los entes locales (muy especialmente, las diputaciones provinciales) y con la Administración central y su órgano gestor, el Insalud.

³¹ La sectorización de la salud mental coincidirá, en su gran mayoría, con la sanitaria general. No ocurrirá así, sin embargo, en el caso de Navarra y en alguna otra (Castilla y León, Murcia y País Vasco).

Tabla 19-2 Transferencias sanitarias

Año de traspaso	Gobierno central	Comunidades autónomas
1981	UCD	Cataluña
1984	PSOE	Andalucía
1987	PSOE	País Vasco Comunidad Valenciana
1990	PSOE	Galicia
1994	PSOE	Canarias
2001	PP	Resto de las comunidades autónomas

gunas comunidades autónomas (tabla 19-3)³², la organización y desarrollo de la formación de posgrado de los psicólogos clínicos, las medidas de mejora de los instrumentos de registro, gestión y evaluación de la salud mental y, muy especialmente, los avances que han ocurrido en la sustitución del viejo modelo manicomial por otro basado en la articulación sanitaria de una red integrada de servicios de salud mental en el territorio con implicación de los servicios sociales y la atención primaria de salud³³ (García y cols., 1998; Salvador Sánchez, 2005).

Asignaturas pendientes del Informe de la Comisión Ministerial

Algunas propuestas del Informe no se tomarán en consideración. La creación de una Oficina de Salud Mental en el Ministerio de Sanidad y Consumo fue una de ellas, quedando las comunidades autónomas al cargo del proceso de reformas. El compromiso con la formación continuada y la investigación aplicada tampoco ha sido asumido plenamente por las Administraciones sanitarias. El desarrollo específico de la formación de posgrado en áreas de especial interés (psiquiatría infantil, psicogeriatría, drogodependencias, etc.) todavía continúa coleando. La reforma de la formación médica universitaria ha seguido su propio camino. El desarrollo de recursos alternativos al hospital psiquiátrico dentro del tejido comunitario, tal y como se ha señalado anteriormente, se está llevando a cabo con lentitud, con importantes diferencias entre comunidades autónomas y en algunos casos sin responder a criterios bien diseñados de planificación. En relación con los programas de salud mental en la atención primaria, habiendo mejorado la relación con los equipos especializados, se continúa sin un desarrollo sistemático y conjunto de programas como tal.

³² El desarrollo del Informe de la Comisión Ministerial y de la Ley de Sanidad se inician ya en 1986 y van apareciendo distintas normas reguladoras de la salud mental autonómica casi hasta la actualidad: Asturias y Comunidad Valenciana (1986), Andalucía (1988), Castilla y León (1989), Galicia (1994), Cantabria (1996), Cataluña (1999), Castilla-La Mancha (2000) e Islas Baleares (2002).

³³ En este caso, la diversidad de enfoques ha sido la norma: medidas específicas sobre los hospitales psiquiátricos (Canarias, 1985; Navarra, 1998, y Cataluña, 1999), Decretos sobre reconversión de centros asistenciales (Castilla-La Mancha, 1986), creación de programas alternativos a la hospitalización psiquiátrica (Madrid, 1987), aprobación de fundaciones para la integración social del enfermo mental (Andalucía, 1993, y Castilla-La Mancha, 2001), planes de integración del enfermo psiquiátrico (Navarra, 1996) y de atención sociosanitaria del enfermo mental crónico (Castilla y León, 1998, y Navarra, 2000).

Tabla 19-3 Principales actuaciones de las comunidades autónomas en materia de salud mental (Continuación)

Actuaciones	Década socialista (1982-1992)	Crisis del socialismo (1992-1996)	Gobiernos de Aznar (1996-2004)
I. Creación de estructuras planificadas	<p>1982: creación de una Comisión Asesora directiva y/o para la elaboración del Plan de Asistencia Psiquiátrica (País Vasco)</p> <p>1983: creación de la Dirección de estudios para la reforma psiquiátrica, 1983-1985 (Asturias)</p> <p>Creación de la Comisión regional de estudios de salud mental (Castilla-La Mancha)</p> <p>1984: creación del IASAM (Instituto Andaluz de Salud Mental) (Ley) (Andalucía)</p> <p>Transformación del INSAM (1981) en el órgano de gestión del Hospital Psiquiátrico de Madrid (Madrid)</p> <p>1985: creación de la Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia de salud mental (Decreto) (Asturias)</p> <p>Creación del Servicio de Salud Mental (1985-1988) (Madrid)</p> <p>1986: creación de la Comisión Asesora en materia de salud mental (Galicia)</p> <p>Creación de la Subdirección de Salud mental y coordinación del Plan de alcoholismo y toxicomanias (Navarra)</p> <p>Creación del Comité de expertos en salud mental (Murcia)</p> <p>1987: Consejo Asesor de atención psiquiátrica y salud mental (Cataluña)</p> <p>1988: creación del Servicio de Salud Mental (Cantabria)</p> <p>1990: integración del IASAM en el Servicio Andaluz de Salud-SAS y creación de la Oficina de Salud Mental (Andalucía)</p> <p>Creación de la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias (Aragón)</p> <p>Grupo de expertos en salud mental (Castilla-La Mancha)</p> <p>Creación de la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental (Cataluña)</p>	<p>1993: creación de la Comisión Asesora sobre atención a la salud mental (Canarias)</p> <p>1996: creación de la Dirección Regional de Salud Mental (Decreto) (Cantabria)</p> <p>Creación de la oficina de coordinación de salud mental (Extremadura)</p> <p>Modificación de la composición de la Comisión Asesora en salud mental (1986) y creación de la Oficina de Coordinación de la Salud Mental (Galicia)</p>	<p>1997-2001</p> <p>1997: creación del Consejo Asesor de Salud Mental de Cantabria y constitución de la Comisión Paritaria de Salud Mental con Insalud (Cantabria)</p> <p>1998: creación de una Comisión Regional de Coordinación interinstitucional (Extremadura)</p> <p>Creación del Departamento de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del SRS (1998-2002) (Madrid)</p> <p>Creación de un nuevo Grupo de Expertos en Salud Mental (Castilla-La Mancha)</p> <p>Creación de una Comisión Institucional de Salud Mental (Balears)</p> <p>2000: asignación de funciones a la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias (Aragón)</p> <p>Creación del comité técnico y nombramiento del coordinador autonómico de SM (Balears)</p> <p>2001: Comité técnico de salud mental (Balears)</p> <p>2002-2004</p> <p>2002: creación de la Oficina Regional de Salud Mental (Madrid)</p>

(Continúa)

Tabla 19-3 Principales actuaciones de las comunidades autónomas en materia de salud mental (Continuación)

Actuaciones	Década socialista (1982-1992)	Crisis del socialismo (1992-1996)	Gobiernos de Aznar (1996-2004)
II. Aprobación de documentos y Planes de salud mental*	<p>1983: Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental (País Vasco)</p> <p>1984: Proyecto de Coordinación de la asistencia a la salud mental en Castilla-La Mancha (Primer Plan de salud mental)</p> <p>1985: Comisión para el desarrollo del Plan de reforma de la salud mental, 1985-1989 (Aragón)</p> <p>1986: Bases para la reforma psiquiátrica en la Comunidad Autónoma (Aragón) (Primer Plan de salud mental)</p> <p>1987: Bases para la elaboración del Plan Gallego de salud mental (Galicia)</p> <p>Bases para un Plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en la región de Murcia</p> <p>1988: Primer Plan de Salud Mental (Andalucía)</p> <p>1989: Plan de acciones en salud mental (1989-1991) (Madrid)</p> <p>1990: planificación de la asistencia psiquiátrica de adultos (Cataluña)</p> <p>Plan estratégico de los servicios de salud mental (País Vasco)</p>	<p>1992: Plan de salud mental de Aragón, revisado y corregido en 1996 (Aragón)</p> <p>1993: aprobación del Plan regional de salud mental (Castilla-La Mancha)</p> <p>Aprobación del Plan de salud mental (Cataluña)</p> <p>1994: Plan Integral de Calidad en Salud Mental (País Vasco)</p> <p>1995: Plan director de salud mental (1995-1999) (Murcia)</p> <p>1996: Plan de salud mental de Extremadura</p> <p>Plan de salud de Cataluña (Apartado sobre salud mental) (1996-1999) (Cataluña)</p>	<p>1997: aprobación del primer Plan de salud mental (dentro del Plan de Salud de Canarias, 1997-2001) (Canarias)</p> <p>Revisión del Plan de salud mental (Cataluña)</p> <p>Revisión del Plan de salud mental (Galicia)</p> <p>1998: aprobación del Plan de salud mental (Asturias)</p> <p>Plan autonómico de salud mental de las Islas Baleares, 1998-2002</p> <p>Plan regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Cantabria, 1998-2000 (Cantabria)</p> <p>Plan de salud mental de Castilla y León, 1998-2007 (dentro del II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007, revisado en 2002) (Castilla y León)</p> <p>1999: Plan de salud mental (La Rioja)</p> <p>Plan de salud mental de la región de Murcia, 1999-2001 (Murcia)</p> <p>Plan de salud de Cataluña (apartado sobre salud mental) (1999-2001) (Cataluña)</p> <p>Plan de Demencias 1999-2005 (Cataluña)</p> <p>2000: desarrollo del Plan de salud mental (Balears)</p> <p>Plan de salud mental y asistencia psiquiátrica, 2000-2004 (Castilla-La Mancha)</p> <p>2001: Plan estratégico de salud 2001-2003 (incluye Plan estratégico para el desarrollo de los Servicios de salud mental) (Asturias)</p> <p>Plan director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (Valencia)</p> <p>Recomendaciones para la organización de la asistencia (Actualización del Plan de 1998) (Balears)</p> <p>2002-2004</p> <p>2002: Informe para la revisión del Plan de Salud Mental 1998-2000 (Cantabria)</p> <p>Revisión del Plan de salud mental (Castilla y León)</p> <p>Plan estratégico de atención a la salud mental en la Comunidad autónoma de Aragón, 2002-2010 (Aragón)</p> <p>Plan de salud mental de Galicia, 2002-2005 (dentro del Plan de Salud 2002-2005) (Galicia)</p>

*Hay una gran diversidad de enfoque y desarrollo en los diversos Planes de salud mental autonómicos.

Tabla 19-3 Principales actuaciones de las comunidades autónomas en materia de salud mental

Actuaciones	Década socialista (1982-1992)	Crisis del socialismo (1992-1996)	Gobiernos de Aznar (1996-2004)
II. Aprobación de documentos y Planes de salud mental*	<p>1991: inclusión preferente de la salud mental en el Plan Andaluz de Salud (Andalucía)</p> <p>Plan regional de salud mental y asistencia psiquiátrica (En el Plan estratégico de salud) (Castilla y León)</p> <p>Plan de salud mental de la Generalitat (Cataluña)</p> <p>Plan de salud mental (Valencia)</p>		<p>2003: aprobación de la «Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica» (Castilla y León)</p> <p>Plan de salud mental de Madrid 2003-2008 (Madrid)</p> <p>Plan integral de salud mental de Andalucía 2003-2007 (PISMA) (dentro del III Plan Andaluz de Salud)</p> <p>2004: revisión del Plan de salud mental (Canarias)</p> <p>Propuesta del Plan estratégico de salud mental 2004-2008 (Galicia)</p> <p>Plan estratégico de asistencia psiquiátrica y salud mental, 2004-2008 (País Vasco)</p> <p>2005: Plan de salud mental de Castilla-La Mancha, 2005-2010 (Castilla-La Mancha)</p> <p>Plan Director de salud mental y adicciones (Cataluña)</p> <p>2006: Plan estratégico de salud mental (Balears)</p>
III. Normas reguladoras de la atención a la salud mental**	<p>1985: regulación de la salud mental infanto-juvenil (Castilla-La Mancha)</p> <p>Reforma de la ordenación de la asistencia psiquiátrica (Diputación de Barcelona)</p> <p>Decreto de sectorización psiquiátrica de Navarra***</p> <p>1986: regulación de la organización y funcionamiento de los Servicios de SM del Principado de Asturias (Decreto) (Asturias)</p> <p>Regulación de la prestación de servicios en materia de salud mental (Comunidad Valenciana)</p>	<p>1994: regulación de las actuaciones en materia de salud mental (Decreto) (Galicia)</p> <p>1995: sectorización de los servicios de salud mental (Murcia)</p> <p>1996: Ley de regulación de la salud mental (Cantabria)</p> <p>Regulación de las necesidades de los enfermos mentales (Comunidad Valenciana)</p>	<p>1997: Protocolo de traslado urgente de enfermos mentales para su valoración y diagnóstico (Aragón)</p> <p>1998: Sobre organización y funcionamiento de la asistencia psiquiátrica y salud mental (Decreto) (Cantabria)</p> <p>Regulación de los conciertos con entidades privadas para personas con enfermedad mental (Decreto) (Cantabria)</p> <p>Define y estructura los recursos dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica (Decreto) (Comunidad Valenciana)</p> <p>1999: definición de la red de salud mental de utilización pública (Cataluña)</p> <p>2000: regulación del sistema de información (y de salud mental) (Aragón)</p> <p>Ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha (con especial referencia al enfermo mental) (Castilla-La Mancha)</p>

(Continúa)

Tabla 19-3 Principales actuaciones de las comunidades autónomas en materia de salud mental (Continuación)

Actuaciones	Década socialista (1982-1992)	Crisis del socialismo (1992-1996)	Gobiernos de Aznar (1996-2004)
III. Normas reguladoras de la atención a la salud mental**	<p>1987: Reglamento de funcionamiento de los Centros de Salud mental (Navarra)</p> <p>1988: <i>Ordenación de los Servicios de Atención a la salud mental</i> (Decreto) (regula las funciones y competencias del coordinador de unidad y de área) (Andalucía)</p> <p>Creación de la figura del coordinador de área y de los órganos colegiados de dirección (Comisiones) (Madrid)</p> <p>1989: <i>Organización y funcionamiento de los Servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica</i> (Castilla y León) (Decreto)</p> <p>1990: regulación de la coordinación entre las instituciones con competencias en salud mental (Castilla y León)</p> <p>Acuerdo de gestión económica de los servicios de salud mental entre la Diputación de Barcelona y la Generalitat de Cataluña</p>	<p>1992-1996: <i>Ordenación de la atención a la salud mental</i> (Balears)</p> <p>2003: integración de las unidades de salud mental en el SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) (Castilla-La Mancha)</p> <p>2004: creación de la Comisión de integración de la salud mental en la atención especializada (Madrid)</p>	<p>2002-2004</p> <p>2002: <i>Ordenación de la atención a la salud mental</i> (Balears)</p> <p>2003: integración de las unidades de salud mental en el SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) (Castilla-La Mancha)</p> <p>2004: creación de la Comisión de integración de la salud mental en la atención especializada (Madrid)</p> <p>1997: Convenio tripartito Comunidad, Insalud y Ayuntamiento de Madrid (Madrid)</p> <p>1998: <i>Convenio de colaboración con el Insalud sobre salud mental y asistencia psiquiátrica</i> (Cantabria)</p> <p>Protocolo de atención psiquiátrica y salud mental con Insalud y Diputaciones (Extremadura)</p> <p>1994: <i>Convenio de colaboración y coordinación sanitaria con el Ministerio de Sanidad y Consumo</i> (Deja sin efecto el de 1986) (Asturias)</p> <p>1994: <i>Convenio de colaboración y coordinación sanitaria con el Ministerio de Sanidad y Consumo</i> (Deja sin efecto el de 1986) (Asturias)</p> <p>1984: Convenio de Cooperación interinstitucional de la Junta de Castilla y León</p> <p>1985: Convenios de Cooperación con ayuntamientos del área metropolitana (Madrid)</p> <p>Acuerdos interinstitucionales con las 5 diputaciones provinciales (Castilla-La Mancha)</p> <p>1986: Convenio interinstitucional entre la DGA (Diputación General de Aragón) y la Diputación de Huesca (Aragón)</p> <p><i>Acuerdos de colaboración y coordinación de actuaciones con Insalud</i> (Asturias, Cantabria, Galicia y La Rioja)</p> <p>1987: Convenio interinstitucional entre la DGA, el Insalud y las Diputaciones de Zaragoza y Teruel (Aragón)</p> <p><i>Convenio para la atención a la salud mental con Insalud</i> (Navarra)</p> <p>1988: <i>Convenio de Colaboración con Insalud y con el Ayuntamiento de Madrid</i></p> <p><i>Convenio de colaboración con el INSALUD en materia de salud mental</i> (Murcia)</p> <p>Convenios interinstitucionales de Coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica y creación de los Comités provinciales de enlace y coordinación (Aragón)</p> <p>1989: <i>Convenio de colaboración en materia de salud mental con el INSALUD</i> (Galicia)</p> <p>1990: Convenio de cooperación institucional con Insalud y las diputaciones (Castilla y León)</p> <p>Convenio de delegación con la Diputación de Barcelona y Decreto de Traspaso de las otras Diputaciones (Cataluña)</p> <p>1991: <i>Convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de salud mental</i> (Balears)</p> <p><i>Convenio de colaboración con Insalud</i> (Cantabria)</p>
IV. Convenios de colaboración asistencial****	<p>1984: Convenio de Cooperación interinstitucional de la Junta de Castilla y León</p> <p>1985: Convenios de Cooperación con ayuntamientos del área metropolitana (Madrid)</p> <p>Acuerdos interinstitucionales con las 5 diputaciones provinciales (Castilla-La Mancha)</p> <p>1986: Convenio interinstitucional entre la DGA (Diputación General de Aragón) y la Diputación de Huesca (Aragón)</p> <p><i>Acuerdos de colaboración y coordinación de actuaciones con Insalud</i> (Asturias, Cantabria, Galicia y La Rioja)</p> <p>1987: Convenio interinstitucional entre la DGA, el Insalud y las Diputaciones de Zaragoza y Teruel (Aragón)</p> <p><i>Convenio para la atención a la salud mental con Insalud</i> (Navarra)</p> <p>1988: <i>Convenio de Colaboración con Insalud y con el Ayuntamiento de Madrid</i></p> <p><i>Convenio de colaboración con el INSALUD en materia de salud mental</i> (Murcia)</p> <p>Convenios interinstitucionales de Coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica y creación de los Comités provinciales de enlace y coordinación (Aragón)</p> <p>1989: <i>Convenio de colaboración en materia de salud mental con el INSALUD</i> (Galicia)</p> <p>1990: Convenio de cooperación institucional con Insalud y las diputaciones (Castilla y León)</p> <p>Convenio de delegación con la Diputación de Barcelona y Decreto de Traspaso de las otras Diputaciones (Cataluña)</p> <p>1991: <i>Convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de salud mental</i> (Balears)</p> <p><i>Convenio de colaboración con Insalud</i> (Cantabria)</p>	<p>1997: Convenio tripartito Comunidad, Insalud y Ayuntamiento de Madrid (Madrid)</p> <p>1998: <i>Convenio de colaboración con el Insalud sobre salud mental y asistencia psiquiátrica</i> (Cantabria)</p> <p>Protocolo de atención psiquiátrica y salud mental con Insalud y Diputaciones (Extremadura)</p>	<p>1997: Convenio tripartito Comunidad, Insalud y Ayuntamiento de Madrid (Madrid)</p> <p>1998: <i>Convenio de colaboración con el Insalud sobre salud mental y asistencia psiquiátrica</i> (Cantabria)</p> <p>Protocolo de atención psiquiátrica y salud mental con Insalud y Diputaciones (Extremadura)</p>

Las de carácter general han sido resaltadas. *La sectorización de la salud mental en su mayoría coincide con la sanitaria general. No ocurre así en el caso de Navarra y alguna otra (Castilla y León, Murcia y País Vasco).
 ****Básicamente y siguiendo la Ley General de Sanidad, de dos tipos: con la Administración Central (Insalud) y con la local (diputaciones y ayuntamientos).

(Continúa)

Tabla 19-3 Principales actuaciones de las comunidades autónomas en materia de salud mental (Continuación)

Actuaciones	Década socialista (1982-1992)	Crisis del socialismo (1992-1996)	Gobiernos de Aznar (1996-2004)
<p>V. Algunas medidas sociosanitarias relativas a la desinstitutionalización del enfermo mental y a desarrollos comunitarios*****</p>	<p>1985: proceso de desinstitutionalización del Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria (Canarias) 1986: Decreto sobre creación y reconversión de centros asistenciales (Castilla-La Mancha) Plan de alcoholismo y toxicomanías de Navarra 1987: creación del Programa de servicios alternativos a la hospitalización psiquiátrica (Madrid) 1988: Programa regional de acciones contra el alcoholismo (Madrid)</p>	<p>1993: aprobación de la Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental (FAISEM) (Andalucía) 1996: Plan de integración de enfermos psiquiátricos (Navarra)</p>	<p>1997: Programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica (Madrid) 1998: Plan de atención socio-sanitaria de Castilla y León (Programa para enfermos mentales crónicos) Constitución de los Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para enfermos mentales (Decreto) (Canarias) Reestructuración de los servicios de día y de rehabilitación psiquiátrica (Decreto) (Navarra) Transformación del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier en Centro psicogeriátrico (Decreto) (Navarra) 1999: Acuerdo del Servicio Catalán de la Salud y las entidades patronales para reconvertir los hospitales psiquiátricos de Cataluña 2000: Plan Foral de atención sociosanitaria (Navarra) Plan Insular de Rehabilitación psicosocial de la Isla de Tenerife 2000-2004 (Canarias) 2001: Creación del FISLEM (Fundación para la integración socio-laboral del enfermo mental) (Castilla-La Mancha) Ley de drogodependencias (Aragón) 2003: Plan de atención social a personas con enfermedad mental, 2003-2007 (Madrid)</p>

*****En este caso, la diversidad de enfoques ha sido la norma.

Elaborada a partir de García y cols. (1999), Sudirección General de Planificación Sanitaria (1996), Salvador Sánchez (2005), Espino (1996), Méjica y col. (1999), Bravo (2000), Méjica (1999), Palacios (2005) y Martín Laguna (2003).

En cuanto a la homologación e incentivación de los profesionales de la salud mental y a la descentralización y articulación de los recursos para la atención a la salud mental en el ámbito del área sanitaria, los resultados varían entre los distintos territorios. Según José García, que participó en dicha Comisión Ministerial, «la organización de los servicios de salud mental que preconizaba el Informe suponía el desarrollo de trayectorias de atención integradas, algo similar a lo que hoy se denomina *atención por procesos*, pero no se desarrollaron instrumentos para hacerlas efectivas y aún no están bien reguladas ni consensuadas las competencias y funciones de cada nivel» (García, 2006).

El insuficiente desarrollo comunitario expresado en la poca participación real de las personas usuarias (y sus organizaciones) y del nivel local (ayuntamientos), por último, continúa siendo otra asignatura pendiente.

NUEVO ESCENARIO SANITARIO DE LA DÉCADA DE 1990

Los años noventa del siglo pasado traerán cambios en el escenario de la sanidad española –en consonancia con los operados en el nivel de protección social europeo– que afectarán, sobre todo, el ritmo de las reformas en marcha de la salud mental.

Cada vez más, el protagonismo de la reforma psiquiátrica se traslada a las comunidades autónomas, con cierta retirada del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Además, la publicación del conocido como *Informe Abril* en 1991 (MSC, 1991) hará posible la liberalización de la organización y gestión del sistema sanitario español mediante la implantación de nuevas formas de gestión hospitalaria en la sanidad pública importadas del ámbito empresarial y un mayor control del crecimiento del gasto sanitario. En consecuencia, el proceso de reformas de la salud mental se volverá más lento y se reorientará en favor de un mayor control del nivel hospitalario sobre la gestión de las reformas en detrimento del desarrollo y papel desempeñado por los servicios de salud mental comunitarios y ambulatorios. Todo ello irá conformando un nuevo escenario asistencial donde algunos de los aspectos más progresivos de la reforma psiquiátrica dejarán de tener carácter prioritario.

Los principales efectos asistenciales de las políticas llevadas a cabo en este período serán:

1. Reforzamiento del papel de los servicios de psiquiatría hospitalarios.
2. Descenso del peso relativo de las medidas y recursos de apoyo especializado al nivel primario.
3. Cambios en la cultura de uso del sistema sanitario público y en el perfil de las personas usuarias.
4. Progresivo desbordamiento asistencial de la atención primaria.
5. Crecimiento subsiguiente de la demanda en unos centros de salud mental cada vez más insuficientes en sus plantillas y capacidad de organización.
6. Crecimiento de los tiempos de espera asistencial y reducción del tiempo de atención a los y las pacientes.
7. Estancamiento –y en algunos casos, retroceso– de la calidad global de la atención a los problemas de salud mental prestada por la red pública.

Protagonismo creciente de los gobiernos autonómicos en materia de salud (mental)

Tal y como ya hemos señalado, y a pesar de no concluir el proceso de transferencias sanitarias hasta finales del año 2001, la organización de la que provenía la atención psiquiátrica española (importancia de las diputaciones provinciales, de algunos grandes ayuntamientos y del nivel central mediante el organismo autónomo AISNA) y el papel históricamente subsidiario desempeñado por la red de la seguridad social en este sector³⁴ darán un protagonismo cada vez mayor a las comunidades autónomas sobre las reformas de la salud mental³⁵.

Cambios en la orientación de las políticas sanitarias

La década de 1990 abre un período más restrictivo en toda la Unión Europea en lo que afecta el desarrollo de los sistemas de protección social nacidos después de la segunda guerra mundial³⁶.

En España se asiste a la implantación de políticas presupuestarias más centradas en el control del gasto sanitario y a la aparición de nuevas formas de gestión que iniciarán experiencias de privatización de la provisión de servicios asistenciales dentro de la sanidad pública³⁷.

Estos cambios tendrán dos fases diferenciadas: una primera que, partiendo de la doctrina del Informe Abril (1991) (38 y 41), intenta introducir nuevos instrumentos de gestión empresarial en la sanidad pública para modernizar su organización y mejorar su eficiencia. Con posterioridad, y de la mano de las propuestas de la Subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud y la aprobación de la Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión³⁸, ambas de 1997, se inicia un proceso de estancamiento del sector público con gestión directa, pasando de la utilización de instrumentos de gestión propios de la empresa privada a experiencias de privatización y exteriorización más global de la gestión sanitaria. El caso del Hospital de Alcira en la Comunidad Valenciana marca un hito en la nueva forma de organizar la atención sanitaria

³⁴ El principal recurso de la red de seguridad social eran los neuropsiquiatras de cupo, quedando excluido de manera explícita el derecho a la hospitalización psiquiátrica, fuente permanente de litigios con sus beneficiarios.

³⁵ Un buen indicador del compromiso político de los gobiernos autonómicos con este sector será la aprobación de planes de salud mental, específicos o en el marco de los planes generales de salud. Pues bien, antes de 1991 ya se habían aprobado la mayor parte de ellos: Aragón, Asturias, Navarra, Galicia, Murcia, Andalucía, Madrid, País Vasco, Castilla y León, Cataluña y Comunidad Valenciana. Entre 1992 y 1996 se aprobará tan sólo un nuevo plan en Extremadura, quedando pendientes de contar con su plan de salud mental las comunidades autónomas de Canarias (1997), Islas Baleares (1998), Cantabria (1998) y La Rioja (1999).

³⁶ En los países de la OCDE, la participación del gasto sanitario respecto a la riqueza de cada país (PIB) se estancará entre 1992 y 1997 en torno al 7,8 %, con un cambio de tendencia a partir de entonces que llegará al 8,5 % en el año 2002 y que no coincidirá con el proceso seguido en nuestro país, donde se mantendrá fijo el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB entre 1997 y 2001 en torno al 7,5 %. (OMS, 2001).

³⁷ La idea básica recogida en el Informe Abril radicarán en la separación entre financiación y provisión de servicios, lo que permitirá adoptar formas jurídicas y organizativas distintas de las habituales en la gestión pública de la sanidad. Una posición muy crítica sobre los efectos de esta decisión puede leerse en Vicente Navarro (1995).

³⁸ Se trata de una Ley básica que no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de los centros sanitarios siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia.

pública al ponerla en manos de la iniciativa privada (sociedades de seguro libre) por vía de la concesión administrativa del servicio público³⁹.

Se trata, por tanto, de un nuevo contexto afectado por la aparición de signos de estancamiento en el desarrollo del sistema sanitario público tanto en cuanto a su suficiencia financiera como en relación con la calidad, equidad y accesibilidad a éste, y donde una creciente distribución interna del gasto en favor del hospital y la factura farmacéutica frente a la atención ambulatoria agudizará los perfiles de un modelo sanitario de tendencia piramidal, excesivamente medicalizado y hospitalocéntrico frente a otro centrado en una atención más integral y equilibrada de la salud, lo que afectará a los procesos de modernización en marcha de la sanidad y la salud mental⁴⁰.

Este estancamiento de las políticas públicas se justificará mediante un nuevo discurso político que nos asegura que *lo importante es la calidad de la prestación y no la titularidad del servicio*, discurso en que al final puede correrse el riesgo de perder tanto la titularidad como la calidad asistencial con una vuelta a viejas formas de dualización del sistema sanitario⁴¹ (Espino, 2000).

Según el doctor Sánchez Bayle, secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), «las nuevas formas de gestión no han contado con otro respaldo que las reflexiones teóricas de sus promotores, sin que hayan ofrecido con resultados comprobados las mejoras prometidas».

Una consecuencia añadida de las nuevas formas de gestión hospitalaria será la reducción del peso relativo de los recursos humanos en el conjunto del gasto sanitario (tabla 19-4)⁴², lo que actuará también en detrimento de las políticas de salud mental, que

³⁹ La novedad del modelo Alcira de la Comunidad Valenciana respecto a otras fórmulas de gestión de la sanidad pública es que constituye el único pensado para obtener beneficios con la gestión de la atención sanitaria pública. El problema es que, de generalizarse este sistema, el control del regulador público acabaría en manos de las propias empresas reguladas, es decir, que «el administrado» (empresas sanitarias privadas) podría terminar imponiendo sus normas a quien «le paga» (Administración pública) (Espino, 2000).

⁴⁰ En los últimos años, las sociedades científicas de profesionales del nivel primario están clamando por un cambio en la orientación del Sistema Nacional de Salud español, lo que las acerca a las propuestas nacidas en su momento desde el sector de la salud mental. En un Informe de la Plataforma 10 minutos (que engloba diferentes asociaciones profesionales y científicas del sector primario) y en las XIII Jornadas de Primavera de la semFYC (2005) se aportan datos contundentes de la evolución seguida por el gasto sanitario en los niveles hospitalario y ambulatorio. La proporción del gasto en atención primaria respecto a la especializada (hospitalaria) ha evolucionado de forma continuada en detrimento de la primera, desde significar el 40,7 % en 1982 hasta alcanzar el 32,2 % en el año 1991. Desde la aparición del Real Decreto de estructuras básicas de salud en 1984 hasta casi la actualidad, el déficit sanitario ha sido sufrido principalmente por la atención ambulatoria, que ha descendido en relación con la media europea desde 1985. La atención hospitalaria, sin embargo, se ha mantenido en porcentajes comparables a los de la UE desde principios de la década de 1990, y el gasto farmacéutico, muy por encima. Esta distribución de la proporción interna del gasto debe corregirse en el caso de la salud mental debido al efecto operado por la disminución del papel de los hospitales psiquiátricos dentro del conjunto del gasto en salud mental a lo largo de estos años.

⁴¹ A fecha de hoy, se carece de estudios detallados y fiables sobre los efectos de las nuevas formas de gestión sobre la calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud español. No existe valoración con datos fehacientes sobre lo que han dado de sí y no es posible compararlos con los modelos de gestión tradicional porque los escasos datos disponibles no son homogéneos. F. Chicharro (2002) propone un análisis sobre la aplicación de los nuevos modelos de gestión en el sector de la salud mental.

⁴² Si se compara el nivel actual de recursos humanos del sector de la salud mental con las cifras de la Unión Europea (OMS, 2003), España todavía se encuentra en el 70 % de media respecto al conjunto europeo. En el caso de los psiquiatras, la media española es de 6,5/100.000 habitantes frente a 9,0. (Si se analiza el crecimiento habido en estos años, conviene recordar que en 1982 el índice de psiquiatras se encontraba en torno a 3,9, según datos de Freeman, Fryers y Henderson de 1984, y en 1994, en 5,12) (Subdirección General de Planificación Sanitaria, 1996). En cuanto al personal de enfermería, 24,4 frente a 33,5/100.000. La cifra media de psicólogos en España se sitúa en torno a 4,2 (0,20 en 1982 y 2,64 en 1994), la de trabajadores sociales, en 1,88, y la de terapeutas ocupacionales, en 0,78 (Salvador Sánchez, 2005).

Tabla 19-4 Índice de profesionales asistenciales por cada 100.000 habitantes

Índice	Máximo	Comunidades autónomas	Mínimo	Comunidades autónomas	Año 2003	Año 1994
Psiquiatras	10,8	País Vasco	2,64	Comunidad Valenciana	6,52	5,12
Psicólogos(as)	8,16	Cantabria	2,59	Andalucía	4,28	2,64
Personal de enfermería	17,81	País Vasco	4,93	Comunidad Valenciana	9,40	5,65
Trabajadores(as) sociales	0,71	La Rioja	3,60	País Vasco	1,88	1,39
Terapeutas ocupacionales	1,6	Castilla-La Mancha	0,22	Canarias	0,78	1,65
Auxiliares de clínica-monitores(as)	36,7	Extremadura	1,62	Navarra	15,03	13,70
Total	85,04		15,6		37,89	30,15

Observatorio de Salud Mental de AEN. 2003/Encuesta de Salud Mental. Período 1991-1994.

irán perdiendo protagonismo, en muchos casos, dentro de las políticas autonómicas de salud⁴³.

Mayor presencia del movimiento asociativo y las políticas sociosanitarias de nivel local

Como contrapartida, en este período comienza a crecer el papel de los movimientos asociativos dentro del sector y los programas locales de apoyo sociosanitario al enfermo mental⁴⁴.

Se trata de dos elementos nuevos: mayor presencia del *movimiento asociativo* y una creciente sensibilidad por el desarrollo de servicios de *protección social desde el nivel local* que se constituirán, *de facto*, en grupos de presión en favor de un mayor gasto social. La primera asociación española de familiares y allegados de enfermos mentales se creó en Madrid en 1968. En 1983 se promoverá la creación de una Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos, pero hasta 1991 no se consolidará a nivel nacional con su transformación en la Confederación FEFES, ya en su estructura actual y con sede en Madrid (Dougoud, 1998).

⁴³ En 1999, en un intento de relanzar la reforma psiquiátrica, el Grupo Socialista presentará una proposición no de Ley en el Parlamento –apoyada por las asociaciones de familiares de enfermos mentales– para elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, que será rechazada por el Grupo Popular con el apoyo de los nacionalistas, que encargará al Consejo Interterritorial «arbitrar las medidas necesarias para coordinar las actuaciones en salud mental» (Espino, 2002; Grupo Socialista del Congreso, 1999; Congreso de los Diputados, 2000).

⁴⁴ Los elementos que la Ley General de Sanidad contempló para articular la participación de la sociedad en las estructuras sanitarias (los Consejos de Salud) han tenido, con todo, un desarrollo muy insuficiente.

Cambios en las políticas de salud mental

Desaceleración de las reformas y estancamiento de la calidad asistencial

Sin olvidar las importantes variaciones habidas en los procesos seguidos en cada comunidad autónoma, al menos cuatro aspectos nos pueden ayudar a explicar el estancamiento y desequilibrios en los procesos de reforma psiquiátrica y en el nivel de calidad asistencial alcanzado durante estos años:

1. Insuficiente crecimiento de la financiación.
2. Insuficiente desarrollo de recursos específicos para atender a la salud mental que, junto al crecimiento de la población y el aumento de los índices de frecuentación han incidido negativamente en la propia accesibilidad de los servicios.
3. Insuficiente –y a veces incoherente– desarrollo organizativo de la red de salud mental.
4. Falta de equidad entre territorios en materia de prestaciones de salud mental⁴⁵.

Un indicador sensible para analizar lo ocurrido en estos años es la evolución seguida por los centros de salud mental (CSM) comunitarios, instrumento asistencial y de gestión que debía desempeñar un papel principal en las reformas. Han influido negativamente en su evolución:

1. Su progresivo desbordamiento asistencial, resultado del crecimiento continuado de la demanda, la congelación de las plantillas, la continua ampliación del abanico de problemas de salud mental conocidos como «trastornos menores» que llegan a los centros, las nuevas necesidades del enfermo mental propias del período «posmanicomial» y la aparición de una persona usuaria más exigente y esperanzada, a veces, en poder solucionar en la consulta de salud mental los diferentes malestares de su vida relacional (familiar, laboral, etc.)⁴⁶.
2. Insuficiente coordinación con la red de servicios sociales, la atención primaria de salud y los servicios hospitalarios.
3. Desencanto generado por el incumplimiento de algunas de las metas esperadas del desarrollo de los CSM –especialmente la reducción significativa de las necesidades de hospitalización– en gran parte debido al insuficiente desarrollo y coordinación del conjunto de unidades de apoyo de la red de salud mental⁴⁷.

⁴⁵ El número total de profesionales de la salud mental por 100.000 habitantes, por ejemplo, es totalmente dispar de una comunidad autónoma a otra. Y si se realiza un análisis comparativo para cada profesión del sector, la dispersión resultante es igualmente demostrativa de la diferente situación en que se encuentra cada comunidad autónoma (Salvador Sánchez, 2005).

⁴⁶ Según el registro de casos del Principado de Asturias, el número de contactos con la red de salud mental se ha multiplicado por tres en los últimos 15 años (de 1989 a 2004). Este incremento se ha producido a expensas, principalmente, de la prevalencia y el aumento de la frecuentación, no de la incidencia de nuevos casos. También se observan cambios ostensibles en el tipo de patología atendida, en detrimento del acceso y nivel de atención de las personas con trastornos psicopatológicos más graves, especialmente psicosis esquizofrénicas (García, 2006).

⁴⁷ «Aunque los servicios de salud mental fueran muy fuertes y estuvieran bien dotados, es imposible que puedan responder a todas las demandas de apoyo social que se producen, teniendo que recurrir a los servicios sociales generales o específicos, para lo cual es preciso desarrollar una actividad transversal entre distintos servicios» (García, 2000).

4. Insuficiente desarrollo de programas de seguimiento comunitario gestionados desde el CSM en favor de una función médico-clínica cada vez más propia de una consulta externa tradicional.

Estos cambios se han imputado a la *falta de voluntad política de las Administraciones sanitarias* e, incluso, como un fracaso achacable a la *incapacidad de la orientación comunitaria en salud mental* para afrontar de forma integral y eficiente la complejidad de los problemas de los enfermos mentales en la sociedad actual.

Recuperación de elementos de la organización psiquiátrica tradicional

Un aspecto clave para el buen desarrollo de la reforma psiquiátrica española ha tenido que ver con el necesario mestizaje entre dos culturas de procedencias distintas en el discurrir de la psiquiatría española: una más específicamente psiquiátrica –crecida en las luchas llevadas a cabo por la transformación de la institución manicomial– y otra de corte más académico y médico-clínica, consolidada de acuerdo con el desarrollo de la red hospitalaria de la seguridad social y con su vinculación con la enseñanza universitaria (Espino, 1996), culturas antaño enfrentadas, que vieron discurrir el período de la transición política española hacia la democracia para después ir acercándose poco a poco con vistas a compartir intereses comunes (Espino, 2003).

Este nuevo pragmatismo psiquiátrico cuestionará en la década de 1990 algunos aspectos de la filosofía comunitaria de atención a la salud mental –uno de los ejes del Informe de la Comisión Ministerial– y propondrá recuperar elementos más tradicionales de la organización psiquiátrica y reconducirla dentro de los márgenes más estrechos de *la psiquiatría en tanto que especialidad médica* (Giner Ubago y López Ibor, 1995), frente a los que consideran que «hoy es evidente que la atención a la salud mental no es cuestión de una única especialidad médica, sino de equipos multidisciplinares integrados por varios especialistas» (García, 2006).

En todo caso, una sobrevaloración del papel de los nuevos fármacos y el empobrecimiento del discurso psiquiátrico y psicopatológico basándose en la entronización de las clasificaciones DSM y CIE más allá de las funciones para las cuales fueron creadas constituyen elementos facilitadores de cierta recuperación de fórmulas más tradicionales de organización de la atención a la salud mental.

Nueva cultura de uso de los servicios de salud (mental)

Más allá de la universalización de las prestaciones sanitarias y del necesario control del crecimiento del gasto sanitario público, *la calidad asistencial* emergerá en la Europa de la década de 1990 como una nueva religión a la cual deberán atender los distintos gobiernos. A nivel europeo –muy especialmente en los países nórdicos con las «Cartas de derechos y deberes de los pacientes»– se asistirá a cambios del papel del paciente respecto a su sistema sanitario, hoy día más activo. Igual sentido tendrá la obligatoriedad legal de obtener consentimiento informado, la preocupación por mantener informado al paciente y por contar

con sus preferencias a la hora de tomar determinadas decisiones clínicas, o los cambios en la organización de los sistemas sanitarios, ampliando las facilidades de elección de centro o médico. Estas medidas que buscan dar mayor protagonismo a la persona usuaria se asientan en decisiones políticas de los gobiernos que esperan incrementar de esta forma la calidad asistencial y el nivel de satisfacción de las personas usuarias con su sistema sanitario, obteniendo como resultado de este proceso también réditos electorales.

En el caso de los españoles, las encuestas comenzarán a reflejar desde principios de la década de 1990 un especial interés y preocupación por la sanidad y los temas de atención sanitaria en tanto que elementos prioritarios de su bienestar, incrementándose las exigencias de la persona usuaria respecto a aquélla. Sin embargo, no reflejarán la existencia de un nuevo perfil de persona usuaria más activa hasta muy tardíamente. En encuestas recientes⁴⁸ continúa apareciendo mayoritariamente un perfil de persona usuaria que delega sus decisiones en el médico o la médica y adopta un rol preferentemente pasivo y una relación de tipo paternalista o deliberativa; así se constata en la encuesta del FECYT (2004), donde «el paciente ante una decisión crítica se confía a lo que le dice su médico sin más en el 76,3 % y en el 17,2 % sopesa su decisión de acuerdo con lo que le ha dicho, guiándose sólo en el 5 % de acuerdo con otras informaciones». Esta actitud siempre aparece unida a una gran confianza en la profesión médica a pesar de solicitar sistemáticamente más dedicación por visita y más información sobre su padecimiento y tratamientos.

En todo caso, en estos años se inicia un cambio que irá tomando forma poco a poco hasta la actualidad, con dos tendencias:

1. Aparición de un nuevo perfil de paciente-ciudadano más responsable frente a su salud y la de su familia y que puede llegar a adoptar una conducta cercana a la del consumidor de servicios públicos.
2. Consolidación de la confianza depositada en la profesión médica como agente principal del sistema, superior a la depositada en el resto de profesiones sanitarias y que se mantendrá sin cambios a pesar de las quejas existentes en torno a la calidad de la atención sanitaria recibida

ACTUALIDAD Y VIGENCIA DE LAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS EN ESPAÑA

¿Por qué se estancan las reformas?

Es opinión generalizada entre los responsables de la salud mental de las diferentes comunidades autónomas que el ritmo de las reformas de la salud mental se ha enlentecido. Sin embargo, ¿cuál es el motivo de este estancamiento?

⁴⁸ Véanse las encuestas de la Fundación Biblioteca Josep Laporte para el Observatorio de Salud y Mujer (julio de 2001) y para Demoscopia (septiembre de 2002) o la II Encuesta Nacional sobre percepción social de la ciencia y la tecnología (septiembre de 2004) o el estudio internacional *El paciente del futuro* dirigido desde el Picker Institute de Oxford, entre otras.

Se analizan con cierto detalle posibles razones:

1. Insuficiencia financiera.
2. Falta de eficiencia y equidad en la aplicación del gasto.
3. Mala organización y gestión de los recursos y programas existentes para la atención de la salud mental, que incluye la falta de políticas incentivadoras de los profesionales del sistema público.

La progresiva *insuficiencia financiera* del sistema es un aspecto que debe tenerse en cuenta. Y los datos así lo avalan: la proporción entre el gasto sanitario total y el PIB se ha visto congelada entre 1997 y 2001; en este tiempo, sin embargo, y en contradicción con la evolución general seguida en la Unión Europea⁴⁹, la presión fiscal ha crecido por encima del gasto en protección social⁵⁰; el incremento del gasto sanitario anual se ha situado 1,4 puntos por debajo de la media de la Unión Europea y el gasto por ciudadano y año ha alcanzado el 75 % de la media europea en el año 2002⁵¹. La valoración por parte de los propios interesados del sistema sanitario español, por último, ha empeorado en estos años en comparación con otros países de la Unión Europea⁵².

En cuanto a la evolución del gasto sanitario total en relación con el producto interior bruto, se ha mantenido entre 1997 y 2001 en el 7,5 del PIB (tabla 19-5). El crecimiento del gasto sanitario/año entre 1997 y 2002 en nuestro país ha estado en torno al 2,6 %, mientras que la Unión Europea crecía un 4 % anual (tabla 19-6). Las encuestas de valoración ciudadana de nuestro sistema sanitario público, que indican mejoras desde el año 1982 hasta 1995, han vuelto a bajar ligeramente hasta los 6 puntos. Datos provisionales referidos a 2004 muestran nuevamente una ligera subida que estabilizarán de manera deseable un cambio de tendencia (tabla 19-7).

Con todo, las reformas no sólo necesitan dinero, también les afecta una *mala distribución y asignación del gasto* que, como expresión de las prioridades políticas, pueden afectar negativamente la equidad y eficiencia del sistema sanitario.

En nuestro país existe una dispersión del gasto sanitario entre comunidades autónomas hasta del 40 %⁵³. Si se contempla la distribución del conjunto del gasto sanitario, puede

⁴⁹ El estancamiento del gasto sanitario público en la Unión Europea se produjo entre los años 1992 y 1997, creciendo por encima del PIB y con carácter general a partir de 1998 (Panorama de la salud: Indicadores de la OCDE, 2005).

⁵⁰ Según datos de OMS, Informe sobre la salud en el mundo, 2004.

⁵¹ Según el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Informe sobre España, 2002.

⁵² De acuerdo con el Barómetro Sanitario dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, «la satisfacción de la persona usuaria con el Sistema Nacional de Salud ha caído en más del 7 % entre 1995 y 2003, y la principal causa de descontento son las listas de espera». De igual forma, en un estudio realizado con los 15 países de la UE para medir el nivel de satisfacción de las personas usuarias en relación con el cumplimiento de sus necesidades asistenciales, el sistema sanitario español es uno de los peor valorados por los pacientes, ocupando la duodécima posición (Molina i Parrilla, 2006) con una puntuación de 0,52 sobre 1, sólo por delante de Grecia (0,45), Italia (0,45) y Portugal (0,43). Asimismo, en el Informe para 2004 de la Oficina del Defensor del Pueblo se señala que «la satisfacción de las personas usuarias respecto al sistema público sanitario está experimentando en los últimos años un paulatino retroceso».

⁵³ Véase el Informe para 2004 de la Oficina del Defensor del Pueblo: «Sensibles desequilibrios y crecientes diferencias territoriales en cuanto a la cartera de servicios de salud en las distintas comunidades autónomas que pueden menoscabar el principio de equidad», y el Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública (Cabases y cols., 2002). También se recogía este problema en el Programa electoral del PSOE en materia sanitaria para las elecciones generales de marzo de 2004.

Tabla 19-5 Evolución del gasto sanitario sobre el PIB

	1997	2001		1997	2001
Austria	8	8	Luxemburgo	6	6
España	7,5	7,5	Polonia	6,1	6,1
Francia	9,4	9,6	Portugal	8,6	9,2
Italia	7,7	8,4			

PIB, producto interior bruto.

De OMS. Informe sobre la salud en el mundo (2004).

Tabla 19-6 Crecimiento del gasto sanitario por año (1997-2002)

	España	Unión Europea	OCDE
Gasto sanitario	2,6	4,0	4,3
Gasto público	2,4	4,1	4,5

OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

De Informe de la OCDE.

Tabla 19-7 Valoración ciudadana del Sistema Sanitario Público

	1982	1995	2001	2002	2003	2004
España	3,0/10	7,0/10	6,0/10	5,9/10	6,0/10	6,1/10

Elaborada a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

comprobarse que ha crecido proporcionalmente el gasto sanitario privado. La distribución interna del gasto sanitario ha continuado favoreciendo el crecimiento del gasto hospitalario frente a la atención primaria⁵⁴ y, muy especialmente, el gasto farmacéutico en detrimento de los recursos humanos, la investigación, los equipamientos y la inversión en tecnología.

La evolución del gasto sanitario público en relación con el PIB en España se ha visto reducida del 5,92 al 5,47 entre 1996 y 2003 (tabla 19-8). En cambio, la evolución del gasto sanitario privado ha crecido de 11 a 15 millones de euros (tabla 19-9), lo que implica un porcentaje bastante importante.

⁵⁴ Las reformas llevadas a cabo en la hospitalización psiquiátrica en España (reducción del papel del hospital psiquiátrico en favor del desarrollo de una atención extrahospitalaria) aporta una particularidad en relación con la tendencia general. Si se analiza el caso de Cataluña, por ejemplo, el porcentaje del presupuesto en salud mental que en 1990 se dedicaba a la atención hospitalaria era del 75,5 %, mientras que en 2003 se había reducido al 58,0 % del total (Molina i Parrilla, 2006).

Tabla 19-8 Evolución del gasto sanitario público sobre el PIB

	1996	2003
España	5,92 %	5,47 %

PIB, producto interior bruto.
De Informes de la OMS y la OCDE.

Tabla 19-9 Evolución del gasto sanitario privado sobre el PIB

	1998	2002
PIB (%)	2,08	2,18
Total (€)	11.000.000	15.100.000

Del Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del SNS (2003).

Tabla 19-10 Evolución del gasto sanitario público y privado

España	1992	1997	2001-2002
Pública	78,0 %	72,5 %	71,4 %
Privada	22,0 %	27,5 %	28,6 %

De Informes de la OMS (2004) y del Ministerio de Sanidad y Consumo (2003).

En resumen, se ha reducido el porcentaje de gasto sanitario público a costa del gasto sanitario privado (tabla 19-10).

Es difícil contar con datos fiables aplicables al gasto en salud mental, teniendo en cuenta que este sector ha carecido, en general, de programas presupuestarios propios⁵⁵ –y que también es objeto de grandes diferencias entre unas autonomías y otras⁵⁶–. Sin embargo, es razonable pensar que haya podido sufrir una suerte parecida a la que se desprende de los datos anteriores, al menos en cuanto a las cifras y tendencias más generales. A falta de una información más específica y fiable sobre el gasto en salud mental, se dispone de un in-

⁵⁵ El gasto en salud mental de las comunidades autónomas continúa siendo, en gran medida, desconocido. Según el Observatorio de Salud Mental de la AEN, hay datos aproximados en los casos de Extremadura, Galicia y País Vasco (Salvador Sánchez, 2005). Méjica y Fernández valoran en Cataluña el gasto en salud mental en torno al 3 % del presupuesto sanitario global, por debajo del País Vasco o Navarra, que destinan el 7 % de éste (1999). Para José García, por último, es evidente que en España no se llega ni con mucho a cifras en torno al 20 % del gasto total para la atención a la salud mental, tal y como ocurre en la Unión Europea de 15 países (García, 2006).

⁵⁶ De acuerdo con la valoración recogida por Méjica y Fernández en su libro de 1999, el País Vasco gastaba en salud mental 7.500 de las antiguas pesetas por habitante y año, mientras Cataluña sólo llegaba a 2.500 y algunas comunidades estaban bastante por debajo de estas cifras. Comparativamente, Holanda estaba gastando 24.000 pesetas por persona y año.

dicador indirecto muy expresivo: el incremento de la aportación familiar directa en el caso de la atención de la esquizofrenia. Las familias de los esquizofrénicos están incrementando su aportación a los costes que ocasiona su tratamiento de forma que crece el esfuerzo individual o familiar para compensar el estancamiento del esfuerzo colectivo por mantener la suficiencia financiera y garantizar una organización eficiente del gasto en el tratamiento de estos pacientes. A fecha de hoy, el enfermo esquizofrénico genera una carga económica a su familia mayor que a la Administración sanitaria (Saldivia, 2000).

El aumento del gasto relativo en salud mental habido se debe principalmente a la irrupción de nuevos medicamentos (antipsicóticos y antidepresivos)⁵⁷ y no al crecimiento de los recursos de personal a pesar de tratarse de un sector donde el factor humano es elemento esencial y donde no es posible avanzar sin profesionales suficientes y bien capacitados⁵⁸. Se continúa estando en el furgón de cola en cuanto a los índices de profesionales del sector de salud mental respecto a otros países europeos de acuerdo con las cifras oficiales de la OMS (Muijen, 2006)⁵⁹. No pasa lo mismo con el gasto farmacéutico, por cierto, al menos en términos porcentuales⁶⁰.

Sin embargo, no todo es achacable a la disponibilidad financiera⁶¹; la calidad no depende, superado determinado nivel, de cuánto se invierte, sino de *cómo y en qué* forma se gasta, lo que relativiza, en parte, un discurso centrado exclusivamente en la insuficiencia financiera y nos obliga a considerar cada vez más seriamente los aspectos de organización y distribución interna del gasto en salud mental y aquellos aspectos relacionados con la buena gestión sanitaria, por su gran influencia –especialmente en lo relacionado con las políticas de personal– sobre los resultados en términos de calidad final⁶².

Luces y sombras de la reforma psiquiátrica

Puede contemplarse con cierta perspectiva el proceso de reformas iniciado en la década de 1980 y valorar aquellos aspectos que han tenido una evolución más positiva frente a los

⁵⁷ Según Manuel González de Chávez, en el caso de la atención de los pacientes esquizofrénicos, más del 90 % del gasto público se va en medicación (Discurso inaugural al XV Congreso Internacional para la Psicoterapia de la Esquizofrenia y otras psicosis, Madrid, junio de 2006).

⁵⁸ Sin contar con los «costes invisibles de la enfermedad», tan importantes en el caso de los enfermos mentales, al perdurar entre nosotros una cultura de responsabilización directa de la familia en el cuidado de niños y enfermos dependientes. Según M. Ángeles Durán, en el caso de estos enfermos, «el volumen de trabajo remunerado dedicado al cuidado de su salud es solamente el 12 % del total de horas dedicadas a esta labor por el conjunto de la población española» (Durán Heras, 2002).

⁵⁹ Las cifras oficiales aportadas por la OMS se encuentran por debajo de las cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo español o las del Observatorio de Salud Mental de la AEN (Muijen, 2006; Sudirección General de Planificación Sanitaria, 1996; Salvador Sánchez, 2005; tabla 19-4).

⁶⁰ Según datos oficiales, en el año 1997, los porcentajes de la factura farmacéutica sobre el gasto sanitario público en España eran del 18,9 frente al 11,9 de la Unión Europea. Estas cifras en 2002 habían crecido al 22,0 frente al 14,0.

⁶¹ Nadie discute hoy día en España que la gestión del ministro Ernest Lluch en la primera legislatura socialista fue extraordinariamente beneficiosa para la sanidad española; sin embargo, pocos recuerdan que en esos años el porcentaje del gasto sanitario público sobre el IPC descendió del 3,84 al 3,43 % de acuerdo con las políticas restrictivas impuestas por el ministro de Economía y Hacienda, Miguel Boyer.

⁶² Gro Harlem, que fue directora general de la OMS, ha señalado, sin embargo, los límites de la buena gestión: «Siempre es posible mejorar los métodos de trabajo para compensar una reducción presupuestaria del 3 o el 4 %, pero cuando la reducción es importante, sucede que se anula, en parte, la labor que realizamos».

problemas que, en mayor o menor grado, continúan pendientes de solución. Y puede adelantarse de forma más fiable qué cuestiones continúan siendo cruciales en la actualidad para resolver los problemas pendientes o de reciente aparición (Aparicio, 1993; García y cols., 1998; Subdirección General de Planificación Sanitaria, 1996; Montejo y col., 1998; Salvador Sánchez, 2005; García, 2006; Espino, 2002; Ballesteros, 1991; Espino, 1995; Espino y col., 2003; Menéndez, 2005; VVAA, 2002; Fernández Liria, 2006).

Aspectos positivos

Hay un consenso muy general sobre aquellos aspectos en que la reforma psiquiátrica española ha avanzado de forma muy positiva:

1. Territorialización de los servicios de salud mental, que ha introducido mayor racionalidad en las medidas de planificación, distribución de los recursos y provisión asistencial.
2. Integración de la atención a la salud mental en la red sanitaria, consecuencia de la propia Ley de Sanidad, que ha cambiado en su conjunto la organización de la salud mental y ha influido positivamente sobre la calidad de la atención y la propia percepción del público en general sobre la enfermedad mental.
3. Reducción importante de las camas monográficas en favor del desarrollo de camas activas para la hospitalización total y parcial dentro de la red sanitaria general⁶³.
4. Desarrollo de una red de salud mental homologable en todo el país (centros de salud mental, unidades de hospitalización, centros de rehabilitación, etc.) y compuesta por equipos multiprofesionales.
5. Formación reglada de los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos y diplomados(as) universitarios(as) en enfermería; Méjica y col., 1999).

Problemas pendientes

El consenso no es tan general a la hora de detallar los problemas pendientes de solución. A continuación pueden verse algunos de ellos:

1. Insuficiencia de recursos humanos⁶⁴.
2. Insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social y calidad, a veces, no contrastada de éstos (servicios exteriorizados sin medidas del control de calidad).

⁶³ Según Matt Muijen, España en la actualidad cuenta con el menor número de camas psiquiátricas por habitante de toda Europa, después de Italia (Muijen, 2006). Su distribución varía dentro de un amplio abanico entre las diferentes comunidades autónomas. Si nos referimos al País Vasco, las camas de carácter monográfico se han visto reducidas en el 35,4 % entre 1979 y 2004, aumentando en el mismo período las camas psiquiátricas de hospital general el 40,5 % (Iruin Sanz, 2006). Si se trata de Cataluña, han reducido las camas de larga estancia en el 31,7 % entre 1990 y 2003, mientras crecían las camas de hospital general en el 44,4 % (Molina i Parrilla, 2006). En el caso de Andalucía prácticamente han desaparecido todas las camas de carácter monográfico (hospitales psiquiátricos).

⁶⁴ A pesar del importante incremento en el sector tanto en la cantidad de recursos humanos como en su diversificación, con diferencias importantes entre comunidades autónomas. En el caso del País Vasco, por ejemplo, el número de facultativos contratados para la red pública de salud mental ha crecido entre 1979 y 2002 el 160 %, pasando de 132 a 293 (Iruin Sanz, 2006).

3. En algunos territorios faltan programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables (niños y adolescentes, personas ancianas, inmigrantes, penadas, etc.).
4. Falta una oferta más equitativa y mayor colaboración entre territorios y Administraciones.
5. Falta llevar a cabo una integración generalizada de la red de atención a drogodependientes.
6. Continúa habiendo deficiencias en la organización de la información, coordinación y evaluación del sector de salud mental⁶⁵.
7. Continúa sin consolidarse una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud mental en el ámbito del área sanitaria (servicios sociales, atención primaria, atención especializada y rehabilitación y reinserción social) que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas que son objeto de atención por parte de este sector sanitario.
8. Continúan sin desarrollarse de forma efectiva los aspectos preventivos y de promoción de la salud mental, así como las tareas a llevar a cabo «en y con» la comunidad.

Cuestiones estratégicas

Un nuevo impulso, necesario, a las reformas de la década de 1980 exige tomar en consideración algunas cuestiones de carácter estratégico:

1. Un mejor conocimiento de lo que el Sistema Nacional de Salud se gasta en atención a la salud mental.
2. Una mejor organización de la información acerca de lo que realmente se hace en la red de salud mental.
3. Contar con una cartera de servicios común, viable y adecuada a las necesidades de la población.
4. Una mejor definición de las funciones, organización y competencias de las unidades asistenciales que constituyen la red de salud mental.
5. Un mayor compromiso con la continuidad de cuidados del enfermo mental dentro del territorio (área de salud), que implique tanto a la atención primaria como al servicio hospitalario.
6. Contemplar la formación continuada como una obligación de los profesionales dentro de su carrera profesional y como un compromiso de calidad del Sistema Nacional de Salud hacia ellos.
7. Disponer de indicadores de calidad y evaluación asistencial comparables en todas las comunidades autónomas.
8. Asegurar una cooperación leal entre los distintos territorios.
9. Redefinir el papel actual de la comunidad y la familia del enfermo mental en cuanto a su atención y seguimiento y en cuanto al mantenimiento de su calidad de vida.
10. Desarrollar medidas eficaces que reduzcan el estigma del enfermo mental dentro de sociedades tan competitivas como las actuales.

⁶⁵ Lo que no deja de ser un problema general de todo el Sistema Nacional de Salud español.

A MODO DE CONCLUSIÓN: RAZONES PARA UNA NUEVA ETAPA DE REFORMAS

Sin olvidar las dificultades de la década de 1990 ni sus efectos sobre la falta de equidad interterritorial resultante, estamos ante una nueva oportunidad de contribuir desde la organización sanitaria a mejorar la salud (mental) de nuestros ciudadanos. Hay tres consideraciones que avalan la necesidad de un nuevo impulso a la salud mental: la creciente importancia de los problemas de salud (mental) en la calidad de vida de las personas, la solicitud de más y mejor atención por parte de las personas usuarias del SNS y un nuevo contexto europeo (y español) más comprometido con la atención a la salud mental. Y aun podríamos añadir una cuarta: cumplir con el compromiso de promover una atención a la salud mental más equitativa, accesible y efectiva en todo el territorio nacional (Espino, 2002).

Importancia creciente de la salud (mental) en la calidad de vida de las personas

Disfrutar de salud (mental) es, hoy día, un indicador principal de la calidad de vida de las personas y su entorno. La pérdida de la salud (mental) tiene importantes e inmediatas consecuencias negativas: cargas no sólo personales y clínicas, sino también familiares, sociales, profesionales, laborales y económicas.

Recordar alguna de las cargas directamente relacionadas con la pérdida de la salud (mental) nos puede ayudar a entender la magnitud creciente de este problema de salud:

1. Alta prevalencia de los trastornos mentales, en torno al 25 % a lo largo de la vida.
2. Altos índices de discapacidad que produce el trastorno mental: cuatro trastornos psiquiátricos se encuentran entre las diez primeras causas de discapacidad (García, 2006).
3. Incidencia tan negativa que los problemas psíquicos tienen sobre la salud física.
4. Importante sufrimiento personal que siempre acompaña a los trastornos psíquicos, incluso a los más comunes (ansiedad y depresión).
5. Carga y sufrimiento familiar añadidos que acompaña, en casi todos los casos, a la aparición de la enfermedad mental.

Tampoco hay que olvidar los costes menos visibles, pero también relacionados con la eclosión de la enfermedad mental:

1. Efectos y actitudes que la enfermedad mental desencadena en la sociedad, condicionando aspectos de su organización económica, educativa, judicial e, incluso, penal.
2. Repercusión del trastorno psíquico sobre el desarrollo de la riqueza nacional al estar entre las tres primeras causas de absentismo laboral⁶⁶.

⁶⁶ El 30 % de las bajas laborales son achacables a problemas de salud mental y en uno de cada dos tiene relación con la situación y condiciones laborales del trabajador (Jornadas sanitarias sobre accidentes de trabajo y bajas laborales. Euskadi, 2005).

3. Efectos económicos estimados para la enfermedad mental y que pueden llegar a significar hasta el 3-4 % del producto interior bruto (PIB) fundamentalmente debido al descenso de la productividad.
4. La enfermedad mental continúa siendo una de las principales causas de jubilación anticipada e incapacidad permanente.
5. La depresión y el alcoholismo están entre las principales enfermedades (no transmisibles) que producen incapacidad.
6. El gasto relativo en salud mental está creciendo, sobre todo, debido al aumento de utilización de nuevos medicamentos psicotrópicos (antipsicóticos y antidepresivos), mucho más caros que aquellos a los cuales tratan de sustituir⁶⁷.

Los ciudadanos demandan más y mejor atención

En estos años, y a pesar de la existencia constatada de una cifra significativa de personas con trastornos mentales que no buscan ayuda en el sistema de salud, ha aumentado el número de personas con problemas de salud mental que acuden al sistema sanitario, lo que se ha relacionado con la mejora en las prestaciones y la aparición de un nuevo perfil de persona usuaria –habitualmente con «trastornos menores»–, más exigente con sus derechos sanitarios.

Un estudio realizado por la Harvard Medical School para la OMS concluye que muchas personas son tratadas sin que esté demostrado su necesidad, mientras que se pasan por alto trastornos psiquiátricos serios necesitados de tratamiento, lo que nos confirma que se trata no sólo de un problema de recursos limitados, sino también de un uso poco riguroso ni apropiado de los recursos con que se cuenta⁶⁸.

Al aumento de la frecuentación del Sistema Nacional de Salud por personas con problemas relacionados con su salud mental están cooperando:

1. Gran crecimiento del índice de actos extrahospitalarios frente a los hospitalarios
2. Creciente presencia de la «patología de la falta de confortabilidad» en las consultas de salud mental.
3. Nuevas necesidades del enfermo mental que vive en comunidad aparecidas con posterioridad y por efecto de la desaparición del modelo manicomial⁶⁹.

⁶⁷ La variación sufrida por parte de los medicamentos antidepresivos y antipsicóticos en España entre 1977 y 2004 ha sido espectacular, sobre todo si se atiende a su impacto económico. En el caso de los antidepresivos, el volumen de ventas en estos años ha crecido el 89,24 % (de 14,14 a 26,79 millones de envases) con un impacto económico creciente en el 165,17 % (de 168,61 a 447,11 millones de euros); los ISRS son los más vendidos, con la paroxetina a la cabeza. En el caso de los antipsicóticos, sin un gran crecimiento del volumen de ventas, el 7,75 % (de 11,74 a 12,65 millones de envases), el impacto económico ha sido verdaderamente espectacular: el 413,35 % (de 61,84 a 317,46 millones de euros), debido a la generalización del uso de los nuevos antipsicóticos, muy especialmente risperidona y olanzapina. La realidad es que tratar un episodio depresivo o psicótico dentro del sistema sanitario público en la actualidad conlleva para éste una carga económica mucho más alta que hace sólo unos años (Girona-Brumós y cols., 2006).

⁶⁸ OMS. Sondeos mundiales de salud mental, 2001-2003.

⁶⁹ Según Manuel González de Chávez, el 84 % de los esquizofrénicos en España vive en su domicilio familiar (Discurso inaugural del XV Congreso Internacional para la Psicoterapia de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, Madrid, 2006).

4. Presión sobre el consumo exagerado e inadecuado de servicios de salud (mental) por parte de los medios de comunicación, el complejo industria farmacéutica-corporaciones médicas y el propio Sistema Nacional de Salud –más centrado en el tratamiento de la enfermedad que en la promoción de la salud–, con su influencia decisiva en la conformación de la cultura asistencial de las personas usuarias.

Sin embargo, la excesiva medicalización de los problemas sociales y de la vida cotidiana puede estar ocasionando «una distorsión en el orden epistemológico, convirtiendo el *pathos* en patología, la persona que sufre en un caso clínico y lo que debiera ser una historia de vida en una historia clínica» (García, 2006).

¿Qué solicitan las personas usuarias de nuestro Sistema Nacional de Salud según las encuestas de satisfacción?

Básicamente, demandan mayor accesibilidad al sistema sanitario y mejor atención. Con otras palabras, tiempos de espera razonables a lo largo de todo el proceso asistencial y mayor calidad expresada en tres puntos: más capacidad para elegir profesional y centro sanitario, más información sobre las actuaciones del sistema y mejores condiciones materiales de la red asistencial, es decir, mayor confortabilidad⁷⁰.

Al expresar su disconformidad con la insuficiente cobertura de recursos de salud mental y servicios de rehabilitación y la descoordinación existente entre el nivel primario (ambulatorio) y el hospital, están señalando la existencia de una doble insuficiencia: *de recursos* y *de organización*.

¿Y qué piden las asociaciones del sector?

Solicitan más y mejores servicios para los y las pacientes, reivindicando principalmente:

1. Más financiación para disponer de recursos adecuados y suficientes para atender tanto los problemas clínicos de la salud mental como los aspectos de rehabilitación y reinserción social de la persona enferma.
2. Mejor organización y gestión de la red de salud mental de forma que estén bien coordinados el nivel ambulatorio y el hospitalario.
3. Mayor equidad entre comunidades autónomas con un compromiso de disponer de una cartera de servicios común y adecuada en todo el territorio nacional.
4. Programas eficaces que garanticen la continuidad de cuidados en el caso de los enfermos mentales crónicos y que incluyan la atención domiciliaria y la enfermería comunitaria, estén en condiciones de prestar atención intensiva en las situaciones de crisis y hagan posible un traslado sanitario profesional del enfermo si necesita hospitalización urgente.

⁷⁰ Véanse los Barómetros anuales de la salud realizados por el CIS para el Ministerio de Sanidad y Consumo y los Informes anuales de la Oficina del Defensor del Pueblo. También algunas encuestas de carácter europeo como «Iguales pero diferentes», del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, 2001-2003 (M. Rodríguez), la Encuesta Social Europea 2002-2003, los Eurobarómetros sanitarios o la Encuesta Paneuropea realizada por el Instituto Stockholm Network, entre otras. Las encuestas promovidas por los gobiernos autonómicos suelen dar siempre resultados muy reconfortantes para su gestión.

En síntesis, respuestas eficaces para dos problemas que continúan sin estar bien resueltos: la incorporación de *la atención domiciliaria a los programas de continuidad de cuidados asistenciales* y la profesionalización del *traslado sanitario al hospital del enfermo mental en fase aguda*.

Estos problemas, que se han ido haciendo más y más visibles al ir desapareciendo el modelo manicomial, continúan sin disponer de solución satisfactoria y viable para todas las partes.

Un contexto europeo (y español) favorable

La OMS dedicó su Informe Anual de 2001 a la salud mental (OMS, 2001) y ha promovido en 2005 la Conferencia de Ministros Europeos de Sanidad en Helsinki, donde se ha asumido de forma unánime un compromiso político en favor de la salud mental, expresado en la Declaración y el Plan de acción aprobados en dicha conferencia y que son coherentes con las reformas promovidas en España a partir del Informe de la Comisión Ministerial y de la aprobación de la Ley General de Sanidad (Muijen, 2006). El Consejo Interterritorial, órgano de coordinación del SNS español ha dado su apoyo unánime al compromiso adquirido por el gobierno español en Helsinki, poniendo en marcha la elaboración y posterior implantación de una *Estrategia para la salud mental* en todo el territorio nacional. Dicha estrategia se ha convertido en una oportunidad para recuperar la iniciativa perdida en estos años en materia de salud mental por parte del Ministerio de Sanidad en acuerdo con las comunidades autónomas y abre la posibilidad de adquirir mayor liderazgo exterior mediante el cumplimiento del compromiso adquirido con el resto de países de la UE.

Es éste, por tanto, el momento de complementar con ilusión colectiva nuestro compromiso europeo y con nuestros ciudadanos en favor de mayores cotas de salud (mental) para lo que será preciso nuevas inversiones y una gestión cada vez más profesional y rigurosa de las instituciones sanitarias que actúan en favor de la salud mental.

Debe tenerse en cuenta que cuatro elementos, al menos, son indispensables para continuar con éxito nuestras reformas en marcha: suficiencia financiera, asignación eficiente de los recursos, gestión profesional y rigurosa, e ilusión de los y las profesionales por producir cambios en favor de una mejor atención a la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Uría F. Miserables y locos. Barcelona: Tusquets, 1983.

Aparicio V. La reforma psiquiátrica de 1985. En: Aparicio V, coord. Evaluación de Servicios de salud mental. Madrid: AEN, 1993; 127-182.

Ballesteros S. Las unidades de salud mental (Insalud), y el proyecto hacia una salud mental comunitaria. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1991; 38: 203-217.

Bravo F y cols. Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social. Barcelona: Ariel, 1979.

Bravo MF, coord. Hacia una atención comunitaria de Salud mental de calidad. AEN Cuadernos Técnicos 2000; 4.

Cabases JM, Villalbí JR, Aibar C. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública.

- Casco J. Autarquía y nacional-catolicismo. En: Un siglo de psiquiatría en España, Madrid: Necodisne Ediciones, 1995; 197-207.
- Casco J. Psiquiatría y franquismo. Período de institucionalización (1946-1960). En: Fuentenebro F, Berrios GE, Romero I, Huertas R, eds. Dr. Luis Martín Santos. Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio. Madrid: Necodisne Ediciones, 1999; 85-129.
- Castilla del Pino C. Casa del Olivo. Autobiografía (1949-2003). Barcelona: Tusquets, 2004.
- Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Autobiografía (1922-1949). Barcelona: Tusquets, 1997.
- Chacón Giménez Cuenca F. Reclusión de dementes. Madrid: Col. Lictor C., 1941.
- Chicharro F. La salud mental ante los nuevos modelos de gestión. Norte de Salud Mental 2002; 15: 43-48.
- Comelles JM. La razón y la sinrazón. Barcelona: PPU, 1988.
- Comisión de análisis y evaluación del sistema nacional de salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, julio de 1991.
- Congreso de los Diputados. Sesión Plenaria sobre la proposición no de Ley del Grupo Socialista del Congreso, 23 de noviembre de 1999. Psiquiatría Pública 2000; 1 (enero-abril): 41-51.
- De Lera AM. Mi viaje alrededor de la locura. Barcelona: Planeta, 1972.
- Dougoud L. Asociaciones de familiares de enfermos mentales. En: García J, Espino A, Lara L, eds. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998; p. 279-284.
- Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad, 2.^a ed. Fundación BBVA, 2002.
- Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; 81: 39-61.
- Espino A. Breve repaso de la especialidad psiquiátrica. En: Espino A, Olabarria B, coords. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Estudios/29, 2003.
- Espino A. Fundaciones Sanitarias y privatización. *El País*, 16 de mayo de 2000.
- Espino A. La formación psiquiátrica en el período de transición a la democracia. En: Espino A, Olabarria B, coord. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Estudios/29; 2003.
- Espino A. La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República. Su influencia asistencial. Estudios de Historia social 1980; 14: 59-106.
- Espino A. La reforma psiquiátrica en la II República española. En: Huertas R, Romero AI, Álvarez R, coords. Perspectivas psiquiátricas. Madrid: CSIC, 1987; p. 221-230.
- Espino A. La salud mental en los noventa: guía para la discusión. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1995; 55: 735-745.
- Espino A. Memoria económica del anteproyecto de la Ley General de Sanidad (1984). En: García J, Espino A, Lara L, eds. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
- Espino A. Presente y futuro de la atención psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Espino Granada A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- Espino A, moderador. Realitats i projectes en relació als nous crònics. En: Labad A, coord. Els Nous Crònics en Psiquiatría, 28 Jornades d'Interès Psiquiàtric, Reus, abril de 1995, Institut Pere Mata, 1996; 133- 206.
- Espino A, Olabarria B, coord. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Estudios/ 29, 2003.
- Espinosa J. La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la medicina, 1966.
- Fernández Liria A. Claves para la elaboración de una estrategia de salud mental en España. En: Espino A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Madrid: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- Fusi JP, Palafox J. España: 1808-1996. El desafío de la modernidad. Madrid: Espasa, 1997.
- García J. Medios para avanzar en la organización y desarrollo de los Servicios de Salud Mental. En: Espino Granada A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- García J. Una década de asistencia psiquiátrica (1965-1975) y dos intentos de psiquiatría comunitaria: el Hospital Psiquiátrico de Oviedo y el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo. En: González de Chávez M, coord. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Ed. Mayoría, 1980.

- García J, Espino A, Lara L, eds. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
- Giner Ubago J, López Ibor JJ. La especialización en psiquiatría (editorial conjunto de la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica). Noticias Médicas 1995 (febrero).
- Girona-Brumós L y cols. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. Gac San 2006; 20 Supl 1: 143-153.
- González de Chávez M. Necesidades y objetivos de la transformación psiquiátrica. En: González de Chávez M, coord. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Mayoría, 1980.
- González Duro E. Psiquiatría y sociedad autoritaria. España, 1939 – 1975. Madrid: Akal, 1978.
- González Ferradas M. La Asistencia Psiquiátrica en España. Semana Médica 1943; 3 (julio).
- Grupo Socialista del Congreso. Proposición no de Ley relativa a la elaboración y aprobación de un Plan Nacional de salud mental. Diario del Congreso de los Diputados, 15 de marzo de 1999.
- Iruin Sanz A. Desarrollo de recursos, modelo y realidad. En: Espino A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Madrid: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- Lázaro J. Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). Rev Asoc Esp Neuropsiq 2000; 75 (vol. XX): 399-515 (número monográfico).
- Leal Cercós C. Sociedad Española de Psiquiatría. En: Homenaje al Médico del Siglo XX. Madrid: Astra Zeneca, 2002, 239-244.
- Martín Laguna R. Normativa y Planes de Salud Mental en las diferentes comunidades autónomas. En: La Salud Mental hacia un futuro de esperanza, XIII Jornadas FEFES, Tenerife, 24-27 de abril de 2003.
- Méjica J. Legislación psiquiátrica y otras disposiciones complementarias. Madrid: Cólax, 1999.
- Méjica J, Fernández A. Régimen jurídico de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Cólax, 1999.
- Menéndez F. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2005; XXV, 95: 69-81.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Anexo I. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril, 1985 (reimpresión de la 2.ª edición). En: Espino Granado A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Guía de Salud mental en Atención Primaria de Salud, 1.ª ed. Madrid: MSC, noviembre 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Secretaría General Técnica, abril 1985 (agotado).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley General de Sanidad (Ley 14/ 1986 de 25 de abril), edición anotada y concordada. Madrid: Secretaría General Técnica, 1986.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de actuaciones en salud mental, 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Psiquiatría. En: Guía de Formación de Médicos especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986; 145-149.
- Molina i Parrilla C. Planificación y provisión, cuestión interdepartamental. En: Espino A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Madrid: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- Montejo J, Espino A. Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En: García J, Espino A, Lara L, eds. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998; p. 363-387.
- Muijen M. La Declaración de Helsinki y el Plan de Acción de OMS en Europa. En: Espino A, coord. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Madrid: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y Agencia de Calidad del SNS, 2006.
- Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. Gac Sanit 1995; 9: 202-209.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Ginebra: OMS, 2003.
- Palacios AJ, coord. Planes de salud mental y psicólogos clínicos. En: Los psicólogos(as) clínicos(as) en el Sistema Nacional de salud, anPIR, octubre 2005.
- Pradera J. Luis Martín-Santos: Política y Literatura. En: Fuentenebro F, Berrios GE, Romero I, Huertas R, eds. Dr. Luis Martín Santos. Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio. Madrid: Necodisne Ediciones, 1999; 77-84.

Puyol Doménech J. La psicopatología en las demencias. En: Roy Millán P, Ruiz Idiago JM, eds. Recomendaciones terapéuticas en las complicaciones psiquiátricas y conductuales de la demencia. Barcelona: Prous Science, 2004.

Rodríguez M, dir. Iguales pero diferentes. Estudio comparativo de las carteras de prestaciones sanitarias públicas en la UE, atendiendo a las especificidades relevantes para los usuarios. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, 2001-2003.

Saldívia S. Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada, 2000.

Salvador Sánchez I, coord. El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2005; 93 (enero/marzo): número monográfico.

Subdirección General de Planificación Sanitaria. Informe evolutivo de la Encuesta de Salud Mental. Período 1991-1994. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

Valenciano Gaya L. El Dr. Lafora y su época. Madrid: Morata, 1977.

VVAA (Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica). La salud mental en España: Cien años en el país de las maravillas. En: Cabases JM, Villalbí JR, Aibar C, coord. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Cap. 15; 301-326.

Salud mental en Europa: políticas y práctica

MARTIN KNAPP - DAVID McDAID - ELIAS MOSSIALOS - GRAHAM THORNICROFT

En un contexto de completa descentralización, resulta necesario disponer de instrumentos que faciliten la comunicación y el intercambio de conocimientos, siguiendo el espíritu de colaboración entre todos los agentes que componen el Sistema Nacional de Salud: políticos, profesionales, académicos y ciudadanos.

Con este libro se inicia una serie de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. La intención es contribuir a la difusión de conocimiento sobre experiencias en otros países de Europa con los cuales compartimos principios como universalidad, calidad, equidad, investigación e innovación, que aplican diferentes estructuras sanitarias y modelos de gestión.