

>>> LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Estrategias y compromiso social <<<

**Acto de Celebración del XX
aniversario del Informe de la
Comisión Ministerial para la
Reforma Psiquiátrica. Abril 1985.**

TOLEDO, 14 de abril de 2005

Coordinador de la Edición: Antonio Espino Granado





LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA
Estrategias y compromiso social

Coordinador de la Edición: Antonio Espino Granado





Edita: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
Consejería de Sanidad
Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo

Diseño: IMP

Impresión: AGSM

I.S.B.N.: 84-7788-423-4

Depósito Legal: M-33053-2006

A la memoria de Ernest Lluch
Ministro de Sanidad y Consumo
(1982-1986)

Presentación del Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha <i>D. Roberto Sabrido Bermúdez</i>	7
Prólogo del Secretario General del Ministerio de Sanidad y Consumo <i>D. José Martínez Olmos</i>	9
Agradecimientos <i>D. Antonio Espino Granado</i>	13
Intervinientes en la Jornada.....	17
>>> CAPÍTULO 1.	
Acto de Inauguración. <i>D. Fernando Lamata Cotanda</i>	20
>>> CAPÍTULO 2.	
Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. <i>D. Antonio Espino Granado</i>	26
>>> CAPÍTULO 3.	
Acto de reconocimiento a los miembros de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.....	54
>>> CAPÍTULO 4.	
Estrategias y experiencias en salud mental	
4.1. Estrategia de Salud Mental en Europa	
<i>La declaración de Helsinki y el Plan de Acción OMS para Europa</i> <i>Mr. Matt Muijen</i>	64
4.2. Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud	
<i>Claves para la elaboración de una Estrategia de Salud Mental en España</i> <i>D. Alberto Fernández Liria</i>	80

4.3. Experiencias autonómicas de Salud Mental

<i>Medios para avanzar en la organización y desarrollo de los Servicios de Salud Mental</i>	
<i>D. José García González.....</i>	96
<i>Desarrollo de recursos, modelo y realidad</i>	
<i>D. Álvaro Iruin Sanz.....</i>	114
<i>Planificación y provisión, cuestión interdepartamental</i>	
<i>Dña. Cristina Molina i Parrilla.....</i>	122
<i>Gestión clínica en Salud Mental</i>	
<i>D. Rafael del Pino López.....</i>	136
<i>Estrategias de salud mental en Castilla-La Mancha</i>	
<i>D. Jaime A. Domper Tornil.....</i>	140

>>> ANEXOS:

• Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Reimpresión)	154
• Recordando a Ernest Lluch: Alocución al 33 Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (Madrid, 1983)	208
• Declaración Europea de Salud Mental y Plan de acciones de Salud Mental	214



PRESENTACIÓN

La publicación de este libro no sólo es una buena iniciativa para poner a disposición de la sociedad la reflexión técnica, política e incluso personal de lo que ha supuesto la reforma psiquiátrica emprendida en España hace veinte años durante un acto conmemorativo de esa efeméride celebrado el año pasado en Toledo, sino que es un acto de reconocimiento y justicia al trabajo de muchas personas, entre expertos, profesionales, administraciones y familiares, para dignificar la atención que deben recibir los enfermos mentales, erradicar la estigmatización social de esta enfermedad y promover su rehabilitación comunitaria y laboral.

Para el Gobierno de Castilla-La Mancha, a lo largo de su historia, ha sido y sigue siendo una prioridad la atención de las personas que padecen enfermedades mentales, ya que el cuidado y el trato que dispensemos a nuestros enfermos nos dará siempre una idea clara de nuestro grado de civilización. Y ese compromiso lo es desde la responsabilidad y la colaboración con todas las instituciones implicadas en la salud mental, especialmente, con los familiares de estos pacientes, porque si hay verdades imposibles de rebatir, una de ellas es que la salud es tarea de todos.

En Castilla-La Mancha, desde que en 1984 se elaborara el primer documento regional de planificación en salud mental, se ha ido superando la vieja y desdichada imagen del enfermo mental como sujeto supuestamente peligroso del que la sociedad se tiene que defender para ser sustituida, poco a poco, por una concepción más humanista, donde el paciente es una persona a la que hay que apoyar y defender siempre.

Ahora disponemos en Castilla-La Mancha del nuevo Plan de Salud Mental 2005-2010, un conjunto de actuaciones ambiciosas, consensuadas con los profesionales y los familiares de estos enfermos, que tiene como objetivo primordial consolidar la red regional de recursos de atención a la salud mental, integrarla en el sistema sanitario público, potenciar la rehabilitación social y laboral de estas personas y profundizar en la investigación sobre este campo. En definitiva, prestar con la máxima eficacia posible una asistencia integral, moderna y cercana a las personas con trastorno mental.

Roberto Sabrido Bermúdez
Consejero de Sanidad



P R Ó L O G O

La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”, configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Gracias a dicha reforma, casi todas las Comunidades Autónomas tienen integrados en una red coordinada todos los recursos de atención mental de financiación pública que antes permanecían dispersos entre las Diputaciones, los Ayuntamientos y, en ciertos casos, las órdenes religiosas. Existiendo en la actualidad un plan de salud mental, bien específico o bien formando parte del plan autonómico de salud.

La protección a la salud mental se considera un bien al que tienen derecho todos los ciudadanos y que incluye: el derecho a recibir asistencia en toda la diversidad de necesidades, el derecho a la no discriminación y el derecho a una vida ordinaria o a recibir ayuda para llevarla dentro de las limitaciones que impone la enfermedad. Todo ello, teniendo en cuenta que la pérdida de salud mental no debe llevar asociado la pérdida de los derechos ciudadanos.

Recientemente, la Declaración y el Plan de Acción en Salud Mental auspiciado por la Oficina Regional Europea de la

OMS, aprobados y firmados en Helsinki en el año 2005 por España y los 51 países de la región europea de la OMS, ha supuesto un nuevo hito en el abordaje de los problemas de salud mental a nivel europeo.

La Declaración de Helsinki parte del respeto absoluto a los derechos humanos en la legislación, en la planificación y en la gestión, tanto en lo referente a la provisión de servicios de salud mental como a las actuaciones orientadas a fomentarla y a prevenir la enfermedad.

Se puede afirmar que en esta “nueva etapa”, la atención a la salud mental en España es un objetivo estratégico tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las Comunidades Autónomas.

Ya en su primera comparecencia parlamentaria en la Comisión de Sanidad del Congreso, en mayo de 2004, la Ministra de Sanidad y Consumo, Dña. Elena Salgado, adelantó que entre las prioridades del Ministerio estaba la de promover la salud mental adoptando una “iniciativa estratégica” para impulsar las actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Lo que se tradujo en el acuerdo adoptado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, para priorizar entre otras estrategias nacionales de salud, la elaboración de una Estrategia en Salud Mental teniendo como marco de referencia la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental.

Esta Estrategia forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y representa un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, Asociaciones de Familiares y Enfermos, Sociedades Científicas, y Comunidades Autónomas para conseguir una atención a las personas enfermas basada en la excelencia clínica en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, avanzando de esta forma en la necesaria cohesión de nuestro sistema sanitario

en beneficio de todos los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan. Algo que, sin duda, servirá para reforzar tanto la calidad como la cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Los objetivos establecidos en la Estrategia pretenden, basándose en la evidencia científica, reducir la incidencia de problemas de salud mental y la mejoría en la calidad asistencial. Se trata de reducir las iniquidades y las variaciones injustificadas existentes en el riesgo de padecer enfermedades de salud mental, así como en el acceso tanto a medidas preventivas como a servicios clínicos de calidad. Además, la Estrategia supondrá un respaldo e impulso a la investigación de enfermedades de salud mental, tanto clínica como básica, epidemiológica y aplicada, y por supuesto un punto a partir del cual se puedan tener sistemas de información adecuados.

Por otro lado y en el marco de la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad y Consumo también participa activamente, apoyando de forma decidida la elaboración del “Libro Verde de la Salud Mental Europea”, que será presentado para su valoración al Consejo de Europa en los próximos meses.

Todas estas iniciativas, que han coincidido en el tiempo con el “XX Aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en España”, establecen un marco de consenso inmejorable, tanto a nivel nacional como internacional, para dar un nuevo e importante impulso a la prevención y mejora de la atención a la salud mental.

José Martínez Olmos
Secretario General de Sanidad



AGRADECIMIENTOS

Cuando Fernando Lamata, entonces Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, me propuso participar en la organización de unas Jornadas a llevar a cabo en la ciudad de Toledo en recuerdo de los 20 años del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y del papel desempeñado por Ernest Lluch al presentarlo en abril de 1985, me pareció una fantástica oportunidad para reflexionar sobre lo ocurrido con la salud mental en estos años de consolidación de la España de las Autonomías, más aun en un momento de renovada sensibilidad internacional hacia estos problemas.

La alternancia habida en el gobierno de la nación meses después supuso un cambio en las responsabilidades del promotor de dichas Jornadas, al hacerse cargo de la Secretaría General del Ministerio de Sanidad y Consumo. La nueva situación resultó, sin embargo, beneficiosa para el proyecto, al conjugar una doble participación: la de una Comunidad Autónoma – Castilla-La Mancha – comprometida con la mejora de la atención a la salud mental y la del Ministerio de Sanidad, principal responsable del impulso dado a la reforma psiquiátrica en la primera legislatura socialista.

La conferencia de Ministros de Sanidad europeos llevada a cabo en Helsinki a principios del 2005 les comprometió con un proyecto de actuación conjunta en la mejora de la atención a la salud mental. Esta nueva situación nos permitía dar un mayor calado a los contenidos de la

Jornada, aunando la reflexión sobre lo ocurrido en estos años con la presentación del nuevo proyecto abierto por el Ministerio de Sanidad con los gobiernos autonómicos para realizar una Estrategia de mejora de la atención a la salud mental a nivel del Sistema Nacional de Salud.

El proyecto inicial se enriquecía así con la perspectiva internacional puesta en movimiento desde la Conferencia de Helsinki y que implicaba al conjunto de nuestra sanidad.

Recoger en una publicación los diferentes aspectos que se fueron desgranando en este acto de celebración de una propuesta ministerial que sirvió en su momento de referencia a los procesos de reforma autonómicos, unos importantes por su capacidad analítica y otros por las resonancias emocionales que despertaban, ha supuesto un bonito esfuerzo.

No hubiera sido posible poner a disposición del lector *“La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social”*, sin el impulso dado al proyecto por Fernando Lamata, primero desde el Ministerio y posteriormente desde sus nuevas responsabilidades públicas en Castilla-La Mancha.

Y hubiera sido imposible concluir con éxito esta pequeña empresa sin la implicación de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha y muy especialmente, de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FIS-CAM) en todo el proceso que va desde la modélica organización del Acto del 14 de abril del 2005 hasta su publicación final. Una muestra de su implicación ilusionada puede verse en el capítulo del libro que recoge el acto de reconocimiento a los miembros de la Comisión Ministerial, donde Roberto Sabrido, Consejero, José Luis López, Director General y Blanca Parra, Directora de la Fundación, hacen entrega de “los Quijotes” conmemorativos de dicho acto.

La recuperación en edición facsímil del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, ago-

tado desde hace tiempo, ha sido posible por la presencia en el proyecto del Ministerio de Sanidad y de su actual Secretario General, José Martínez Olmos, de quien contamos con un prólogo muy expresivo del proyecto de futuro en que se encuentra nuevamente un Departamento de Sanidad y Consumo de un Gobierno socialista.

Igualmente hemos incluido la alocución inaugural de Ernest Lluch al 33 Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Madrid en 1983, dos días antes de firmar la Orden Ministerial por la que creaba la Comisión para la Reforma. Hemos contado para ello con la ayuda de Montserrat Lamarca, de la Fundación E. Lluch y con los buenos oficios del Dr. Luis Guzmán, miembro destacado de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

Igualmente, la presencia del Dr. Muijen en representación de la OMS Región Europa nos ha llevado a presentar en nuestro idioma la Declaración de Helsinki y el Plan de Acciones de Salud Mental. Debemos dicha traducción a la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por último, no puedo imaginar ni el buen desarrollo general del proyecto ni el resultado final de la publicación sin el apoyo continuado a lo largo de todo el proceso de los profesionales del FISCAM. En el caso de Olga Solas, Jefe del Observatorio de Salud, corresponsabilizándose con cada paso dado, garantizando su calidad, aportando un sinfín de ideas y cuidando cada detalle. Sin haber tenido la previsión de contar con todo el material de las Jornadas recogido en cinta, hubiera sido esta una empresa demasiado difícil de realizar. Por último, las tareas de secretaría técnica del proyecto llevadas a cabo por Eva Torres me han hecho sentir en cada momento que el esfuerzo realizado llegaría a buen fin teniendo en cuenta su actitud, competencia y amabilidad.

Gracias a todos

Antonio Espino Granado
Coordinador de la edición



INTERVINIENTES EN LA JORNADA

Domper Tornil, Jaime A. Jefe de Servicio de Salud Mental del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM

Espino Granado, Antonio. Psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental de Majadahonda (Madrid). Miembro del Comité de Redacción de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

Fernández Liria, Alberto. Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Miembro del Comité de Redacción de la Estrategia en Salud Mental del SNS por la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

García González, José. Psiquiatra. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Vocal del Consejo Asesor de la Ministra de Sanidad y Consumo.

Guimón Ugartechea, José. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría UPV-EHU. Universidad de Ginebra.

Iruin Sanz, Álvaro. Jefe de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza.

Lamarca Morell, Montserrat. Presidenta de la Fundación Ernest Lluch.

Lamata Cotanda, Fernando. Vicepresidente 1º de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

López Hernández, José Luis. Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Molina i Parrilla, Cristina. Directora del Plan Director de Salud Mental. Servei Català de la Salut.

Muijen, Matt. Asesor de Salud Mental de la OMS Región Europa.

Parra Vázquez, Blanca. Directora de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM)

Pérez Salanova, Mercé. Psicóloga. Responsable Área Psicosocial y de Participación. Instituto Catalán del Envejecimiento. Universidad Autónoma de Barcelona.

del Pino López, Rafael. Coordinador Autonómico del Programa de Salud Mental. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Rallo Romero, José. Psiquiatra. Psicoanalista.

Sabrido Bermúdez, Roberto. Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Torres González, Francisco. Psiquiatra. Universidad de Granada.



1

Acto de Inauguración

>>> D. Fernando Lamata Cotanda

En 1985 se publicó el Informe para la Reforma Psiquiátrica. Hace veinte años. Y como dice el tango *“volver, con la frente marchita, las canas del tiempo platearon tu sien; sentir, que es un soplo la vida, que veinte años no es nada...”* Y aquí estamos, convocados por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, en Toledo y por el Ministerio de Sanidad y por el Coordinador de aquél Informe, Antonio Espino, para revisar lo hecho, y pensar en el futuro. Venimos con las sienes plateadas, y algunos más calvos, pero hay también gente nueva, gente distinta, y todos con ganas de compartir experiencias y sumar esfuerzos. Vuestra presencia y vuestro compromiso permite, sin duda alguna, albergar fuerzas suficientes para seguir transformando el futuro. Las circunstancias hacen que también hoy conmemoremos otra fecha de nuestra historia vital en España: el 74 aniversario de la Segunda República. También en su Constitución, que es del mes de diciembre de ese mismo año, se recogen algunos de los principios importantes que luego se han ido desarrollando en la constitución del 78 y que se transformaron en Ley General de Sanidad en el 86 y luego en este proyecto que le antecedió en un año, el proyecto de la reforma psiquiátrica. Son idas y venidas, son generaciones de grupos humanos que nos juntamos, nos separamos, nos reencontramos, pero que intentamos seguir construyendo futuro. Supongo que dentro de 20 años, en el 2025 alguien convocará – otro Antonio Espino, otro Roberto Sabrido –, convocarán la reunión para ver qué ha sido del nuevo impulso, la nueva estrategia de salud mental que el Ministerio con las CC.AA. quiere poner en pie en los próximos meses. Yo espero que a lo largo de este año 2005 seamos capaces de empezar a armar un nuevo proyecto que se alimentará de lo que hemos hecho en estos años, en estos veinte años – se

basará, se asentará sobre lo conseguido, pero también, como decía el Consejero, tendrá que tener en cuenta las carencias, los defectos, las insuficiencias que son muchas y que hemos de seguir intentando superar.

También en ese tiempo, en el año 1985 coincidía que dábamos el paso para la integración en la Unión Europea, otro gran acontecimiento de nuestra historia reciente que es también contemporáneo con este otro que hoy conmemoramos. Estábamos decidiendo incorporarnos al contexto de las naciones de nuestro entorno cercano, y en esa apuesta dejamos algunos jirones, esfuerzos... Las pequeñas industrias familiares de la leche y el queso de Cantabria – que a mí me pilló por ahí – lo pasaron mal y tuvieron que cerrar. Había que adaptarse al mercado europeo, y no cabe duda que con dificultades en algunos sectores y en algunos lugares de España, el balance ha sido muy positivo; y hoy en la Unión Europea también estamos participando desde España en la construcción de la estrategia de salud mental para los próximos años. Una estrategia que se aprobó en una Conferencia de Ministros de Sanidad en Helsinki, en enero de este año, que tiene aportaciones españolas importantes, y que se va a aprobar también en la Unión Europea, en Consejo de Ministros, con el apoyo de España. Seguimos, pues, construyendo una realidad que cada día es más positiva, y en ese proceso de construcción sin duda, y en estos veinte años, las CC.AA. han sido el otro protagonista. No es casualidad que estemos hoy aquí, en este acto, organizado desde la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha con el apoyo del Ministerio de Sanidad. No es casualidad que estén aquí representantes de distintos servicios de salud, de distintas CC.AA., cada una con su propio impulso, con sus Planes de salud y de salud mental de Andalucía, de Cataluña, del País Vasco, de Navarra... con distintas iniciativas, a distintos ritmos, con distinta profundidad de foco, si, pero todas ellas sumando y todas ellas aportando a la construcción de la sanidad española.

No puedo dejar de mencionar también que todo ese proyecto local, regional, nacional y europeo se enmarca en otra realidad de carácter mundial. La realidad de un planeta como el nuestro cada vez más interrelacionado, más globalizado en todos los sentidos, y donde los contrastes sí son mucho mayores. Si hay contrastes en nuestro ámbito español en muchos aspectos, cuando abrimos un poquito la mirada y nos preguntamos cómo van las cosas, nos encontramos con esa realidad tozuda expresada en el contraste entre un mundo donde mil millones de personas padecemos obesidad y otras mil millones se mueren de hambre. Un contraste donde 30.000 niños de menos de 5 años hoy se morirán de hambre, de pobreza. Y eso sigue moviendo a todas las personas

que tienen un poquito de corazón, pero desde luego a los profesionales de la Sanidad y la Salud, que muchas veces han ido en la vanguardia de las reformas sociales y de reformas solidarias pues siguen siendo un acicate para no quedarse tranquilos con la satisfacción de tener más o menos resuelta nuestra vida. Hay que seguir trabajando con perspectiva internacional, hay que seguir aportando allí donde más presencia podemos tener – desde luego en Latinoamérica - seguir liderando, seguir apoyando, seguir compartiendo procesos de transformación y de cambio.

Los cambios, desde luego, no nacen del aire, nacen de movimientos muy profundos. La reforma psiquiátrica no nace sólo de los profesionales de la salud mental – hoy aquí hay muchos de los protagonistas – pues ellos tuvieron detrás o debajo o al lado, movimientos sociales más profundos. En cualquier proceso de reforma en un sector interrelacionado con otros procesos que están ahí, se generan contradicciones, propuestas, alternativas, reivindicaciones, ilusiones también. En los antecedentes de estos procesos de cambio en los años 70, hay un cantautor que supo expresar este movimiento social. Decía Raimon en una canción *“se ve donde uno mira, se ve, por todas partes, se ve. De las vidas todas que negaron, de las que brutalmente quebraron, de las que han quebrado y niegan, nace potente esta nueva fuerza que se ve. Donde uno mira se ve. Por todas partes, se ve. Y decimos que sí, que pasan cosas, y vivimos ilusiones de cambio y vamos redescubriendo los hechos que tan a sabiendas se escondieron, compartiendo este mismo deseo que se hace ya pasión colectiva, amplia, extendida, nuestra y libre, afirmamos una posible vida que se ve. Donde uno mira, se ve. Por todas partes, se ve”*.

Esa fuerza, esa pasión, esa ilusión que estaba en muchas mujeres, en muchos hombres de esos años se tradujo en transformaciones sociales. Ernest Lluch tuvo el privilegio y la valentía de liderar una transformación en el campo sanitario. Algunos pudimos estar con él. Algunos profesionales de la salud mental tuvisteis el valor y la valentía de hacer transformaciones en los años 60, 70 - he visto en la sala a algunos de los protagonistas - tanto de Madrid, - creo que está por ahí, al fondo de la sala, González Chavez... gente en Asturias, está Pepe, de Galicia... La gente que estabais moviéndoos, aquí, en Castilla-La Mancha... Tampoco podemos dejar de mencionar, en Talavera, al grupo que estaba trabajando y que luego dio pie a otros proyectos interesantes... Ana, con su salud infanto-juvenil, y tanta otra gente que iba haciendo esa transformación que luego se va a concretar en un documento que hace síntesis y que a su vez, empuja hacia delante y que luego lo retomamos más gente. Y lo

mismo podríamos decir de la psicología clínica... Hay tanta gente que ha sido protagonista pero que, más allá del valor personal, lo que ha ido recogiendo es el producto de una transformación colectiva, donde cada uno aportaba su granito de arena.

En este momento también, y como va de aniversarios, no podemos, Consejero, dejar de recordar también nuestro 400 aniversario de la primera edición de Don Quijote, que salió a la aventura desde estas tierras y que quiere invitarles a venir y a recorrerlas una y otra vez. Y en el epitafio que Sansón Carrasco, amigo y albacea de Don Quijote dejó escrito, dice: *“Yace aquí el hidalgo fuerte que a tanto extremo llegó de valiente que se advierte que la muerte no triunfó de su vida con su muerte. Tuvo a todo el mundo en poco, fue el espantajo y el coco del mundo, en tal coyuntura que acreditó su ventura morir cuerdo y vivir loco”*.

Este gran ciudadano del mundo – Don Quijote – que ha llevado la ilusión por la justicia, por la defensa de los menos favorecidos, también es un símbolo en el campo de la salud mental, esa especialidad que se abre camino para también intentar atender a los más débiles, a los que no pueden defenderse por sí mismos, a los que no tienen palabra, a los que a veces hacen cosas raras, y a los que necesitan un impulso desde los profesionales como el que supisteis dar y desde los políticos como también lo intentamos dar para conseguir mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

Quiero agradecer de corazón el que estén todos ustedes aquí. Que estéis para trabajar en esta jornada, reflexionar, y sobre todo, y ese es nuestro objetivo, coger fuerzas para los próximos 20 años. Muchísimas gracias. Enhorabuena.



**Presente y futuro de la Atención
Psiquiátrica en España: veinte años
después del Informe de la Comisión
Ministerial para la Reforma
Psiquiátrica.**

Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

>>> D. Antonio Espino Granado

INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS

En un momento como el que vivimos, donde la ideología vigente hace tanto hincapié en una medicina soportada en datos, “en evidencias”, voy a intentar transmitirles mi experiencia acerca de cómo han ido las cosas de la salud mental. Espero, sin embargo, que mi historia, sin eludir componentes personales ni elementos emocionales, transmita con el mayor rigor posible lo ocurrido.

Mi primer recuerdo ha de ser para Ernest Lluch, el Ministro de Sanidad más inteligente e imaginativo de la democracia española. Siempre me ha parecido pura leyenda negra su supuesta frivolidad intelectual: ahí están sus obras. También debo recordar a los dos Subsecretarios de la primera legislatura socialista que soportaron el proceso de reforma. Uno de ellos no ha podido estar presente, Pedro Sabando; el otro sí, Carlos Hernández Gil. A ambos quiero mostrar mi agradecimiento por su apoyo al trabajo que llevamos a cabo.

De los Vocales de la Comisión he de decir que formamos un equipo ilusionado con su misión. Pensábamos cosas distintas y había muchos matices diferenciales entre nosotros, pero pudimos entendernos y llegar a acuerdos.

Y quiero, por último, mostrar mi agradecimiento a aquellos con quienes compartí el trabajo de cada día. Están presentes Juan Carlos Fraile y José Luis Santos, psicólogo el primero y psiquiatra el segundo. El éxito del trabajo de los miembros de la Comisión hubiera sido imposible sin su ayuda y el esfuerzo cotidiano del personal administrativo de la Secretaría de la Comisión.

De manera que voy a recordar estos años pasados en torno al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Un Informe de carácter técnico que había que encajar en un proyecto político de cambio de la sanidad española. Una estupenda oportunidad en un país en el que gran parte del colectivo sanitario vivía también momentos ilusionados de cambio.

ANTECEDENTES DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Las cosas empiezan a moverse en los años 60, con los primeros signos de crisis en la Psiquiatría manicomial española, que se hacen notar en declaraciones de Presidentes de Diputación denunciando el trato inhumano al que estaban sometidos los enfermos mentales. Estamos al comienzo del despegue económico español, un momento donde la dictadura no había sufrido aún grandes desgastes.

Es momento de cambios en la medicina hospitalaria que se van a ir consolidando en los 70. Para las personas de nuestra generación tuvo gran significación el *Seminario de hospitales*, ligado al movimiento MIR y que contribuyó a generar una dinámica modernizadora en la medicina hospitalaria española.

El tiempo irá haciendo más visible la crisis institucional de la psiquiatría española. Expresión directa de la misma será la creación de la Coordinadora Psiquiátrica en 1972 y la ruptura interna y refundación de la vieja Asociación Española de Neuropsiquiatría - que había ido recuperando la palabra después de la Guerra Civil con la vuelta de algunos exiliados ilustres -, en el Congreso de Sevilla de 1977. Del lado de la psiquiatría oficial, la aparición de una nueva asociación - que irá cogiendo un peso creciente -, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica vino a romper, al menos inicialmente, el monopolio que había venido ejerciendo la Sociedad Española de Psiquiatría desde su creación después de la Guerra Civil.

Los años de descomposición del franquismo se corresponden, por tanto, con cambios dentro del propio asociacionismo psiquiátrico español que se había consolidado durante la dictadura.

Ya en tiempos de la UCD – seguimos en 1977 – se crea una Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica dentro del nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Elaboraron sus miembros un documento que, sin embargo, se quedó encima de la mesa.

Con anterioridad, en el primer gobierno del post-franquismo – con Arias Navarro de Presidente y Fraga de Ministro de la Gobernación –, se había constituido una Comisión Interministerial para afrontar la reforma de la Sanidad. En un primer documento se va a calificar a la psiquiatría española como “la cenicienta de la sanidad” expresión de éxito que he podido volver a leer en trabajos recientes.

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 va a facilitar una serie de experiencias de reforma psiquiátrica en Diputaciones Provinciales con éxito variable.

GOBIERNO SOCIALISTA Y CREACIÓN DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Con estos antecedentes y a partir de la victoria electoral del Partido Socialista en el 82, se va a afrontar desde el Ministerio de Sanidad una situación que había tocado fondo. Se crea por O.M. de 27 de Julio de 1983 la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que desarrolló su trabajo principalmente a lo largo de la legislatura de Ernest Lluch.

¿Cuál era la apuesta? Visto con la perspectiva que dan los años transcurridos desde entonces, la originalidad de nuestra propuesta fue vincular la reforma psiquiátrica con la reforma sanitaria. Pensábamos que sólo con Reforma Sanitaria iba a darse un cambio en el ámbito de la salud mental digno de tal nombre. Lo que significaba ampliar el enfoque de las experiencias de cambio habidas 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 españoles, todavía y en muchos casos en una situación verdaderamente espeluznante.

Estábamos convencidos, por tanto, de que habría cambios en la salud mental si se daban, a su vez, en la sanidad del país. A mi juicio, el proceso seguido por la salud mental en estos años sólo puede entenderse en toda su complejidad, por tanto, en el contexto del proceso seguido por la sanidad española, difícil también de entender sin considerar lo ocurrido en la política española y su entorno internacional.

De manera que la victoria electoral del Partido Socialista inició un proceso de reformas en la sanidad: los proyectos que van apareciendo en la primera legis-

latura - en la atención primaria de salud, en la atención ambulatoria a través de la orden de jerarquización que resolvió un viejo problema de dualidad existente en el caso de los neuropsiquiatras; en la formación postgraduada - y, por último, el Proyecto de Ley de Sanidad, que luego se convertirá en Ley, fueron la referencia sobre la que planteamos las medidas a tomar en la Salud Mental.

Conviene recordar que estamos hablando de hace más de 20 años. Pues bien; las normas que van desgranándose a lo largo de esos 4 primeros años, aun siguen vigentes. Lo que tiene una extraordinaria significación política. Que unas normas reguladoras de la atención sanitaria mantengan 20 años después gran parte de su vigencia, nos dice que respondieron a necesidades reales de la sociedad del momento y tuvieron visión de futuro.


LOS VOCALES DE LA COMISIÓN MINISTERIAL

Esta es la lista de los Vocales de la Comisión Ministerial con sus direcciones profesionales de entonces (Figura 1).

Valentín Corcés dirigía en ese momento un Equipo de Salud Mental. *José García* era Director Regional de Salud Mental del Principado de Asturias. *José Guimón* era Catedrático de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco. *Federico Menéndez* era responsable de un Centro de Prevención de la Subnormalidad y Salud Mental en Avilés. *Mercé Pérez Salanova* era Vicedecana del Colegio Oficial de Psicólogos de Barcelona. *José Rallo* era responsable de la Unidad Psiquiátrica de la Fundación Jiménez Díaz. *Francisco Torres*, por último, era Viceconsejero de Salud de la Junta de Andalucía.

Se trataba de un grupo de profesionales elegido en base a su pluralidad y complementariedad. Estaba representado el mundo académico a través de José Guimón, que mantenía un perfil de cierta independencia dentro del mismo, el mundo de la psicología, que empezaba a emerger y no se parecía, por tanto, a la situación actual, a través del Colegio Oficial de Psicólogos y el mundo del psicoanálisis y de la psiquiatría de hospital general con José Rallo. También estaba representada la administración sanitaria a través de Francisco Torres, Viceconsejero en Andalucía. Y la psiquiatría infantil a través de Fede Menéndez, en ese momento uno de los profesionales que “más guerra” daba sobre el tema. Y estaba Pepe García, responsable de la salud mental de Asturias, que había iniciado en el año 83 la primera experiencia de formación postgraduada de los psicólogos clínicos, años antes de que se planteara su regulación a nivel nacional.

Figura 1

 SUBSECRETARIA DE SANIDAD Y CONSUMO COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA		
NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS MIEMBROS DE LA COMISION PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA.-		
NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
- CORCES PANDO Valentín	Jefe de los Servicios del Equipo de Salud Mental del Area de Salud. Pedroñeras, 41 <u>HORTALEZA (Madrid)</u>	200 34 48 200 34 49 91 9-2 y 3-5 hs
- GARCIA GONZALEZ José	Director Regional Servicios S.M. Consejería de Sanidad y S.Social Principado de Asturias C/ General Elorza,32 33001 - <u>OVIEDO</u> -	985/28 08 50 28 08 54 28 51 57 ⁹⁰²
- GUIMON UGARTECHEA José	UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO Facultad de Medicina Departamento de Psicología y Piquiatria <u>LEJONA- VIZCAYA</u> -	96/ 664 10 00 Tarde 443 90 49
- MENENDEZ OSORIO Federico	Centro de Prevención de la Subnor- malidad y Salud Mental. C/ Llano Ponte, 1 <u>AVILES</u> -(ASTURIAS)	985/54 92 19 s/c-34 42 82
- PEREZ SALANOVA Mercé	Vicedecana Colegio Oficial de Psicólogos C/ Balmes 105.l.r.la <u>BARCELONA</u>	93/253 16 30 254 04 02
- RALLO ROMERO José	Fundación Jiménez Díaz Clínica de Nuestra Sra. de La Con- cepción Avda. Reyes Catolicos, 4 <u>MADRID</u> -3-	91/ 449 78 13
- TORRES GONZALEZ Francisco	Viceconsejero de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo Avda. República Argentina,21-B <u>SEVILLA</u>	954/ 27 50 83 27 72 01

LA REDACCIÓN DEL INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Al llegar al Ministerio a finales de 1982 no encontré documentación específica relativa a la Salud Mental, lo que nos obligó a empezar casi de cero.

En julio del 83 se creó la Comisión para la Reforma Psiquiátrica por Orden Ministerial, reuniéndose por primera vez un año después. Los miembros de la Secretaría habíamos preparado para entonces un Borrador de Informe (“Documento de política psiquiátrica”) y un Anexo con los datos básicos que habíamos podido recoger y elaborar sobre la situación de la salud mental en España.

Estos son los documentos que entregamos a los miembros de la Comisión en la primera reunión (Figuras 2 y 3). Una documentación de octubre del 84.

Figura 2

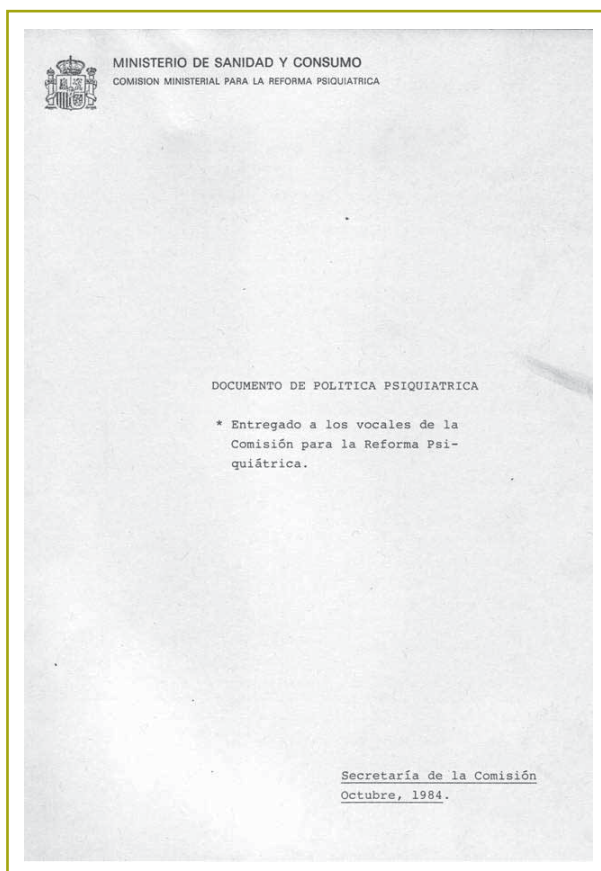
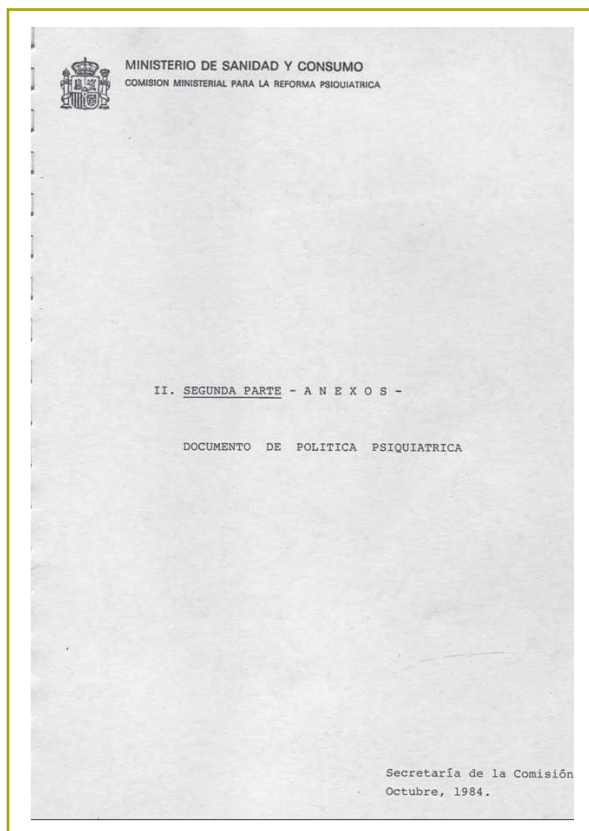


Figura 3

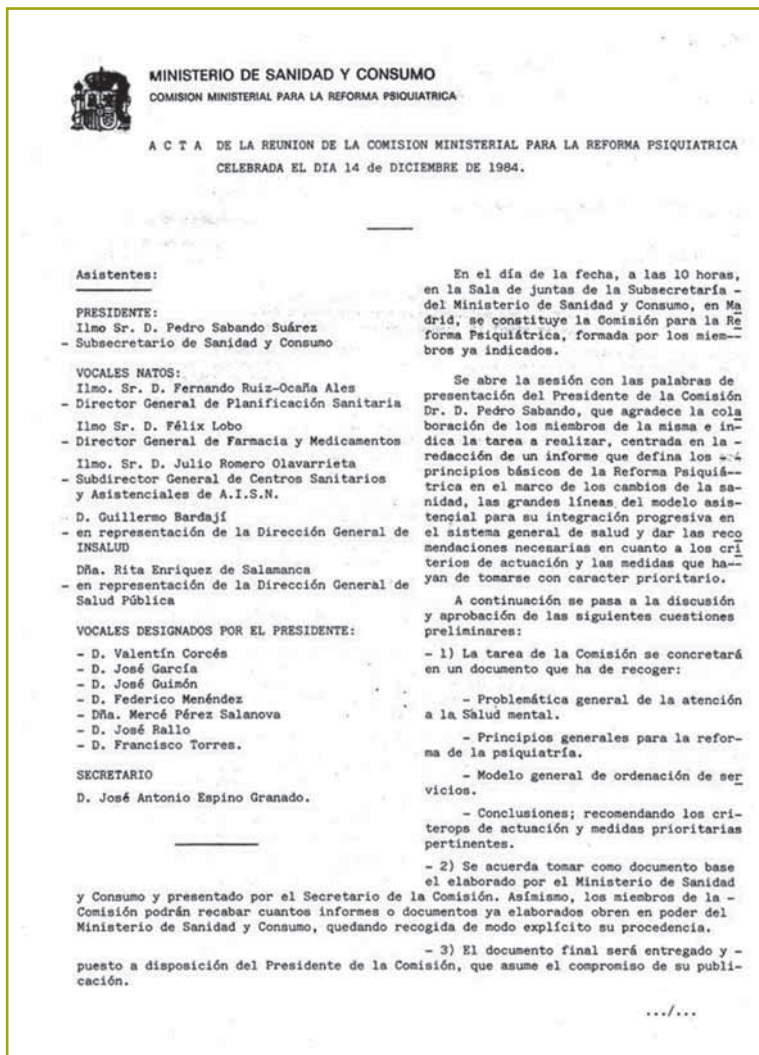


Esta es el Acta de 14 de diciembre del 84 que corresponde a la primera reunión de los miembros de la Comisión en el Ministerio y que fue presidida por el Subsecretario, Pedro Sabando, como Presidente de la misma (Figura 4).

Participaban en dicha Comisión miembros de diferentes Direcciones Generales del Ministerio junto a los Vocales designados para la redacción del Informe bajo la coordinación del Secretario de la misma.

No hicieron falta muchas reuniones de trabajo. Nos había costado arrancar pero luego fuimos bastante rápidos. La primera reunión de la Comisión tuvo lugar en diciembre y en abril, cuatro meses después, sale ya el Informe. Es decir, que esa famosa historia que nos han contado y que dice que cuando uno no quiere enfrentar un problema complejo hace una Comisión, en este caso no fue cierta.

Figura 4



Eso si, hicimos pocas reuniones. Y eso que al no existir el correo electrónico, todo había que hacerlo a base de enviar papeles y de teléfono. Y a base de ganas.

Este es el documento final (Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la atención a la Salud Mental), con su Anexo Documental (Figuras 5 y 6)

Figura 5

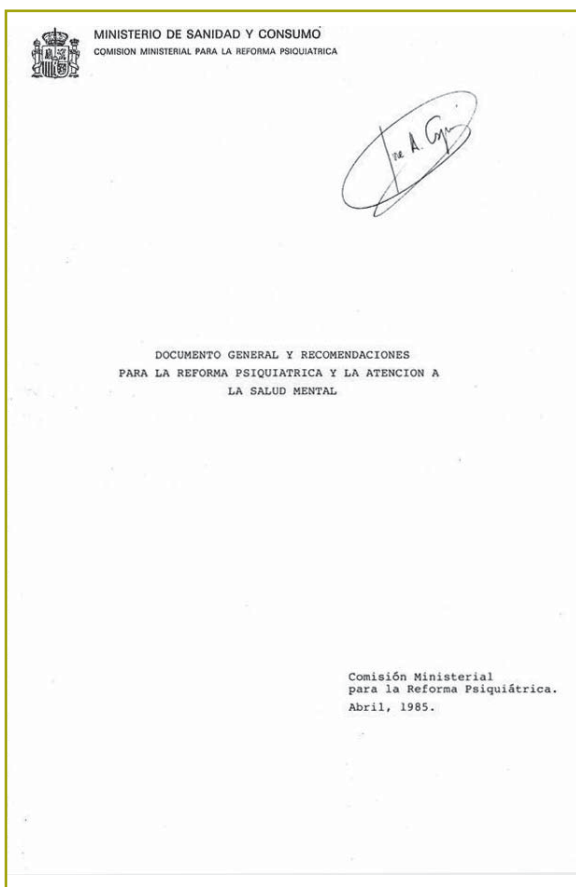


Figura 6



Y esta es la edición del Informe editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, actualmente agotada, y que incluyó un texto firmado por Ernest Lluch, quien al presentar el Informe se comprometió con sus contenidos (Figura 7 y Anexo I).

Figura 7



El Ministro, que había tardado en considerar este tema de su departamento – había tenido con toda seguridad otras prioridades más urgentes – poco a poco fue demostrando su interés por la salud mental, hasta impulsar, en la última parte de la legislatura, medidas concretas para este sector.

LOS EJES DEL INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL

La estructura del Informe resultante, era bastante clara. Después de la presentación del Ministro hay un “Documento General de análisis y establecimiento

de los grandes principios” y unas “Recomendaciones y propuestas” con un nivel de concreción que, vistas 20 años después, puede sorprender.

Vivíamos momentos muy dinámicos en las relaciones entre las administraciones central y autonómica, ya había transferencias sanitarias en Cataluña y Andalucía y en el resto de Comunidades existía un sentimiento de identidad cada vez mayor que obligaba al Ministerio a ser muy cuidadoso con sus propuestas.

El Informe tenía tres ejes. En primer lugar planteábamos un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad e integrado en la sanidad – no en la que había, sino en la que se estaba creando –. Todavía hoy vemos reivindicar un modelo simple de integración de la Salud Mental referido a la organización sanitaria de los años 70, donde la modernización de la red sólo había llegado a los nuevos hospitales de la Seguridad Social y casi ni se había iniciado en la atención primaria de salud.

Nosotros nos referíamos, sin embargo, a la integración en una nueva organización de la sanidad que primaba el compromiso territorial, una actitud preventiva, comunitaria y de salud pública y una nueva valoración del papel de la atención primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria.

El segundo eje eran las recomendaciones concretas para la reforma, y el tercero nuestro compromiso con el proceso global de cambios en la sanidad.

UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL

Entendíamos el nuevo modelo de servicios dentro del proyecto sanitario que tenía el Ministerio. Cuando empezamos a trabajar no existía Ley de Sanidad, pero disponíamos de un primer borrador.

El modelo se centraba en dos grandes aspectos: el compromiso territorial de la atención a la Salud Mental (que incluía la participación de los usuarios) y la integración de los recursos y acciones en Salud Mental en el ámbito del área de salud, lo que trascendía la red hospitalaria. Esta ordenación suponía extender la salud mental a la atención primaria y promover la organización del nivel especializado que empezaba ya a diseñarse como una estructura en red - con su eje en las unidades de salud mental comunitarias -, frente al esquema jerárquico y hospitalocéntrico tradicional.

La transformación de los hospitales psiquiátricos suponía un elemento esencial de la reforma junto al desarrollo de una red de recursos alternativos que incluía, junto a los nuevos centros de salud mental, la hospitalización de la población en la red general, la reordenación de la urgencia psiquiátrica y la atención en la crisis y la creación de los recursos de apoyo comunitario necesarios para dar continuidad y eficacia al cuidado de nuestros enfermos.

El Informe establecía programas de actuación prioritaria para los niños, los ancianos, los penados, y los trastornos psíquicos desencadenados por el uso de sustancias adictivas. Las necesidades de estos cuatro colectivos siguen vigentes en la actualidad, con el añadido, sin duda, de uno nuevo, el de los inmigrantes.

Igualmente planteamos en el Informe contar con instrumentos técnicos y de apoyo necesarios para consolidar las reformas. Así *el registro y la información sanitaria*: teníamos que saber qué estaba pasando con la salud mental. El desarrollo y cualificación de *los recursos humanos* figura en las recomendaciones en lugar preferente. Hacer hincapié en la *acreditación de unidades y centros* era necesario porque la psiquiatría española pública realizada en hospitales psiquiátricos, no cubría en muchos casos los mínimos estándares exigibles. Junto a las garantías de control de calidad, nos importaba conocer la situación de los hospitales psiquiátricos, cómo atendían a sus pacientes. Por último estaba el compromiso institucional con *la investigación aplicada*. Sin estos cuatro elementos era difícil producir reformas bien fundamentadas y duraderas en el tiempo.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES PRÁCTICAS DEL INFORME DE LA COMISIÓN

La última parte del Informe, afrontaba un conjunto de recomendaciones prácticas.

Un primer aspecto hacía referencia al reconocimiento de los *derechos civiles del enfermo mental*. A su protección jurídica en caso de internamientos contra su voluntad y a la situación de los enfermos mentales recluidos de forma indefinida en los manicomios. Eran dos cuestiones complementarias; una de futuro, no ingresar a una persona contra su voluntad sin intervención y protección de la autoridad judicial; y otra actual, valorar la condición

de los enfermos ingresados en nuestros hospitales psiquiátricos. Este último aspecto se estudió con detalle en algunas Comunidades Autónomas. Es el caso de Andalucía, por ejemplo, con Paco Torres de Viceconsejero. Curiosamente Andalucía es una de las comunidades autónomas donde el proceso de transformación y progresiva superación de los hospitales psiquiátricos ha sido más completo.

Un segundo derecho era el *reconocimiento de la asistencia sanitaria*, que entonces se decía de la Seguridad Social. No existía el Sistema Nacional de Salud, que aparece con la Ley General de Sanidad, y queríamos que la Seguridad Social se comprometiera en la atención del enfermo mental y en su financiación, equiparándole con el resto de beneficiarios de la misma. Una vieja reivindicación, sin duda.

Y luego estaba, la situación de los penados.

Las recomendaciones partían de un nivel general, los acuerdos entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas y luego iban centrándose en actuaciones a llevar a cabo en el ámbito de las comunidades autónomas. 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 a la futura Ley de Sanidad.

A nivel general, proponíamos un plan de reformas pactadas entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas, mediante la creación de “Comités de enlace y coordinación” en cada autonomía, donde el Ministerio se haría responsable de la participación del INSALUD y la comunidad autónoma de los entes locales y, en su caso, de implicar a otras organizaciones no estrictamente sanitarias pero con incidencia en el sector de la salud mental.

Y proponíamos un “Plan de integración de los recursos y programas asistenciales del área de salud”, comprometiendo a los equipos de atención primaria en la salud mental. No se trataba de que se hicieran cargo de los enfermos mentales, sino de incluir la salud mental en sus programas de actuación, como expresión de su nuevo compromiso sanitario.

Planteábamos potenciar el papel asistencial y de gestión de los equipos de Salud mental comunitaria que empezaban a rodar dentro del territorio con gran voluntarismo por parte de los profesionales.

En el Informe tuvimos la precaución de utilizar nombres genéricos; no se habla de Centros de Salud Mental, por ejemplo, sino de equipos en general, de forma que fuera cada organización quien determinara su denominación final. Pero enfrentamos 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. Proponíamos 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 planes de transformación de los hospitales psiquiátricos que incluyeran el desarrollo de recursos asistenciales alternativos que hicieran posible su progresiva desaparición. La homologación de los profesionales nos interesaba especialmente y ya entonces veíamos necesario un compromiso real de la Administración que consolidara el esfuerzo de aquellos que se habían implicado en el proceso. Porque la integración funcional sin un proceso de homologación profesional, podía acabar consolidando situaciones injustas y convertirse en factor de desilusión para aquellos que más se habían implicado en la reforma.

EL DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS DEL INFORME: FASE MINISTERIAL

Hicimos una serie de propuestas para consolidar las reformas. Creíamos necesario contar con un soporte técnico-administrativo permanente tanto a nivel ministerial como de las comunidades autónomas; con un compromiso directo de las administraciones públicas en la formación de los profesionales de la salud mental y con un impulso a la investigación aplicada en las áreas de salud.

Y para dar los primeros pasos solicitamos al Ministerio de Sanidad una aportación complementaria en los Presupuestos Generales del Estado. Financiación que, lógicamente, se dio en menor medida de lo que hubiéramos deseado, pero que nos sirvió para iniciar las reformas. Hablábamos igualmente de incluir la equiparación del enfermo mental en la Ley de Sanidad, lo que se hizo con alguna reserva, y de la creación de una Comisión Permanente entre el Ministerio y las comunidades autónomas para el seguimiento de las reformas, que también se concretó como ponencia técnica en el marco del Consejo Interterritorial.

El desarrollo del Informe de la Comisión, incluía la formación de postgrado en Psicología Clínica, iniciada en 1983 en el Principado de Asturias siguiendo el

modelo MIR. No se concretará a nivel nacional, sin embargo, hasta diez años después.

En estos primeros años contamos con un Programa de cooperación con OMS, se elaboró una “Guía de salud mental en atención primaria”; se aprobaron partidas adicionales para la reforma psiquiátrica, la Ley de Sanidad, un nuevo programa nacional para la especialidad de Psiquiatría, la Comisión para el Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica y un Comité de Estudio de la Problemática Jurídico-Asistencial del Enfermo Mental, que estableció criterios en el ámbito de actuación de la justicia española.

En el año 89, por último, se hace realidad la práctica universalización de la sanidad, quedando equiparados los enfermos mentales con el resto de usuarios de la sanidad pública.

El programa de cooperación con OMS abordó tres contenidos: los sistemas de información, la cooperación con la atención primaria y la organización de servicios integrados de Salud Mental dentro del nuevo sistema sanitario. Se llevaron a cabo talleres con expertos internacionales y asistieron responsables de las comunidades autónomas, convirtiéndose, de hecho, en un fructífero espacio de conocimiento y discusión abierta sobre lo que cada uno quería y podía hacer en su territorio.

El primer taller se hizo en colaboración con la Consejería de Castilla-León y tuvo lugar en el Castillo de La Mota en noviembre de 1984 (Figura 8). Está en la sala Alfonso Prieto, responsable entonces en dicha Comunidad de la Salud Mental.

Figura 8



En cuanto a la financiación adicional incluida en los Presupuestos Generales iba dirigida a cubrir tres flancos: una serie de estudios y trabajos técnicos realizados por el Ministerio desde la Oficina de Salud Mental (que nunca se llegó a crear) y otras dos partidas: una para la creación en INSALUD de equipos de salud mental y camas hospitalarias, contratar psicólogos y homologar personal, y otra para que comunidades autónomas y corporaciones locales desarrollaran sistemas de información, planes de salud mental y abordaran la transformación de sus hospitales psiquiátricos. La partida más importante era la de INSALUD para nuevos equipos de salud mental y unidades de hospitalización breve.

La Ley General de Sanidad en su artículo 20, recogió lo fundamental de los planteamientos del Informe (Figura 9).

Figura 9

Ley General de Sanidad**Art. 20: De la Salud Mental
(Principios de actuación)**

- La atención a la SM 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 SM 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

Con su aprobación y la conclusión de la legislatura de Ernest Lluch, acaba una primera fase, y empieza otra con protagonismo creciente de las comunidades autónomas, a pesar de la lentitud del proceso de transferencias sanitarias que empieza muy pronto –en el caso de Cataluña en el año 81– y no terminará hasta el 2001 (Figura 10).

Figura 10

TRANSFERENCIAS SANITARIAS

Año traspaso	Gobierno Central	CC.AA.
1981	UCD	Cataluña
1984	PSOE	Andalucía
1987	PSOE	País Vasco
		Comunidad Valenciana
1990	PSOE	Galicia
		Navarra
1994	PSOE	Canarias
2001	PP	Resto CC.AA.

EL DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS DEL INFORME: FASE AUTONÓMICA

La segunda fase de la reforma psiquiátrica se caracteriza por primar su desarrollo a nivel autonómico: Convenios de colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo con las Comunidades Autónomas; creación de estructuras directivas para la planificación de la Salud Mental en casi todas las comunidades autónomas, creación de Comités de enlace y coordinación, Planes de salud y de salud mental, y creación de nuevos recursos y programas de atención a la salud mental.

Entre los años 86 y 90 crece el esfuerzo de los responsables de salud mental de las comunidades autónomas comprometidos con los cambios, limitado en sus resultados prácticos por la conformación de las prioridades sanitarias de cada comunidad, donde la salud mental va a empezar a ocupar un papel menos relevante con tendencia a la baja.

En ese contexto se sitúa la constitución de los mapas sanitarios, la estructuración de áreas y distritos, las normas reguladoras de la atención a la salud mental que se crean en algunas comunidades autónomas, la organización y desarrollo de la formación postgrado de los psicólogos clínicos, las medidas de mejora de los instrumentos de gestión y evaluación de la Salud Mental y los avances en la sustitución del modelo manicomial por otro en forma de red articulada en el territorio.

EL INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL: ASIGNATURAS PENDIENTES

Al releer el Informe de la Comisión, aparecen propuestas que quedaron en nada. La creación de una Oficina de Salud Mental en el Ministerio de Sanidad y Consumo fue una de ellas. Habiendo salido ya Ernest Lluch del Ministerio, intentamos que se asumiera este compromiso sin éxito, quedando las comunidades autónomas al cargo del proceso de reformas. El compromiso con la formación continuada y la investigación aplicada tampoco ha sido asumido por las administraciones sanitarias. El desarrollo específico de la formación postgrado en áreas de especial interés todavía sigue 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, está resultando un proceso tremendamente lento, y en muchos casos tortuoso y no muy bien

diseñado. En relación a los programas de salud mental en la atención primaria, habiendo mejorado la relación con los equipos de soporte especializado, seguimos sin un desarrollo sistemático y conjunto de programas como tal.

¿Y qué decir sobre la homologación e incentivación de los profesionales de la Salud Mental o la descentralización y articulación de los recursos para la atención a la salud mental en el ámbito del área sanitaria, que han sufrido (y siguen sufriendo) desarrollos tan variopintos en cada territorio?. El insuficiente desarrollo comunitario expresado en la poca participación de los usuarios y del nivel local, por último, sigue siendo otra asignatura pendiente.

EL ESTANCAMIENTO DE LAS REFORMAS A PARTIR DE LOS 90

Quisiera afrontar la última parte de mi intervención acercándome un poco más al momento actual.

Con los años 90 se inician cambios importantes que van a afectar a la salud mental y a la organización de la sanidad en su conjunto, resultado de los cambios operados en el nivel de protección social tanto en España como en Europa.

Un dato relacionado con el estancamiento de la salud mental pública en los años 90 es la aparición de un cierto proceso de privatización de la sanidad con dos fases diferenciadas: una que parte del Informe Abril e intenta incluir nuevos instrumentos y fórmulas de gestión empresarial en el sector sanitario público, buscando mejorar su gestión y hacerle más eficiente. Con posterioridad y a partir sobre todo de 1996, entramos en un proceso de descapitalización del sector público con gestión directa, pasando de la utilización de instrumentos de gestión propios de la empresa privada, a experiencias de privatización y externalización más global de la gestión de la atención sanitaria. El caso del hospital de Alcira, por ejemplo, marca una nueva política, una nueva forma de organizar la asistencia sanitaria pública poniendo su gestión en manos de la iniciativa privada por vía de la concesión administrativa del servicio público.

Sin tener en cuenta estos procesos resulta difícil entender las dificultades que va a encontrar la reforma de la salud mental en estos años.

Nos encontramos, pues, con un contexto sanitario nuevo a partir de los 90, con políticas más centradas en el control del gasto sanitario, menos interés por

las políticas de salud mental, estancamiento del sistema sanitario público tanto a nivel de la suficiencia financiera como de la calidad, equidad y accesibilidad al mismo; desviación y reforzamiento presupuestario, por último, del sector hospitalario. La preocupación por reducir los gastos hace que cada vez más se centren los recursos en el hospital, afectando negativamente al proceso de modernización de la sanidad y la salud mental. El descenso del peso relativo de los recursos humanos en el conjunto del gasto sanitario, va a ser cada vez más significativo. Igual que el descenso del peso relativo de las medidas de apoyo especializado al nivel primario, a lo que habría que añadir un cambio en la propia cultura de uso del sistema sanitario, con un peligroso deslizamiento desde la figura del “ciudadano” a la del simple “cliente” de las prestaciones del sistema.

Medidas que se justificarán con un nuevo discurso que asegura que *lo importante es la calidad de la prestación y no la titularidad del servicio*. Discurso en el que al final corres el riesgo de quedarte sin titularidad ni calidad asistencial, facilitándose así viejas formas de dualización del sistema sanitario.

Continuando con la situación de los 90 van a aparecer dos elementos nuevos llamados a contrapesar, en parte, el proceso antes señalado: una mayor presencia del *movimiento asociativo* y una mayor sensibilidad por el desarrollo de servicios de *protección social en el nivel local*.

El nuevo pragmatismo de los 90, sin embargo, va a recuperar elementos de la vieja ideología psiquiátrica, concretada ahora en un nuevo slogan reduccionista que confunde, de forma interesada, el sentido de la equiparación, en derechos, del enfermo mental: *“la psiquiatría es una especialidad médica más”*. La deificación del valor terapéutico de los nuevos fármacos y la entronización del discurso psiquiátrico derivado de la DSM y la CIE serán lógica consecuencia del mismo.

NUEVAS EXIGENCIAS DE LOS USUARIOS

¿Qué está pasando?. Deberíamos ser capaces de responder, al menos, a tres preguntas: la primera, si ha cambiado *el perfil del usuario de la sanidad pública*. Creo que sí, aunque al tratarse de un tema complejo –exige revisar los cambios operados en la cultura de las clases medias urbanas en estos años– me va a resultar imposible analizarlo aquí y ahora con algún detalle.

La segunda, si se han estancado las reformas, y por qué.

La tercera, si este nuevo pragmatismo surgido en los 90, al cuestionar la vigencia de *la orientación comunitaria en salud mental* como instrumento capaz de enfrentar de forma integral y eficiente la complejidad de los problemas de los enfermos mentales, supone, de hecho, un auténtico movimiento de contrarreforma.

Pero debo ir terminando. Distintas encuestas reiteran que ha habido cambios en la percepción que tienen los pacientes de su sistema sanitario público, estando disconformes con la insuficiente cobertura de recursos de salud mental y servicios de rehabilitación y quejándose igualmente de la descoordinación existente entre el nivel primario y el hospital. Lo que podría estar expresando una doble insuficiencia creciente: *de recursos y de organización*.

Tener más capacidad para elegir médico y Centro Sanitario, más información y mayor accesibilidad, es decir, mejores condiciones asistenciales y de atención médica sanitaria y menores tiempos de espera dentro del proceso asistencial son peticiones habituales de los usuarios y sus familias. En el caso de las Asociaciones de familiares de enfermos mentales, piden además una mayor continuidad en los cuidados y atención específica del paciente en situaciones de crisis. Lo que se concreta en respuestas para dos problemas que siguen sin estar bien resueltos: *la organización de la atención domiciliaria dentro del seguimiento asistencial y el traslado sanitario al hospital del enfermo mental*.

El desarrollo inicial de las reformas no contempló a fondo estos problemas que se han ido haciendo más y más visibles conforme iba desapareciendo el modelo manicomial, sin haberse encontrado aun una solución satisfactoria para todas las partes.

RAZONES DEL ESTANCAMIENTO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

¿Por qué se estancan las reformas? La *insuficiencia financiera* del sistema es un aspecto importante para explicarlo. Y los datos existentes son tozudos: la proporción entre el gasto sanitario total y el PIB se ha visto congelada entre el 97 y el 2001; en este tiempo sin embargo la presión fiscal ha crecido más que el gasto en protección social; el incremento del gasto sanitario anual ha estado 1,4 puntos por debajo de la media de la Unión Europea y el gasto por ciudadano y año ha llegado al 75% de la media europea en 2002. La valoración por parte de los propios interesados del sistema sanitario español, por último, ha ido empeorando en estos años respecto de otros países de la Unión Europea.

En cuanto a la evolución del gasto sanitario total en relación al producto interior bruto, se ha mantenido entre 1997 y 2001 en el 7,5 del PIB (Figura 11).

Figura 11

Evolución gasto sanitario/PIB		
	1997	2001
España	7.5	7.5
Francia	9.4	9.6
Portugal	8.6	9.2
Italia	7.7	8.4
Austria	8	8
Luxemburgo	6	6
Polonia	6.1	6.1

Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2004

El crecimiento del gasto sanitario/año entre 1997 y 2002 en nuestro país ha estado en torno al 2,6 %, mientras la Unión Europea crecía a un 4% anual (Figura 12).

Figura 12

Crecimiento gasto sanitario/año (1997-2002)			
	España	UE	OCDE
Gasto sanitario	2.6	4.0	4.3
Gasto público	2.4	4.1	4.5

Fuente: Informe de la OCDE

La consideración ciudadana de nuestro sistema sanitario público que en el año 82 le suspendía y fue mejorando hasta el 95, ha vuelto a situarse en torno a los 6 puntos. El último dato que he podido ver, referido el 2004, muestra nuevamente una ligera subida que ojalá suponga un cambio de tendencia. (Figura 13)

Figura 13

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

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del M^º.S. y C.

Pero las reformas no sólo se estancan por falta de dinero, también por una *mala distribución y asignación del gasto* que, como expresión de las prioridades políticas, va a afectar negativamente tanto a la equidad y eficiencia del sistema como a la calidad de la gestión sanitaria.

Pues bien, existe una dispersión del gasto sanitario en nuestro país entre comunidades autónomas de hasta un 40%. En segundo lugar, en la distribución del gasto sanitario total ha crecido proporcionalmente el gasto sanitario privado. En tercer lugar, la distribución interna del gasto sanitario ha seguido favoreciendo el crecimiento del gasto hospitalario frente a la atención primaria junto al crecimiento exagerado del gasto farmacéutico en detrimento de los recursos humanos, la investigación, los equipamientos y la inversión en tecnología.

Si vemos la evolución del gasto sanitario público en relación al PIB, España ha descendido del 5,92 al 5,47 entre 1996 y 2003. (Figura 14)

Figura 14

Evolución Gasto Sanitario Público sobre PIB		
	1996	2003
España	5.92 %	5.47 %

Fuente: Informes OMS y OCDE

Por el contrario, la evolución del gasto sanitario privado ha crecido de 11 a 15 millones de euros, lo que supone un porcentaje bastante importante. (Figura 15)

Figura 15

Evolución Gasto Sanitario Privado sobre PIB		
	1998	2002
% PIB	2.08%	2.18%
€ totales	11.000.000	15.100.000

Fuente: Mº.S. y C. Informe anual del SNS. 2003

Vemos, por tanto, que en estos años ha ido bajando el porcentaje de gasto sanitario público a costa del gasto sanitario privado (Figura 16).

Figura 16

Evolución Gasto Sanitario Público y Privado

España	1992	1997	2001-2
Público	78.0 %	72.5 %	71.4%
Privado	22.0 %	27.5 %	28.6 %

Fuente: Informes OMS (2004) y M^o.S. y C. (2003)

Lo mismo pudiera haber ocurrido en nuestro sector. A falta de información fiable sobre el gasto en salud mental, disponemos de un dato indirecto muy expresivo para confirmarlo: el incremento del gasto familiar directo en el caso de la atención de la esquizofrenia. Las familias de los esquizofrénicos están aportando cada vez una proporción mayor a los costes que ocasiona su tratamiento. En este caso vemos crecer el esfuerzo individual o familiar para poder compensar el estancamiento del esfuerzo colectivo por mantener la suficiencia financiera y garantizar una organización eficiente del gasto en el tratamiento de estos pacientes.

El aumento del gasto relativo en salud mental se debe principalmente a la irrupción de nuevos medicamentos (antipsicóticos y antidepresivos), no al crecimiento de los recursos de personal, a pesar de tratarse de un sector donde el factor humano es elemento esencial: no es posible avanzar sin profesionales suficientes y bien capacitados. No nos debería causar demasiada sorpresa, por tanto, la información de Mr. Matt Muijen, al referir los índices de profesionales del sector de salud mental europeo y colocarnos en el furgón de cola. No pasa así con el gasto farmacéutico, por cierto, al menos en términos porcentuales.

No todo, sin embargo, es achacable a la financiación; la calidad no depende, superado un determinado nivel, de cuánto se invierte, sino de *cómo* y *en qué* forma se gasta. Lo que relativiza, en parte, el discurso de la insuficiencia financiera y nos obliga a tener muy en cuenta la organización y distribución interna del gasto en salud mental y los aspectos relacionados con la gestión, teniendo en cuenta su influencia sobre los resultados.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Termino como empecé, recordándoles la necesidad de complementar con ilusión colectiva una gestión profesional y rigurosa de las instituciones sanitarias.

Recordando, por tanto, cuatro elementos indispensables para el éxito de las reformas: suficiencia financiera, asignación eficiente de los recursos, gestión profesional y rigurosa e ilusión por conseguir cambios a favor de la atención a la salud mental.

No deberíamos reducir nuestras expectativas, por tanto, al nuevo impulso que quiere dar el Ministerio de Sanidad a la salud mental a partir del compromiso europeo aprobado en Helsinki. Siendo necesario apoyarse en la Organización Mundial de la Salud y el resto de organizaciones europeas, es indispensable acompañarlo con un esfuerzo colectivo dentro del sector si queremos mejorar la salud mental en España.

Y déjenme reivindicar el inmenso valor de la orientación comunitaria en salud mental en tanto que instrumento técnico-político y motivacional de gran alcance que se ha intentado devaluar desde distintos frentes en estos últimos años.

Me hubiera gustado explicarles con detalle la importancia que, a mi juicio, mantiene hoy la orientación comunitaria en salud mental. Pero no queda tiempo.

Déjenme, por tanto, y para terminar recuperar un aspecto de la exposición de Fernando Lamata de esta mañana. Se trata de esa suerte de relación de complicidad existente entre las políticas de salud mental y la historia del tango: no vamos a resolver los problemas aplicando sólo medidas frías y tecnocráticas; vamos a necesitar, además, poner emoción política. Sin ella, es cada vez más difícil recuperar credibilidad, convencer a la gente de la necesidad de realizar cambios, contar con su apoyo e ilusionar a los profesionales con el proyecto.

Y déjenme, por último, que les transmita mi propia percepción 20 años después de los procesos de reforma: siempre parecen caminar con desesperante lentitud y no llegar a consolidarse nunca del todo.

Y es que, recordando la letra del tango de Gardel, 20 años no es nada...

Muchas gracias



**Acto de reconocimiento a los
miembros de la Comisión Ministerial
para la Reforma Psiquiátrica**

3. >>>

Acto de reconocimiento a los miembros de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

>>>

Buenos días, señoras y señores, vamos a proceder al acto de reconocimiento de los miembros de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Gracias.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, con el apoyo de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM) y la Fundación para la Integración del Enfermo Mental (FISLEM), además de propiciar este encuentro de profesionales de la Psiquiatría, quieren hacer un reconocimiento personal e institucional a los miembros de aquella Comisión Ministerial de 1985 que hoy nos acompañan.

El impulsor de dicha Comisión, el Ministro de Sanidad y Consumo, Don Ernest Lluch, no nos puede acompañar en este acto; la banda terrorista ETA se lo ha impedido, al igual que le impidió continuar desarrollando su vida personal, familiar, profesional o su actividad política. De cualquier forma sigue muy presente en nuestro recuerdo.

Y vamos sin más dilación a proceder a la entrega de los galardones a los miembros de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Los van a ver enseguida y como estamos en el IV Centenario del Quijote - no podía ser de otra forma -, se trata de un Quijote que se les va a entregar como recuerdo de este acto.



Quiero llamar en primer lugar a **Doña Monserrat Lamarca Morell**, compañera de Don Ernest Lluch Martín en el momento de su muerte. En su nombre recibe este galardón, y hace la entrega Don Fernando Lamata Cotanda, Secretario General del Ministerio de Sanidad y Consumo.



Seguidamente, **Don Antonio Espino Granado**, que fue Secretario de la Comisión Ministerial, recibe el galardón de manos de Don Roberto Sabrido Bermúdez, Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.



Don José García González, Vocal de la Comisión Ministerial, recibe el premio de Don José Luis López Hernández, Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria.



El siguiente homenajeadado es **Don José Guimón Ugartechea**, también Vocal de la Comisión, que recibe su galardón de manos de Doña Blanca Parra Vázquez, Directora de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha.



La siguiente Vocal, **Doña Mercé Pérez Salanova**, recibe el premio de Don Fernando Lamata Cotanda.



Don Francisco Torres González, Vocal de la Comisión, recibe este galardón de manos de Don Roberto Sabrido Bermúdez.



Y por último, **Don José Rallo Romero**, Vocal de la Comisión, recibe el galardón de manos de Don José Luis López Hernández.



Y ahora es el momento para que hablen los homenajeados. En primer lugar toma la palabra **Doña Montserrat Lamarca Morell**, de la Fundación Ernest Lluch.

“Solamente quiero transmitir de parte de la Fundación Ernest Lluch y de la mía propia, nuestro agradecimiento a todos los profesionales de la salud mental por la tarea que realizan y felicitar a los miembros de la Comisión aquí presentes que hicieron posible que la Ley y la situación actual de la salud mental sea lo avanzada que es en este momento en España. Muchas gracias”.

Seguidamente y en nombre de los miembros de la Comisión toma la palabra **Doña Mercé Pérez Salanova**.

“La celebración del XX Aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica nos ha ofrecido a quienes formamos parte de ella la oportunidad de recordar distintos momentos de esa experiencia: desde la constitución hasta las sesiones de trabajo con sus consiguientes debates, propuestas, matizaciones, y cómo no, acuerdos. Cuando recibí la invitación a tomar la palabra en nombre de las personas que compusimos ese grupo de trabajo me pareció necesario recabar su opinión, conocer qué deseaban

subrayar. Todos coincidieron al valorar su participación en la Comisión como una experiencia positiva y satisfactoria. Los comentarios variados que acompañaban dicha valoración reiteraban una idea: el trabajo de la Comisión abrió un camino de avance en la atención a la salud mental en España.

Recorriendo mis recuerdos particulares no me resulta extraño que ésa fuera la idea clave. No lo es porque una característica compartida por todos nosotros era el empeño en conseguir que el desarrollo de la Ley General de Sanidad supusiera también el desarrollo de la atención a la salud mental. Ese era también el empeño de Ernest Lluch.

En ese caminar por los recuerdos aparece el Ministro de Sanidad que creó la Comisión en el primer encuentro con todos nosotros, un domingo por la tarde. Una vez expresadas la bienvenida y el agradecimiento, hablamos acerca de la tarea que teníamos por delante. Ernest Lluch me comentaba la importancia de que la Comisión funcionara. Estaba convencido de que la reforma de la asistencia psiquiátrica resultaba imprescindible, y a la vez confiaba en que el trabajo de diálogo permitiera superar la situación de confusión –“olla de grills/ olla de grillos”- con la que se justificaba, a menudo, la dificultad de cambio en el campo de la atención a la salud mental.

El programa de la Jornada “La atención a la salud mental en España: estrategias y compromiso social”, en cuyo marco se ha conmemorado el aniversario de la Comisión, resulta expresivo de lo fructífero que resulta el trabajo de reflexión y diálogo tejido por personas procedentes de disciplinas y enfoques diversos. Estoy convencida de que nuestra positiva valoración como miembros de la Comisión ha nacido, también, de esa experiencia compartida de reflexión y diálogo. Muchas gracias.”.



Y para cerrar el acto solicito la presencia de **Don Fernando Lamata Cotanda**, Secretario General de Sanidad.

“Muchas gracias, Consejero, amigas y amigos; esta mañana ya tuve el privilegio de dirigirme a todos vosotros y comentar la importancia que le daba a esta conmemoración. Ahora, ya en presencia de los miembros de la Comisión que nos han podido acompañar, con la memoria de Ernest entre nosotros como impulsor de esta y otras reformas tan importantes como fue la Ley General de Sanidad, y en presencia también de compañeras y compañeros que habéis trabajado y trabajáis día a día en toda España, algunos en otros lugares del planeta; en presencia también de pacientes y familiares, de la Federación Nacional y asociaciones regionales, me cabe también sumar mi voz en esa valoración, en ese reconocimiento del trabajo que hicisteis, el trabajo que sintetizasteis – como ha descrito hoy muy bien Antonio – y con todo lo que nos falta por hacer; con un compromiso que renovamos desde las autoridades sanitarias, Roberto Sabrido en representación de las comunidades autónomas que hoy gestionan la sanidad en este país, y en mi caso desde el Ministerio, con la voluntad de sumar esfuerzos, como se hizo hace 20 años.

Como se supo hacer hace 20 años, con esa coordinación, con esa suma de ideas que Antonio, que Toño Espino, nos recordaba.

Quiero transmitir en este breve mensaje mi gratitud porque supisteis hacer un buen trabajo, porque supisteis dejarnos un testigo que fue motor de cambio, motor de mejora en la sanidad española y en la atención a la salud mental, y estoy seguro de que - como nos decía Mercé - las nuevas generaciones y los relevos que vamos teniendo todos cogerán el testigo con toda ilusión, y podrán seguir avanzando, corrigiendo errores, superando las carencias y las dificultades, y mejorando la atención a la salud mental en España y en otras partes del planeta. Enhorabuena por ese trabajo, muchísimas gracias por estar con nosotros y mi confianza en que sigáis ayudando – estoy seguro – en el trabajo que queda por hacer. Muchas gracias y enhorabuena.”

Gracias por su asistencia, y enhorabuena a todos los galardonados. Me comentan que abandonen la sala por el centro, que tienen un pequeño recuerdo para todos ustedes. Muchas gracias.





Estrategias y experiencias en Salud Mental

Estrategia de Salud Mental en Europa

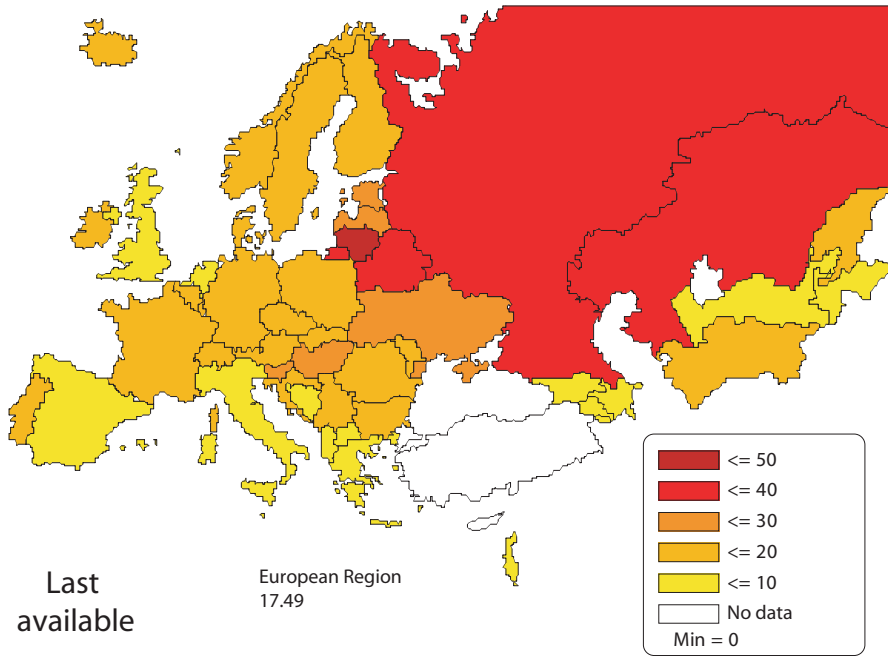
La declaración de Helsinki y el Plan de Acción OMS para Europa

>>> Mr. Matt Muijen

Me alegro mucho de estar aquí, en lo que es sin duda un acontecimiento histórico, en representación de la Organización Mundial de la Salud; y además creo que el simbolismo de celebrar esta conferencia en un lugar que tiene tanta historia de España es de lo más adecuado. Anoche me regalaron esto: un ejemplar en español del Quijote, que casualmente leí el año pasado en inglés, durante mis vacaciones en España. Y el libro me dejó verdaderamente abrumado. A mi familia le sorprendió que me sentara en un rincón a leer El Quijote de principio a fin, por el humor, la humanidad, el dolor y el sufrimiento, que quedan tan vívidamente reflejados. Y ya se hacía ahí referencia a ello – no iría tan lejos como para aseverar que es el comienzo en España de una toma de conciencia sobre la enfermedad mental, aunque sin duda alguna, ya refleja muchos de los valores que hoy día son tan importantes -. Porque ahora estamos celebrando los 20 años de la reforma española – a ello volveré enseñada –, pero desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud, nosotros también contamos ahora con nuestra Declaración Europea de Salud Mental, que fue suscrita por 52 Gobiernos, incluido el Gobierno español, en Helsinki.

Y ello es, de nuevo, un hito en Europa. Y aquí pueden ver toda la región y con ello la tremenda responsabilidad y también el tamaño de este inmenso continente (no tengan en cuenta los colores, que se refieren a tasas de suicidios). Pero pueden ver España, liderando claramente desde el frente de Europa, tal y como de hecho ha venido haciendo durante los últimos 20 años.

S D R, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000



Ahora existen importantes agendas comunes en Europa, agendas que cada país tendrá que gestionar a su manera. El contexto social está cambiando; los usuarios tienen cada vez mayores expectativas, a las que todos nosotros tendremos que hacer frente en todas partes de Europa. Una carga por enfermedad cada vez mayor a la que es difícil hacer frente; un gran vacío en el tratamiento que sigue siendo un reto importante al que hay que vencer. Las áreas de estigmatización y discriminación de la enfermedad mental siguen siendo muy prominentes. Y durante la próxima media hora trataremos de fijar en su contexto algunos de estos conceptos. ¿De qué forma queremos abordar estas áreas? ¿Cuáles son las expectativas? Porque ahora en todas partes entramos en otra nueva fase de reforma global: reforma política, reforma social, reforma de la atención sanitaria.

En la preparación para este acto, leí – junto con un ayudante cuyo español es considerablemente mejor que el mío – vuestro informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985; me quedé sobrecogido. Este informe verdaderamente se adelantaba a su tiempo. También leí un informe de Víctor Bezara sobre las reformas, en el que las comparaba con lo que había sucedido en la reforma psiquiátrica de Italia, que de hecho estaba bastante bien

para su tiempo. Yo realmente creo que el logro fue mucho mayor. Creo que los psiquiatras que estuvieron implicados en esta reforma deberían sentirse muy orgullosos de la formidable y excitante visión que reflejaron. Hoy en día, el programa de estas reformas sigue siendo muy actual.

La integración de Salud Mental en la Atención sanitaria general, la modernización para abordar la discriminación y la estigmatización, equipos comunitarios en áreas por sectores, - todas estas cuestiones estaban muy adelantadas a su tiempo, en 1985 -. También la descentralización de la gestión al otorgar mayores competencias a las regiones y la gestión local; de nuevo era todo muy adelantado para su tiempo. Cuando leí los principios del informe que había preparado el Comité ministerial, me alegré mucho de no haberlo visto antes de Helsinki, porque de lo contrario me habría sentido muy intimidado por esa visión tan avanzada que ya teníais en 1985. La inclusión de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la educación sanitaria en Atención primaria, así como la inclusión de la Atención primaria como componente esencial de la Atención a la Salud mental. La reducción de hospitales psiquiátricos – todo ello se llevó a cabo de forma activa – ; las necesidades de formación en la educación se hallaban muy adelantadas a su tiempo, y finalmente la prioridad que debe darse a grupos especiales como niños, adolescentes y mayores, todo ello era único en España. Con respecto a la Declaración de Helsinki, intenté reflejarlo como algo nuevo y apasionante. Pero la mayoría de los elementos clave, la visión en su conjunto, se encuentran ya en vuestros informes. Y de nuevo vuelvo a sentir una tremenda humildad al sentarme frente a vosotros, teniendo que dar una conferencia sobre estos 20 años de progreso, cuando verdaderamente vosotros tenéis mucho que decirle al resto del mundo, y no deberíais ser tan modestos.

Permitidme que me remonte en el tiempo e intente fijar en su contexto los cambios habidos en los últimos 20 años. A pesar de lo que he dicho, vuestra visión, vuestro documento, fue un producto de su tiempo. Y, qué duda cabe, desde entonces han sucedido muchas cosas. Cuando comparamos los 20 años comprendidos entre 1950 y 1970 con los 20 años que van desde 1980 hasta la actualidad, advertimos que la situación ha cambiado en todos y cada uno de los países de Europa. Ahora, a pesar de lo que he dicho sobre estos cambios, son realmente muy diferentes en toda Europa. Y esto es algo que me pareció particularmente evidente cuando comparé la sociedad civil en todo el continente: la idea de la actitud social de los gobiernos con un entorno político liberal hacia sus ciudadanos que supone que la gente está

sola en una economía de mercado en la que tiene que triunfar. La palabra “social” tiene un significado absolutamente diferente en países como Rusia, España o Inglaterra; por eso, cambié esa palabra por “planificación central” ya que esto es liberal.

Pero uno puede comparar la situación en la sociedad entre 1950, 1970, con la situación hasta 1980 y 2000. En la década de los 50 teníamos Planificación Central, pero teníamos sociedades cohesivas en la mayor parte de Europa; eran sociedades que miraban hacia dentro, pero la gente cuidaba unos de otros, mientras que ahora la sociedad se ha vuelto muy competitiva. Esto, para vosotros, es la globalización. En la década de los 50 teníamos industrias estatales, mientras que ahora tenemos multinacionales privadas, que de nuevo ponen en competencia a sociedades y países en los que la mano de obra es más barata. En la década de los 50 y 70 vivíamos en un mundo de fabricación: la gente trabajaba en fábricas, hacía trabajos sencillos con poca tecnología, y tenían garantizado un trabajo para toda la vida. Mientras que ahora vivimos en sociedades de industrias de servicios con alta tecnología, y mucha gente que trabaja a tiempo parcial; es muy alta la proporción de gente que cambia de trabajo cada año, o que es despedida. El pleno empleo era la norma en la década de los 50 y 70 en muchas partes de Europa, mientras que ahora el desempleo se ha hecho cada vez más presente. La sociedad de poca criminalidad de la década de los 50 y 70 fue parte de una época dorada que nunca existió, aunque las estadísticas criminales eran más bajas. Mientras que ahora tenemos que vivir con creciente temor y mayor criminalidad, y, claro está, vosotros que aquí estáis cerca de Madrid sois más conscientes que yo de lo reales que son esas amenazas externas.

Ahora, si comparáis estos periodos de tiempo, es realmente interesante ver que al mismo tiempo que hemos pasado de esta atención institucional, estos grandes hospitales del modelo anterior de 1985, a la Atención a la Comunidad, tenemos la promesa de inclusión e integración por la que ahora estamos trabajando. Porque la idea es que tenemos que hacer esto en sociedades que probablemente ahora estén mal provistas para tratar estas nuevas promesas. Como dice uno de mis sociólogos ingleses preferidos: “Cuando las actitudes en cuanto al comportamiento no pueden darse ya por sentadas, las experiencias que se abordan relativamente sin tapujos se consideran arriesgadas”. El importante significado de esta cita es que grupos como el de los enfermos mentales se ven cada vez más como una amenaza externa, mientras que antes se los veía como parte de nosotros, parte de la sociedad, gente de la que nos

sentíamos responsables; ahora se los ve cada vez más como una amenaza externa de la que tenemos que protegernos. Aunque hablamos sobre Atención a la Comunidad, creo que en muchos lugares construimos por ejemplo nuevas pequeñas instituciones a las que llamamos Centros de Asistencia o atención residencial comunitaria, existe realmente un creciente temor en la sociedad por la gente con problemas mentales. Y en tiempos en los que se habla tanto de integración, esto parece controvertido.

Al mismo tiempo, hay de hecho una expectativa muy diferente con respecto a la Atención a la Salud Mental, prácticamente lo contrario. Yo lo llamaría consumismo. Ahora la gente considera que la Atención a la Salud Mental es muy amplia, que incluye prácticamente todos los aspectos de la vida. La salud mental es un derecho, y se espera que los servicios de salud mental traten todos nuestros problemas. No hay libros sobre la felicidad, y el derecho a la felicidad; sin embargo, los psiquiatras y las enfermeras son responsables de proporcionar felicidad. Hay expectativas sobre el derecho a acceder a los servicios. Cuando quiera que tengamos un problema, noche y día, cualquier tipo de problema, tendríamos que ver a quienquiera que deseáramos ver: médicos, enfermeras y psiquiatras han de estar disponibles. Hay cada vez más expectativas en relación a la calidad de la atención. Cada vez que sale un nuevo y elegante medicamento, esperamos conseguirlo, y esperamos que funcione. La atención tiene que ser muy personal, de gran calidad, y de gran sofisticación; de nuevo, unas expectativas muy grandes con las que vivir. La gente espera obtener información en el momento. Desde luego, hoy en día tenemos pacientes que muy a menudo saben más sobre su medicación que nosotros los médicos, porque se lo han estudiado todo en Internet. Y por último, todo el mundo trabaja, así que esperan y sienten que tienen el derecho a ser incluidos en la sociedad y a estar autorizados para elegir su atención, y elegir también sus vidas - lo cual, teniendo en cuenta el contexto del que acabo de hablar, supone un gran reto al que tenemos que enfrentarnos, y enfrentarlo más allá de la pura retórica -.

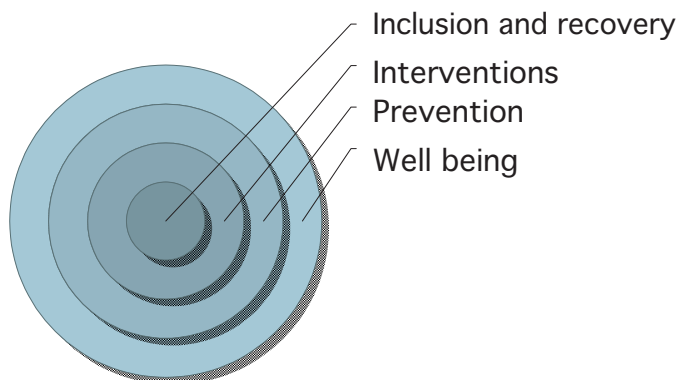
Si miramos dónde nos encontramos realmente respecto a la Salud Mental y de qué forma estamos tratando verdaderamente las enfermedades mentales que se presentan, la verdad es que el contraste es bastante sombrío. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud que muestran los años que se han perdido por discapacidad son asombrosas: de todos los años que se han perdido por discapacidad en la sociedad, la proporción de esos años perdidos a causa de desórdenes mentales es del 40%. Si se compara con el 7-9% que representan

las enfermedades infecciosas en Europa, se hace evidente la magnitud del problema. Se trata de una inmensa carga para la sociedad, y creo que los que planifican y establecen las políticas no lo ven así. La depresión por sí sola es de cerca del 14%, mayor que todas las enfermedades contagiosas. Sólo el alcohol es responsable del 6,2 % de los años perdidos por discapacidad. Se puede ver aquí el sufrimiento causado por desórdenes neuropsiquiátricos. Esto siempre me parece totalmente deprimente, porque podemos colmar gran parte de ese vacío proporcionando tratamiento a todos los diagnosticados. Los porcentajes de personas que no reciben ninguna atención por su enfermedad son demasiado altos. Una de cada seis personas con psicosis, una enfermedad mental severa, no recibe ningún tipo de atención en Europa occidental. Y no quiero ni pensar cómo sería en la Europa del este y Centroeuropa, y en países muy pobres. En cuanto a la dependencia al alcohol, el 92% de la gente no recibe ningún tipo de tratamiento. Así que el vacío existente entre las expectativas de las que acabo de hablar de obtener un acceso inmediato, una atención muy sofisticada, y lo que realmente podemos ofrecer, es inmenso. Se necesita una contribución eficaz e inversiones constantes para colmar ese vacío. Y sobre esas soluciones hablaré ahora.

Realmente, la Conferencia de Helsinki trataba precisamente de eso, de crear soluciones. No voy a presentar ahora una serie de listas de soluciones; pero voy a poner algunas de estas cuestiones en su contexto. ¿Qué tiene que ver la atención a la salud con la agenda política? ¿De qué modo equilibran los políticos las elecciones que deben tomar entre las expectativas de la gente y la realidad que ofrece la limitada provisión de la atención a la salud mental? ¿Cuál es la nueva visión de la atención a la salud mental para Europa? ¿Qué tipo de sistemas de atención han de instaurarse y cuáles son las acciones realistas que pueden abordarse? Empecemos centrándonos en la atención a la salud mental, que es tan extraordinariamente importante porque nos dice cuales son los límites de las actividades de salud mental. No digo que todos estos puntos sean responsabilidad de psiquiatras, enfermeras y psicólogos; esta es la responsabilidad del sistema, de actividades de salud mental que deberían incorporar muchos aspectos de atención social, atención a la salud y muchos otros departamentos de los ministerios. Sin embargo, lo que se decidió en Helsinki fue que el ámbito de las actividades de salud mental debería incluir la promoción de la salud mental, el bienestar para todos en la sociedad. También se incluía abordar la estigmatización, la discriminación y la exclusión social. Estoy seguro de que todos los que estáis aquí tendréis historias que contar sobre cómo la estigmatización y la discriminación supusieron un obstáculo en vuestro camino.

El tercer aspecto es la prevención de problemas de salud mental. ¿Cómo podemos evitar los comienzos o a veces el empeoramiento de los problemas de salud mental? Luego el cuarto punto habla del cuidado de la gente que sufre desórdenes mentales, y por último el quinto punto, sobre la recuperación e integración en la sociedad de los que están afectados de problemas severos de salud mental. Y lo que podéis ver es que hay una continuidad entre estos diversos puntos dentro del campo de actuación. Lo que conduce a las siguientes prioridades. Estas prioridades son importantes porque sobre ellas se basa el Plan de Acción: fomentar la toma de conciencia sobre la importancia de la salud mental y de los problemas de salud mental entre todo el conjunto de la población es la primera prioridad que se deriva del plan de acción. La segunda prioridad es que nosotros, de forma colectiva – es decir, todo el conjunto de población, toda la sociedad – abordemos la estigmatización. Esto significa que nosotros autorizamos y apoyamos a la gente que sufre de problemas de salud mental y a sus familias para que tomen la iniciativa. Esto es importante, y se desarrolló en muy estrecha colaboración con usuarios y cuidadores de toda Europa. Y en un principio esto se enfocaba hacia la responsabilidad de los usuarios y cuidadores, contra lo que ellos protestaron, porque dijeron: “Miren, a no ser que la sociedad asuma la responsabilidad, ¿qué podemos hacer nosotros?”

El tercer punto de prioridad es el diseño y la puesta en práctica de sistemas de salud mental, sobre lo que por supuesto versaba en gran parte vuestra reforma de 1985. El cuarto punto - que siento muy próximo a mi corazón - es la creación de un personal competente. Por último, la quinta prioridad, que tenemos que reconocer, la experiencia y el conocimiento de los usuarios del servicio y cuidadores. Ellos tienen que liderar el camino, tienen que decirnos lo que necesitan, y la mayoría de las veces, saben cuales son sus necesidades. Si ha de progresarse y emplearse la experiencia y el conocimiento de los usuarios y cuidadores, debemos estar dispuestos a escuchar e implicarnos en un diálogo abierto, igualitario, encaminado a un mutuo objetivo final de salud mental. Es un camino de doble dirección, de comunicación y cooperación.



Esta es la visión esencial de lo que defiende la Declaración de Helsinki. Uno debería verlo casi tridimensionalmente, como una base muy ancha sobre la que gradualmente van superponiéndose grupos más pequeños. Lo que muestra es que la visión sobre la salud mental trata del bienestar de todos en la sociedad. Sin embargo, también deberíamos intentar evitar el desarrollo de la enfermedad mental entre la población, de la misma manera en que deberíamos prevenir el deterioro de las personas que están en riesgo. La gente en riesgo constituye un grupo más pequeño dentro del conjunto de la sociedad. En ese grupo existe un grupo todavía más pequeño al que se debería ofrecer intervención, puesto que ellos son las personas que sufren de problemas de salud mental. Y por último el grupo más pequeño de todos, en lo más alto de la pirámide, son aquellas personas con problemas severos y duraderos de salud mental que se hallan excluidos y discriminados, y con los que deberíamos trabajar muy duro para que puedan recuperar una situación de respeto. Lo que podéis ver es que, claro está, los niveles inferiores son válidos para todo el mundo. Así que todo el mundo tendría promoción y prevención de salud mental grupos ligeramente más pequeños, pero se trata de una visión que implica a todos. Esta filosofía se halla en el centro de la Declaración.

Ahora, el otro aspecto importante es que este proceso lo guían unos valores. Y se trata de valores con los que estaréis muy familiarizados porque los reconozco perfectamente en vuestras reformas de 1985: valores de igualdad, todo el mundo tiene su derecho al bienestar. Trata también de igualdad de información, igualdad de acceso, igualdad en el sentido de que todo el mun-

do, independientemente de lo que sufra, es un ciudadano. Pero, desde luego, debemos reconocer que hay personas que sufren más que otras; hay personas que tienen unas necesidades mayores que otras, y eso habla de determinación e igualdad. Por tanto, si queremos trabajar en pos de la igualdad, tenemos que invertir más, porque hay gente que tiene unas necesidades mayores que las otras. El tercer punto, el tercer valor, es la solidaridad. La solidaridad necesita afianzarse entre los individuos, en el seno de y entre las familias, y en todas las comunidades y regiones de España. La solidaridad también necesita consolidarse entre las regiones de Europa, y entre los Estados miembros de la OMS. Este punto se debatió ampliamente, y los Estados miembros en Helsinki reconocieron su importancia.

Si queremos progresar en algún sentido, deberíamos hablar sobre estos principios y dejar que sean ellos los que nos guíen. En general, los valores hablan de sentimientos y actitudes positivas; los principios, sobre la toma de decisiones. Debemos dejar que nuestro trabajo se guíe por las necesidades y experiencia de los usuarios y cuidadores, tal como he enfatizado anteriormente. Pero también debemos basar lo que hacemos en la evidencia. Vuestras reformas de 1985 ya lo mostraban con bastante contundencia. Lo que está aquí muy implícito, pero importante, es la atención entre las necesidades y experiencias de los usuarios y cuidadores, y la evidencia científica desarrollada por los expertos. Y esa atención la dejo deliberadamente ahí, porque a ese respecto no existen respuestas sencillas. Un punto final importante en cuanto a los principios es el de ser sensibles a la cultura y recursos locales. En España, en vuestras reformas sanitarias de 1984-1986, erais muy conscientes de ello, y delegasteis mucha autoridad, si no toda, en las CC.AA. Si la OMS cree que podemos dirigir Europa desde Copenhague, nos equivocamos. Debemos ser muy sensibles a las necesidades y diferencias culturales de las regiones.

Siguiendo estos principios, la OMS ha presentado 12 áreas de acción. Lo importante de estas acciones es que encajan en un sistema. La idea es que estas acciones son cohesivas, completas, y que se complementan las unas a las otras, conforme a la visión de conjunto.

Echemos un vistazo a algunas de ellas, empezando con el bienestar. Una vez más, al hablar del bienestar, hablamos de una educación sana. La evidencia demuestra que hay formas de mejorar la resistencia de los niños, de hacerlos menos vulnerables. Sabemos que la dieta es importante. El abuso del alcohol es asimismo una gran preocupación, como lo es la salud en el lugar de tra-

bajo. Si echamos un vistazo a la ausencia laboral debida a enfermedad, días por empleado y año en España, se puede ver que este asunto suscita una gran preocupación. Sugiero que hay cuestiones en España relativas a la salud mental porque lo que sí sabemos es que prácticamente en todos los países occidentales cerca del 30% del absentismo laboral se debe a problemas mentales, sobre todo a la depresión. Y en muchos países occidentales - de hecho, en todos de los que tenemos datos - es el grupo que crece a mayor velocidad. La buena salud mental es crucial para la productividad, y también el bienestar de los ciudadanos, lo que hace que sean tan importantes los problemas de salud mental de estos grupos.

El otro punto sobre el que quiero hablar – porque, una vez más, es algo que ya se había mencionado en vuestras reformas de 1985 e incluso con anterioridad – es la centralidad de la salud mental. A menos que aceptemos que la salud mental no es solo responsabilidad de los equipos de salud y también del Ministerio de Sanidad, siempre estará limitada y se verá discriminada. La buena salud mental se ha visto como una responsabilidad central del Gobierno en conjunto. Pensad en los derechos laborales. Pensad en cuestiones como la legislación sobre la discapacidad. Incluso la educación y el transporte público tienen su relevancia para la buena salud mental. No estoy alegando que la enfermedad mental y la buena salud mental tengan que ser siempre la única preocupación del Gobierno en toda situación. Eso sería absurdo. Lo que digo es que muchas decisiones que parecen bastante ajenas a la buena salud mental de la población, como la planificación de carreteras, etc., tienen de hecho una relevancia directa en el aumento de los índices actuales, en los índices de problemas de salud mental como la depresión, y por tanto sí que afectan indirectamente a la productividad y el funcionamiento de la población.

El siguiente punto habla de la discriminación. Algo que se da frecuentemente en los medios de comunicación, sobre todo en Inglaterra, es la forma en que los medios retratan a la gente que padece de problemas de salud mental en términos negativos y empleando una terminología negativa. “¿Por qué estaba libre ese maniático para poder matar porque sí?”. Este es el tipo de retrato con el que muy frecuentemente se bombardea a la población de Inglaterra. Recientemente hubo un caso muy desagradable de un hombre con problemas de salud mental que mató a un amigo y se comió partes de su cuerpo. Ese suceso lo destacaron en los medios durante días, si no semanas. Es ese tipo de constantes mensajes sobre hechos muy poco comunes los que refuerzan continuamente el temor y la estigmatización entre la población.

Eso es algo que puede cambiarse trabajando con los medios y educando a los medios, más que condenándolos. Sin embargo, creo que no podemos subestimar la importancia que este tipo de informes tienen en la percepción de la población.

Nos acercamos a lo que en mi opinión se halla probablemente en el centro de las reformas sobre la salud mental y en muchos países, esto es, el propio sistema de atención sanitaria. Nosotros, en la OMS, queremos ver las cuestiones relativas a la salud mental integradas en la Atención Primaria, los servicios especializados, así como los puntos respecto de la asociación y el personal. Vuestras reformas de 1985 muestran sin la menor duda que antes de 1985 teníais este modelo de atención. Grandes instituciones y asilos que estaban muy desatendidos y que eran muy criticados, algo ya común cuando se trata de hablar de las instituciones. Un poquito de un componente de Atención primaria de Salud mental, pero separado de las policlínicas y clínicas ocupacionales y la vieja enfermería psiquiátrica. Un modelo que parecía una forma típica de atención a la salud mental en Europa en aquel tiempo, y que todavía prevalece en muchos países. Y por supuesto el 90% del gasto en salud mental se habría invertido en atención hospitalaria. Lo que ha ocurrido en toda Europa en los últimos 20 años es que ha habido un cambio desde este modelo de una única institución al reparto de la atención a gente mentalmente enferma entre una serie de distintos componentes. Ahora la Atención primaria ocupa el primer plano, es la vía de acceso, el filtro a los servicios especializados. Hay un gran número de servicios diferentes en la comunidad, hospitales generales así como hospitales psiquiátricos. Permitidme que exponga esto de una forma algo distinta. El gran éxito de la Reforma española de salud mental, si se mide por número de camas de hospital en comparación con otros países occidentales, es que sale bien parado de la comparación con los datos más recientes. Hay algo interesante que además me sorprende, y es que realmente no teníais tantas camas para empezar. Redujisteis su número significativamente, y en la actualidad tenéis el menor número de camas de Europa, después de Italia. Sin embargo, España comenzó con un número menor de camas que Italia. Así pues, surgen preguntas en relación con el alcance de vuestra reforma, y hasta qué punto habéis podido sustituir esta pérdida relativamente inmensa de camas, y sin duda, la presencia de tan pocas camas de hospital en la actualidad con servicios comunitarios.

La cuestión es si habéis logrado reemplazar estos servicios específicos para gente que sufre enfermedades mentales, hospitales que ofrecen comida, alo-

jamiento y algún tipo de ocupación, al menos con una atención equivalente, si no mejor, por una serie de recursos comunitarios. Como ejemplo del tipo de servicio que debería haber para compensar esta pérdida de camas, está: la autoayuda; la organización de autoayuda para gente con una serie de problemas de salud mental; atención primaria de primera calidad; equipos de atención primaria capaces de detectar amenazas, que derivan a otros recursos a una gran proporción de gente a la que ven con enfermedades mentales, es decir, a los especialistas; una serie de servicios comunitarios muy sofisticados que incluyen visitas domiciliarias, pero también casas, que incluyen servicio de día, de los que tenéis bastante información. Luego los servicios especializados para trastornos como desórdenes alimentarios, quizá niños con problemas emocionales. Debe disponerse de un entorno seguro para aquellas pocas personas que son verdaderamente peligrosas para las comunidades y que necesitan recibir una atención especial en un entorno seguro. Muchas veces se suele ignorar el entorno sanitario general, que también en el pasado quedaba frecuentemente excluido para las personas con problemas severos de salud mental. Por último, está el vínculo entre la Atención sanitaria y la Atención social. Considerad la necesidad de prestaciones, la necesidad de un alojamiento decente, un trabajo, y la lista sigue. Surgen nuevos retos acerca de esta forma de Atención comunitaria, con la que sin duda España, al igual que otros países, europeos está luchando. ¿Quién debería ser el responsable de todo este cambio? Asumiendo que el equipo comunitario puede tratar con esta complejísima integración de servicios para los que verdaderamente no están al cargo. Un problema de gran importancia para cualquiera que trabaje en equipos comunitarios es: ¿Quién es el agente principal? ¿Quién es el responsable de los presupuestos? Tras visitar muchos países, he visto que hay una tendencia hacia la consolidación y la concentración de los servicios asistenciales y sociales, y que frecuentemente se tiende a aglutinar también los presupuestos. De forma que existen ejemplos reales en los que un equipo comunitario está autorizado a adquirir una serie de servicios dentro de una amplia gama que en el pasado no eran responsabilidad suya. Cada país, cada región, tendrá que valerse por sí misma. Pero por el momento el principal problema de la Atención comunitaria es la fragmentación de servicios que individualmente son de gran calidad y que combinados no proporcionan una atención sin fisuras. Y la gente queda atrapada en esas fisuras. Se trata de un reto real que no tiene una solución sencilla.

Tal como mencioné anteriormente, no llegaremos a ninguna parte a menos que abordemos las cuestiones relativas al personal. Y una vez más me quedé

impresionado al ver que estas cuestiones sobre el personal ya se reconocían en vuestras reformas de 1985. Y la cuestión del personal y la salud mental supone todo un reto en todo el mundo. Y en parte es así a causa de la estigmatización y la discriminación. En muchos países los médicos jóvenes no quieren hacerse psiquiatras; en muchos lugares las enfermeras no quieren hacerse enfermeras de salud mental. En primer lugar, surgen cuestiones en relación con el número, pero también existen otros nuevos retos sobre el rol de la gente que trabaja en Salud mental. Creo que lo que a veces se ignora es el inmenso cambio habido en las funciones y responsabilidades. Una vez que se cierran todas las instituciones y se pone a la gente en la comunidad, todo el proceso de trabajo es tan diferente que no tendríamos que pensar simplemente en cambiar la educación. Deberíamos ser más radicales y pensar en cambiar incluso el tipo de profesiones que trabajan en Atención a la salud mental - las cuales, después de todo, hasta entonces se basaban completamente en el trabajo en un entorno institucional -. Todas esas profesiones se basan en el trabajo en instituciones; no podemos simplemente desplazarlos a la comunidad y esperar que trabajen allí.

Lo que esto significa es que necesitamos al menos contar con un número adecuado de personal altamente competente. Curiosamente, no pude encontrar cifras sobre médicos de cabecera en España, pero tengo la impresión de que debe de ser una cifra bastante baja, tras leer los informes, y advertir que la mayoría de vuestros médicos se hacen especialistas. El número de psiquiatras por cada cien mil habitantes es de 3,6, lo cual es muy bajo (a escala de Europa occidental). En cuanto a su formación, muchos de los psiquiatras trabajan en el sector público, pero probablemente estos son los psiquiatras relevantes para el contexto al que me he estado refiriendo. Todo ello me preocuparía, porque lo que significaría es que albergo dudas sobre la capacidad de unos pocos médicos de Atención primaria a la hora de tratar el número de casos que ven, en la atención que necesita la gente. No estoy convencido de que en ese caso haya suficiente respaldo por parte de los servicios especializados para apoyar a estos médicos, debido a que los mismos psiquiatras suponen un número muy bajo, y probablemente tengan que vérselas con los retos que se les presentan. Visto desde fuera, y hablando de forma ingenua, no me sorprendería que este fuera uno de vuestros verdaderos retos. He intentado encontrar información sobre vuestro servicio de enfermería de salud mental, pero no he podido encontrarla, aunque de nuevo mi impresión es que se trata de cifras bajas. Y este es uno de los retos clave en toda Europa; si no tenéis muchos médicos generalistas, si no contáis con muchos psiquia-

tras, posiblemente no tantas enfermeras, ¿de qué forma podéis rediseñar las diferentes profesiones de modo que podáis asignar tareas y responsabilidades a los que se hallan disponibles? Lo que sabemos en este momento es que en toda la profesión se da un tremendo solapamiento de competencias. Que muy a menudo esto no se reconoce y la gente no siempre hace las tareas para las que están asignados. También, por supuesto, la consideración aquí es que los psiquiatras son el grupo más caro del personal, ¿hasta qué punto se puede invertir en un personal más barato que tenga también competencias? No estoy sugiriendo que no se necesite un gran número de psiquiatras; pero si el número de psiquiatras con que contáis lo permite, probablemente existan formas de sustituir algunas aptitudes y competencias.

Todo ello depende de una buena financiación e inversión. La proporción de PIB que habéis gastado en salud es relativamente baja debido al nivel de vuestro PIB. Sin embargo, España está más o menos en la media de Europa occidental en cuanto al gasto en Atención sanitaria. Pero debido a vuestro PIB relativamente bajo, el dinero que podéis gastar es relativamente poco. Ahora bien, si ahora ajustamos el coste de la vida al poder adquisitivo (PA), uno descubre que ese PA en España es muy bajo porque verdaderamente no sois un país barato. Lo que eso implica es que probablemente os resultará difícil desarrollar algunos de estos costes de alta calidad a menos que invirtáis una alta proporción de vuestro gasto sanitario en Salud mental. No conozco la proporción de vuestro gasto en salud mental porque no creo que esa cifra se conozca, pero sospecho que si está en una media típica, es un problema. Y de nuevo, no estoy sugiriendo que tenéis que gastar más dinero en salud mental, lo cual es una cuestión política. Para nosotros eso fue uno de los mensajes claves en Helsinki. No estamos pidiendo necesariamente más dinero para salud mental, lo cual es simplista y no es justo. Lo que pedíamos es paridad, que la salud mental sea juzgada en sus propios derechos, en sus propios méritos, y que sea estimada sin discriminación, sin esa especie de estigmatización que tan a menudo se asocia con la salud mental. Establecer cuál es la inversión necesaria teniendo en cuenta las necesidades de la población, la carga de la enfermedad, y los resultados que tenemos con relación a gran parte de las inversiones. En mi opinión, diría que el papel que tiene la salud mental en muchos países es muy baja.

Lo que la OMS quiere hacer en los próximos 5 años es impulsar este gran reto en la totalidad de nuestros 52 Estados miembros. Lo que hemos hecho es identificar 6 áreas claves de desarrollo en las que queremos trabajar con socios

de toda Europa. Contamos con principales centros colaboradores que coordinarán el trabajo en estas 6 áreas en representación nuestra, y que reunirán la experiencia profesional de toda Europa. Y una de mis frustraciones tras leer los informes de 1985 es que no hay ningún principal centro español colaborador. De hecho, España no se halla muy implicada en esas actividades. Por eso creo que estas visitas a veces son tan útiles. Por tanto, yo recibiría cordialmente algún tipo de papel importante por parte de España, porque creo que merecéis estar más en el centro de la acción de lo que creo habéis estado últimamente. Son áreas en las que sin duda tenéis experiencia; de hecho, muchos de los expertos van a Sudamérica, pero creo que en este momento el perfil de España en Europa es más bajo de lo que debería ser, teniendo en cuenta los increíbles logros de los últimos 20 años.

Lo que pretendemos es avanzar en la Declaración de Helsinki y el Plan de Acción y trabajar muy estrechamente con algunos socios fundamentales. Trabajar con gobiernos de nuestros 52 Estados miembros. Trabajar con Europa y la Comisión Europea, con los que ya estamos alcanzando acuerdos en una serie de programas de colaboración en Salud mental. Ahora tenemos una asociación muy activa con organizaciones de usuarios de servicios y cuidadores, incluyendo algunas personas de España. Organizaciones profesionales como la World Psychiatric Association vuelven a estar muy implicadas con nosotros, así como otras organizaciones no gubernamentales. Así que por el momento hay una coalición única de gobiernos, usuarios y cuidadores, organizaciones profesionales, todos mirando en la misma dirección. Para mí, personalmente, el reto es hacer que esto funcione. Me sentiría muy avergonzado si en un plazo de cinco años os dijera: “Veréis, tenemos esta estupenda Declaración, pero hoy por hoy, no podemos hablar de grandes progresos”.

Ya para terminar, veamos los principios de los que hablaba al comienzo. Al final de mi presentación, de nuevo puedo decir precisamente lo que dije al empezar. Todos vuestros principios siguen siendo válidos, siguen siendo actuales, incluso después de 20 años. El verdadero desafío es hasta qué punto estos viejos principios de hace 20 años se han puesto al servicio y provecho de los usuarios y cuidadores. Eso es un juicio. Yo no puedo hacer ese juicio viniendo de la Organización Mundial de la Salud. Supongo que, como en muchos países, ha habido un progreso excelente en algunas áreas, y que otros progresos aún deben alcanzarse. También tengo la sensación de que sigue habiendo un tremendo ímpetu para seguir avanzando. Espero que la OMS pueda ser un socio en ello, y que podáis trabajar en asociación con la

Organización Mundial de la Salud, porque creo que la solidaridad de la que hablábamos antes como valor puede beneficiar verdaderamente a todo el mundo. Tenéis mucho que ofrecer a Europa, y Europa tiene mucho que ofrecer. Y si hay alguna forma de que podamos facilitar esto, nos sentiremos muy orgullosos de poder trabajar con vosotros.

Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud

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

>>> D. Alberto Fernández Liria

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

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

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

¿DE DÓNDE PARTIMOS?

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

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

¿QUÉ QUISIMOS?

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

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

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

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

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

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

¿QUÉ LOGRAMOS?

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

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

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

¿QUÉ ES LO QUE NOS FALTÓ?

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

¿QUÉ NOS PASÓ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿EN QUÉ NOS EQUIVOCAMOS?

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

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

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

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

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

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

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

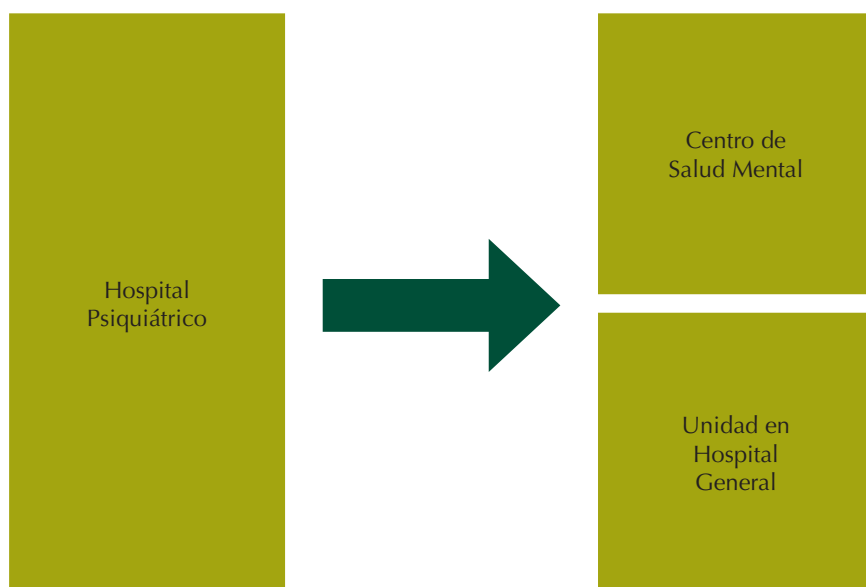
mentales iba a disminuir el estigma. Yo no estoy tan seguro de esto, y me parece que algunas de las cosas que ahora se van averiguando sobre el estigma pues nos van pudiendo enseñar de que esto tampoco es necesariamente así.

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

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

Figura 1

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL: LOS DESEOS



¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

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

Figura 2

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL:

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

A P R I M A R I A	CSM 1	CRPS 1	Mini Residencia 1	Fundación
	CSM 2	CRPS 2	Mini Residencia 2	Club Social 1
	UHB	Piso escuela	Pisos Protegidos	Club Social 2
	Interconsulta	CRL	Alarma Domicilio	Huerto de Ocio
	Urgencia			
	H de Día	Unidad rehabilitación	Cuidados prolongados	Empleo Protegido

PROGRAMAS
DE
CONTINUIDAD
DE CUIDADOS

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

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

Figura 3

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL:

Financiador

Financiador	A P R I M A R I A	CSM 1	CRPS 1	Mini Residencia 1	Fundación
		CSM 2	CRPS 2	Residencia 2	Club Social 1
		UHB	Piso escuela	Pisos Protegidos	Club Social 2
		Interconsulta	CRL	Alarma domiciliaria	Huerto de Ocio
		Urgencia	Unidad rehabilitación	Cuidados prolongados	Empleo Protegido
		H de Día			
Salud					
Servicios Sociales					
Otros					

PROGRAMAS
DE
CONTINUIDAD
DE CUIDADOS

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

Figura 4

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL:

Proveedor



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

¿QUÉ COMPROMISOS TENEMOS?

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

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

¿QUÉ PODEMOS HACER?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 5



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

4.3>>>

Experiencias autonómicas de Salud Mental

4.3.1>>>

Medios para avanzar en la organización y desarrollo de los Servicios de Salud Mental

>>> Dr. José García González.

INTRODUCCIÓN

Permítanme expresar, en primer lugar, mi agradecimiento a las Instituciones y personas que han organizado esta jornada por la invitación para participar en ella y por el reconocimiento que se nos ha hecho a los miembros de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

Iniciamos ahora una mesa que va a ofrecernos una panorámica de la organización y gestión de los servicios de salud mental en la actualidad, desde el observatorio de cuatro Comunidades Autónomas: Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, y País Vasco, expuesta por medio de los responsables de sus servicios de salud mental.

Como introducción a sus intervenciones voy a hacer una exposición que, a modo de encuadre o preámbulo, sirva para analizar los factores del contexto que están influyendo en el funcionamiento de los servicios de salud mental y en la demanda, así como los problemas y las dificultades con los que chocan su desarrollo y organización, para concluir enunciando unas líneas de acción que se infieren de ellos.

Me parece que no debemos ni podemos debatir estas cuestiones sin echar la vista atrás para valorar lo apropiado del sistema de atención que se empezó a aplicar bajo las directrices del Informe para la Reforma Psiquiátrica y los cambios y exigencias sociales a los que ha de hacer frente hoy.

Un buen comienzo para iniciar este análisis es preguntarse si ha perdido peso político hoy la cuestión de la atención a la salud mental. La respuesta sobre esta cuestión nos puede orientar sobre las propuestas que tienen más incidencia a la hora de decidir las prioridades de las políticas públicas y, en concreto, de la política sanitaria.

Apunto dos argumentos para entender mejor la pertinencia de esta pregunta: uno sobre el gasto, pues hoy existe una gran preocupación acerca de la financiación sanitaria y de la sostenibilidad del sistema. El gasto sanitario crece más rápidamente que el PIB, y sobre todo se incrementa el gasto farmacéutico¹, y el de los psicofármacos en particular; pero el gasto en otros recursos destinados a salud mental no sigue esa tendencia. Se estima que el 20% del gasto en los sistemas sanitarios de la UE-15 corresponde a la atención a la salud mental, y es evidente que en España se está lejos de ese rango.

El otro hace referencia a la importancia social de la salud mental. Estamos hablando de un subsistema de atención de gran importancia en el logro de la equidad, la cohesión y el bienestar social. Informes solventes, como los de la O.M.S., ponen de relieve la importancia de su morbilidad y el peso que adquieren las enfermedades mentales en la carga global de enfermedad. Sabemos también que cuatro trastornos psiquiátricos se encuentran entre las diez primeras causas de discapacidad, y que cada día crece más su importancia como motivo de las bajas laborales².

En fin, no debemos olvidar que el desamparo y la falta de atención a las personas con trastornos mentales en el pasado han contribuido a su marginalidad y exclusión, siendo causa de una hiriente desigualdad.

¹ El consumo en fármacos por habitante en euros constantes creció un 79% entre 1990 y 2002 y ya representa el 30,13% del gasto sanitario público en el año 2003 (ver mediariomédico.com.política sanitaria 23.junio.2003).

El grupo de neurolépticos atípicos aumentó su coste en el SNS en un 21,86% del 02/03 y los antidepresivos un 14,76%. Entre los principios activos (monofármacos) de mayor consumo están: la Paroxetina en 4º lugar y en 6º la Olanzapina, sus costes se incrementaron en un 11,7% en el 2003, sobre el 2002. Información terapéutica del SNS, vol. 28.5.2004

² El 30% de las bajas laborales son por motivos psicopatológicos, y de ellos la mitad están relacionados con la situación laboral. Comunicado en Jornadas sanitarias sobre accidentes de trabajo en Euskadi. 2005.

1. FACTORES DEL CONTEXTO Y MODELO ORGANIZATIVO PARA LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

Al hablar de la organización de servicios, y también de sus costes, es imprescindible fijar posición sobre el modelo de atención y, en concreto, sobre el modelo de atención comunitaria que se ha configurado con el Informe para la Reforma Psiquiátrica. La organización que se imprima a los servicios y al sistema influye en sus funciones, en los costes y en los resultados de salud. Por eso, se puede hacer la reflexión acerca de si el modelo de organización comunitaria tiene aún vigencia y actualidad, o, por el contrario, la expansión de la atención y su integración en el sistema sanitario requiere un nuevo modelo.

Mi respuesta es que sus fundamentos siguen siendo solventes y hay suficientes evidencias sobre su vigencia. Cada día se observa más como en otros ámbitos sanitarios se diversifican las formas de intervención, se reconoce la necesidad de fomentar la atención domiciliaria y la participación de entidades y usuarios. Se insiste en modificar la concepción actual del hospital para que ofrezca programas alternativos a la hospitalización, como la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, y funcione como un elemento más de un sistema descentralizado, cuyos componentes se complementan.

Así que lo que se necesita no es sustituir o cambiar el modelo comunitario, sino ajustarlo a las transformaciones y exigencias que hoy presenta la comunidad; desarrollarlo y extenderlo, corrigiendo sus deficiencias.

Naturalmente, las ideas y los fundamentos de salud mental comunitaria y las propuestas organizativas que dimanen de ellos deben tener en cuenta los cambios y los nuevos requerimientos si pretenden mantenerse vigentes, puesto que una característica básica de la atención comunitaria es su vinculación y adaptación a la realidad circundante.

Desde los años ochenta se han producido transformaciones estructurales y culturales, que tienen una clara influencia tanto en el patrón de morbilidad, como en la expresión de la demanda, en el desarrollo tecnológico, las formas de intervención y en la noción misma de comunidad.

1.1. Cambios y transformaciones del contexto que influyen en la atención a la salud mental.

En la Tabla 1 resumo algunos de los que me parecen más relevantes a este propósito:

Tabla 1

- Modificaciones en la estructura de la comunidad y en las formas de expresión política
- Incremento del fenómeno migratorio y mestizaje
- Nuevas formas de relaciones laborales
- Cambios demográficos y de las familias
- Disminución de los apoyos familiares
- Incremento de la morbilidad y de la demanda
- Emergencia de nuevos derechos sociales
- Afluencia de demandas impropias: medicalización del malestar

Analizo a continuación, de forma sucinta, el impacto de estos factores.

1.1.1 Estructura de la comunidad. Se debilitaron los lazos comunitarios tradicionales, lo que exige reajustar las expectativas puestas en la comunidad. Hay que detectar quienes son hoy los agentes de bienestar y salud en la comunidad, y valorar el peso de los sistemas de protección y del capital social.

Ha surgido un nuevo asociacionismo, de carácter sectorial y monotemático, el tercer sector, el movimiento de usuarios, de afectados y de familiares, con los que el sistema de atención profesional precisa definir bien las formas de relación y la complementariedad.

1.1.2 Fenómeno migratorio. El intenso incremento del fenómeno migratorio está ya repercutiendo en la aparición de nuevos grupos de excluidos, con mayor vulnerabilidad y produce manifestaciones psicopatológicas y formas peculiares de relación con el sistema sanitario, que plantean la necesidad de dotar a los profesionales con instrumentos y una formación adecuados

1.1.3 Nuevas relaciones laborales. En materia de relaciones laborales, estamos ante formas que producen mayor incertidumbre e inestabilidad. Ahora se postula como un valor la flexibilidad y la adaptabilidad. La estabilidad en el trabajo desaparece y se preconiza la movilidad y la

disponibilidad para cambiar de ciudad, de compañeros y de tarea. Y también para abandonar la actividad laboral anticipadamente mediante las prejubilaciones, con lo que se distorsiona la vida laboral y el ciclo vital: se prolonga la adolescencia y se acorta la vida laboral³. Muchos de estos cambios producen sufrimientos que se expresan, cada día con más frecuencia, en los servicios de salud mental.

1.1.4 Variaciones socio demográficas. Son muy relevantes los cambios habidos tanto en la composición de las familias como en la estructura sociodemográfica de la población. El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años y, además, se ha producido el llamado envejecimiento del envejecimiento, es decir el incremento de las personas mayores de 80 años. Es bien ostensible la influencia actual de estos factores tanto en el patrón de morbilidad como en la disponibilidad de cuidados familiares e informales. Como es conocido, en los países del sur Europa y en concreto en España tiene un gran peso los cuidados que prestan las propias familias a las personas dependientes y a los enfermos mentales, en particular. Y debido a los cambios mencionados esta función cada vez crea más sobrecarga y se hace más insostenible. Si no se disponen de los apoyos apropiados esa sobrecarga repercute negativamente en la salud de las familias y en la evolución de las personas con trastornos mentales.

1.1.5 Cambios e incrementos en la morbilidad. Como consecuencia de la combinación de factores de carácter médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento, la tasa de natalidad que se redujo a la mitad en 20 años, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por enfermedades y accidentes graves y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico se está produciendo un notable incremento de la morbilidad. La tasa de morbilidad crónica supera el 45% de la población española⁴.

De los 19 millones que declaran tener enfermedad crónica reciben tratamiento de forma sistemática o continuada entre 5 y 7 millones, pero el 96% toman medicamentos⁵.

³ Ver Ch. Dejours: La souffrance en France. La banalisation de l'injustice social. Seuil.1998 En él se habla del sufrimiento provocado por las actuales condiciones laborales.

⁴ Informe sobre el paciente en España. Farmaindustria. 2003

⁵ Colectivo IOE. Salud y estilos de vida en España. Fundación Cajas de Ahorro. 2004

Dentro de esa tendencia hay que mencionar que, según el parámetro de morbilidad años de vida ajustados en función de la discapacidad, las enfermedades mentales y neurológicas eran responsables, en el año 2000, del 10,5% del total de esa carga, por lo tanto se sitúan como un importante problema de salud pública, por encima del cáncer (un 6%) y muy próximo a las enfermedades cardiovasculares (12%).

El análisis de las tendencias arroja datos que prevén que esa carga aumentará rápidamente en el futuro y que llegará al 15% en el 2020 (OMS-Informe 2001⁶). La previsión que la OMS hace es que para el año 2020 más del 70% de la carga global de la enfermedad será producida por enfermedades no transmisibles, lesiones y trastornos mentales.

1.1.6 Demandas impropias: la medicalización del malestar social y de vivir. La importancia otorgada a las tecnologías, la cultura de delegación de responsabilidades en los técnicos, los intereses de las propias corporaciones profesionales que fomentan la delegación de esos problemas para lograr mayor influencia social, y la mercadotecnia de la industria farmacéutica -influyendo hasta en la nosología psiquiátrica- contribuyen a la medicalización de problemas de la vida cotidiana y sociales.⁷

Las prestaciones sanitarias además de un bien público han pasado a ser un producto de consumo. Según la encuesta nacional de salud, 2001, el 52% de los españoles tomó medicación en las dos últimas semanas - el 8% ansiolíticos e hipnóticos- y hay una clara incongruencia entre la carga de enfermedad percibida y el consumo de fármacos.

Este fenómeno está produciendo dos tipos de consecuencias

⁶ OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001

⁷ Los estudios de la demanda expresada en diversos centros de salud mental, entre ellos el que hemos hecho en el CSM 1, de Oviedo, en el que se estudiaron 900 personas, arrojan un perfil coincidente del usuario predominante, caracterizado por ser mujer, de edad entre 30-40 años, soltera o separada, con actividad laboral y estudios medios. En cuanto a los diagnósticos predominan los trastornos de adaptación y los trastornos neuróticos. En el caso de Oviedo estas dos categorías suponen el 57% de la demanda atendida. Llama la atención el elevado porcentaje de trastornos adaptativos, que son los que están más imprecisamente definidos y es el diagnóstico al que se recurre cuando no hay otra patología clara o para catalogar problemas emocionales ligados al malestar de la vida.

A/ una distorsión en el orden epistemológico, convirtiendo el pathos en patología, la persona que sufre en un caso clínico, lo que debiera ser una historia de vida en una historia clínica.

B/ crea una demanda impropia, pues influye en el volumen y la modalidad de la demanda que llega a los dispositivos de salud mental y en la eficacia de sus respuestas. Además, este efecto resta atención y dedicación a otras necesidades no expresadas que corresponden en general a las personas con trastornos más graves y mayor riesgo de exclusión.

También está impidiendo, que por falta de tiempo y por otros factores, los profesionales puedan aplicar más técnicas de intervención, y por lo tanto las respuestas se hacen cada vez más uniformes, se simplifican y contribuyen a crear un proceso socioperceptivo que hace poco visible las necesidades globales de la persona enferma.

Desde luego, si no analizamos bien estos fenómenos y sus consecuencias no podemos entender cuestiones como las del incremento de la demanda, la aparición de nuevos problemas de salud y la expresión que se está haciendo de las nuevas formas de malestar que tienen gran impacto en el funcionamiento y desarrollo de los servicios de salud mental.

Por eso considero, que las mejoras que ahora se planteen no pueden limitarse solamente a pedir el aumento de recursos, eso es imprescindible porque son insuficientes los que hay, pero cualquier incremento cuantitativo tiene que tomar en consideración los fenómenos que acabo de mencionar, afrontar los problemas existentes y vincularse a la mejora de los procedimientos, de la cobertura y de la eficiencia.

2.-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL: DOCE PROBLEMAS Y DOCE CAUSAS PARA RENOVAR EL COMPROMISO Y PROGRESAR

Dedico mi atención ahora a unas cuestiones, cuyo estudio y resolución, me parecen insoslayables y prioritarias para impulsar el desarrollo de los servicios de salud mental y adecuarlos a las necesidades actuales.

1. Retroceso en la importancia política de la salud mental

No se está percibiendo socialmente ni en el ámbito de la política sanitaria la importancia de la patología mental. A mi juicio, hay una trivialización en la

valoración de esta cuestión. Considero que se trivializa porque parece que en salud mental cabe todo: un trastorno grave, el malestar de vivir y la coartada para evitar una situación laboral o personal difícil. Se hacen planes de acción pero no se establecen costes ni los compromisos presupuestarios para ejecutarlos. La falta de prioridades claras respecto a lo que abarca la atención, la ausencia de objetivos bien definidos y de criterios de calidad que puedan ser objeto de evaluación coloca la atención a la salud mental en una posición débil en el escenario de las decisiones políticas.

Conviene que todos, responsables de los servicios y profesionales, hagamos un esfuerzo para esclarecer la importancia de la atención a las personas con trastornos mentales y para que se tomen más en consideración su derechos y los apoyos que precisan sus familiares

2. Insuficiencia de prácticas y metodologías comunitarias

Es evidente la escasez de procedimientos e intervenciones comunitarias; en suma, el insuficiente desarrollo comunitario de las prácticas de salud mental. Así, se constata, por ejemplo en un estudio realizado, en el año 1996, sobre el uso de servicios ambulatorios de salud mental⁸, realizados en tres CC.AA.- Andalucía, País Vasco y Madrid-, en servicios creados en la década de los ochenta.

Dos resultados llaman la atención, en este sentido: la práctica inexistencia de actuaciones en el ámbito domiciliario, y las escasas intervenciones psicoterapéuticas de formato familiar y grupal, que se cifran al 1,4% y 3% respectivamente.

Si utilizo como referencia el índice de actividad comunitaria del registro de casos de Asturias el valor del porcentaje de las actividades definidas como comunitarias supera ligeramente el 3%.- en concreto, el 3,28%, en el año 2003-, siguiendo una tendencia decreciente en los últimos cinco años.

Según se desprende de los datos del observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría⁹ en los informes de nueve Comunidades Autónomas no se registran visitas a domicilio.

⁸ JF Montilla y otros: Uso de los servicios ambulatorios de salud mental. Revista AEN, 2002, 84

⁹ El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la AEN, número 93. 2005

Ese mismo déficit lo confirmamos cuando estudiamos los tipos de recursos y comprobamos la notable escasez de dispositivos intermedios (hospitales de día y otros) y su limitada cobertura horaria.

Considero que entre los factores que determinan esta insuficiencia están el escaso desarrollo de la multidisciplinariedad, la baja dotación en profesionales de enfermería, muy por debajo de la existente en otros países europeos de nuestro nivel, que se acompaña de una insuficiente preparación para la práctica comunitaria y la escasa aplicación en la asistencia del enfoque integral.

Un sistema de atención comunitaria, descentralizado y ordenado territorialmente no solo implica una mejora de la accesibilidad, -con la creación de servicios de proximidad- sino que conlleva también la generación y aprovechamiento de recursos sociales y sanitarios, y la asunción de mayor corresponsabilidad de los agentes sociales, y de las administraciones en sus diversos niveles. De ese modo, además de fomentar el desarrollo de redes de apoyo y la colaboración entre sistemas de cuidados formales e informales se produce un impacto positivo en los costes de las prestaciones.

3. Incremento de la demanda y de la presión asistencial

Los servicios de salud mental, sobre todo los de carácter ambulatorio -los centros y unidades de salud mental- han experimentado un enorme incremento de la demanda, entre la que se incluyen nuevas patologías. Este aumento de la demanda no ha ido acompañado de una mejora proporcionada de los recursos, y se produjo una presión asistencial que impacta negativamente su funcionamiento. Sobre todo en la atención a episodios de crisis y urgencias y en la accesibilidad de los trastornos graves con necesidades inmediatas.

Tomando como referencia los datos del registro de Asturias, el número de usuarios en contacto con todos los servicios que integran la red de salud mental de Asturias se incrementó de 12.000 en el año 1989, (no incluye consultas de neuropsiquiatras, que se estiman en 4000) a 46.200 en el 2004. Podemos decir que los usuarios se han multiplicado por 3 en 15 años.

Este incremento se constata también con la evolución de los datos de frecuentación, prevalencia y usuarios en los centros de salud mental, como se ve en la Tabla 2.

Tabla 2

Datos de actividad y frecuentación en los Centros de salud mental de Asturias				
Años	1990 ¹⁰	2000	2004	incremento % 90-04
1ª consultas	9.778	11.321	12.492	27
Consultas totales	77.861	156.960	185.767	138
Usuarios en contacto	18.272	36.363	43.414 ¹¹	137

Como se observa en los porcentajes el incremento de la presión se produce, principalmente, a expensas de la prevalencia y el aumento de la frecuentación, pero no de la incidencia.

Estos incrementos, por diversas razones, no son iguales para todas las CC.AA. Comparando con Andalucía podemos observar que los aumentos de las consultas en esta Comunidad Autónoma han sido también importantes, pero de menor cuantía. Ver Tabla 3.

Tabla 3

Actividad en los equipos de salud mental de Andalucía ¹²			
Años	1991	2002	Incremento% 91-02
1ª consulta	56.172	87.834	56,36
Consultas totales	416.475	652.813	56,75
Usuarios en contacto	–	162.540 ¹³	

Ha habido también cambios ostensibles en el tipo de problemas de salud atendidos, que repercuten negativamente en el acceso y atención de las personas con trastornos más graves, como podemos observar en las tablas siguientes extraídas del registro de casos de Asturias:

¹⁰ En este año no se incluyen las consultas de los 8 neuropsiquiatras que ejercían en aquella fecha, que se estiman en unas 4000. En los años siguientes, han disminuido por la integración de la actividad de algunos de ellos en los centros de salud mental. Tampoco se incluyen los datos de atención a drogodependientes en ninguno de los años referidos

¹¹ Ese resultado da una prevalencia administrativa / año de 40,3%. Es un valor superior a los referidos en otros estudios: Golberg y Huxley; Tizón; Vázquez Barquero.

¹² Elaboración propia con datos del Informe "La Salud Mental de Andalucía". Asociación andaluza de neuropsiquiatría. Agosto 2003.

¹³ La Prevalencia año resultante es de 21,9%

Tabla 4

PERSONAS ATENDIDAS POR GRANDES GRUPOS DIAGNÓSTICOS AÑO 1988				
	Incidencia		Prevalencia	
	Nº	%	Nº	%
T. Neuróticos	1.348	28,28	2.029	23,07
T. del Humor	984	20,74	1.858	20,42
Ps. Esquizofrénica	396	8,35	1.331	14,63
T. Personalidad	256	5,4	509	5,6
Alcoholismo	372	7,84	743	8,17
Otras Toxicomanías	459	9,67	849	9,33
% sobre el Total	80,28		81,22	

PERSONAS ATENDIDAS POR GRANDES GRUPOS DIAGNÓSTICOS AÑO 2003				
	Incidencia		Prevalencia	
	Nº	%	Nº	%
T. Neuróticos	4.812	46,72	14.778	35,31
T. del Humor	1.692	16,43	9.347	22,33
Ps. Esquizofrénica	254	2,47	2.767	6,61
T. Personalidad	352	3,42	1.630	3,89
Alcoholismo	477	4,63	1.881	4,49
Otras Toxicomanías	302	2,93	2.081	4,97
% sobre el Total	76,6		77,6	

En los valores registrados constatamos las modificaciones en el tipo de problemas y la morbilidad que llega a los centros de salud mental. El descenso de la prevalencia en los servicios de los trastornos mentales graves - sobre todo las psicosis esquizofrénicas - debería llevarnos a considerar la aplicación de medidas de acción positiva para preservar la equidad en la accesibilidad y tratamiento, acorde con el grado de necesidad. Una medida con ese propósito es el programa de los equipos para el tratamiento asertivo en la comunidad,

que se han creado en algunas áreas de Asturias, con el fin de mejorar la atención a las personas con trastornos graves.

4. Deficiente integración de la red de servicios

Aunque el Informe para la Reforma Psiquiátrica preconizaba una organización integrada de servicios diversificados, las redes de servicios de salud mental no disponen aún de una estructura y funcionamiento que asegure su necesaria integración funcional y orgánica. Existen todavía servicios dependientes de las Diputaciones y consultas de neuropsiquiatras¹⁴. También surgen nuevos servicios monográficos para determinadas patologías con funcionamiento autónomo.

Estas deficiencias producen la repetición y solapamientos de actuaciones con flagrante menoscabo de la eficiencia, y, en otros casos, vacío, desamparo, e interrupción en la continuidad de cuidados porque la responsabilidad de la atención se diluye.

5. Rigidez en la planificación

Se planifica la dotación de los recursos con criterios que obedecen más a clichés predeterminados que a las necesidades de las personas. No se produce la adaptación de recursos al nuevo patrón de morbilidad y a la necesidad de provisión de cuidados que requieren los trastornos de larga evolución. Sorprende, por ejemplo, que a pesar del envejecimiento de la población sean prácticamente inexistentes los programas de psicogeriatría y la rigidez con que se elaboran los programas de reinserción.

6. Defectuosa coordinación de niveles

Aunque en el sistema sanitario se diferencian los niveles de atención primaria y especializada, en el que se integran los servicios de salud mental, su articulación es aún muy deficiente, y en muchos casos ha experimentado retrocesos.

La organización de los servicios de salud mental que se preconizaba en el Informe para la Reforma Psiquiátrica suponía el desarrollo de trayectorias de atención integradas, lo que es similar a lo que hoy se denomina atención por

¹⁴ En Asturias persisten aún 5 consultas de neuropsiquiatría sin integración en la red

procesos. Pero no se desarrollaron instrumentos para hacerlas efectivas, aún no están bien reguladas ni consensuadas las competencias y funciones de cada nivel. Este desajuste y la descoordinación producen distorsiones tanto en las derivaciones como en la consolidación de trayectorias de atención continuada.

7. Reducida utilización de tecnologías del campo de salud mental

Las tecnologías no pueden limitarse al predominio tan excesivo de tratamientos psicofarmacológicos, como ocurre en la actualidad, incumpliendo lo que es una evidencia, a saber: los mejores resultados se obtienen con las estrategias de intervención combinadas.

Ese predominio desmedido de este tipo de tratamientos, se constata si observamos que los antidepresivos y estimulantes han experimentado un crecimiento desproporcionado: es el tercer grupo de medicinas que más ha aumentado entre 1993 y el 2001. Y el consumo de antidepresivos se ha triplicado en España en tan solo 10 años.

Se echa en falta el uso de guías, de trayectoria clínicas formalizadas y de procedimientos reglados de buena práctica que orienten sobre las técnicas apropiadas para los distintos procesos.

Buen ejemplo de las limitadas formas de intervención son la actividad de consultas por paciente en los centros de salud mental: 4,2 de media por paciente y año; 10,8 en el caso de trastornos psicóticos, según datos de Andalucía. En Asturias 4,5 de media y 8,18 en trastornos psicóticos.

Existe, también, una ostensible carencia de programas preventivos que se deberían extender hasta el nivel de la atención primaria: por ejemplo, con personas mayores que viven en aislamiento para prevenir la desvinculación y la indefensión y también con los efectos adversos de la polimedicación; con el maltrato de niños, con las secuelas de la violencia de género sobre mujeres, y con situaciones de pérdidas y duelo, entre otros.

8. Limitación de las funciones de la hospitalización

La hospitalización en hospitales generales, que aún no se realiza con carácter general, no cumple las funciones esperadas. En 13 comunidades autónomas persisten los hospitales psiquiátricos con diversas funciones, en varios de ellos

se continua realizando la hospitalización de pacientes agudos y en dos existen más camas en los hospitales psiquiátricos que en las unidades de hospitales generales¹⁵.

No se cuenta con disponibilidad de espacio, ni de medios ambientales apropiados y de dotaciones de recursos profesionales que posibiliten tratamientos diversificados y la aplicación de técnicas propias del ámbito de la salud mental y de la conducta en el medio hospitalario.

Estas unidades no están dotadas ni organizadas para dar una buena respuesta a las necesidades de una persona con un trastorno mental agudo, ni coordinan adecuadamente sus actuaciones con otros dispositivos de la red.

El incremento de la hospitalización se está produciendo predominantemente a expensas de los reingresos y del fenómeno de la “puerta giratoria”. La actividad de enlace e interconsulta con el resto de los servicios médico-quirúrgicos tiene un escaso desarrollo, persistiendo en ese sentido un importante vacío.

9. Penuria en programas y recursos de rehabilitación psicosocial

Hay una evidente insuficiencia de recursos y programas de rehabilitación y de atención a los trastornos mentales graves. Si tomamos como referencia el indicador, moderado, de 0,4% personas con trastornos mentales graves, en un supuesto de una población de 70.000 habitantes, que representa la media de población atendida por los centros de salud mental, existirían 280 personas afectadas de un trastorno grave con necesidad de programas y recursos con plazas para su atención, que se encuentra lejos de poder ser satisfechas con las dotaciones medias existentes.

Además hay una gran heterogeneidad en los procedimientos de rehabilitación psicosocial, con indefinición respecto al sistema responsable de las medidas de rehabilitación.

10. Insuficiente coordinación y sinergia entre sistemas

La coordinación entre los sistemas de provisión de cuidados es muy deficiente, principalmente con los sistemas de apoyo social.

¹⁵ Observatorio de salud mental. AEN, op.cit.

No es sostenible hoy la idea del modelo de un servicio fuerte, entendido como la centralización de todos los recursos necesarios para la rehabilitación e integración en el mismo sector o subsistema, por el contrario hay que propiciar la coordinación entre sistemas de cuidados y la transversalidad, siguiendo las directrices de las políticas transversales, de no-discriminación, con excelentes resultados en otras políticas de integración, como la de género.

No podemos olvidar que las necesidades de una persona con un trastorno mental grave no se limitan al tratamiento bio-médico, ni que la persistencia de síntomas y déficits que determina su propia evolución están fuertemente asociados a variables extraclínicas.

Al principio de la reforma se hizo mucho hincapié en la desinstitucionalización, no entendida únicamente como el externamiento del manicomio, sino como el avance en la autonomía, la libertad y la mejora del bienestar de los pacientes. Hoy el impulso de la desinstitucionalización tiene, a mi juicio, dos palancas básicas, a saber: el logro de mayor capacidad de decisión y más autonomía de los pacientes y la normalización de los procedimientos para la integración y el acceso a los bienes sociales y culturales. Procedimientos que están relacionados con la formación profesional, el empleo y la participación social.

La disponibilidad de los servicios sociales para el apoyo a las personas con trastornos mentales fue hasta mediados los años noventa prácticamente inexistente, hoy, aunque el gasto social es aún mas bajo que el de la media de la UE¹⁶, su desarrollo y la inminencia de un sistema nacional de protección a la dependencia, así como otras normativas contra la discriminación y a favor de la igualdad de oportunidades, nos exige hacer más esfuerzos por la coordinación y la complementariedad de sistemas.

Me parece muy importante no confundir la coordinación y la complementariedad de sistemas con la creación de un tercer sistema: el sociosanitario, con redes de recursos específicos, que conllevaría siempre un nivel de calidad asistencial inferior y propiciaría la fragmentación y disminución de la cohesión del sistema nacional de salud.

¹⁶ Solo 6,5% de las familias que prestan cuidados a personas con discapacidad cuentan con apoyo de los servicios sociales, y 3,2 % de personas mayores de 65 años reciben ayuda a domicilio. En empleo de personas con discapacidad, España sigue estando a la cola de los países de la UE.

11. Falta de directrices adecuadas para la formación de los profesionales y mejora de su motivación

La formación y los incentivos de los profesionales están hoy mediatizados muy negativamente por el excesivo influjo de los proveedores. En los problemas de motivación se deja sentir la falta del desarrollo de la carrera profesional. Hay que hacer de los profesionales el principal activo del sistema, y, en ese sentido, apostar por una política de fomento del conocimiento y mejora de la incentivación.

La situación actual exige replantearse los programas de formación continuada y defender su independencia, no dejarla en manos de los proveedores ni de la industria farmacéutica. Es preciso, también, evaluar con rigor como repercute en la mejora de la práctica los programas de formación y la generación de nuevos conocimientos e instaurar procesos de reacreditación de competencias.

12. Efectos adversos de la integración en las estructuras generales de gestión

La integración de los servicios de salud mental en el sistema sanitario general y en sus estructuras de gestión ha supuesto un notable avance, dejando de estar relegados a ese espacio que le confería su estatuto de servicios especiales; pero ha tenido, en general, efectos adversos. Pues se ha confundido la integración con un simple mecanismo de dilución en un sistema más amplio, con un criterio uniformador, sin tomar debidamente en cuenta la especificidad que requieren la gestión de estos servicios y la necesidad de disponer de estructuras técnico-administrativas, de carácter central con autoridad y competencia para ejercer funciones indispensables de planificación, organización y evaluación.

Las recomendaciones del Informe para la Reforma Psiquiátrica, para disponer de una unidad técnico-administrativa en las Consejerías o Servicios de Salud y de una oficina de salud mental en el Ministerio no han tenido buen cumplimiento.

Esta inclusión en el sistema general no puede definirse en términos de “integración como una especialidad médica más”: pues no es una especialidad médica más, sino que tiene su especificidad, y además es hoy evidente que la atención a la salud mental no es una cuestión de una única especialidad mé-

dica, sino de equipos multidisciplinares integrados por varios especialistas. Además, la gestión dentro de un sistema sanitario, caracterizado por la universalidad, tiene que marcarse como objetivo la equidad en el acceso y en la atención y calidad ante necesidades iguales. El logro de ese objetivo exige revisar la distribución y adjudicación de los recursos y tener estructuras que estudien y planifiquen los recursos y programas acorde con esas necesidades.

Lógicamente estas áreas de conflictos o problemas que acabo de señalar presuponen líneas de acción y propuestas para abordarlos y resolverlos, son, por lo tanto, buenas causas para impulsar el desarrollo y la mejora de los servicios de salud mental.

Yo terminaré ahora haciendo un mero enunciado de ellas, con el convencimiento de que con las intervenciones del resto de los ponentes de la mesa tendremos buenas aportaciones para definir las y desarrollarlas con mayor precisión.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- Corregir la variabilidad y discrecionalidad existente en las dotaciones de recursos y establecer ratios de referencia que potencien y den prioridad a la composición multidisciplinar de los equipos.

- Desarrollar los aspectos organizativos:

A/ Con normativas que establezcan los componentes de la red de servicios de salud mental del área o territorio acotado, definiendo con claridad sus relaciones y las prestaciones o cartera de servicios que ofertan. Hay que precisar las competencias de cada dispositivo y corregir la indefinición actual.

B/ Establecer procedimientos reglados para la articulación y coordinación de niveles.

C/ Potenciar las estructuras técnico-administrativas, con competencias sobre planificación y organización, dentro de las estructuras directivas de los servicios de salud.

- Establecer dentro de los objetivos de calidad las actividades y los procedimientos comunitarios y adoptar medidas para extender la utilización de las técnicas del ámbito de la salud mental y de las ciencias de la conducta.

- Ordenar la cuestión de la demanda y la presión asistencial, definir criterios de calidad y disponer procedimientos apropiados para garantizar la atención a las crisis y la atención continuada a las personas con trastornos graves.
- Revisar el funcionamiento y las dotaciones de las unidades de hospitalización en los hospitales generales y trabajar en dar mayor precisión a los procedimientos y técnicas de rehabilitación que corresponden a los servicios de salud mental.
- Abordar modificaciones profundas en las políticas de personal, en todo lo referente a carrera profesional, incentivos y formación continuada.
- Desarrollar los mecanismos de coordinación con los sistemas de protección y apoyo social para fomentar las sinergias y la complementariedad entre ambos sistemas. Hacer la formación apropiada para impulsar las habilidades para la cooperación y la transversalidad. Disponer de estructuras, procedimientos y dotaciones de recursos humanos dedicados a esas funciones.

Alguno de mis compañeros puede pensar al escucharme que siguen vivos los mismos problemas que nos ocuparon hace bastantes años y que no ha pasado el tiempo. No es ese mi criterio. En esta ocasión, el paso del tiempo no ha sido en balde y se ha dejado sentir para bien, produciendo un giro sustancial en la atención a la salud mental, pero seguramente es muy oportuno recordar aquí la estrofa machadiana:

¡“hombres de España ni está el pasado muerto / ni está el mañana escrito”!

4.3.2 >>>

Desarrollo de recursos, modelo y realidad

>>> D. Álvaro Iruin Sanz

Buenas tardes,

Antes de nada y en primer lugar, quería agradecer al Comité organizador de esta jornada el haberla hecho posible y el haberme invitado a asistir y a participar en esta mesa con la experiencia de la Comunidad Autónoma Vasca a lo largo de estos años.

Mi exposición intentará mostrar a dónde se pretendía llegar cuando en el año 1979 se empezó a trabajar sobre la situación de la asistencia psiquiátrica en Euskadi, y dónde nos encontramos en el momento actual. Para ello he retomado un texto del profesor González de Chávez, presente también en esta sala, quien en el congreso de la AEN en Sevilla en el año 1993, donde se hacía una revisión de la primera década de la reforma psiquiátrica, establecía un procedimiento de análisis para intentar visualizar el nivel de desarrollo asistencial psiquiátrico que había alcanzado su Comunidad, definiendo 7 niveles o etapas.

Tal y como yo lo entiendo, las 3 primeras fases tendrían en común el ser una fase previa a la presentación de una primera propuesta de actuación; la tercera y la cuarta tienen en común el ser la puesta en marcha real del proceso; y la quinta y la sexta que probablemente son las etapas en las que nos encontramos ahora mismo la mayoría de nosotros, tiene que ver con qué estamos haciendo con todo ese sistema que hemos creado y ordenado. Sobre este esquema presentaré lo que en el País Vasco sucedió y dónde nos encontramos ahora.

ETAPAS EN EL PROCESO DE REFORMA PSIQUIATRICA*

- Etapa 0 : Psiquiatría asilar.
- Etapa 1 : Motivación para la Reforma Psiquiátrica.
- Etapa 2 : Iniciativa política para la Reforma.
- Etapa 3 : Desbloqueo de la Psiquiatría asilar.
- Etapa 4 : Progresiva implantación de los dispositivos comunitarios.
- Etapa 5 : Generalización del dispositivo comunitario, desinstitucionalización y desarrollo de programas.
- Etapa 6 : Consolidación de la Psiquiatría Comunitaria.

Prof. M. González de Chávez
Evaluación de Servicios de Salud Mental. AEN - Sevilla, 1993

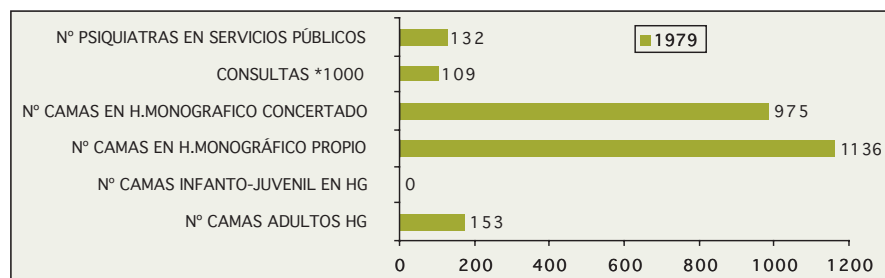
La etapa cero cronológicamente es siempre la etapa previa al comienzo de cualquier proceso y, en este caso, la situamos en la era de las instituciones manicomiales o asilares, normalmente dependientes de Diputaciones y bajo la dirección de órdenes religiosas –como ya ha sido expuesto en numerosas ocasiones en el día de hoy–. Una primera etapa en la que había una serie de condicionantes y fuerzas sociales, políticas y de todo tipo que impulsaban la aparición de alguna idea nueva – ha sido expuesto mucho mejor a la mañana con muchos más condicionantes – y una etapa segunda en la que realmente el poder político actuaba y formulaba una iniciativa, fundada habitualmente en tres aspectos: uno, que exista un programa de reforma; un segundo aspecto, que se dote de recursos económicos para su puesta en marcha – esto es algo que repetimos siempre – y un tercero, que haya una figura que empuje esa iniciativa generada.

En el caso del País Vasco, la **etapa cero** es la etapa asilar representada en esta fotografía de los hospitales psiquiátricos de Mondragón, un área de Guipúzcoa ya de por sí mal comunicada – probablemente sea aún el área peor comunicada de Guipúzcoa – pero que además, como se ve en la foto, está enclavada lejos de todo lo que es el ámbito poblacional normal, entre montes, y con una carretera interpuesta que dividía la zona de ingreso de hombres y la zona de ingreso de mujeres. Esto pasaba hace 100 años, en realidad esto era en Mondragón, pero no era el único sitio, la única institución manicomial que

allí teníamos. En el año 1900 se abre el hospital de Bermeo. En el año 1907 se abre el hospital de Vitoria, que a diferencia de estos dos – a mí me parece una diferencia interesante – estaba cercano al casco viejo de Vitoria, y en el año 1923, el hospital de Zaldívar.



La **etapa uno** para el País Vasco comienza en el año 1979. En ese momento las Diputaciones Forales - que entonces mantenían la titularidad de algunos hospitales, o servicios hospitalarios - ven la necesidad de analizar la situación real de la asistencia psiquiátrica en la comunidad y encargan un estudio con este fin.



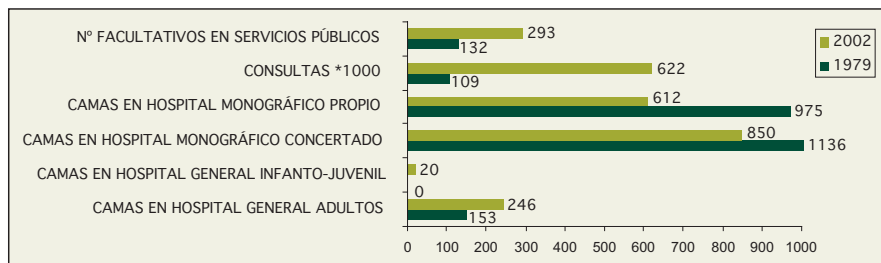
Los datos que les presento, y que provienen de aquel análisis, muestran una situación de predominio de las camas en hospitales monográficos de larga estancia (aproximadamente 2.100), incluyendo hospitales propios y concertados, a las que se sumaban unas 150 camas de media estancia en un edificio anexo a un hospital general. Además, contábamos con un total de 132 psiquiatras en los servicios públicos, que realizaban aproximadamente 109.000 consultas.

La **etapa segunda** tiene lugar en los años 1982 y 1983, cuando se toma la iniciativa política de crear una Comisión Asesora para la elaboración de un Plan de Asistencia Psiquiátrica, partiendo del Informe de situación elaborado en el año 1979. Es finalmente en el año 1983 cuando se publica y se pone en marcha el Plan de Asistencia Psiquiátrica que realmente no difiere prácticamente en nada de las conclusiones y orientaciones del Informe de la Comisión Ministerial de 1985 que hemos visto a lo largo de la mañana. Por lo tanto no hago ninguna referencia especial a estos contenidos puesto que ya han sido señalados.

Una vez publicado, se desarrollan las dos siguientes etapas con la intervención ya específica de los profesionales. Es un momento en el que debe iniciarse la reforma y fijar la finalidad de los recursos existentes – eso no siempre cuenta con el beneplácito de todos – y la propia estructura organizativa de la red asistencial. Hay que tener en cuenta que en el País Vasco en el año 1983 se crea el Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, con la finalidad de ir asumiendo todas aquellas estructuras sanitarias que dependían de otros organismos.

Para esta **tercera etapa**, el Plan de Asistencia Psiquiátrica establecía unas líneas maestras, ya comentadas aquí, que incluían una asistencia comarcalizada cercana al individuo - en torno, entonces se decía, a 100.000 habitantes -, se hablaba ya de la reconversión de los hospitales psiquiátricos, las unidades de corta estancia en hospitales generales y de todos los aspectos señalados a propósito de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Es en el año 1985, en virtud de la Ley de Territorios Históricos, cuando se establece la existencia en nuestra Comunidad de 3 áreas sanitarias y se comarcaliza la asistencia incluyendo también la asistencia a la salud mental, al igual que el resto del sistema sanitario.

En la **etapa cuatro**, que sería la progresiva implantación del sistema diseñado, se empieza a desarrollar una red de servicios comunitarios, entendidos estos al menos en su versión más básica. Es decir, se empiezan a desarrollar los centros de salud mental acercándose el servicio a la población e incrementando, por tanto, la capacidad de captación e intervención sobre las personas con enfermedad mental. La evolución entre el año 1979 y el año 2002 se observa en el gráfico adjunto.



Lo que observamos en la gráfica es un crecimiento del número de profesionales que están en los servicios especializados públicos, creciendo muchísimo, como ya ha sido señalado en la apertura, el número de consultas que se realizan; se reducen las camas de los hospitales monográficos; se crean unidades de hospitalización infanto-juvenil en los hospitales generales; y se amplía el número de camas en el hospital general.

Es en la **quinta etapa** donde empieza, en mi opinión, la situación más cercana a la actualidad. En esta etapa se hablaba de la generalización del dispositivo comunitario, pero ya se señalaba que “*el desmantelamiento manicomial solo es posible y justificable con la generalización de los dispositivos comunitarios*”. Es decir, que el desmantelamiento manicomial sería algo secundario o consecutivo a que realmente los profesionales entendiesen que ya tienen toda la gama de recursos necesarios para atender a sus pacientes. Recursos que, a juzgar por la estructura que aún mantenemos, con un número considerable de camas en hospitales monográficos, parece que no hemos entendido suficientes.

	2004		TASAS 1991*
	Nº	TASAS	
Centros Asistenciales Extrahospitalarios	40	52.065h	51.218 *centro
Unidades de hospitalización en HG (total camas)	215	10.3	7.71 *100000h
Estructuras intermedias	30	1.45	0.28 *100000h
Centros de tratamiento de toxicomanías	13	160.199h	— *centro
Nº de pacientes en tratamiento	73.605	35.3	20.9 *1000h
Nº casos nuevos	19.318	9.3	8 *1000h
Nº camas larga estancia y psicogeriatría propias	554	0.27	0.32 *1000h
Nº camas larga estancia y psicogeriatría concertadas	810	0.39	0.43 *1000h

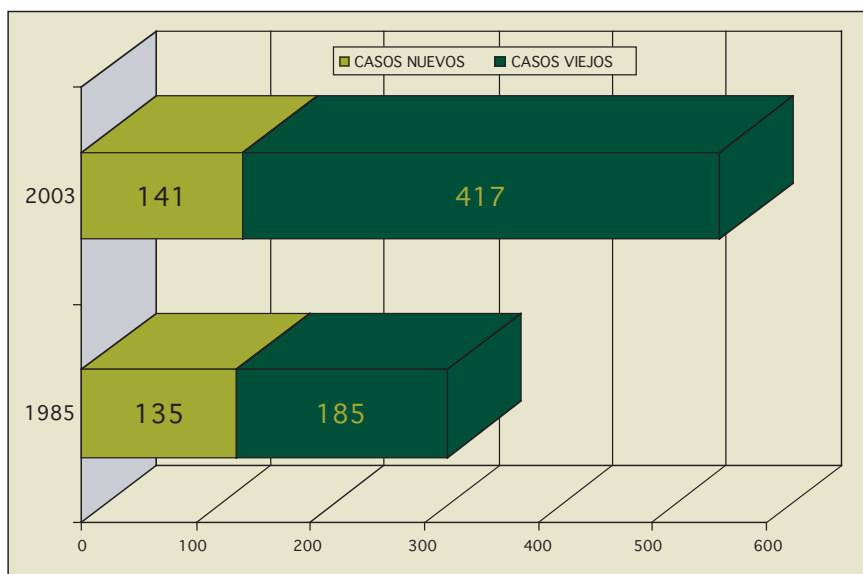
* Informe Defensor del Pueblo

Quería igualmente, mediante la tabla adjunta, mostrar la situación en el año 2004 de algunos de los parámetros/indicadores más habituales, y su comparación con las tasas existentes en 1991 según un Informe del Defensor del Pueblo, sobre la asistencia psiquiátrica en España. En ella observamos una franca mejoría en cuanto a tasas de estructuras intermedias, la creación de los centros de tratamiento de toxicomanías, y también la implementación de los programas de atención a la psiquiatría infanto-juvenil; con un crecimiento global de los casos nuevos y de los casos en tratamiento, y una reducción de las camas en hospitales monográficos.

La **etapa seis**, en la que yo creo que nos encontramos en este momento, está enmarcada por el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, con una vigencia desde el año 2004 al 2008 y que me gustaría comentar mínimamente y relacionar con el Plan inicial del año 1983.

En 1983, al definir los dispositivos asistenciales, se mencionaban los dispositivos extrahospitalarios y hospitalarios. En los extrahospitalarios se hablaba de consultorio psiquiátrico, hospital de día, residencia postcura, taller protegido, hogar protegido, club terapéutico. En los hospitalarios hablaba de hospital psiquiátrico, con corta, media y larga estancia, y hablaba de comunidades terapéuticas y unidades en los hospitales generales. Pero lo que fundamentalmente se decía era que estos dos tipos de dispositivos debían contar con un nivel de coordinación o de funcionamiento común, que estaría potenciado por una jefatura única. En el momento actual, lo que el Plan 2004-2008 plantea como una cuestión previa es la revisión y actualización del mapa de recursos y dispositivos asistenciales, que finalizará con un informe de necesidades y en el establecimiento de un plan de cumplimentación de las mismas.

Otro aspecto importante que venía también reflejado en el Plan de 1983 era la tendencia a atender a todo tipo de demanda en salud mental, propiciando un acceso igualitario y equitativo de toda la población, en función de los medios existentes. Sin embargo, 20 años después nos encontramos, como ya ha sido nombrado repetidamente en esta jornada, con un elevado incremento de la demanda asistencial y con la necesidad, también remarcada anteriormente en esta mesa, de una definición clara de nuestra capacidad de actuación como única vía para la mejora en la detección de grupos en alto riesgo de exclusión que lógicamente suelen ser los que menos demandan.



La gráfica anterior es un ejemplo de lo que es la actividad asistencial media de un psiquiatra del Territorio de Guipúzcoa, representando lo que en nuestra Comunidad sucede. En el año 1983, un psiquiatra veía 135 casos nuevos al año (incidencia), y tenía además 185 casos previos en tratamiento (prevalencia). En el año 2003 los casos nuevos (incidencia) prácticamente no han variado, mientras que, sin embargo, la prevalencia se ha duplicado. En realidad este es un poco el panorama asistencial que tenemos, y que yo creo está en la base de algunos de los problemas que padecemos en la actualidad.

El objetivo 4 tiene que ver con la consolidación del modelo asistencial comunitario, entendiendo como comunitaria una estructura especializada, enfocada a la intervención precoz con participación en el espacio sociosanitario, en esa transversalidad que se decía antes; con actividades también a nivel preventivo o de promoción, que también ha sido citado, y con el desarrollo de la docencia, la investigación, y la implicación del propio paciente en su cuidado. Ahí lógicamente hablamos de la continuidad de cuidados, señalado ya suficientemente en esta Jornada, con atención primaria, con recursos sociales, la rehabilitación, el papel de los hospitales de larga estancia y el desarrollo de alternativas, etc.

Ahora mismo los puntos más importantes, creo yo, en los que estamos trabajando, o que serían a mí entender puntos críticos - que ha sido señalado a la mañana - sería la consolidación del modelo de red y la distribución equitativa

o adecuada por lo menos de los recursos necesarios. Y unido a eso una jefatura de área integrada, bien mediante unidades de gestión clínica o cualquier otra fórmula que realmente unificase la red.

Y ya para finalizar, encontrándonos en una Jornada de reconocimiento a los profesionales que hicieron posible el cambio en la configuración de la asistencia psiquiátrica en nuestro medio, no querría finalizar sin traer aquí una cita del profesor Julián de Ajuriaguerra, que es quien presidió nuestra Comisión para la reforma psiquiátrica, y que de alguna manera preveía lo que podría convertirse en un problema. El profesor venía a decir que *“un sistema adecuado debía responder a las necesidades sin crear una psiquiatrización excesiva, teniendo en cuenta que la vida es un problema, y que no hay que psiquiatrizarla. La sociedad por su parte debe ocuparse de los conflictos que crea y de las desigualdades que impone”*.

Creo que esta apreciación sigue siendo totalmente vigente y necesaria para abordar la asistencia psiquiátrica en el futuro, desde el ámbito público.

Muchas gracias.

4.3.3 >>>

Planificación y provisión, cuestión interdepartamental

>>> Dña. Cristina Molina i Parrilla

Buenas tardes. Yo también quería agradecer la oportunidad que se nos ha dado aquí a las comunidades autónomas de poder explicar en qué situación nos encontramos, y cuál es la perspectiva de futuro. Pero para poder hablar de la perspectiva de futuro, hace falta hacer una referencia también al pasado, y más en el contexto de la jornada de hoy, puesto que se conmemoran los 20 años de un Informe de una Comisión Ministerial, que dio pie a un artículo de la Ley General de Sanidad, alguna de cuyas recomendaciones están en plena vigencia, y siguen siendo retos para los sistemas de salud mental y para el sistema sanitario; y luego hacer una perspectiva ya de cuál es la situación en la que nos encontramos ahora, y el futuro.

Tenemos el Informe de la Comisión Ministerial y la Ley General de Sanidad. En Cataluña no es hasta el año 90 cuando hay un acuerdo de gestión económica de los servicios de salud mental entre la Diputación de Barcelona y la Generalitat de Cataluña. En el año 90 también se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña y se crea una Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental; en el año 92 se producen los traspasos de las diputaciones de Lérida, Tarragona y Girona, y este año 2005 se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, en el cual la intención es volver a integrar la planificación e ir hacia una integración funcional de las redes de salud mental y drogodependencias.



Aquí tenemos las grandes recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial, que luego se incluyen en la Ley General de Sanidad, y que como comentaba muchas de ellas son totalmente vigentes, y algunas aún siguen siendo un reto, aunque como ya se ha dicho esta mañana, hemos avanzado mucho. La integración de la salud mental en el sistema sanitario general: yo pienso que en este aspecto hemos avanzado mucho, en el papel de la Psiquiatría en la red sanitaria, en el papel de la Psiquiatría en los hospitales generales, hoy en día todo el mundo tiene claro que la salud mental y los trastornos mentales son un problema de salud, de una magnitud muy importante, con una repercusión psicosocial importante, tanto en la calidad de vida de las personas como en los sistemas sanitarios, sociales, y en el entorno más próximo.

En Cataluña se ha desarrollado una red de servicios de psiquiatría en hospitales generales pero se han mantenido unidades de agudos en los hospitales psiquiátricos. También se ha dado relevancia a la Psiquiatría infantil y la Psicogeriatría, la creación de los servicios comunitarios y la coordinación de los servicios sociales y sanitarios. Aquí lo he señalado porque va en la línea de lo que a mí me pedían que comentara, cómo la planificación y la gestión en salud mental es una cuestión interdepartamental.

El año 2002 hicimos un estudio a través de una entidad, Psicost, un análisis comparativo de cómo estaba la salud mental en Cataluña respecto a 3 comunidades autónomas; es un estudio descriptivo observacional transversal, y en ese estudio pudimos ver cuáles eran los aspectos más desarrollados en Cataluña, y cuáles eran los aspectos menos desarrollados y que por lo tanto teníamos que priorizar. Tenemos un número importante de camas hospitalarias, se ha desarrollado un número importante de camas en los hospitales generales y de subagudos y aún tenemos un número importante de camas de media y larga estancia. También recursos comunitarios como centros de salud mental hospitales de día y centros de día. Una red diferenciada para la población infantil y juvenil; servicios especiales para la atención a personas con retraso mental y enfermedad mental grave, unidades de patología dual, programas de atención a los trastornos del comportamiento alimentario y a las ludopatías; servicios móviles de gestión del caso, que son los programas de servicios individualizados dirigidos a las personas con trastornos mentales graves, en situación de más marginación o con entornos familiares muy desestructurados.

¿Cuáles son los aspectos pendientes de desarrollo en Cataluña? Aún hay poca atención residencial en la comunidad, pocas residencias, pisos protegidos para las personas con enfermedad mental; los hospitales de día no están enfocados para la atención a las situaciones de crisis; hay pocos servicios intermedios relacionados con el trabajo y el apoyo social; la atención a la Psicogeriatría es un punto que aún tenemos que desarrollar bastante; tenemos que finalizar la reconversión de los hospitales psiquiátricos, pero para poder finalizar la reconversión necesitamos la implantación de más recursos comunitarios y sociales. Asimismo tenemos que potenciar la coordinación intersectorial principalmente con los servicios sociales.

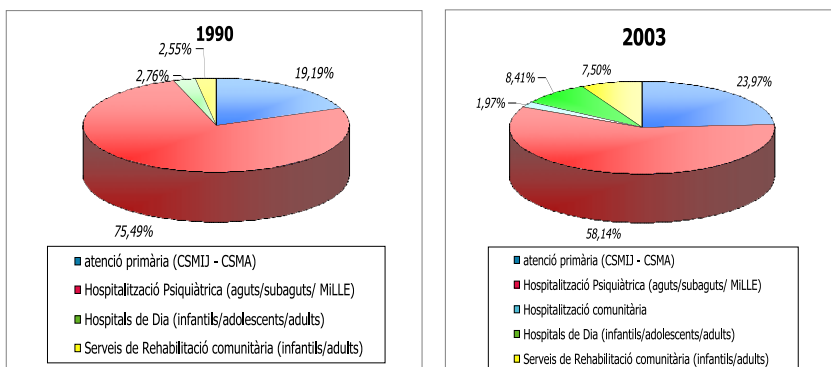
Evolución de los recursos de atención psiquiátrica y salud mental

Tipo de recursos	1990	2003	Diferencia 2003 / 1990
Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil	13	41	215,38%
Centros de Salud Mental Adultos	45	68	51,11%
Camas larga estancia	4.344	2.966	-31,72%
Camas en hospital psiquiátrico (agudos, subagudos)	672	952	41,67%
Camas en hospitales generales (adulto e infantil)	331	478	44,41%
Camas psiquiátricas en la comunidad	0	87	-
Plazas Hospitales de Día de adultos	94	540	474,47%
Plazas Hospital Día Adolescentes	0	245	-
Plazas Centros de Día de Adultos	282	1.651	485,46%
Plazas Centros de Día Infanto-juvenil	0	244	-

Departament de Salut
Direcció d'Estratègia i coordinació
Direcció General de Planificació i Avaluació

Esta es la evolución de recursos que ha habido en Cataluña desde el año 1990 en que se produjo el traspaso - bueno, la cesión de la gestión con la Diputación de Barcelona - hasta el año 2003. Ha habido un incremento importante de los recursos destinados a Psiquiatría infantil; hemos reducido las camas de larga estancia en los hospitales psiquiátricos; se han incrementado camas de agudos y subagudos en hospitales psiquiátricos, pero sobre todo de unidades más específicas, como comentaba antes, de unidades de patología dual, o por ejemplo el Hospital Psiquiátrico Penitenciario; se han incrementado las camas en hospitales generales, tanto para población adulta como infantil; y también se han desarrollado recursos comunitarios como hospitales de día de adultos y adolescentes y centros de día.

Distribución del presupuesto de Salud Mental (1990 vs 2003)



Departament de Salut
Direcció d'Estratègia i coordinació
Direcció General de Planificació i Avaluació

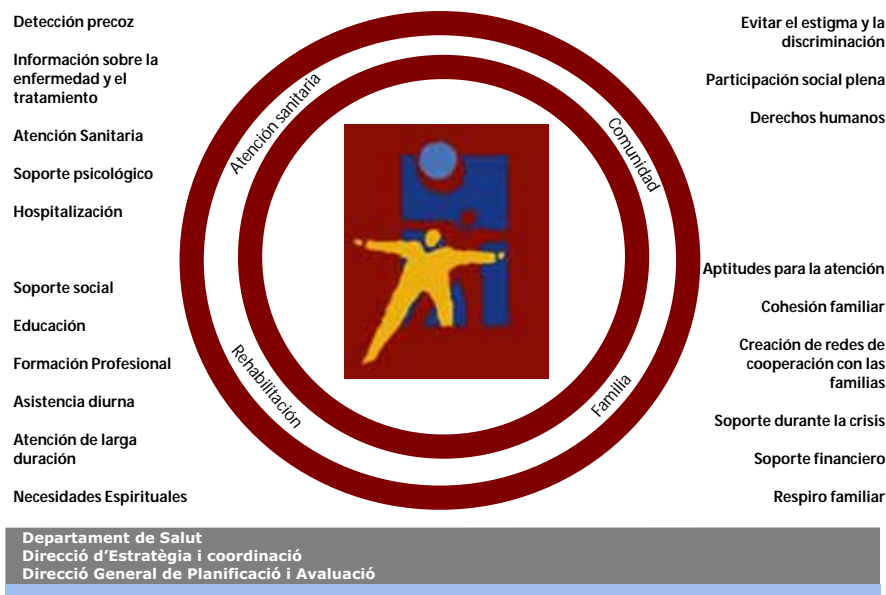
Esta es la evolución del presupuesto que ha habido en Cataluña: el porcentaje que en el año 1990 se dedicaba a la hospitalización era del 75,49%, y el porcentaje que en el año 2003 se dedica a la hospitalización es del 58%. Por lo tanto, vamos en esa línea de tendencia de priorizar los recursos comunitarios para ir disminuyendo el peso presupuestario de la hospitalización.

¿Cuál es la situación actual? Tenemos un marco de referencia, que es el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental, que hoy nos explicaba el doctor Muijen, y que en la elaboración del Plan Director de Salud Mental en Cataluña para nosotros es el marco de referencia clave. Las priorizaciones de las intervenciones a nivel de la Organización Mundial de la Salud, y concretamente a nivel europeo. Las 12 acciones ya se han explicado esta mañana. Tenemos una oportunidad, y es que el Servicio Nacional de Salud elabore conjuntamente con las comunidades autónomas unas bases estratégicas en salud mental del Sistema Nacional de Salud, entendemos que eso quiere decir que hay una apuesta decidida por priorizar la salud mental. Porque normalmente cuando se hacen planes estratégicos a través del Sistema Nacional de Salud tienen una repercusión en la priorización y así lo queremos entender como oportunidad.

Estas bases estratégicas han de definir las líneas estratégicas prioritarias, también creemos que es una oportunidad para definir un mínimo de cartera de servicios, que den una cohesión a la prestación que estamos dando desde las diferentes comunidades autónomas a las personas con problemas de salud mental y a sus familias; poder definir unos indicadores básicos que nos permitan compararnos entre comunidades autónomas – incluso que nos permitan compararnos con otras regiones europeas – y como decía antes, la oportunidad de una priorización presupuestaria desde las diferentes comunidades autónomas.

¿Qué estamos haciendo actualmente en Cataluña? Y esto ya lo vinculo al título de la ponencia, el que la planificación y la provisión es una cuestión interdepartamental. Estamos trabajando en un Plan de Atención Integral; esto es importante porque el concepto de la salud mental, como esta mañana decía el doctor Muijen, es un concepto muy amplio, que va desde la promoción hasta la reinserción social y laboral; por lo tanto no puede ser una competencia exclusiva de la red de salud mental, ni tampoco del sistema sanitario. La justificación del Plan de Atención Integral, esta motivada porque la salud mental está condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales, es necesario dar una respuesta integrada a las necesidades sanitarias, sociales, laborales y educativas de estas personas, y porque en estos momentos hay diferentes sectores implicados en la atención a la salud mental, y lo que necesitamos es aumentar el compromiso y la cohesión de los diferentes departamentos de la Generalitat en la atención a la salud mental. O sea, cada uno de los departamentos estamos llevando a cabo acciones para la atención y la mejora de la salud mental, pero no hay una suficiente coherencia entre las diferentes actuaciones que estamos llevando a cabo.

Necesidades de las personas con trastornos mentales



Este gráfico enmarcaría un poco el por qué de una planificación conjunta, pensando en el usuario como centro, pensando que esta persona tiene un conjunto de necesidades, y que por lo tanto desde la administración tenemos que desarrollar planes que permitan dar respuesta global a estas necesidades, más allá de las competencias que cada uno de los departamentos tenemos en el ámbito de la salud mental.

Concretamente, desde el Departamento de Salud – que somos conscientes es el departamento que tiene mayor implicación y responsabilidad en la atención a la salud mental – estamos definiendo el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, con un análisis de la salud y sus determinantes, priorizando los problemas de salud más importantes y prevalentes – esta mañana también se hacía una relación a nivel de la Organización Mundial de la Salud – definiendo cuáles son las intervenciones efectivas, la buena práctica asistencial, con un análisis estratégico que por lo tanto nos implique tener en cuenta cuál es la demanda de los servicios, cuáles son las necesidades de los usuarios y sus familias, cuáles son los recursos actuales que tenemos, qué tipo de organización, cuáles son las necesidades de los profesionales. Tenemos que formular líneas estratégicas de planificación, sobre todo con una visión de continuum asistencial, formulando objetivos también de evaluación, de la mejora de la

salud y de los servicios; definiendo la cartera de servicios – ya lo ha dicho también antes Álvaro Iruin – ; el sistema sanitario tiene unos límites, y por lo tanto tenemos que hacer una priorización de lo que prestamos desde el servicio sanitario, y más concretamente desde la red de salud mental. Y la formulación de estándares de calidad de los servicios y de la evaluación.

Estamos también trabajando en el diseño de un nuevo mapa, que lo estamos haciendo conjuntamente con Servicios Sociales. El mapa es sanitario y de servicios sociales, porque lo entendemos así. O sea, cuando nosotros valoramos cuál es la necesidad de un enfermo con una esquizofrenia, difícilmente podemos quedarnos solo en la valoración de las necesidades sanitarias también tenemos que tener en cuenta las necesidades sociales; por lo tanto, la planificación es una planificación conjunta, y luego ya nos pondremos de acuerdo entre los dos departamentos hasta dónde financia el Departamento de Salud y qué financia el Departamento de Bienestar y Familia.

La planificación ha de tener un enfoque por necesidades de salud de las diferentes poblaciones y grupos etarios, tenemos que dar un enfoque más importante a la promoción y a la prevención de la salud mental – esta mañana se ha dicho también que el abordaje ha de ser integral, desde la visión del problema de salud, y por lo tanto empezar desde la promoción hasta la rehabilitación, e ir más allá incluso, la reinserción social y laboral –; que en la medida de lo posible tengamos el apoyo de datos objetivos y de la experiencia demostrable; que haya unos sistemas de monitorización y evaluación, y sobre todo lo que es más importante es el consenso entre expertos.

Bases de la Planificación

- Enfoque por necesidades de salud de las diferentes poblaciones diana, según grupos etarios.
- Énfasis permanente en la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de salud mental y las adicciones.
- Abordaje integral de los distintos problemas de salud, desde la promoción a la rehabilitación.
- Apoyo en datos objetivos y en la experiencia demostrable, como base para la toma de decisiones clínicas y de política sanitaria.
- Mejora de los sistemas de monitorización y evaluación de la práctica y de los resultados.
- Consenso entre expertos.

Departament de Salut
Direcció d'Estratègia i coordinació
Direcció General de Planificació i Avaluació

Sanitat

En Cataluña actualmente en la elaboración de este Plan Director están participando unos 200 profesionales, como representantes de diferentes sociedades científicas, asociaciones de profesionales, asociaciones de familiares, incluso también una participación activa de la Asociación de Usuarios. Y por lo tanto el Plan Director que estamos trabajando, las líneas de intervención prioritarias, van mucho en las líneas que ha establecido la Organización Mundial de la Salud en la región europea. Primero la necesidad de conocer mejor qué estamos atendiendo, cuál es la incidencia, la prevalencia, y sistemas de evaluación de los servicios. Implantar también estrategias en el ámbito de la promoción de la salud mental y las adicciones; sabemos que este es un tema que no se ha trabajado tanto, pero en Cataluña ya hemos empezado con un programa, que es el Programa Salud y Escuela. En este programa estamos actuando sobre población de 14 a 16 años; es una población que entendemos que era prioritaria porque difícilmente los adolescentes van al sistema sanitario, y la manera de poder hacer promoción y prevención es acercando el sistema sanitario al entorno más próximo de los adolescentes, en este caso de las escuelas. Pero también estamos elaborando estrategias en el ámbito de promoción, de centros de ocio para jóvenes, de centros deportivos con la Secretaría General de Deportes, e incluso con el Departamento de Trabajo estamos elaborando estrategias de promoción y prevención en el entorno laboral.

El tema de la atención primaria de salud, que ya salía recomendado en el Informe de la Comisión Ministerial hace 20 años, sigue siendo uno de los temas principales que aún tenemos sobre la mesa. Hemos desarrollado muchos programas de colaboración entre la atención especializada y la primaria; han facilitado una mejora de la detección de los problemas de salud mental en la atención primaria de salud, pero también han motivado un incremento de la demanda en los servicios especializados. Y aún observamos – y esto nos lo dicen los propios médicos de atención primaria – que hay muy poca formación en la atención a los problemas de salud mental de estos equipos, y aparte que realmente en Cataluña actualmente en los centros especializados estamos atendiendo el 3% de la población catalana. Por lo tanto, tenemos que llegar a un punto de revisión y de definición de un nuevo modelo organizativo de relación con la atención primaria de salud, que permita que algunos de los casos que actualmente se están atendiendo en los centros de salud mental sean atendidos en la atención primaria de salud, con los instrumentos que sean necesarios de apoyo desde la atención especializada. Pero este es uno de los retos más importantes, porque si no, realmente desde los centros de salud mental hay un importante incremento de la demanda pero no se atienden los casos más graves. Y el problema es que dejamos de atender a los casos más graves desde la atención especializada.

La atención a los niños y jóvenes es también una prioridad, y en estos momentos la atención a los problemas de salud mental grave, trastornos de conducta y consumo de sustancias es un vacío que se está produciendo desde la red asistencial de salud mental y desde la red de drogodependencias, y estamos elaborando unos programas que sean más flexibles para que permitan más vincular a estos adolescentes al tratamiento. Estos programas los estamos trabajando con la atención primaria de salud, con algunos servicios que se dice de tarde joven en la atención primaria, que son servicios de demanda espontánea, donde puedes actuar más fácilmente y vincular a estos adolescentes al sistema sanitario.

Intervenciones prioritarias (II)

- Impulsar la implantación de programas de atención integral a la población con Trastornos Mentales Graves.
- Finalizar la reconversión de los hospitales psiquiátricos.
- Desarrollar la cartera de servicios de salud mental y adicciones orientada a las necesidades (apoyo a APS, atención domiciliaria, atención psicoterapéutica, gestión clínica del caso).
- Desarrollar estrategias de intervención específicas para trastornos emergentes (TLP, ludopatía, socioadicciones, patología dual, TCA, psicogeriatría...) y grupos especialmente vulnerables (inmigración, sin techo, violencia de género).
- Potenciar la calidad: formación de profesionales, elaboración de guías clínicas, sistemas de información e investigación.

Departament de Salut
Direcció d'Estratègia i coordinació
Direcció General de Planificació i Avaluació

La definición de la cartera de servicios, antes ya lo hemos comentado, ¿qué tienen que hacer los centros de salud mental y la red especializada? El apoyo que tienen que dar a la primaria; la atención domiciliaria está muy poco desarrollada desde los centros de salud mental; hemos de definir la cartera de servicios del tratamiento psicoterapéutico, entendiendo el tratamiento como terapias regladas y además con profesionales acreditados. Y también mejorar la gestión clínica de los casos más graves. También estamos actuando sobre problemas emergentes, los trastornos límite de la personalidad, el problema de las socioadicciones en los jóvenes, los trastornos de comportamiento alimentario, la Psicogeriatría, y también en grupos más vulnerables como es la población inmigrante, los sin techo – que realmente en la ciudad de Barcelona es un problema importante – y también la violencia de género.

Otro aspecto que también se comentaba es la mejora de la calidad asistencial. La mejora de la calidad asistencial pasa por la formación de los profesionales, por tener los profesionales suficientes – todos compartimos la preocupación de la falta de psiquiatras que tenemos en todas las comunidades autónomas y la dificultad que eso supone muchas veces de poner recursos nuevos, aun teniendo presupuesto, cuando no tenemos profesionales -.

La elaboración de guías clínicas, y sobre todo la investigación: potenciar la investigación en la atención psiquiátrica es una de las prioridades en Cataluña.

Intervenciones prioritarias (III) intersectoriales

- Actuaciones dirigidas a la reinserción laboral (adolescentes y adultos).
- Actuaciones relacionadas con la vivienda (pisos, residencias).
- Actuaciones dirigidas a la destigmatización e inclusión social (implicación en las administraciones locales, medios de comunicación).
- Actuaciones en el ámbito de la justicia (psiquiatría en los centros penitenciarios, medidas penales alternativas).

Departament de Salut
Direcció d'Estratègia i coordinació
Direcció General de Planificació i Avaluació

Otras intervenciones que son más de ámbito ya intersectorial y que estamos trabajando conjuntamente con otros departamentos son las actuaciones dirigidas a la reinserción laboral; estamos trabajando también en definición de programas de reinserción laboral para jóvenes, entendiendo que se produce un vacío asistencial importante de los 16 a los 18 años, y que la reinserción social y laboral en estos casos son medidas de prevención secundaria muy importantes, igual que la reinserción laboral en los adultos.

Actuaciones relacionadas con el departamento de vivienda, los pisos tutelados, residencias, también una implicación a nivel de la administración local, actuaciones dirigidas a la desestigmatización e inclusión social – aquí tenemos un importante trabajo con los medios de comunicación . Hoy hacía referencia también Muijen en su ponencia a la importancia y el papel que tienen los medios de comunicación en cómo transmitimos las noticias sobre los enfermos mentales -. Y la implicación de las administraciones locales. Porque aquí estamos hablando mucho de un modelo de atención comunitaria y un modelo

de atención en la comunidad, pero tendríamos que hablar también de un modelo de atención con la comunidad; y por lo tanto, con la comunidad quiere decir que las administraciones locales tienen un papel muy importante en la atención a la enfermedad mental.

Igual que también estamos trabajando en la actuación, en el ámbito de la justicia, y estamos elaborando todo un programa, una red de psiquiatría en los centros penitenciarios - comunidades polivalentes, unidades de enfermería psiquiátrica - y en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Y otro tema que también estamos trabajando con la administración de justicia son los casos referentes a medidas penales alternativas, que sabemos que son uno de los temas que más preocupa.

Yo lo dejaré aquí y lo único que me gustaría decir, antes de finalizar la exposición es que realmente el trabajo integral y el trabajo interdepartamental es un reto, pero que es muy necesario. O sea, que las personas con problemas de salud mental, las personas con dependencia en general, necesitan de una actuación coordinada. Gracias.

4.3.4 >>>

Gestión clínica en salud mental

>>> D. Rafael del Pino López

Buenas tardes. Gracias a la Organización por invitarme a participar en la mesa, gracias a todos vosotros por estar aquí a estas horas, y sobre todo gracias y mi reconocimiento a todas y cada una de las personas que estamos homenajear el día de hoy. Bien, no traigo datos, traigo una serie de reflexiones, y voy a leer mi intervención para ajustarme al menor tiempo posible.

En nuestro medio, a pesar de contar con indicadores de salud envidiados en países de nuestro entorno, la posibilidad de recibir una atención integral y continuada en el sistema sanitario público, incluido el subsistema de salud mental, continúa presentando hoy en día una serie de dificultades provocadas por características específicas de las organizaciones sanitarias. Entre ellas, la complejidad organizativa, la segmentación departamental, las dificultades de coordinación interniveles, la escasa capacidad de adaptación a demandas cambiantes, o la cultura institucional sanitaria poco centrada en el ciudadano.

El escenario real es el de una demanda ilimitada a la que hacer frente con recursos limitados. La gestión del 70% del gasto en manos de los profesionales a través de sus decisiones clínicas; un eterno divorcio entre gestores y clínicos; la responsabilidad del 75% del gasto sobre las enfermedades de larga evolución, y la introducción de técnicas e intervenciones no demostradas en efectividad. Además, completan este escenario la desaparición de los sistemas de contención no institucionales, la aparición de nuevas patologías, la masificación y descoordinación de servicios, la presión de la industria biomédica, el prestigio

social de las pastillas, la necesidad de soluciones inmediatas, la medicalización del sufrimiento físico, o la psiquiatrización del sufrimiento mental.

Pues bien. ¿Alguien sabe con exactitud qué es la gestión clínica? ¿Es la toma de decisiones clínicas, es el proceso organizativo, es el conjunto del proceso? Ante el fracaso de estrategias basadas en la contención de costes, la planificación o la introducción de instrumentos de mercado, la gestión clínica ha pasado a ocupar un lugar prioritario en las distintas reformas sanitarias, siendo su objetivo último la consecución de los mejores resultados en la práctica diaria: efectividad. De acuerdo con la información científica disponible que haya demostrado cambiar favorablemente el curso de la enfermedad, eficacia, y considerando los menores inconvenientes y costes para el usuario y la comunidad en su conjunto. Eficiencia. En este contexto, se pretende la evaluación y optimización de los resultados con la incorporación de los profesionales en distintos niveles de decisión y responsabilidad.

El objeto central de la mayor parte de las reformas sanitarias en los países occidentales parece ser la eficiencia, más en concreto, el denominador coste, ya que el numerador, producto de calidad, con frecuencia no se cuestiona. Sin embargo, la gestión clínica ha pasado de ser exclusivamente una forma de toma de decisiones a un método para controlar la incertidumbre gestionando la variabilidad. De esta manera, deben definirse distintas estrategias para controlar la variabilidad, mejorando así la calidad, lo que supone ser más eficientes.

En definitiva, podemos entender actualmente la gestión clínica como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para la mejor asistencia y cuidados de las personas enfermas, en íntima relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades.

Los distintos procesos de reformas psiquiátricas desarrolladas en otras tantas comunidades autónomas del estado español han conducido en los últimos años y en distinta medida al desarrollo de modelos de atención a la salud mental de base y orientación comunitaria, con diversificación de recursos y variedad en estrategias de intervención. No obstante, quedan cuestiones pendientes de mejora: el incremento y diversificación de dichos recursos, la coordinación eficaz con el nivel de atención primaria y sectores no sanitarios – servicios sociales, educación, justicia –; el desarrollo de programas integrales de atención al paciente mental grave en la comunidad; el abordaje de patologías emergentes, o la atención preferente a colectivos de riesgo.

La gestión clínica en salud mental – entendida esta como el adecuado uso de los recursos disponibles tanto profesionales como tecnológicos y organizativos para lograr la mejor asistencia a las personas con problemas de salud mental – debe tener en cuenta una serie de cambios que hacen referencia a aspectos históricos, sociales, demográficos, científicos y políticos, como son: la orientación de los sistemas de salud hacia el usuario, la variabilidad de la práctica clínica, los cambios en los perfiles de morbilidad, la estigmatización social, los derechos de los pacientes, las patologías emergentes, la debilitación de estructuras de soporte social y familiar, o la complejidad de los procesos de tratamiento y rehabilitación.

La gestión clínica en salud mental debe suponer profesionales que opinen, jefes que gestionen, adecuar la relación entre consumos y producción tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, cuestionar límites y tareas entre profesionales y pacientes, evaluación de los resultados, y establecimiento de cartera de servicios. Significa la gestión clínica la complejización del trabajo, muchas incógnitas y explicaciones, convencerse y no imponer, alcanzar consensos, diseñar circuitos asistenciales, asegurar la continuidad de cuidados, y objetivar resultados.

Podemos considerar puntos fuertes del subsistema de salud mental para el desarrollo de estrategias de metodología en gestión clínica el trabajo multidisciplinario en el abordaje de los problemas de salud mental, la continuidad de los cuidados como elemento asistencial central, la implicación con el nivel primario de salud tanto en actividades asistenciales como de promoción de salud y desarrollo de programas, y la cultura de trabajo intersectorial.

Algunas dificultades para la viabilidad de escenarios de gestión clínica en salud mental son la ausencia o precariedad de sistemas de información adecuados; las distintas dependencias orgánicas y funcionales de atención primaria y especializada de profesionales de salud mental; la rigidez o ausencia de contratos de gestión; la ausencia de estudios previos de coste; la confrontación de intereses entre niveles asistenciales; la capacidad limitada de establecer mecanismos de incentivar, o la ausencia de normativas que regulen y faciliten aspectos de índole administrativa.

La planificación y la gestión de servicios de salud mental deberán configurarse en los próximos años a través de líneas de acción que garanticen la continuidad de cuidados. La implementación y desarrollo de procesos asistenciales integrados de salud mental va a posibilitar el establecimiento progresivo de

indicadores de calidad, así como el creciente desarrollo de la aplicación de criterios de efectividad y eficiencia. La progresiva puesta en marcha de unidades de gestión clínica, a la vez que en el resto del sistema sanitario, supondrá la homogeneización de presupuestos clínicos, líneas de producto y sistemas de información, de modo que se tienda a servicios de salud mental configurados como unidades de gestión, integrando la atención a las diversas patologías con independencia de los dispositivos implicados.

En Andalucía, desde hace dos años, la progresiva puesta en marcha de unidades de gestión clínica en salud mental - 14 en el año 2004, un 30% de dispositivos y un 25% de los 2.100 profesionales que actualmente trabajan en la salud mental - pretenden mejorar la efectividad y la eficiencia de los procedimientos de intervención; analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios, y dotarse de una estructura organizativa y de control de gestión adecuadas. Son prioritarios los siguientes objetivos: la satisfacción y expectativa de usuarios; la eficacia a través de guías, protocolos y planes de cuidado; la efectividad, asegurando la adaptación y el cumplimiento pormenorizado de estas herramientas; la eficiencia, especificando objetivos de mejora e intervención sobre puntos críticos; la actividad, según los acuerdos de los contrato-programa; la accesibilidad, incidiendo sobre las demoras, la facilitación en la provisión de los servicios o el horario de tarde; la creación de espacios de colaboración interniveles y de coordinación intersectorial; la formación e investigación; el uso racional de psicofármacos, y el pacto de consumos que garantice la viabilidad de las propuestas.

Deben ser 3 los supuestos básicos de integración en un nuevo marco: en primer lugar, la delimitación de un escenario de red, complementario a la formalización de equipos; en segundo lugar, la evidencia como instrumento para disminuir la incertidumbre y la variabilidad en la práctica clínica. Y en tercer lugar, la importancia de los sistemas de información, que minimicen la subjetividad exclusiva y garanticen la adecuada medición de indicadores y evaluación de resultados.

Por último, dentro del subsistema de salud mental, no es poca la experiencia de gestión de recursos en red y de modelos de intervención multidisciplinares. La integración en el sistema sanitario general, ¿por qué no en los dos sentidos? ¿Por qué no un escenario de normalización compartido para el abordaje integral e integrado de procesos de salud y enfermedad? El debate está servido.

Muchas gracias.

4.3.5 >>>

Estrategias de salud mental en Castilla-La Mancha

>>> D. Jaime A. Domper Tornil

Buenas tardes a todos, por ser el último ponente quiero agradecerlos que permanezcáis todavía ahí sentados, especialmente a Pepe Rallo, que es el homenajeador y el asistente de mayor edad y que en su nivel de atención no ha sido superado por ninguno de los otros asistentes. Quería también agradecer a todos mis antecesores su elocuencia y brillantez, que hacen que mi introducción sea obvia y tengamos la posibilidad de favorecer la intervención de los asistentes. Finalmente reconocer también a los compañeros de esta propia mesa que como representantes de otras Comunidades Autónomas más veteranas en la gestión plena y directa de los dispositivos asistenciales públicos ya han contextualizado el desarrollo e implantación de modelos asistenciales en diversos momentos de nuestra historia reciente.

Las intervenciones matinales y la del propio moderador de esta mesa describen los condicionantes contextuales de las estrategias de salud mental desde hace 20 años hasta hoy. En nuestro caso, como Región del mundo occidental, y más concretamente de Europa, mirando al futuro nos va a condicionar la Declaración de Helsinki, suscrita por los ministros europeos competentes en materia de salud, que define las que van a ser directrices en salud mental en los próximos años. Volviendo la vista al pasado cercano, a nivel estatal hace 20 años hubo gran iniciativa cuyo resultado hoy homenajeamos y que para todos ha sido y es una referencia. Fue el Ministerio de Sanidad y Consumo que ahora reimpulsa otra vez el contenido del Informe de la Comisión de 1985 mediante la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Mental, lo que hace

que en este presente permanezcamos ilusionados en que suponga realmente una puesta en presente de este Informe, para que de nuevo sea el motor durante otros 20 años por lo menos.

Como anfitriones del evento que nos convoca, os hacemos partícipes de cuál ha sido la experiencia en Castilla-La Mancha, y cuáles son nuestras previsiones.

¿Qué indicadores tenemos en Castilla-La Mancha que nos hacen un poco diferentes al resto de Comunidades Autónomas? Castilla-La Mancha es la Comunidad Autónoma más dispersa del estado español, tiene un índice de envejecimiento bastante elevado, con Áreas de Salud de más de un cuarto de población mayor de 65 años. Los conatos reformistas de la asistencia en esta Región se sucedieron antes de constituirse el ente preautonómico, siendo ideólogos y motores muchos de los profesionales que ahora están aquí presentes. Los recursos que fueron transferidos se reorientaron bajo el nuevo paradigma gracias a gente como Tomás de Haro, al que consideramos promotor de la reforma castellanomanchega.

Hitos recientes que han favorecido el mayor desarrollo de los servicios son la creación de la Fundación Socio Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), ambos colaboradores en la organización de esta jornada, siendo la Región plenamente competente en la gestión de servicios sanitarios desde enero de 2002. Esto ha supuesto un notable impulso tal como revelan los indicadores de recursos y actividad relacionados en la tabla.



Densidad de población	23 hab
Índice de dependencia	55,9
Índice de envejecimiento	19,4
Tasa población de 0-14	15,3
Esperanza de vida	79,5
% poblac Ocupada sector Primario	9,3
PIB per capita	14,673 €
Tasa de paro	9,3
Tasa de actividad	51,7
Tasa de analfabetismo	3,5
Tasa de Inmigración	2,3
Tasa de solteros	41,8
Tasa de hogares unipersonales	20,4
Tasa de hogares monoparentales	1,7

Estatuto Autonomía	1982
Ordenes de regulac. y funcionam.	1985-96
Ley Ordenación Sanitaria	2000
FISLEM	2001
SESCAM	2002

CASTILLA-LA MANCHA

SUPERFICIE	79.463 km ²
POBLACIÓN TOTAL:	1.848.881 h
Psiquiatras/100.000h	7,55
Psicólogos/100.000h	6,29
DUEs/100.000h	10,55
Aux clínica/100.000h	26,24
T Sociales/100.000h	3,34
T Ocupacionales/100.000h	1,61
Aux Admvo/100.000h	3,66
Otros Prof/100.000h	11,59
Habitantes / USM	61.938
Camas UHB HG/10.000h	8,4
Pzas RHB/10.000h	71,5
Consultas SM/tot HG	6,2%
Ingresos UHB/tot HG	2,1%
% reingresos	59,8%
Estancias UHB / tot HG	4,1%
Gasto psicofcos/año	47.000.000
Gasto psicofcos/año	12%
...	

En este periodo hemos pasado de ser integrantes del pelotón a coliderar el grupo de cabeza. Vamos a ver cómo ha sido la evolución.

El objetivo de esta mesa, bien dirigido por su coordinador, es difundir la organización y desarrollo de recursos en las diferentes Comunidades Autónomas, más concretamente el nivel de desarrollo que se está consiguiendo con lo que en principio es el marco que a todos nos ha servido de modelo (el Informe de la Comisión Ministerial de 1985). El título de esta intervención es Estrategias de salud mental en Castilla-La Mancha: hemos visto a grandes rasgos las características diferenciales de Castilla-La Mancha, y para hablar de estrategias o de desarrollo, en nuestro caso me remito a los sucesivos documentos de planificación, que es donde están recogidos todos los compromisos y directrices, elaborados con participación de los profesionales, gestores y usuarios. Estos documentos de planificación regional son:

1984: Proyecto de coordinación de asistencia a la salud mental en C-LM

1993: Plan Regional de Salud Mental

2000: Plan de Salud Mental 2000-2004

2005: Nuevo PSM hasta 2010

En 1983 se celebraron las primeras jornadas regionales de salud mental, que fueron inauguradas por Antonio Espino. Se constituyó un potente grupo de expertos, crítico, que ya llevaba años dominando fórmulas alternativas de asistencia, y que obtuvieron el compromiso de la administración para que durante 1984 elaboraran el que consideramos el primer Plan Regional de Salud Mental.

PRIMER PLAN REGIONAL SALUD MENTAL (1984)

SUBSECTOR	SECTOR	PROVINCIA	REGIÓN
CONSULT TALLER OCUPAC HOSP DÍA (en CSalud)	HOGAR POSTCURA PSIQUIATR ENLACE U H PSIQUIÁTRICA niños adultos drogopd HOSPITAL DE NOCHE (en HG)	Unidad Residencial y Rehabilitadora Unidad deshabituación rehabilitación drogodepend	UNIDAD DE COORDINACIÓN

Sin duda se trataba de un grupo lúcido, muy ingenioso en las propuestas de posibilidades terapéuticas alternativas. Parte de esos perspicaces profesionales están aquí entre los asistentes. Incorporaron la sectorización de la asistencia y en cada Centro de Salud proponían la habilitación de una consulta específica, con talleres ocupacionales para los enfermos de la zona, con máxima accesibilidad. En los Hospitales Generales proponían unidades de hospitalización separadas por grupos de edad o patologías; incluso habilitaron plazas de hospitales de noche, donde los enfermos sólo iban a dormir, ya que durante el día estaban realizando actividades en la comunidad o en los talleres donde realmente se fraguaría su verdadera integración. Otras unidades asistenciales de ámbito suprasectorial también son contempladas como se aprecia en la figura.

Pasan cuatro años, y en 1988 se realizan las segundas jornadas regionales de salud mental, en este caso las viene a inaugurar Pepe García, que hace referencia al desencanto y la desilusión que se está produciendo en ese periodo en

el ámbito nacional y obviamente en nuestra comunidad, en que por limitaciones varias no se llega a desarrollar íntegramente el modelo asistencial. Fruto de las jornadas, el grupo de expertos revisa el Plan de 1984 concluyendo sus recomendaciones en diciembre de 1990, aprobándose estas como Plan Regional de Salud Mental en junio de 1993.

2º PLAN REGIONAL SALUD MENTAL (1993)



Los 90 son un periodo de ralentización, por lo que se fija el objetivo de consolidar los programas asistenciales que se habían desarrollado hasta ese momento (adulto, infantojuvenil, drogodependencias), persiguiendo básicamente que no hubiera descapitalización. En este periodo surge con fuerza el movimiento asociativo familiar, que con el apoyo de profesionales y de la administración van constituyéndose como grupos de autoayuda y de ensayo de alternativas asistenciales.

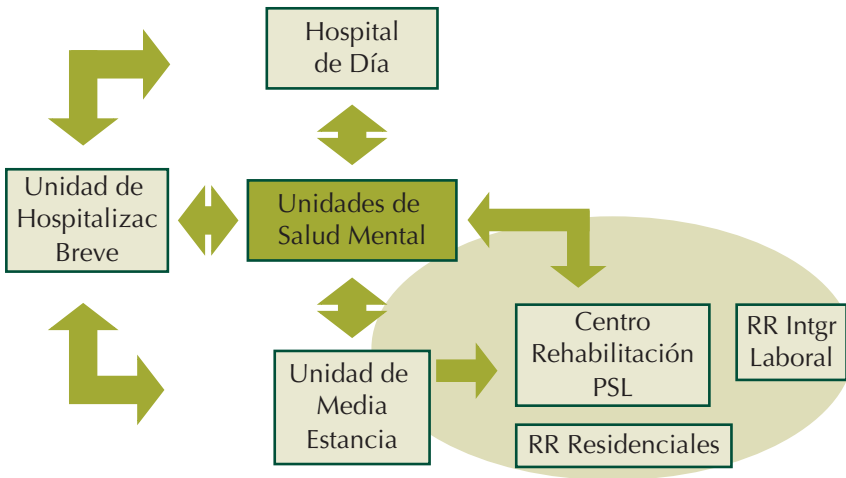
Con participación eminente de los enfermos y sus representantes, a finales de los 90 se revisa de nuevo la situación regional en salud mental. En consecuencia, en enero de 2000 se aprueba el Plan de Salud Mental 2000-2004 que ahora ha expirado. Es un plan valiente, que concreta y detalla recursos



a implementar, con especial énfasis en los intermedios o alternativos, persiguiendo la integralidad, no ciñéndose exclusivamente al aspecto sanitario de las necesidades de las personas con trastornos mentales. En ese sentido ha sido fuente de reilusionamiento de profesionales, implicación de gestores y participación de usuarios con un importante desarrollo de la red asistencial en cada Área Sanitaria.

TERCER PLAN REGIONAL SALUD MENTAL (2000)

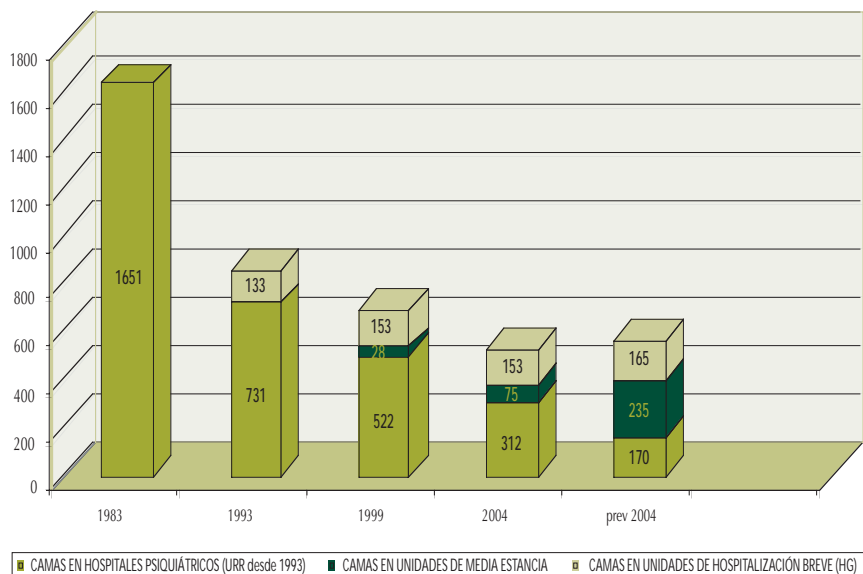
ÁREA SANITARIA



En la evaluación del Plan podemos destacar tres grandes aspectos: progresiva desinstitucionalización, potenciación de las unidades de salud mental como verdadero eje de la red asistencial y despliegue de plazas de rehabilitación y alternativas residenciales.

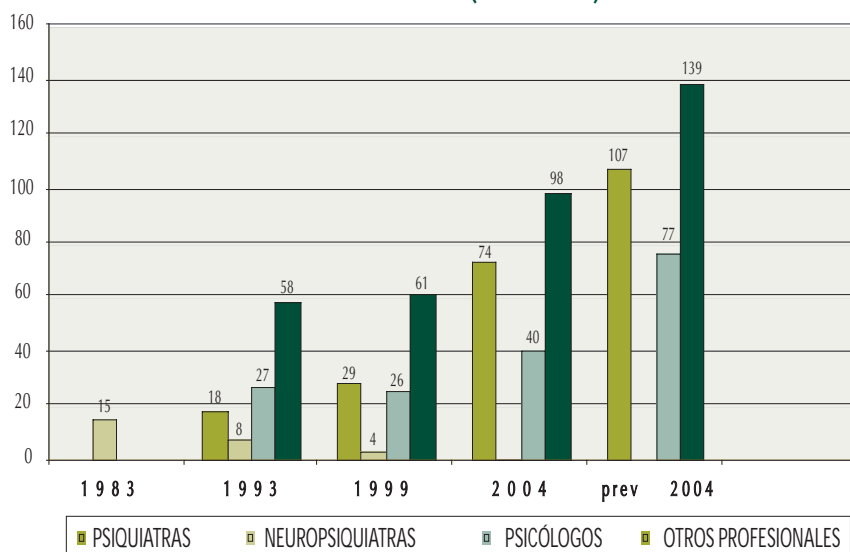
La desinstitucionalización la apreciamos en el descenso y reformulación de las camas hospitalarias. La visualización del gráfico desvela la magnitud del proceso.

Evolución camas hospitalarias Castilla-La Mancha 1983-2004



Las unidades de salud mental han pasado de entes uniprofesionales y de dedicación parcial a 21 enclaves multidisciplinarios de adultos y siete de infantojuvenil. Siendo coherentes con el modelo organizativo, en cuanto se ha dispuesto de la posibilidad se ha priorizado la dotación de estos dispositivos como principal eje de la asistencia en cada Área.

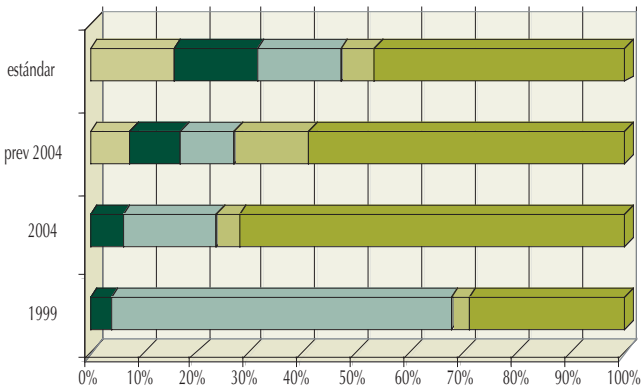
Profesionales en Unidades de Salud Mental (ambulatorias). Evolución 1983-2004.



A la disminución de camas hospitalarias y al incremento de profesionales en las unidades de salud mental, se une el vertiginoso incremento de plazas de rehabilitación (en centros de rehabilitación psicosocial y laboral) llegando a sobrepasar las previstas y el estándar, y también las residenciales alternativas , si bien estas precisan revisarse para acercarse al estándar.

En el gráfico vemos el número de plazas que había al inicio del Plan (1999), las que había al finalizar (2004), cuáles eran las previsiones (prev 2004) y cuál sería el estándar o recomendaciones en nuestro entorno.

Evolución nº de plazas de rehabilitación y residenciales. Castilla-La Mancha 1999-2004.



	1999	2004	prev 2004	estándar
■ PZAS EN CC REHABILITACIÓN PSL	241	1288	1000	1020
■ CAMAS EN UNIDADES MEDIA ESTANCIA	28	75	235	140
■ CAMAS EN URR (UU LARGA ESTANCIA)	522	312	170	340
■ PZAS VIVIENDAS TUTELADAS	32	110	160	340
■ PZAS EN MINIRRESIDENCIAS	0	0	125	340

En este recorrido hemos llegado al presente. ¿Qué pasa en 2005?. La administración sanitaria en los últimos meses de 2004 realiza la evaluación del plan obteniendo un cumplimiento global del mismo cercano al 80% e inicia la movilización de personal significativo de la Región para que efectúe propuestas de mejora. Han colaborado 92 personas distribuidas en 7 grupos de trabajo, con representación de categorías profesionales, Áreas de Salud e instituciones y asociaciones intervinientes directa o indirectamente. Estamos en la fase de discusión y redacción definitiva del documento que deberá ser el Plan de Salud Mental 2005-2010.

¿Cuáles son las grandes líneas a seguir? Pues fundamentalmente consolidar y armonizar el enorme y reciente despliegue de recursos; prestar una asistencia de calidad y mantener la trayectoria de discriminación positiva alcanzando las ratios previstas en el plan previo, y revisando al alza los dispositivos de integración sociolaboral y residenciales.

Para ello se establecen los siguientes objetivos y líneas de acción:

OBJETIVOS	LÍNEAS DE ACCIÓN
1. Consolidar la red de atención integral a la SM	LA 1. Desarrollar la red regional de recursos de SM
2. Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales	LA 2. Elaborar estrategias globales para la promoción de la SM en todas las etapas de la vida
	LA 3. Prevenir los trastornos mentales en la población general y en grupos especiales de riesgo
3. Mejorar los procesos de atención a las personas con trastornos mentales y a sus familias	LA 4. Cartera de Servicios de SM
	LA 5. Programas de SM
	LA 6. Fomentar la calidad de la atención al cuidador informal
4. Mejora continua de la calidad de la atención	LA 7. Elaborar el Plan Regional de Calidad de SM
	LA 8. Los profesionales
	LA 9. Usuarios y participación Social
5. Sistema regional de información en SM	LA 10. Establecer y desarrollar un sistema de información en SM
6. Potenciar la integración social de las personas con trastorno mental	LA 11. Integración social y laboral
	LA 12. Redes sociales de apoyo a familiares, cuidadores y redes informales
7. Potenciar la formación e investigación en SM	LA 13. Formación
	LA 14. Investigación e Innovación en SM

Para conseguirlo contamos con los ingredientes necesarios, a) fundamentalmente que la Salud Mental en esta Comunidad Autónoma sigue siendo una prioridad para el Consejo de Gobierno, b) que la Consejería de Sanidad lidera la elaboración y ejecución interdepartamental del plan, c) que el titular de la Consejería con el resto de Instituciones y con sus brazos ejecutores (que son el Servicio de Salud –SESCAM- y la Fundación Sociosanitaria –FISLEM-) implementa las estrategias previstas para que a nivel de Área se consiga un desarrollo completo y un funcionamiento eficiente.



Como resumen de lo expuesto en los periodos descritos, comentar que según el impulsor de la elaboración del plan correspondiente, el compromiso político obtenido, la participación ciudadana y de afectados y el nivel de desarrollo esperado-alcanzado, los cuatro periodos podrían calificarse de innovación, de supervivencia, de despliegue y de consolidación.

Contexto	HISTÓRICO (Impulsor)	POLÍTICO	SOCIAL (participac)	ORGANIZATIVO
Periodo				
80's (1984)	Movimiento profesional 70's. Reformas	Compromiso Expansión SSCC	Debate social	INNOVACIÓN Extrahospitalario. Sectorización.
90's (1993)	Inercial	Ralentización	Surge movimiento asociativo	SUPERVIVENCIA Consolidación par progr ambulatorios No descapitalizac
2000-2004	Afectados- Administración	Priorización. Despliegue	Entrada en el sistema	DESARROLLO Integridad (+ que sanitario).
2005-2010	Administración (rev-actualizac de oficio)	Prioridad Consolidar	Ciudadano cen- tro y también gestor	CONSOLIDACIÓN Integración global. Gestión clínica. Prevención



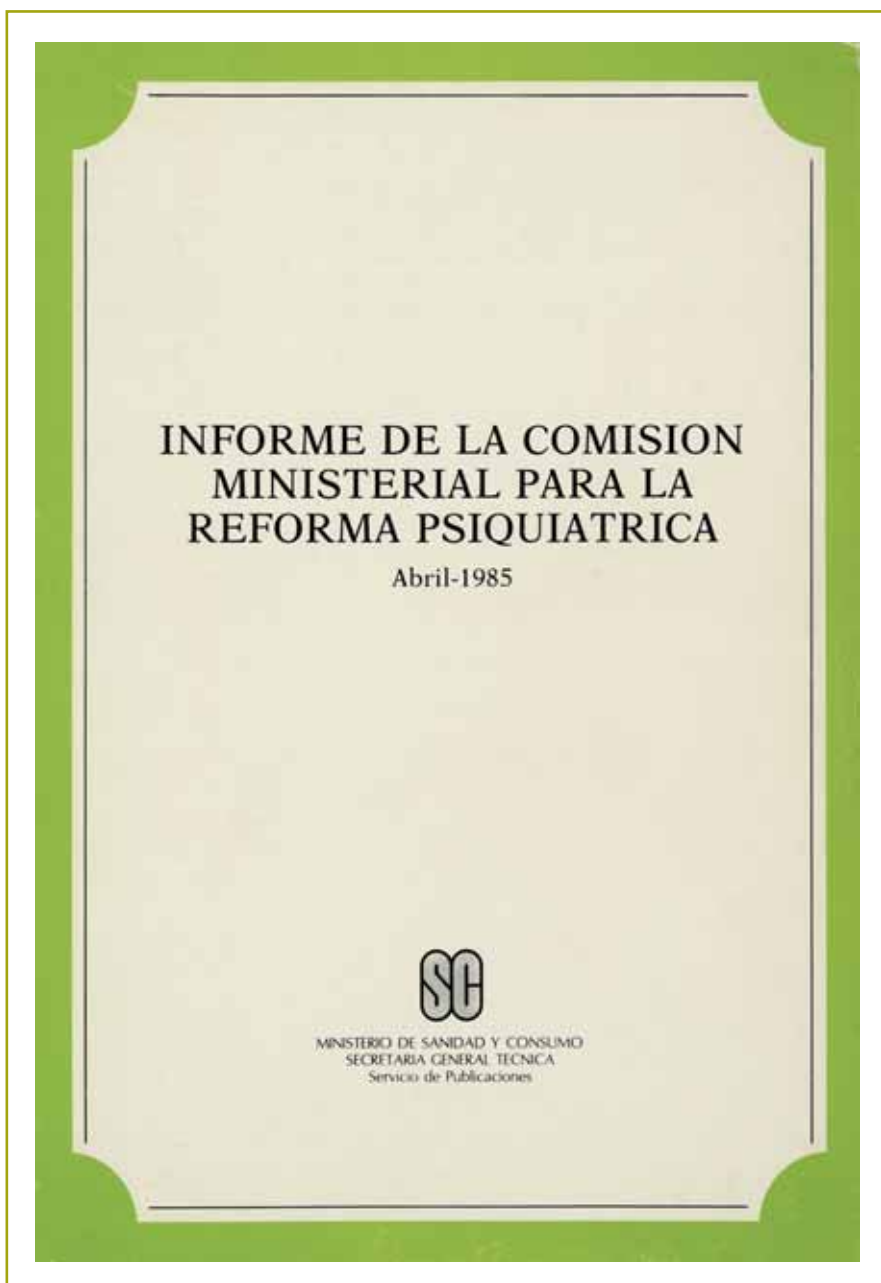
Así que os pido que mantengamos el compromiso y la ilusión y sigamos juntos en la puesta en marcha de este nuevo plan que va a arrancar. Y llega el momento de daros las gracias y de ofertaros la palabra antes de dar conclusión a la jornada.



ANEXOS

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Abril - 1985 (reimpresión de la 2ª edición)



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Servicio de Publicaciones



2.ª Edición, junio 1985
Edita y distribuye: *Servicio de Publicaciones*
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid
Depósito legal: M. 23603-1985
ISBN: 84-505-1616-1
Imprime: RUMAGRAF - Nicolás Morales, 34

INFORME DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA

Abril-1985



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARIA GENERAL TECNICA
Servicio de Publicaciones

Por Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, teniendo su sesión constituyente, presidida por el Ilmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Consumo, el 14 de diciembre de 1984.

Dicha Comisión ha celebrado reuniones quincenales, terminando sus trabajos el 27 de marzo de 1985.

Han formado parte de la comisión como Vocales designados por su Presidente:

D. Valentín Corcés Pando, Director del H. Psiquiátrico de Madrid.

D. José García González, Director Regional de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

D. José Guimón Ugartechea, Jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lejona (Vizcaya).

D. Federico Menéndez Osorio, Director del Centro de Prevención de la Subnormalidad y Salud Mental de Avilés.

D.^a Mercè Pérez Salanova, Psicóloga, Vicedecana del Colegio Oficial de Psicólogos. Barcelona.

D. José Rallo Romero, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

D. Francisco Torres González, Médico Psiquiatra, Viceconsejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Sevilla.

Por parte de este Departamento, han formado parte de la Comisión, como Vocales natos, el Ilmo. Sr. Director General de Planificación Sanitaria, el Ilmo. Sr. Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, el Ilmo. Sr. Director General del Insalud, el Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública y el Ilmo. Sr. Subdirector General de la A.I.S.N.

Como Secretario de la Comisión actuó el Dr. D. José Antonio Espino Granado, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

PRESENTACION

La aspiración de cambios en la psiquiatría ha sido bien reconocida en casi todos los ámbitos de la sociedad. Bajo —casi nos atreveríamos a decir— el «slogan» de la asistencia psiquiátrica en las prestaciones de la Seguridad Social se ha escondido, y hoy todavía lo hace, un problema de mucha mayor envergadura y de complejidad más sustancial que implicaba a su vez alteraciones y modificaciones profundas de estamentos a veces alejados a la mirada del profano, de la práctica psiquiátrica propiamente dicha.

Con el nuevo Gobierno de diciembre de 1982 y, concretamente, cuando el Ministerio de Sanidad se planteó la forma de llevar a cabo la remodelación de la práctica sanitaria, no se nos escapó en ningún momento que la transformación psiquiátrica jugaba un papel importante a la hora de decidir propuestas alternativas e impulsar prácticas diferentes. Consecuentemente con estas ideas fue creada la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el verano de 1983 para que ofreciera de forma coherente y ordenada los lineamientos generales de un cambio de rumbo en la salud mental.

El Informe que presentamos explicita los parámetros que han de servir en el futuro de horizontes hacia una reforma profunda de la atención psiquiátrica. Y aun cuando el documento elaborado por los miembros de la Comisión deja claro el modelo de las recomendacio-

nes para su implantación, creo conveniente elaborar una serie de reflexiones que permitan asumir desde la óptica del Departamento los aspectos más básicos de este documento alternativo.

1. Desde mediados del siglo XIX al consolidarse el método científico natural como fundamento de las ciencias médicas, la psiquiatría ha tratado con afán y resultados diversos, de aproximar tanto su modelo teórico como sus estructuras asistenciales a ese eje modélico sobre el que se conformaban y desplegaban la medicina general y las especialidades médicas surgidas a lo largo de estos últimos cien años. Esta tarea grandiosa por otra parte, ha sido patrimonio de la medicina occidental y ha tratado como epifenómeno de la misma las formulaciones diagnósticas y las organizaciones asistenciales que alcanzan su esplendor con la transformación de los obsoletos manicomios decimonónicos en los hospitales psiquiátricos de la década de los años treinta. Sin embargo esta transformación, a todas luces indudable, no significó la posibilidad de incardinación entre la psiquiatría y otras disciplinas médicas; muy al contrario vino a consolidar tanto en la teoría como en la práctica el confinamiento de las ciencias de la conducta. Por todo ello, no debe causarnos extrañeza el contemplar, en una mirada retrospectiva, que a partir del fin de la segunda guerra mundial comienza un lento pero inexorable proceso de aminoración teórica y práctica de las estructuras hospitalarias psiquiátricas. La reciente Conferencia de Ministros de Sanidad organizada por el Consejo de Europa a la que recientemente asistí, ha confirmado en su resolución final este proceso al que me he referido.

2. Pero si en la psiquiatría se han evidenciado cambios y mutaciones radicales, otro tanto ha ocurrido en el eje de las ciencias médicas. La historiografía española representada en personas como D. Pedro Lain Entralgo y D. José María López Piñero han escrito reiterada y brillantemente sobre los cambios de las mentalidades científicas que dieron fundamento a todo el desarrollo de la medicina de fines del siglo XIX y de las primeras décadas de este siglo; es por ello que sin lugar a dudas nos encontramos aquí enfrentados a un

proceso que tiene similitudes y urgencias idénticas a la transformación psiquiátrica.

Estos dos grandes condicionamientos y tareas son los que van a dar sentido a las transformaciones que desde el Ministerio de Sanidad propugnamos. Por un lado la aprobación por el Consejo de Ministros del Proyecto de Ley General de Sanidad viene a introducir en el ordenamiento sanitario español una reforma profunda sobre la base de la aplicación de un nuevo concepto de salud integral que se constituye en el auténtico eje de acción de todo sistema sanitario. Esta modernización de raíz de los planteamientos sanitarios permite, de acuerdo con nuestras características, pero siguiendo los planteamientos de otros países europeos, una práctica sanitaria que nos coloque en el umbral para hacer frente a las tareas que nuestra sociedad demanda en materia de sanidad. Por otra parte y en este contexto, el presente documento desarrolla las ideas de transformación psiquiátrica y de asistencia en salud mental de tal forma que se salde definitivamente el hiato que mantenía separada a la psiquiatría del resto de la sanidad.

Desde estas reflexiones generales quisiera matizar algunos elementos más concretos que explícita o implícitamente están, a mi juicio, presentes y que constituyen las ideas motrices de la transformación en materia de salud mental:

a) Debe reconvertirse el área estrictamente psiquiátrica en la medida que consume, sobre todo en la parte de los llamados crónicos o asilares, una ingente cantidad de recursos sin que esto se acompañe del correspondiente rendimiento terapéutico. Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad.

b) Las estructuras actuales han dejado al descubierto importantes vacíos asistenciales como el caso de la salud mental infantil. Es necesario cubrir con urgencia estas áreas olvidadas de la asistencia de la salud mental.

c) *La asistencia psiquiátrica y la atención a la salud mental debe trascender el mero objetivo de la reparación para convertirse en un amplio proceso que contemple junto con lo anterior, la prevención y las tareas de reinserción social.*

d) *La práctica de salud mental debe estar incluida en la práctica de la atención sanitaria general. Más aún, la conceptualización de la salud integral debe implicar las necesarias nociones teóricas en materia psicológica y consiguientemente el ordenamiento de los servicios sanitarios debe responder a esta filosofía.*

e) *Las transformaciones propuestas no podrán llevarse a cabo si simultáneamente no se produce una reconversión profunda de la transmisión del saber psiquiátrico a todos los niveles de la práctica sanitaria.*

f) *Finalmente advertir que una transformación de esta índole, más allá de la fórmula simple de «integración de la psiquiatría en la Seguridad Social» debe concebirse como un proceso de horizontes a mediano plazo y cuyo éxito estará garantizado si desde todas las instancias hoy responsables de la gestión sanitaria, dentro de su libre iniciativa, se siguen las recomendaciones contenidas en el presente documento. En este sentido y con la voluntad de dar los primeros pasos del proceso de reforma, en los Presupuestos Generales del presente año se han consignado 100 millones de pesetas para la adecuación de los servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales a los principios y criterios de la reforma sanitaria. Así como otros 680 millones de pesetas para la adscripción, puesta en marcha y funcionamiento de servicios de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del INSALUD.*

Evidentemente, estos esfuerzos no son otra cosa que meros indicadores de la voluntad política que sostiene el Ministerio y que ha coincidido plenamente en las conclusiones alcanzadas con absoluta libertad e independencia de criterio por la Comisión que ha elabora-

do el libro que ahora se presenta. Estamos en una buena dirección y habrá que ir avanzando con la máxima rapidez compatible con que sean reformas irreversibles y por lo tanto acompasadas.

Sólo me resta para finalizar, dar las gracias a todas las personas que han formado parte de esta comisión, no sólo por el rigor de su trabajo sino porque al dejar aparte diferencias doctrinales han permitido elaborar unas conclusiones que no dudo podrán alcanzar con el concurso de todos, los objetivos propuestos. Si consiguiéramos arraigar entre nosotros la tradición anglosajona de Comisiones independientes de expertos sobre importantes problemas de nuestra sociedad, habríamos conseguido, además, otro objetivo esencial.

Ernest Lluch Martín
Ministro de Sanidad y Consumo

INFORME DE LA COMISION MINISTERIAL
PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA
Abril-1985

INDICE

A) <i>DOCUMENTO GENERAL PARA LA REFORMA DE LA ATENCION PSIQUIATRICA Y LA SALUD MENTAL</i>	15
I. CONSIDERACIONES GENERALES	15
1. Discriminación de la atención psiquiátrica y de la salud mental por parte de los poderes públicos	15
2. La protección de la salud mental debe formar parte de la acción sanitaria	16
3. La asistencia psiquiátrica ha de estar integrada en el sistema general de protección de la salud, potenciándose su gestión descentralizada..	17
4. La promoción de la salud trasciende las acciones médico-sanitarias...	18
5. Principios y objetivos que han de informar la reforma psiquiátrica...	19
5.1. En cuanto a la reforma de la Sanidad	19
5.2. En cuanto a la reforma psiquiátrica.....	20
6. Responsabilidad de las administraciones públicas en la reforma....	21
II. CRITERIOS PARA UN MODELO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA	23
1. Ordenación de los cuidados de la salud mental	23
1.1. Ambito territorial y participación comunitaria	23
1.2. Ordenacion funcional de los recursos asistenciales	23
2. La protección de la salud mental en la atención primaria	24
2.1. Problemática general	24
2.2. Funciones en salud mental y atención psiquiátrica de los equipos básicos de salud.....	25
	13

3. La protección de la salud mental en el nivel especializado.....	26
3.1. Definición y funciones generales	26
3.2. Integración funcional de los recursos del área sanitaria	27
3.3. Principios de la hospitalización psiquiátrica	27
3.4. Funciones básicas de la unidad psiquiátrica del hospital general.....	28
3.5. Los hospitales psiquiátricos	29
3.5.1. Estado actual.....	29
3.5.2. Plan de hospitales psiquiátricos	30
3.5.3. Requisitos que han de cumplir los hospitales psiquiátricos con ingresos.....	31
3.6. Criterios para la urgencia psiquiátrica	31
3.7. Programas prioritarios de actuación sobre problemas específicos.....	32
3.7.1. Definición, características generales y tipos de programas.....	32
3.7.2. Programas transitorios o episódicos.....	33
3.7.3. Programas prioritarios de carácter permanente	33
3.7.3.1. La salud mental infanto-juvenil	33
3.7.3.2. La salud mental en la vejez.....	34
3.7.3.3. La psiquiatría penal	34
3.7.3.4. Las drogodependencias.....	35
4. Medios e instrumentos básicos necesarios para el desarrollo del modelo propuesto.....	35
 III. PRINCIPIOS PROPUESTOS POR LA COMISION PARA UN PLAN GENERAL DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA.....	 37
 B) RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE LA COMISION MINISTERIAL PRESENTADAS AL EXCMO. SR. MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA LA REFORMA DE LA PSIQUIATRIA ESPAÑOLA	 47

DOCUMENTO GENERAL PARA LA REFORMA DE LA ATENCION PSIQUIATRICA Y LA SALUD MENTAL

I. CONSIDERACIONES GENERALES

1. DISCRIMINACION DE LA ATENCION PSIQUIATRICA Y DE LA SALUD MENTAL POR PARTE DE LOS PODERES PUBLICOS

En nuestro país y por razones históricas y sociales bien conocidas, es notorio que ha existido una insuficiente vertebración de los órganos gestores del estado y de la sociedad civil. La sanidad, claramente incardinada en la dinámica social, no podía ser una excepción. Hasta fechas relativamente recientes, por ejemplo, el estado y la sociedad española han carecido de una estructura que permitiera planificar y gerenciar de forma unitaria la política de salud. Esta tarea, hasta la creación del Ministerio de Sanidad, se ha realizado, en la práctica, desde diversos Ministerios, dificultando una administración racional de la salud.

En un plano estrictamente sanitario, desde el siglo XIX se viene arrastrando una situación que coloca a la psiquiatría en franca discriminación frente al resto de especialidades médicas. El sistema de Seguridad Social no ha abordado dentro de sus prestaciones sanitarias, la protección de la salud mental, acentuándose, en la práctica, la discriminación del enfermo psíquico en las últimas décadas.

Se ha señalado ya en múltiples ocasiones la ineficacia del sistema actual de protección a la salud mental, indicando los insuficientes recursos materiales y humanos, la discriminación del enfermo psíquico en cuanto a su protección asistencial y sus derechos civiles, la multiplicidad de redes paralelas desvinculadas de la asistencia general, el modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación y la precariedad de recursos asistenciales comunitarios.

La O.M.S., a través de sus publicaciones y actividades, viene recomendando la necesidad de estructurar un dispositivo sanitario que integre los aspectos psiquiátricos y de promoción de la salud mental dentro del sistema de salud. Distintos países de nuestro ámbito (Reino Unido, Finlandia, Italia, Noruega, Francia, etc.) llevan bastantes años desarrollando nuevas experiencias y estableciendo medidas alternativas al sistema psiquiátrico tradicional.

2. LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL DEBE FORMAR PARTE DE LA ACCION SANITARIA

El artículo 43 de nuestra Constitución reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud, correspondiendo a los poderes públicos adoptar las medidas idóneas para satisfacerlo.

La salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general. En este momento de transición de la Sanidad, que afecta a la propia definición de la actuación sanitaria, al modelo de servicios propuesto a la población y a la configuración de los elementos básicos del sistema de salud, la reforma sanitaria, en la perspectiva de un S.N.S., ha de incluir la salud mental como una parte de la misma.

La atención a la salud mental precisa, pues, del necesario desarrollo normativo que garantice un nivel de protección acorde con la realidad socio-sanitaria actual. Dichas normas deberán formar parte de un nuevo marco sanitario general de referencia: La Ley de Sanidad.

Las medidas para la protección de la salud mental que propone esta Comisión han de formar parte del conjunto de acciones de orden más general precisas para la protección de la salud.

3. LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA HA DE ESTAR INTEGRADA EN EL SISTEMA GENERAL DE PROTECCION DE LA SALUD, POTENCIANDOSE SU GESTION DESCENTRALIZADA

- La deficiente protección que los servicios sanitarios públicos siguen prestando al cuidado de la salud mental, junto a las insuficientes prestaciones sanitarias que ofrece el régimen de la Seguridad Social en materia de asistencia psiquiátrica, exige considerar tales problemas y establecer las bases para su solución. Ha de ser responsabilidad de la Administración Pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

La primera tarea que se nos presenta cara a la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de salud, es definir ese sistema, proponiendo esta Comisión *un modelo sanitario que asuma los aspectos bio-psico-sociales del enfermar*.

El proceso de integración, teniendo en cuenta su complejidad técnica, va a verse obligado, como ha ocurrido en otros países, a prolongarse en el tiempo.

Es preciso, pues, elaborar unas medidas programáticas, escalonadas y secuenciales que se articulen con las reformas globales de la Sanidad.

- Hay que señalar, igualmente, para poder comprender esta tarea, que entendemos la función de un Ministerio de Sanidad desde una perspectiva esencialmente normativa y de inspección de las prácticas sanitarias que garanticen la salud a todos los ciudadanos en cumplimiento de nuestra Constitución. Nuestro país, según el ordenamiento constitucional vigente se constituye como un Estado de las Autonomías, debiendo asumir éstas la responsabilidad directa en las acciones de protección de la salud.

La descentralización que se propone en este documento en cuanto al modelo de servicios de atención a la salud, se considera necesaria, además, por razones estrictamente técnicas, con objeto de incrementar la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

4. LA PROMOCION DE LA SALUD TRASCIENDE LAS ACCIONES MEDICO-SANITARIAS

La integración de los cuidados de la salud mental dentro del Sistema de Salud, no abarca la totalidad del fenómeno «salud-enfermedad», dada la relevancia en este proceso de múltiples factores que concurren en fenómenos psíquicos y psicopatológicos.

El nivel de salud de la población no depende exclusivamente de las medidas que se puedan arbitrar desde el sistema sanitario; de forma semejante, la atención psiquiátrica tampoco abarca todo el conjunto de necesidades y factores que configuran la salud mental, pues, muchos de ellos, no dependen tan siquiera de la acción sanitaria, sino de otros factores de índole general, económicos, educativos, sociolaborales, etc. Habida cuenta de su relevancia, en su necesario abordaje han de intervenir otro tipo de instancias aparte las sanitarias. En consecuencia, deben *establecerse formas de colaboración y actuación coordinada con otras áreas y Ministerios con responsabilidades que afectan a la salud.*

Igualmente importante es la ordenación funcional de la atención de la salud mental, de modo que garantice la disponibilidad de Servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

5. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS QUE HAN DE INFORMAR LA REFORMA PSIQUIATRICA

Las acciones en salud y para la salud mental forman una relación dialéctica, se interinfluyen: no podemos considerar la reforma de la sanidad y la reforma psiquiátrica como tareas autónomas.

Una mejor atención y promoción de la salud de los ciudadanos, al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incrementa la protección de su salud mental.

5.1. En cuanto a la reforma de la Sanidad

El proceso de reforma psiquiátrica y de salud mental debe sustentarse en un modelo de acción sanitaria, que contemple:

- La inclusión de las acciones psiquiátricas y de salud mental en la práctica sanitaria, incorporando a la misma el conjunto de factores psicológicos presentes en el proceso de salud-enfermedad.
- La modernización y reordenación del sistema de salud de forma que permita superar los elementos de segregación sanitaria, cultural y social, aún existentes, hacia el enfermo mental.

- La integración de la psiquiatría dentro de la sanidad, en su vertiente asistencial, presupuestaria, administrativa y territorial, debiendo contemplarse así en la Ley de Sanidad.
- La mayor descentralización posible en cuanto a la gestión de los servicios de salud.

5.2. En cuanto a la reforma psiquiátrica

El desarrollo de un *sistema integrado* de protección de la salud mental ha de contemplar los siguientes objetivos:

- Potenciar las *acciones* de protección de la salud mental y atención psiquiátrica *dentro del entorno social propio de la población en riesgo*.
- *Reducir las necesidades de hospitalización* por causa psíquica, mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
- Desarrollar programas de rehabilitación para el enfermo mental e ir estableciendo unas condiciones sociosanitarias mínimas para el mismo en todos los casos (incluyendo el enfermo crónico y los pacientes institucionalizados).
- Garantizar los *derechos civiles del paciente frente* a las actuaciones sanitarias que puedan llevar consigo una limitación de su *libertad*.

La reforma psiquiátrica precisa de un desarrollo planificado que, en base al nuevo marco que establezca la Ley de Sanidad y en

consonancia con la nueva configuración sanitaria de que se doten las Comunidades Autónomas, desde las condiciones actuales de discriminación y dispersión llegue a formar parte de un nuevo sistema sanitario (S.N.S.) que asuma de manera integral la protección de la salud.

Esto ha de dar lugar a cambios profundos en el ámbito de prestaciones, modelo de servicios, derechos del enfermo mental, formación de recursos humanos y ordenación de las medidas de planificación y gestión para la atención del enfermo mental.

6. RESPONSABILIDAD DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS EN LA REFORMA

Las distintas administraciones públicas en que se configura el Estado español (Administración central, autonómica y local), mantienen en la actualidad responsabilidades variables en el área de salud mental. La transformación de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental exigen la voluntad conjunta y decidida de todas ellas, con actitud de diálogo y colaboración. Esto implica, durante toda la fase de transición, el mayor grado de *cooperación entre instituciones, sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.*

II. CRITERIOS PARA UN MODELO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA

1. ORDENACION DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL

La protección de la salud mental requiere de una programación de las acciones que permitan ir dando respuesta al conjunto de problemas de salud mental de la población.

1.1. Ambito territorial y participación comunitaria

Un elemento de primer orden en la concreción del modelo corresponde a su desarrollo en torno a un *ámbito territorial definido* y con *participación* de los diversos *agentes comunitarios*.

1.2. Ordenación funcional de los recursos asistenciales

Sobre la base de la delimitación territorial y la participación comunitaria, se ha de establecer la *ordenación* funcional del

conjunto *de recursos* disponibles para llegar eficazmente a la población en riesgo, mediante la programación de acciones de protección de la salud mental. Esto supone:

- Elaborar y desarrollar planes generales a través de la atención primaria y especializada.
- Desarrollar programas específicos, incorporados a la actuación general, para todas aquellas situaciones que requieran acciones particularizadas.

2. LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA

2.1. Problemática general

Los cuidados generales de la salud (y de la salud mental) se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes: cuidados en la atención primaria y cuidados especializados, entendiendo básicamente estos últimos como estructuras de apoyo al nivel primario. En consecuencia, los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud. Su carácter especializado hace referencia a su posición funcional dentro del sistema de salud, sin prefigurar una ordenación administrativa determinada.

Una parte de los problemas psíquicos y de las acciones en el campo de la salud mental han de ser resueltos por el equipo básico de salud del servicio sanitario, sin que requieran de la presencia de personal especializado en salud mental.

Sin embargo, nuestra ordenación sanitaria, al haber primado casi exclusivamente el desarrollo de la estructura hospitalaria, ha

determinado unos servicios primarios de salud sin suficiente capacidad de respuesta frente a los componentes emocionales presentes en los distintos problemas de salud, con una gran tendencia, en consecuencia, a la derivación de casos hacia el área especializada. Esta situación va a incidir en el ritmo de capacitación de los profesionales de la atención primaria a las nuevas exigencias planteadas.

2.2. Funciones en salud mental y atención psiquiátrica de los Equipos Básicos de Salud

El equipo de atención primaria debe estar capacitado en materia de salud mental para cubrir, al menos, las siguientes funciones:

- Identificar el trastorno psicoemocional y los componentes emocionales de los trastornos en general.
- Discriminar y llevar a cabo el tipo de intervención necesaria, que puede ser:
 - Atención y seguimiento propio.
 - Atención con asesoramiento del equipo especializado.
 - Derivación a los equipos especializados.
- Colaborar con los equipos especializados, en cuanto al asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes.
- Participar en la elaboración y desarrollo de programas de protección de la salud mental para la población en riesgo.

3. LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL EN EL NIVEL ESPECIALIZADO

3.1. Definición y funciones generales

Comprende las acciones específicas realizadas en el ámbito comunitario y hospitalario por un conjunto de profesionales cualificados, de forma que hagan posible una correcta atención a los problemas psico-emocionales de la población asistida, la continuidad de cuidados dentro de un territorio determinado y el apoyo eficaz a los equipos primarios de salud.

Su actuación comprenderá *funciones* de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación, concretándose en los aspectos siguientes:

- Apoyar, asesorar y supervisar al equipo básico de salud y a los equipos especializados.
- Atender a los pacientes remitidos por el equipo básico de salud.
- Hacer el seguimiento directo o supervisar a los pacientes dados de alta del medio hospitalario.
- Atender a los pacientes hospitalizados.
- Llevar a cabo la psiquiatría de enlace en el hospital general.
- Dar cobertura a los servicios de urgencia y a la atención de situaciones de crisis.
- Participar en las actividades de formación de los equipos básicos de salud y especializados.

- Desarrollar actividades y programas de investigación orientados hacia tareas de promoción de la salud mental, preventivas y epidemiológicas.
- Apoyar, asesorar y cooperar con otras instancias asistenciales, sociales y educativas del área territorial en programas específicos, potenciando el trabajo interdisciplinario.

3.2. Integración funcional de los recursos del área sanitaria

Es necesario que, una vez establecidas y definidas funcional y territorialmente las *áreas de salud*, todos los recursos sanitarios, públicos y concertados, responsables de la atención psiquiátrica y de la salud mental, constituyan *una Unidad integrada*, al menos funcionalmente. Dicha Unidad contará con los dispositivos asistenciales que le permitan desarrollar eficazmente sus actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, pudiendo tener un coordinador de la misma, dependiente de la dirección del área.

Los equipos asistenciales del área sanitaria deberán tener un ámbito de actuación polivalente, sin perjuicio de contemplar cierta subespecialización de sus componentes.

3.3. Principios de la hospitalización psiquiátrica

- La hospitalización es un instrumento técnico importante en el tratamiento del enfermo psíquico y ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico.
- La atención psiquiátrica ha de realizarse, preferentemente, fuera del hospital.

- La hospitalización del enfermo mental se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social. Su duración, que ha de ser breve, estará en función de criterios terapéuticos.

- Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.

- Los hospitales generales de la red pública han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones.

- La creación de nuevas unidades en los hospitales generales para el ingreso psiquiátrico ha de responder a la programación de medidas y acciones en salud mental del área correspondiente.

- Todas las camas que se acrediten para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales, formarán parte de la red de servicios de salud.

3.4. Funciones básicas de la unidad psiquiátrica del hospital general

- El tratamiento de los pacientes ingresados.
- La psiquiatría de enlace del hospital.
- El apoyo a la urgencia hospitalaria.
- Funciones docentes y de investigación.

3.5. Los hospitales psiquiátricos

3.5.1. *Estado actual*

El hospital psiquiátrico ha venido ejerciendo funciones polivalentes en relación con los enfermos psíquicos, cubriendo problemas de orden sanitario, social y puramente custodial relacionados con la enfermedad mental.

En la actualidad, mantiene las funciones siguientes:

1. Una función médico-psiquiátrica, de cuidado de enfermos mentales ingresados y en seguimiento ambulatorio.
2. Una función residencial y de asistencia social, hacia ciertos sectores marginados de población.
3. Una función custodial, básicamente para pacientes con gran dependencia personal y social de la institución psiquiátrica.

La función específicamente psiquiátrica desempeñada por los distintos centros varía según los recursos especializados con que cuentan, las medidas internas de reforma llevadas a cabo y el desarrollo de recursos psiquiátricos y sociales alternativos existentes en su ámbito territorial. De esta forma, existen instituciones con atención exclusiva de hospitalización, otras con servicios de consulta, urgencias, unidades diferenciadas para enfermos agudos, rehabilitación de enfermos crónicos, etc. En cualquier caso, estas instituciones consumen gran parte de los presupuestos económicos del área psiquiátrica y de salud mental, en detrimento de otras alternativas terapéuticas.

3.5.2. Plan de hospitales psiquiátricos

Es preciso establecer con urgencia planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación. *Dichos planes han de simultanear acciones de orden interno o propiamente hospitalarias con otras alternativas, de orden externo.*

Se debe requerir de cada hospital un proyecto de cambio donde se tome en consideración:

- La reducción progresiva del número total de camas.
- El incremento de las posibilidades de externación de su población hospitalizada, mediante el desarrollo de programas interdisciplinares de rehabilitación y reinserción social que faciliten su vuelta al medio sociofamiliar o su integración en los nuevos recursos sociales y sociosanitarios con que se vaya dotando la sociedad para la protección y soporte de estas personas.
- La formación y reciclaje de sus profesionales, movilizándolo sus recursos humanos y reorientándoles hacia otras actividades y unidades asistenciales.

Debe contemplarse en dichos proyectos:

- El *diagnóstico de la institución*, incluyendo las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de todos los internados.
- La reordenación de *los gastos hospitalarios*, buscando la mayor equidad entre costes y beneficios asistenciales.
- La *reorganización funcional* de la institución y la exposición de los diversos *programas de rehabilitación* y reinserción social.

3.5.3. *Requisitos que han de cumplir los hospitales psiquiátricos con ingresos*

Los hospitales psiquiátricos, mientras continúen realizando ingresos, proponemos que cumplan los requisitos siguientes:

- Contar con una unidad diferenciada para el ingreso de pacientes psiquiátricos, con equipo específico para la misma e índices de rendimiento asistencial apropiados.
- Establecer programas reglados de rehabilitación del enfermo mental, con personal cualificado para su desarrollo.
- Estar integrados funcionalmente con los equipos especializados de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente.

3.6. **Criterios para la urgencia psiquiátrica**

- La atención psiquiátrica de urgencia debe estar integrada dentro del sistema general de urgencias.
- El servicio de urgencia específicamente psiquiátrico debe funcionar como apoyatura de los servicios de urgencia general.
- Los Equipos de Atención Primaria deben responsabilizarse del conjunto de las urgencias en un primer escalón.

- La urgencia hospitalaria ha de estructurarse contando con la participación del conjunto de profesionales de salud mental del área.
- La organización general de las urgencias psiquiátricas debe promover y facilitar el establecimiento de fórmulas alternativas al ingreso hospitalario.

3.7. Programas prioritarios de actuación sobre problemas específicos

3.7.1. Definición, características generales y tipos de programas

- Entendemos por *programa específico de actuación*, al conjunto de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado y que en su diseño, ejecución y evaluación puede implicar a profesionales dependientes de instituciones diversas.
- Estos programas serán realizados dentro del dispositivo sanitario global, pudiendo incorporar nuevos profesionales en función de la especificidad de la problemática que aborden.
- Estos programas no deben dar lugar a la creación y desarrollo de centros y recursos asistenciales especiales o monográficos, ni deberán actuar con independencia de la programación para la salud mental y atención psiquiátrica, evitando así la creación de redes paralelas.
- Contemplarán en su diseño de forma diferenciada los aspectos de asistencia sanitaria, los específicamente psiquiátricos y los pertenecientes al campo general de la salud pública.

- Según las exigencias y necesidades, los programas deberán tener un carácter recortado en el tiempo, o permanente y continuo.

3.7.2. *Programas transitorios o episódicos*

- Son programas *transitorios o episódicos* aquellos preparados para ponerse inmediatamente en práctica ante grandes situaciones de crisis, emergencias o catástrofes y que por su carácter imprevisto, pueden dar lugar a una inadecuación coyuntural del sistema asistencial al requerir una respuesta inmediata.

Deben programarse, preferentemente, aprovechando los recursos existentes en el sector sanitario, que deberá contar con capacidad funcional y agilidad administrativa para resolver este tipo de eventualidades.

3.7.3. *Programas prioritarios de carácter permanente*

Consideramos en este apartado aquellos problemas que por su propia naturaleza (infancia y adolescencia, vejez, enfermos mentales penados), por su incidencia e importancia sociosanitaria creciente y con perspectivas de larga duración aún cuando actualmente revistan perfiles epidémicos (drogodependencias), o por su alta prevalencia mantenida en determinadas áreas territoriales, precisan de soluciones a través de programas específicos, interdisciplinarios y continuados en el tiempo.

3.7.3.1. La salud mental infanto-juvenil

A nuestro juicio, las medidas de protección de la salud mental infanto-juvenil son actualmente deficitarias e incipientes, mínimamente dotadas en su perspectiva asistencial y sin un marco global de planificación y ordenación dentro del sistema de cuidados de la salud mental.

El niño es un ser con personalidad específica, mostrando en su enfermar una patología mental cuya expresión le diferencia del adulto; las características especiales de su proceso evolutivo hacen necesaria una visión interdisciplinaria que integre los distintos sectores de vida donde el niño se desarrolla y constituye.

La atención a la S.M. infantil debe abordarse dentro de los programas del equipo de salud mental, como unidad cualificada dentro de dicho equipo, allí donde las necesidades del área sanitaria lo requieran.

3.7.3.2. La salud mental en la vejez

Este programa se fundamenta en el aumento progresivo del índice de población mayor de 65 años y especialmente en la influencia que en los procesos de salud-enfermedad de dicha población ejercen factores tales como la jubilación, la desinserción social, la pérdida de movilidad física y la mayor presencia de patología orgánica. Todo ello reclama una atención preferencial hacia esta franja de la población, especialmente dirigida a los grupos de población de edades más avanzadas.

La atención a la salud mental de la población anciana debe plantearse estrechamente vinculada con las diferentes iniciativas que la comunidad tenga o pueda desarrollar a fin de mantener al anciano integrado en ésta. Para ello será preciso formalizar modos de cooperación permanente entre los sectores sanitario y social.

3.7.3.3. La psiquiatría penal

Deberá asegurarse una adecuada atención psiquiátrica a los penados con patología mental, independientemente de las connotaciones judiciales que cada caso presente. La Administración de

Justicia deberá disponer de los medios que permitan su atención sanitaria, sin menoscabo del apoyo que pudieran prestarle los profesionales de los servicios psiquiátricos y de salud mental de las Administraciones Sanitarias.

3.7.3.4. Las drogodependencias

Se trata de una problemática sociosanitaria donde confluyen trastornos ya conocidos como el alcoholismo o la dependencia a psicofármacos, en continuo crecimiento, junto con otras alteraciones más recientes, como es el consumo de estupefacientes en los últimos diez años.

El problema de las drogodependencias abarca a casi todos los grupos de población y se caracteriza por presentar repercusiones psíquicas y sociales, junto a complicaciones somáticas sobreañadidas.

La gravedad de este problema exige el desarrollo de un plan en el que se especifiquen los aspectos sanitarios (médico-psiquiátricos) a considerar dentro de los programas de información, educación sanitaria, formación, prevención y detección precoz, tratamiento, postcura y rehabilitación.

4. MEDIOS E INSTRUMENTOS BASICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO PROPUESTO

La puesta en práctica de manera efectiva, eficaz, eficiente y aceptable para el sistema global de atención a la salud del nuevo modelo de salud mental que propone esta Comisión, debe considerar con carácter prioritario, los medios e instrumentos siguientes:

- Un *sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria*, necesario para la elaboración de estudios epidemiológicos, una correcta planificación y evaluación, producción de estadísticas fiables, etc.

- La adecuación, aprovechamiento y capacitación del conjunto de *recursos humanos del sistema* de salud mental, mediante las acciones necesarias para la formación del personal sanitario.

- El establecimiento de *normas generales de acreditación* de unidades y centros con competencia en salud mental y asistencia psiquiátrica, y su control mediante las medidas administrativas correspondientes.

- La potenciación de la *investigación aplicada* en salud mental y atención psiquiátrica, orientándola hacia aquellos campos dinamizadores en la transformación de la misma.

III. PRINCIPIOS PROPUESTOS POR LA COMISION PARA UN PLAN GENERAL DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA

Principio I

El sistema general de salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos bio-psico-sociales del enfermar.

Principio II

La salud mental es un aspecto específico, pero inseparable, de la salud en general. Una mejor atención y promoción de la salud, al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incrementa la protección de su salud mental.

Principio III

La reforma sanitaria, en la perspectiva de un S.N.S., debe incluir la salud mental como una parte de la misma. El proceso de

integración de la psiquiatría ha de ir articulado con las reformas globales de la sanidad.

Principio IV

La protección de la salud mental, mediante su necesario desarrollo normativo, debe situarse en un nivel acorde con la realidad socio-sanitaria actual.

Principio V

Ha de ser responsabilidad de la administración pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

Principio VI

El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud.

Principio VII

La ordenación de la atención a la salud mental debe garantizar la disponibilidad de servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

Principio VIII

La transformación de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental exige la voluntad conjunta y decidida de todas las administraciones públicas y el mayor grado de cooperación entre instituciones, sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.

Principio IX

El proceso de reforma psiquiátrica y de la salud mental debe sustentarse en un modelo de acción sanitaria, que contemple la inclusión de los problemas psiquiátricos y de salud mental en la práctica sanitaria, la superación de la segregación cultural y social existente hacia el enfermo mental, la completa integración de la psiquiatría en la sanidad y la gestión descentralizada de los servicios de salud.

Principio X

La reforma psiquiátrica tiene como objetivos:

- Potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo,
- Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces,
- Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación para el enfermo mental.
- Establecer un nivel de prestaciones sociosanitarias suficiente para el enfermo mental, cualquiera sea su edad y condición, y
- Tutelar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que puedan limitar su libertad.

Principio XI

La atención psiquiátrica debe enmarcarse en un ámbito territorial definido, con participación de los diversos agentes comunitarios.

Principio XII

Los recursos psiquiátricos y de salud mental disponibles deben ordenarse de forma que lleguen eficazmente a la población en riesgo, programando sus acciones mediante planes generales y programas específicos a través de la atención primaria y especializada. Deben hacer posible una correcta atención de los problemas psicoemocionales de la población asistida, la continuidad de cuidados dentro de un territorio determinado y el apoyo eficaz a los equipos básicos de salud.

Principio XIII

Los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud, cubriendo funciones de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación.

Principio XIV

Una parte de los problemas psíquicos y de las acciones en el campo de la salud mental deben ser resueltos por los equipos básicos de salud, sin que requieran la presencia directa del personal especializado en salud mental y atención psiquiátrica.

Principio XV

A nivel del área de salud, los recursos psiquiátricos y de salud mental, públicos y concertados, deben constituir una unidad integrada, al menos, funcionalmente. Dicha unidad contará con los dispositivos asistenciales que le permitan desarrollar eficazmente sus actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, pudiendo tener un coordinador de la misma, dependiente de la dirección del área.

Principio XVI

La hospitalización es un instrumento técnico importante que hay que contemplar dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico.

Principio XVII

La atención psiquiátrica se realizará, preferentemente, fuera del ámbito hospitalario.

Principio XVIII

La hospitalización ha de aportar al enfermo mental mayor beneficio terapéutico que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social.

Principio XIX

La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos.

Principio XX

Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.

Principio XXI

Los hospitales generales han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones asistenciales.

Principio XXII

La creación de nuevas camas en hospitales generales ha de responder a la programación de medidas y acciones en salud mental del área correspondiente.

Principio XXIII

Todas las camas acreditadas para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales, formarán parte de la red de servicios de salud.

Principio XXIV

La unidad psiquiátrica del hospital general formará parte de la unidad de salud mental del área, cubriendo las funciones asistenciales, docentes e investigadores que le correspondan.

Principio XXV

Es preciso incentivar la puesta en marcha de planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas fuera de los mismos y dentro de las áreas de salud.

Principio XXVI

Dichos planes contemplarán el estudio de las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de los internados, la reordenación de los gastos hospitalarios, la reorganización funcional de la institución y los diversos programas para la rehabilitación y reinserción social de los ingresados.

Principio XXVII

Los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas; preparar a sus pacientes institucionalizados, mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios, para una futura externación y actualizar y formar a sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica.

Principio XXVIII

Estarán acreditados para recibir ingresos aquellos hospitales psiquiátricos que dispongan de una unidad diferenciada para hospitalización breve con equipo específico para la misma, índices de rendimiento asistencial apropiados y programas reglados de rehabilitación. Dichas unidades se integrarán funcionalmente con los equipos de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente.

Principio XXIX

Los cuidados de los pacientes con patología de larga evolución, exigen de la dotación de los servicios necesarios para su manejo, que incluye el tratamiento y seguimiento clínico en su entorno sociofamiliar y residencias apropiadas, con medios humanos y técnicos para su atención y rehabilitación.

Principio XXX

La atención psiquiátrica de urgencia estará integrada en el sistema general de urgencias, como apoyatura de dichos servicios.

Principio XXXI

Los equipos de atención primaria deben responsabilizarse del conjunto de urgencias en su primer escalón asistencial.

Principio XXXII

La urgencia hospitalaria debe estructurarse contando con la participación del conjunto de profesionales cualificados de salud mental del área.

Principio XXXIII

Serán prioritarios los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil, a la salud mental en la vejez, a las repercusiones psíquicas de los drogodependientes, a la atención de los penados con patología mental y a aquellos específicos para determinadas áreas territoriales con una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica.

Principio XXXIV

Para hacer frente a situaciones excepcionales que precisen de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado y recortado en el tiempo (p. ej. catástrofes), deben estar previstos programas específicos de actuación, aprovechando preferentemente los recursos ya existentes, que deberán contar con suficiente capacidad funcional y agilidad administrativa para dar una respuesta inmediata.

Principio XXXV

El sistema de atención a la salud mental ha de contar con un sistema de registro e información sanitaria operativo y fiable,

unos recursos humanos adecuados, capacitados y bien aprovechados, unas normas generales de acreditación de unidades y centros, con control de su cumplimiento mediante las medidas administrativas correspondientes y un buen desarrollo del campo de la investigación aplicada en salud mental y atención psiquiátrica que dinamice la transformación de la misma.

Principio XXXVI

La ordenación administrativa de las acciones de salud mental ha de estar contemplada con carácter general en las estructuras de que se doten los sistemas sanitarios de las distintas administraciones públicas.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE LA COMISION MINISTERIAL PRESENTADAS AL EXCMO. SR. MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA LA REFORMA DE LA PSIQUIATRIA ESPAÑOLA

I

1. Las acciones para la protección y cuidado de la salud mental deben extenderse a todos los ciudadanos que utilicen servicios sanitarios, incluyéndose dentro de las prestaciones del sistema general de salud.

2. Deben garantizarse prestaciones básicas, con carácter general, a todos los enfermos psíquicos. Estas prestaciones han de incluir, en el marco del modelo de servicios de protección de la salud mental propuesto, tanto la atención extrahospitalaria como la hospitalaria, mediante los medios técnicos que puedan ser asumidos por el sistema sanitario.

3. Las prestaciones psiquiátricas y de protección de la salud mental de carácter básico, deben quedar definidas mediante la norma correspondiente.

4. Deben desarrollarse las medidas reglamentarias necesarias para poder prestar cuidados hospitalarios y extrahospitalarios a todos los beneficiarios de la Seguridad Social, mediante recursos propios, a través de convenios con otras administraciones públicas o en forma subsidiaria, con otras entidades que tengan recursos en salud mental y atención psiquiátrica. En cualquier caso, dichos convenios respetarán el carácter integrado

de la red, evitando la duplicidad de servicios y el desarrollo de redes paralelas.

5. Con carácter transitorio, las administraciones competentes podrán establecer normas de acreditación y control de calidad para las áreas de salud, centros y unidades asistenciales que presten atención psiquiátrica y de salud mental. Dichas normas habrán de quedar incluidas dentro de las normas generales de acreditación y control de calidad exigibles para todos los centros y unidades asistenciales de las áreas de salud.

II

6. Se han de contemplar en la normativa sanitaria los criterios de protección de los derechos civiles del enfermo psiquiátrico recogidos en la reforma del código civil en materia de tutela (Ley 13/1983 de 24 de octubre), especialmente en cuanto a los reconocimientos, tratamientos y hospitalización llevados a cabo sin consentimiento expreso del paciente.

7. De forma transitoria, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Justicia, acordarán los criterios de aplicación de dicha ley en relación a la hospitalización psiquiátrica. Igualmente y a nivel nacional, impulsarán la creación de una Comisión que estudie la situación jurídica de los pacientes ingresados en las instituciones psiquiátricas, para promover la protección de sus derechos civiles y el cumplimiento de dicha ley.

III

8. En el caso de aquellas personas que estando sometidas a la jurisdicción penal, padecieran de trastornos mentales, la Administración de Justicia deberá disponer de las instalaciones de enfermería necesarias y de los medios específicos que permitan

su atención sanitaria, sin menoscabo del apoyo que pudieran prestarle los profesionales de los servicios psiquiátricos y de salud mental de las administraciones sanitarias.

IV

9. La programación de las acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica se llevará a cabo dentro de los planes generales de atención a la salud.

10. Los programas de salud mental y atención psiquiátrica serán desarrollados a través de los dispositivos de atención primaria y especializada del sistema sanitario.

11. La ordenación territorial de los servicios psiquiátricos y de salud mental se corresponderá con la sanitaria general, asignándose a cada área de salud los servicios sociales complementarios de referencia.

V

12. Mientras se implanta el Sistema Nacional de Salud debe ponerse en marcha un *plan de actuación coordinado*, que promueva la integración y el mejor aprovechamiento de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental, con participación de las distintas administraciones públicas.

13. El Ministerio de Sanidad y Consumo debe promover el establecimiento de acuerdos con las administraciones sanitarias de las CC.AA. para el desarrollo de dicho plan, según los principios y recomendaciones elaborados por esta Comisión.

14. Las CC.AA. deben promover desde su nivel territorial la articulación de *comités de enlace y coordinación* adecuados en su

formulación a las diferencias existentes entre las distintas nacionalidades y regiones en cuanto a su organización sanitaria, carácter uni o pluriprovincial, nivel de competencias estatutarias y transferencias recibidas. Deberán participar, cuando menos, en dichos comités y junto a las CC.AA., el Insalud y las Diputaciones Provinciales. Será misión de estos comités impulsar y coordinar acciones conjuntas para la ordenación y gestión de los recursos psiquiátricos y de salud mental en los ámbitos provincial y de las áreas de salud. Dichos comités contemplarán, asimismo, formas de colaboración intersectorial para el aprovechamiento de otros recursos no propiamente sanitarios, dependientes de servicios sociales, educativos, administración de justicia, etc., etc.

15. La integración de los recursos psiquiátricos y de salud mental a nivel de las áreas de salud, debe contemplar los siguientes aspectos:

15.1.

- Desarrollo por las Direcciones Provinciales de Insalud de Centros de Atención Primaria con programas de salud mental.
- Desarrollo de la Orden de jerarquización para los neuropsiquiatras de los ambulatorios de la seguridad social.
- Integración funcional de los psiquiatras que resulten del cumplimiento de la orden anterior y de los actuales neuropsiquiatras de cupo que opten por la especialidad de psiquiatría y no deseen jerarquizarse, en los equipos especializados de salud mental del área sanitaria.
- Provisión de las plazas vacantes como plazas jerarquizadas integradas funcionalmente dentro de los equipos especializados de salud mental del área sanitaria.
- Cobertura progresiva de la atención hospitalaria, en el

marco del incremento de los equipos especializados de salud mental del área, de forma que vaya ampliándose el número de unidades de atención psiquiátrica en hospitales generales.

- Amortización de parte de los recursos presupuestarios de las vacantes, para la contratación de otros profesionales necesarios en el equipo especializado de salud mental —por ejemplo, los psicólogos—, en base al estudio de necesidades en recursos humanos de cada área de salud.

- Integración progresiva de otras profesiones en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental.

- Puesta en marcha de planes de transformación de los hospitales psiquiátricos, facilitando la derivación del personal asistencial que se pueda ir liberando de dichas instituciones hacia la actividad extrahospitalaria en el área de salud.

- Delimitar las camas activas necesarias para hospitalización psiquiátrica general y de urgencia en cada área de salud reordenando las unidades de hospitalización con un número de camas que oscile, con carácter general, entre 15 y 35.

- Favorecer un proceso de homologación de los profesionales provenientes de las distintas administraciones, que facilite su plena integración y colaboración en los nuevos dispositivos de salud mental.

15.2.

- Para el mejor desarrollo del plan de integración asistencial propuesto, se contará con un *coordinador de dicho plan* a nivel de cada área de salud dependiente de la dirección del área sanitaria.

VI

16. Dentro del organigrama de las Consejerías de Salud de las CC.AA. debe contemplarse una unidad técnico-administrativa de salud mental y atención psiquiátrica que, en el ámbito de sus competencias, elabore propuestas normativas; coordine recursos; estudie y elabore propuestas de necesidades de formación de recursos humanos y de investigación; desarrolle criterios, por último, para el seguimiento y evaluación de planes, programas y unidades asistenciales; para la puesta en marcha de los soportes de registro e información adecuados, y para el establecimiento de indicadores sanitarios comunes.

17. El Ministerio de Sanidad y Consumo contará, a su vez, con una Oficina de salud mental y asistencia psiquiátrica que sirva de soporte técnico-administrativo y asesoramiento de los centros directivos del Departamento, facilite la homogeneización de datos estadísticos y epidemiológicos, coordine la información recibida desde las distintas nacionalidades y regiones y establezca las recomendaciones pertinentes que fundamenten la normativa que pudiera dictar el Ministerio en materia asistencial, docente e investigadora.

VII

Es preciso adaptar el conjunto de recursos humanos al nuevo modelo de actuación en salud mental, para lo que se propone:

18. Adscribir el personal en formación postgraduada de las distintas disciplinas de salud mental y atención psiquiátrica a las unidades y centros del área de salud con programa docente debidamente acreditado, sin perjuicio de contemplar en el mismo, con vistas a una formación más completa y diversificada, la participación temporal en las actividades de otras unidades y centros con acreditación docente.

19. Que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación, revisen los planes y programas de formación pre y postgraduada, de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo propuesto, extendiendo esta recomendación a las administraciones autonómicas cuando así corresponda.

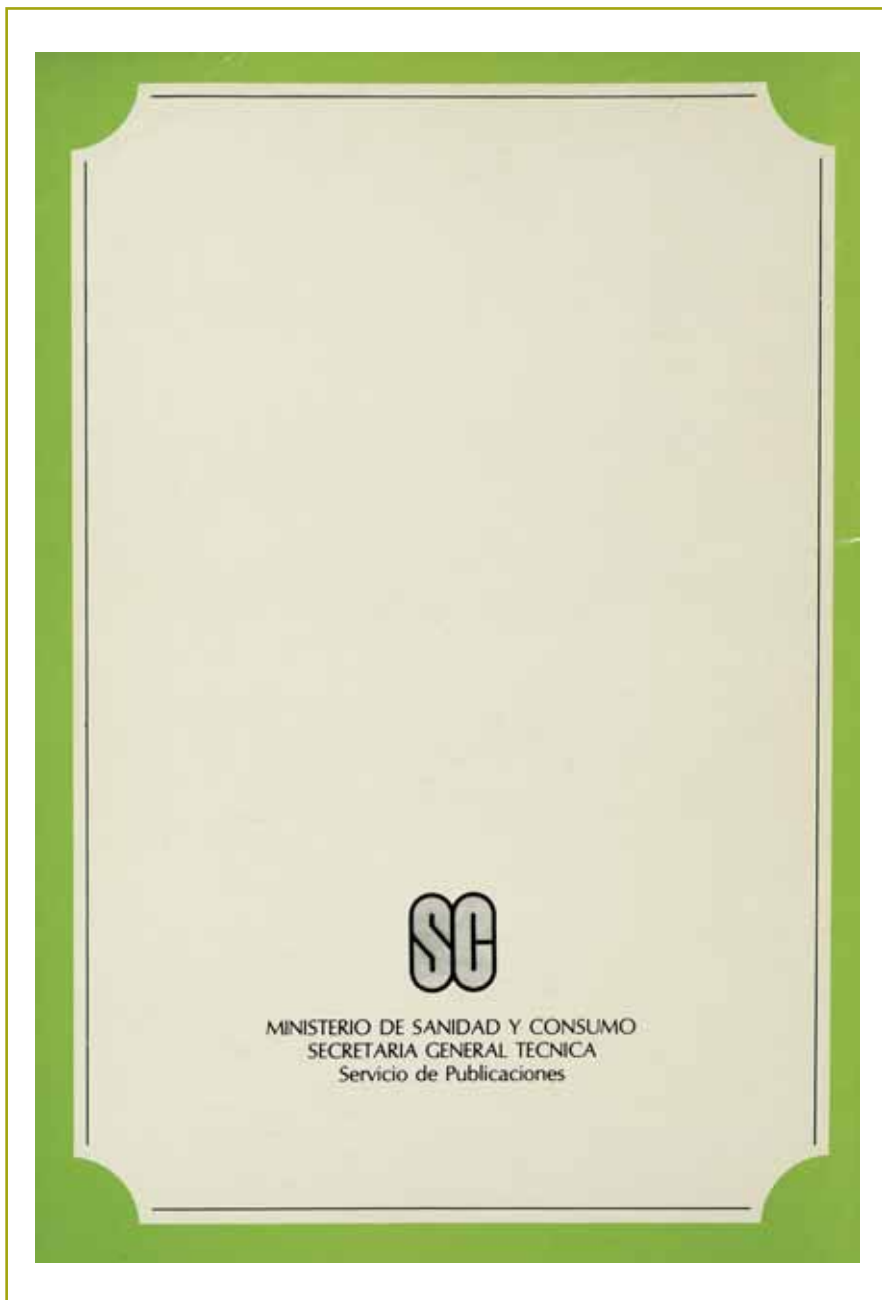
20. La modificación de los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en psiquiatría y enfermería psiquiátrica, así como su creación para los profesionales de la psicología en el área clínica. Se incluirán con carácter preferente en dichos programas las áreas infanto-juvenil y de la vejez, así como los problemas psicológicos y psiquiátricos de las drogodependencias. (Comisiones Nacionales de Especialidad y otras Instituciones competentes).

- En el caso de los médicos de familia, durante un período de 3-6 meses su formación se llevará a cabo en servicios acreditados de salud mental con el objetivo de capacitarse en la aplicación de tratamientos psicofarmacológicos, técnicas de entrevista y manejo psicológico, criterios de seguimiento y derivación, etc.

- La regulación de la formación postgraduada de los psicólogos en el área de la salud mental, debe establecer un programa reglado de formación no inferior en duración a dos años, al cabo de los cuales obtendrá la acreditación correspondiente.

- Igualmente, se debe regular la formación del personal auxiliar de enfermería psiquiátrica, definiendo su cualificación profesional.

21. Que las administraciones públicas subvencionen cursos y seminarios de actualización de conocimientos y formación continuada para los distintos profesionales sanitarios, potenciando especialmente la cualificación en salud mental de los equipos de atención primaria.



RECORDANDO A ERNEST LLUCH

Alocución del Ministro de Sanidad y Consumo al 33 Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (Madrid, 1983)⁽¹⁾

Sr. Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, miembros del Congreso Internacional, miembros de las Sociedades Psicoanalíticas Hispánicas, Señoras y Señores:

Como miembro del Gobierno español, es realmente grato para mí participar en esta sesión de apertura del 33 Congreso. Después de 75 años de Congresos y reuniones que se inician en 1908 en Salzbourg, para nosotros es muy agradable que se produzca este Congreso por primera vez en un país de lengua castellana. Creemos por otro lado que es un gesto que en cierta manera tiene algunas motivaciones; la obra de Sigmund Freud fue muy tempranamente traducida al castellano; en 1922 aparece el primer volumen de lo que entonces se denominaban sus Obras Completas y en 1934 dicha traducción fue terminada. La iniciativa de esta traducción fue debida a un filósofo español, José Ortega y Gasset, del cual precisamente en estos días estamos cumpliendo el centenario. Pero la tradición de la versión al castellano de las obras psicoanalíticas no es de ahora, y no solamente se refiere a Freud. Los amigos que han venido de Hungría verán como en estos días ha aparecido en las librerías de Madrid una nueva traducción de las Obras Completas de Sandor Ferenczi; sólo falta un volumen, puesto que los otros dos están ya en las librerías. Y en este Congreso, en el cual se hace referencia a la obra de Anna Freud, casi todas sus obras están también vertidas al castellano desde hace muchos años: "El Yo y los mecanismos de defensa", "Introducción al psicoanálisis para educadores", "Psicoanálisis de niños", son obras que hace años que se editan y reeditan en nuestro

⁽¹⁾ Documento transcrito de la cinta magnetofónica amablemente cedido por la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

país. Por otra parte, es también normal que en la Península Ibérica, donde hace 25 años, como ha recordado el Dr. Beà, que la Asociación Psicoanalítica es ya una realidad, es lógico que tengamos este Congreso entre nosotros. También me parece que ayuda a comprender la celebración de este 33 Congreso en Madrid el hecho de que en Latino-América, durante los últimos años, el crecimiento de los psicoanalistas haya sido tan importante; y por lo tanto, en Madrid, que se ha convertido – no por voluntad propia en esta ocasión, sino por voluntad de dictadores – en capital de muchos de estos psicoanalistas latinoamericanos, es para nosotros un honor acogerles, recordando que en los años 40 ellos fueron un amparo para nosotros, y es lógico también que esta tercera razón para que se celebre el Congreso en Madrid, la veamos como un hecho absolutamente justificado.

Hay una cuarta razón que me gustaría exponer con un ánimo muy tranquilo y muy sosegado: ustedes han llegado a un país en el cual durante mucho tiempo no hemos tenido un sistema de libertades, y es un sistema que ahora tenemos, pero es un sistema que hemos conseguido de una manera pacífica, casi insensible. Muchos de nosotros hemos trabajado, y a veces duramente, para que este sistema de libertades llegara y también podemos decir, y es seguramente nuestro más íntimo orgullo, que este sistema de libertades ha llegado de una manera muy pacífica. Todos ustedes saben mejor que yo que Sigmund Freud, en el año 1910, intentó entrar en una Sociedad que tiene un nombre magnífico, que se llamaba “Hermandad Internacional para la Ética y para la Cultura”. Uno de los intentos de S. Freud era precisamente abandonar morales de base utópica o morales de base idealista para establecer una moral de base científica que aumentara la ética y la cultura en el mundo. Y es evidente que un sistema de libertades, un sistema democrático, solamente se puede basar en la razón y solamente se puede basar en la ética y en la cultura. Por esta razón, después del esfuerzo que ha hecho esta sociedad para ser auto-gobernada, en el más profundo sentido de la palabra, por estas razones es normal que en nombre del Gobierno, y yo me atrevería a decir, de la inmensa mayor parte de los españoles, nos sintamos muy honrados de que este Congreso se realice aquí. Porque en un breve repaso de los Congresos de la Asociación Psicoanalítica Internacional, yo creo que se deduce un hecho: ninguno de ellos ha tenido lugar en ninguna ciudad donde la libertad y la democracia no existieran. Y este es un hecho simple, cotidiano, pero que me gustaría hoy, aquí, resaltar.

La obra de Freud ha introducido, pienso, un nuevo modo de ver y valorar la conducta y el conflicto humano, un nuevo modo de afrontar al hombre que su-

fre, un nuevo modo de comprender el conjunto de los aspectos oscuros que intervienen en la relación entre los seres humanos, estableciendo así un camino diferenciado del propio de la ciencia de base científico-natural. A través de la consideración del inconsciente, lo real psicológico y en cierta forma la propia realidad psico-social, adquieren una nueva significación. Lo real en sentido naturalista ha de ser objeto de una hermenéutica que descubra la verdad que se esconde entre las apariencias de la vida humana. En el ámbito de la realidad clínica, la obra de Freud ha quedado ligada al desarrollo y evolución de los conocimientos acerca del trastorno neurótico. A través del análisis de la historia, Freud contempla el origen psíquico de la neurosis y su relación con las experiencias propias de la infancia. Pero es indiscutible que cuando alguien les habla como yo en este caso, no siendo médico ni psicoanalista, tengo que hacer una referencia a que la obra de Freud ha traspasado el ámbito cultural específico para entrar en un ámbito cultural general. Incluso a mí me gustaría aquí, si ustedes me permiten, hacer una doble referencia: cualquier hombre de cultura del siglo XX tiene que recordar con una profunda emoción lo que era Viena a finales del siglo pasado e inicios de este. Cualquier aficionado a la música recordará a Gustav Mahler o sobre todo a aquel trío que desarrolló la nueva música: Arnold Schönberg, Alban Berg y Anton Webern. Recordará un economista, como es mi caso, a Wembaberg, a von Wisser, a Schumpeters. Los que sean aquí de izquierdas recordarán el austro-marxismo, los que sean médicos recordarán aquella escuela de médicos que arraiga en la llamada “Alta Escuela de Viena” del siglo XVII. Y los que seamos aficionados a la literatura recordaremos las novelas y los escritos de Robert Musil, y los que somos españoles y los que son de habla germánica recordarán al reciente Premio Nobel, que habla castellano, porque es descendiente de judíos expulsados de España, que escribía y escribe en alemán, Elías Canetti. De todo este mundo de Viena, sobre el cual me gustaría extenderme, y muchos de ustedes a lo mejor piensan que yo tengo olvidos, y posiblemente los tengo, pero me acuerdo también de la arquitectura modernista, y me acuerdo también del Círculo de Viena que tanto ha ayudado al neopositivismo y a la nueva construcción de una nueva filosofía y metodología de la ciencia.

Yo creo que el análisis de Freud va encabezado y arraigado en esta realidad. Disiento de Ernst Jones cuando dice en su libro que vivió Freud unos años de espléndido aislamiento. Freud vivió unos diez años de una obra callada, pero como sabemos después de la publicación de sus cartas con el médico berlinés –si no recuerdo mal- Fliess, no estaba aislado, ni personalmente, ni evidentemente desde el punto de vista cultural porque vivió en una ciudad que con el

tiempo aparecerá como la Florencia de los Médicis, ciudades que durante 40 o 50 años pasan por un raro y excepcional estado de gracia.

He dicho que quería hacer dos desviaciones en cuanto a encuadrar la obra de Freud en un ámbito cultural general. El segundo es que, a mi entender, y es una opinión ampliamente compartida, el tema al cual dedican ustedes sus horas y sus trabajos ha traspasado ampliamente los márgenes de su propia actividad. Ha traspasado los márgenes de la clínica humana para insertarse en los distintos aspectos de la vida cultural y social, hasta llegar a formar parte del entramado del mundo actual, de la cultura de nuestro tiempo, de amplias esferas del arte y del saber. El psicoanálisis forma parte de la vida cotidiana del hombre. Los conceptos psicoanalíticos son ya de uso corriente, no siempre preciso, - digo de uso corriente - dentro de la relación entre los hombres, y forman parte de este lenguaje, a lo mejor inadecuado, pero lenguaje cotidiano. Aspectos derivados de Freud que se encuentran en todas las formas del vivir y en todas las acciones de los hombres y de las mujeres. La doctrina psicoanalítica se ha ido interrelacionando con otras formas de entender y actuar sobre la vida humana. Al mismo tiempo, la imagen única del psicoanalista, atendiendo a su paciente en el diván de la consulta, pronto ha desaparecido. Cada vez más, los psicoanalistas, junto con profesionales que se reclaman de doctrinas de raíz freudiana, han entrado en las Instituciones públicas, españolas entre ellas, introduciendo modificaciones en el modo de cuidar al enfermo mental, replanteando aspectos de su propia doctrina desde la práctica. Y es a esta práctica a la que se va a dedicar una atención excepcional en este 33 Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional. El encuentro abierto entre profesionales de la salud mental, con distintos criterios, ha supuesto un intercambio mutuo fructífero para los pacientes, así como para el desarrollo de un cierto pragmatismo, tan importante cuando los problemas del enfermar psíquico siguen sin estar resueltos por completo. Hoy es común ver en las Instituciones públicas españolas, profesionales que con criterios bien diferenciados, trabajan con fruto en una tarea común, el alivio y resolución del sufrimiento psíquico del ser humano. Hoy contamos en España con un nutrido grupo de profesionales formados en la obra de Freud, comprometidos con la tarea de hacer posible una mejor salud y un mejor sistema sanitario, más justo y eficaz para todos.

Salud para todos en el año 2000, el slogan concretado en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud, en Alma Ata, hace ya algunos años, incluye la salud mental. De todos ellos, así como del resto de profesionales,

esperamos la necesaria colaboración para cumplir los objetivos que nos reclama nuestro pueblo para trabajar por su bienestar.

Y acabo con mucha brevedad para hacer alguna referencia, que ustedes entenderán, personal, y espero que no piensen sectaria. Freud mantuvo buenas relaciones con personas para mí ideológicamente gratas. Mantuvo muy buenas relaciones con un joven socialista que se llamaba Braun, hizo los posibles para vivir, y vivió, durante muchos años en una casa que acababa de dejar Victor Adler, un hombre también importante en nuestra historia. Y cogió incluso alguno de sus encabezamientos; si no recuerdo mal, su libro “La interpretación de los sueños” va encabezada por una cita que dice: “Si no puedo someter al cielo, moveré el infierno”. Esta es una clásica cita que Ferdinand Lasalle había presentado y había popularizado. Y es evidente que tenemos que intentar someter al cielo, y si no podemos, mover el infierno, pero esto significa sobre todo hacerlo con el método de la razón y con el método de la paz. Un filósofo alemán, Emmanuel Kant, cuando le preguntaban qué es la ilustración, qué es la cultura, qué es la ciencia, lo resumía en una frase muy breve: “Sapere aude”, “Atrévete a pensar”, “Atrévete a pensar con la razón”; creo que es lo que los psicoanalistas han hecho durante mucho tiempo. Y solamente se puede uno atrever a pensar cuando hay un sistema de libertades que lo permite en toda su profundidad. Por todo este cúmulo, por todo este conjunto de razones, en el nombre del Gobierno tengo que decir que estamos muy agradecidos a que nos hayan dado la oportunidad de inaugurar este Congreso, y esperamos que ustedes, en estos días, entiendan algunas de nuestras cosas, algunos de nuestros esfuerzos, alguno de los pensamientos y de los deseos y de las voluntades de los hombres y de las mujeres de este país, un país que quiere que la gente se pueda atrever a pensar, puesto que no hay ningún peligro en pensar, y porque la Hermandad Internacional por la Ética y por la Cultura solamente se puede hacer cuando se asocian con la razón y la libertad.

Con estas breves y sencillas palabras doy por inaugurado el 33 Congreso Internacional de Psicoanálisis.

Muchas gracias.



Declaración Europea de Salud Mental

PREÁMBULO

1. Nosotros, los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, en presencia del Comisionado Europeo para la Salud y la Protección del Consumidor, junto con el Director Regional de la OMS para Europa, reunidos en la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental, celebrada en Helsinki del 12 al 15 de Enero de 2005, reconocemos que la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y las naciones, permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos. Creemos que el principal objetivo en materia de salud mental es mejorar el bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos, reforzando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección.
2. Reconocemos que la promoción de la salud mental, y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, para la Unión Europea y para el Consejo de Europa, como queda reflejado en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Comité Ejecutivo de la OMS, del Comité Regional de la OMS para Europa y del Consejo de la Unión Europea. Estas resoluciones instan a los Estados Miembros, a la OMS, a la Unión Europea y al Consejo de Europa a emprender acciones para aliviar la carga de los problemas de salud mental y a mejorar el bienestar mental.
3. Recordamos nuestro compromiso con la resolución EUR/RC51/R5 de la Declaración de Atenas sobre Salud Mental, Desastres cometidos por el hombre, Estigmas y Atención Comunitaria, y con la resolución EUR/RC53/R4, adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en Septiembre de 2003, donde se expresó la preocupación ante el hecho de que la carga por

enfermedad derivada de los trastornos mentales en Europa no está disminuyendo, y que muchas personas con problemas de salud mental en Europa no reciben la atención y tratamiento que necesitan, a pesar del desarrollo de acciones efectivas.

El Comité Regional requirió al Director Regional para:

- Conferir alta prioridad a los temas de salud mental cuando se desarrollen actividades relacionadas con la actualización de la política de “Salud para todos”.
 - Organizar en Helsinki una Conferencia Ministerial en Salud Mental en Europa, en Enero de 2005.
4. Recordamos las resoluciones que apoyan un programa de acción en materia de salud mental. La resolución EB109.R8, adoptada por el Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2002, apoyada por la resolución WH A 55.10, de Mayo de 2002, de la Asamblea Mundial de la Salud, apoyan un programa de acción en salud mental y hacen un llamamiento a los Estados Miembros de la OMS a fin de que:
- Adopten las recomendaciones contenidas en el Informe Mundial de la Salud 2001.
 - Establezcan políticas para la salud mental, programas y legislación basados en el conocimiento actual y las consideraciones relativas a los derechos humanos, con participación de todos los agentes implicados en salud mental.
 - Aumenten la inversión en salud mental tanto en los propios países como en el ámbito de la cooperación bilateral y multilateral, como componente integrante del bienestar de la población.
5. Tanto las resoluciones del Consejo de la Unión Europea como las recomendaciones del Consejo de Europa y las resoluciones de la OMS, que arrancan del año 1975, reconocen el papel fundamental de la promoción de la salud mental y la perniciosa relación que existe entre los problemas de salud mental y la marginación social, desempleo, población sin hogar y trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias. Aceptamos la importancia de las previsiones de la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de la Convención de los Derechos del Niño,

de la Convención Europea para la prevención de la Tortura y el trato o castigo Inhumano y Degradante y de la de la Carta Social Europea, así como el compromiso del Consejo de Europa para la protección y promoción de la salud mental, que ha sido desarrollado a través de la Declaración de la Conferencia Ministerial sobre Salud Mental del Futuro (Estocolmo, 1985), y de otras recomendaciones adoptados en este mismo campo, en especial la Recomendación R(90)22, sobre protección de la salud mental de ciertos grupos sociales vulnerables, y la Recomendación Rec(2004)10, sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales.

ÁMBITO

6. Somos conscientes de que muchos aspectos de la política sobre salud mental están experimentando una transformación en la Región Europea. Esta política y sus correspondientes servicios están haciendo un esfuerzo para lograr la inclusión social y la igualdad, adoptando una visión integral del balance entre las necesidades y los beneficios de las actividades de salud mental dirigidas a la población en general, a los grupos de riesgo y a las personas con problemas de salud mental. Los servicios se prestan en un amplio rango de marcos o escenarios comunitarios y no exclusivamente en instituciones grandes y aisladas. Creemos que esta es la dirección correcta y necesaria que debemos seguir. Mostramos nuestra satisfacción por el actual alcance de la atención a la salud mental, que abarca:

- I. La promoción del bienestar mental.
- II. La eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social.
- III. La prevención de los problemas de salud mental.
- IV. La atención a las personas con problemas de salud mental, proporcionando servicios e intervenciones integrales y efectivas y ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores posibilidades de elección y de implicación.
- V. La recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido problemas graves de salud mental.

PRIORIDADES

7. Es preciso adoptar programas de reforma y modernización en la Región Europea de la OMS; aprender de nuestras experiencias compartidas y ser

conscientes de las específicas características que presenta cada país. Creemos que las prioridades principales para la próxima década son:

- I. Concienciar de la importancia del bienestar mental.
- II. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en todo este proceso.
- III. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
- IV. Establecer la necesidad de profesionales competentes, en las áreas citadas.
- V. Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.

ACCIONES

8. Asumimos el hecho de que no hay salud sin salud mental. La salud mental es fundamental para el capital humano, social y económico de las naciones, por lo que debe ser considerada como parte integrante y esencial de otras políticas públicas, tales como las relativas a derechos humanos, asistencia social, educación y empleo. Por tanto, nosotros, los Ministros responsables de la salud, nos comprometemos, siempre sujetos a las responsabilidades y estructuras constitucionales nacionales, a reconocer la necesidad de la adopción en nuestros países de políticas integrales de salud mental basadas en la evidencia, así como a establecer los medios y mecanismos para su desarrollo, implementación y refozamiento. Estas políticas, dirigidas a lograr el bienestar mental y la inclusión social de personas con problemas de salud mental, requieren acciones en las siguientes áreas:

- I. Promover el bienestar mental de la población en su conjunto, a través de medidas dirigidas a concienciar y favorecer un cambio positivo en los individuos y sus familias, la comunidad y la sociedad civil, en los entornos educativos y laborales y en los gobiernos y agencias nacionales.
- II. Considerar el potencial impacto que las políticas públicas puedan tener sobre la salud mental, prestando especial atención a los grupos vulnerables, demostrando la importancia que tiene la salud mental en la construcción de una sociedad saludable y productiva.

- III. Eliminar los estigmas y la discriminación, garantizar la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas y adoptar la legislación necesaria que posibilite la capacitación de éstas ante situaciones de riesgo o cuando padezcan problemas de salud mental o discapacidad, a fin de lograr su plena participación en la sociedad en condiciones de igualdad.
 - IV. Ofrecer apoyo e intervenciones específicas para cada etapa de la vida de las personas en situación de riesgo, en particular para el cuidado y la educación de los niños, los jóvenes y los ancianos.
 - V. Desarrollar y establecer medidas para reducir las causas prevenibles de enfermedad mental, su comorbilidad asociada y el suicidio.
 - VI. Aumentar la capacitación y habilidad de los médicos generales y servicios de atención primaria, su interrelación con la atención especializada, tanto médica como no médica, para ofrecer acceso efectivo, diagnóstico y tratamiento a las personas con problemas de salud mental.
 - VII. Ofrecer una atención eficaz e integral a las personas con problemas graves de salud mental, así como un tratamiento que tenga en cuenta sus preferencias personales y las proteja de posibles abusos y negligencias.
 - VIII. Establecer alianzas y medidas de coordinación en las regiones, países, sectores y agencias sobre salud mental e inclusión social de los individuos, las familias, los grupos y la comunidad.
 - IX. Diseñar programas de selección y formación de profesionales que permitan contar con profesionales multidisciplinares suficientemente capacitados.
 - X. Evaluar la situación de la salud mental y las necesidades de la población, de forma que se posibilite el análisis comparado nacional e internacional.
 - XI. Proporcionar recursos financieros suficientes para la consecución de estos objetivos.
 - XII. Investigar y apoyar la evaluación y difusión de las acciones anteriormente citadas.
9. Reconocemos la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia. Por ello, aprobamos el Plan de Acción de Salud Mental para Europa y apoyamos su desarrollo en la Región Europea de la OMS, con las adaptaciones que cada país considere precise realizar en función de sus propias necesidades y recursos. Igualmente, asumimos en este

ámbito de actuación el principio de solidaridad en la Región y nos comprometemos a compartir el conocimiento, la experiencia y las buenas prácticas.

RESPONSABILIDADES

10. Nosotros, los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros de la Región europea de la OMS, nos comprometemos a apoyar el establecimiento de las medidas que a continuación se indican, que serán adoptadas de acuerdo con las políticas y estructuras constitucionales de cada país y las necesidades nacionales y subnacionales existentes:

- I. Adoptar políticas de salud mental y medidas legislativas que contemplen estándares para las actividades de salud mental y el fomento de los derechos humanos.
- II. Coordinar la responsabilidad en la formulación, divulgación e implementación de políticas y normas legislativas en materia de salud mental de los respectivos gobiernos.
- III. Valorar el impacto de las acciones del Gobierno en la salud mental.
- IV. Eliminar los estigmas y la discriminación y fomentar la inclusión social, a través de una mayor concienciación de la sociedad y de la capacitación de las personas en situación de riesgo.
- V. Ofrecer a las personas con problemas de salud mental la posibilidad de elección y de implicación en su autocuidado, siendo sensibles a sus necesidades y su cultura.
- VI. Revisar y, en caso necesario, adoptar medidas legislativas que favorezcan la igualdad de oportunidades y eliminen la discriminación.
- VII. Promocionar la salud mental en la escuela y en el trabajo, así como en la comunidad y otros escenarios relevantes, mediante el incremento de la colaboración entre las agencias responsables de la salud y de otros sectores de interés.
- VIII. Prevenir los distintos factores de riesgo que puedan existir, como el desarrollo de entornos laborales que favorezcan la salud mental, estableciendo incentivos que faciliten la más temprana reincorporación al trabajo de quienes se hayan recuperado de enfermedades mentales, entre otros supuestos posibles.
- IX. Abordar la prevención del suicidio y de las causas de estrés, violencia, depresión, ansiedad, alcoholismo y trastornos debidos al consumo de otras sustancias.

- X. Reconocer y reforzar el papel central que desempeñan la atención primaria y los médicos generales, reforzando su capacidad en materia de salud mental.
 - XI. Desarrollar servicios comunitarios que sustituyan la atención institucionalizada de quienes padezcan problemas graves de salud mental.
 - XII. Adoptar medidas que pongan fin a los tratos inhumanos o degradantes.
 - XIII. Promover la colaboración entre agencias responsables de la prestación de asistencia y apoyo, como las relativas a sanidad, prestaciones sociales, vivienda, educación y empleo.
 - XIV. Incluir la salud mental en el currículo de todos los profesionales de la salud y diseñar programas de formación continuada para los que desarrollen su actividad en el ámbito de la salud mental.
 - XV. Promover el desarrollo de expertos especializados en salud mental, para la atención a las necesidades específicas de grupos tales como niños, jóvenes, ancianos y personas con problemas de salud mental graves y crónicos.
 - XVI. Proporcionar recursos suficientes para la atención a la salud mental, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, dedicando a la misma una parte identificable de los gastos sanitarios generales, a fin de que el nivel de inversión en este ámbito se equipare al alcanzado en otras áreas de atención.
 - XVII. Desarrollar sistemas de vigilancia del bienestar mental de los ciudadanos y de los problemas mentales que les afectan, incluyendo factores de riesgo y conductas para la búsqueda de ayuda, monitorizando el establecimiento de los mismos.
 - XVIII. Detectar posibles insuficiencias tecnológicas o de conocimiento, difundiendo los resultados.
- 11.** Apoyaremos a las organizaciones no gubernamentales que trabajen en el campo de la salud mental y estimularemos su creación, al igual que la de las organizaciones de usuarios. Serán especialmente recibidas las organizaciones que actúen en los ámbitos siguientes:
- I. Organizaciones de usuarios comprometidas en el desarrollo de sus propias actividades, incluyendo la puesta en marcha y funcionamiento de grupos de autoayuda y recuperación.

- II. Asesoramiento y apoyo a personas vulnerables y marginadas.
- III. Provisión de servicios comunitarios con implicación de los usuarios.
- IV. Desarrollo de habilidades asistenciales para los familiares y cuidadores y la activa implicación de los mismos en programas de atención,
- V. Establecimiento de pautas para la mejora de la educación y la tolerancia, la lucha contra los trastornos debidos al consumo de alcohol y otras sustancias, la violencia y el crimen.
- VI. Desarrollo de servicios locales que se ajusten a las necesidades de los grupos marginados.
- VII. Puesta en funcionamiento de mecanismos de ayuda y asesoramiento vía internet para personas en situación de crisis, que sufran violencia o estén en peligro de suicidio.
- VIII. Creación de oportunidades de empleo para personas discapacitadas.

12. Solicitamos el apoyo e implementación por parte de la Comisión Europea y del Consejo de Europa, en el ámbito de sus respectivas competencias, de esta Declaración de la OMS sobre Salud Mental para Europa.

13. Requerimos que el Director Regional de la OMS en Europa emprenda acciones en las siguientes áreas:

a) Relaciones de colaboración.

- I. Fomentar la cooperación en el área de salud mental entre las organizaciones intergubernamentales, incluidas la Comisión Europea y el Consejo de Europa.

b) Información Sanitaria.

- I. Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de la vigilancia en materia de salud mental.
- II. Efectuar análisis comparados sobre la situación y evolución de la salud mental y de los servicios de salud mental en los Estados Miembros.

c) Investigación.

- I. Establecer una red de Centros de Salud Mental que colaboren entre sí y posibiliten el intercambio de investigadores.

- II. Producir y divulgar las buenas prácticas, teniendo en consideración los aspectos éticos en materia de salud mental.

d) Desarrollo de políticas y servicios.

- I. Apoyar a los gobiernos proporcionándoles los medios adecuados para llevar a cabo la reforma de la salud mental, a través de políticas efectivas que incluyan medidas legislativas, planificación de servicios, promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental.
- II. Ofrecer ayuda para la implantación de programas para la formación de formadores.
- III. Empezar modelos de intercambio para la innovación.
- IV. Ayudar en la formulación de políticas de investigación.
- V. Fomentar un cambio en los agentes mediante la implantación de una red estratégica de empleados públicos y de líderes para la reforma.

e) Asesoramiento.

- I. Informar y monitorizar las políticas y actividades que promuevan los derechos humanos y la inclusión de las personas con problemas de salud mental y que eliminen el estigma y discriminación hacia los mismos.
- II. Capacitar a los usuarios, cuidadores y organizaciones no gubernamentales, facilitándoles información y coordinando actividades en los diferentes países.
- III. Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de una base de información que permita la capacitación de los usuarios de los servicios de salud mental.
- IV. Facilitar el intercambio internacional de experiencias a través de organizaciones no gubernamentales clave, locales y regionales.
- V. Proporcionar información objetiva y constructiva a los medios de comunicación, a las organizaciones no gubernamentales y a los grupos y ciudadanos interesados.

14. Pedimos a la Oficina Regional de la OMS para Europa que dé los pasos necesarios para garantizar que el desarrollo y el establecimiento de la política de salud mental sean totalmente respaldados y que las actividades y programas de salud mental reciban la prioridad y los recursos adecuados que permitan el cumplimiento de los requisitos de esta Declaración.

15. Nosotros nos comprometemos a informar a la OMS sobre la evolución de la aplicación de esta Declaración en nuestros países, en una reunión intergubernamental que se celebrará antes de 2010.



Plan de Acciones de Salud Mental

Este Plan de Acción es sancionado en la Declaración sobre Salud Mental para Europa por los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la región europea de la OMS. Ellos apoyan su establecimiento de acuerdo con las necesidades y recursos de cada país.

Los objetivos durante los próximos cinco a diez años consisten en desarrollar, establecer y evaluar una normativa que de lugar a intervenciones en el ámbito de la Salud Mental, capaces de mejorar el bienestar de la población, prevenir los problemas de Salud Mental y promover la inclusión social y el desarrollo de las personas que padecen problemas de Salud Mental. Las prioridades para la próxima década son:

- I. Concienciar de la importancia del bienestar mental;
- II. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de Salud Mental y a sus familias para su activa implicación en este proceso;
- III. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados, y eficientes que cubran la promoción, prevención, asistencia, tratamiento, rehabilitación y recuperación;
- IV. Establecer la necesidad de profesionales competentes y efectivos en las áreas citadas.
- V. Reconocer la experiencia y el conocimiento de los usuarios de los servicios, y de sus cuidadores como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de Salud Mental.

Este Plan de Acción propone medios para el desarrollo, establecimiento y refuerzo de una política global en Salud Mental en los países de la Región Europea de la OMS, y requiere acciones en las doce áreas que se establecen a continuación. Los países reflejarán esta normativa en sus propios planes y estrategias de Salud Mental de modo que se pueda determinar la actividad en los próximos cinco y diez años.

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA TODOS.

Objetivo.

La Salud Mental y el bienestar son fundamentales para la calidad de vida, posibilitando a la población para que disfrute de una vida plena, activa y creativa. La Salud Mental es un componente esencial de la cohesión social, la productividad, la paz y la estabilidad en el medio que nos rodea, contribuyendo al desarrollo económico y de capital social en las sociedades. Una política en Salud Mental, y estilos de vida que conduzcan al bienestar son elementos cruciales para conseguir este objetivo. La promoción de la Salud Mental aumenta la calidad de vida y el bienestar mental de toda la población, incluyendo las personas con problemas de Salud Mental y sus cuidadores. El desarrollo y el establecimiento de planes efectivos de promoción de la Salud Mental aumentarán el bienestar mental para todos.

Acciones a considerar:

- I. Desarrollar estrategias globales de promoción de la Salud Mental dentro del contexto de la Salud Mental, de la Salud Pública y de otras políticas públicas que establezcan la promoción de la Salud Mental durante todas las etapas de la vida.
- II. Considerar la promoción de la Salud Mental como una inversión a largo plazo y desarrollar programas de información y educación a largo plazo.
- III. Desarrollar y ofrecer programas efectivos de apoyo y educación a la paternidad y maternidad que tengan su inicio en el embarazo.
- IV. Desarrollar y ofrecer programas basados en la evidencia que fomenten habilidades, proporcionen información y se centren en la inteligencia emocional y funcionamiento psicosocial en niños y jóvenes.
- V. Mejorar el acceso a la alimentación sana y la actividad física para los mayores.



- VI. Promover acciones a múltiples niveles dentro del ámbito comunitario que impliquen concienciación pública, al personal de atención primaria y a los mediadores en la comunidad como profesores, sacerdotes y medios de comunicación.
- VII. Integrar la promoción de la Salud Mental dentro de una promoción global de salud y de los programas y políticas de salud pública, como las que son apoyadas por las redes de promoción sanitaria de la OMS.
- VIII. Promocionar el consumo de productos sanos y reducir la ingesta de productos nocivos.
- IX. Crear lugares de trabajo saludables, fomentando actividades como el ejercicio, cambios en los esquemas de trabajo y horarios apropiados.
- X. Ofrecer actividades de promoción de la Salud Mental efectivas, dirigidas a grupos de riesgo tales como personas que padecen problemas de salud físicos o psíquicos y sus cuidadores.
- XI. Identificar mecanismos claros para la capacitación de la población, procurando que adquiera responsabilidad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, por ejemplo mediante el aumento de la conciencia pública sobre la importancia de la elección del estilo de vida.

2. DEMOSTRACIÓN DEL PAPEL CENTRAL DE LA SALUD MENTAL.

Objetivo

La Salud Mental es fundamental para construir una sociedad sana. Las políticas saludables en ámbitos como el laboral, o el de planificación urbana o aquellas que afectan a temas socioeconómicos, tienen también un impacto positivo en la Salud Mental y reducen el riesgo de problemas de Salud Mental. Las implicaciones de cualquier política pública en la Salud Mental, y particularmente su posible impacto en los grupos de riesgo debe ser, por tanto, considerada. La política en Salud Mental requiere conexiones intersectoriales y debe siempre mostrar un abordaje multisectorial y multidisciplinario.

Acciones a considerar:

- I. Convertir la Salud Mental en una parte inseparable de la salud pública.

- II. Añadir una perspectiva desde la Salud Mental a las políticas nacionales y a la legislación, tanto a las nuevas como a las ya existentes.
- III. Incluir a la Salud Mental en aquellos programas que se ocupan de salud ocupacional y seguridad.
- IV. Evaluar el impacto potencial de cualquier nueva normativa sobre el bienestar de la población antes de su introducción, y valorar sus resultados posteriormente.
- V. Considerar especialmente el impacto relativo que puedan tener estas políticas en aquellos que padecen problemas de Salud Mental o bien en los grupos de riesgo.

3. ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN.

Objetivo.

El desarrollo y establecimiento de una política de Salud Mental no debe comprometerse por la estigmatización que suele ir ligada a los problemas de Salud Mental y que da lugar a la discriminación. A menudo, las personas con problemas de Salud Mental no gozan de las mismas oportunidades debido a esa discriminación. Deben protegerse los derechos humanos y el respeto para aquellos con problemas de Salud Mental. La capacitación y la autorización son un paso crucial para conseguir estos objetivos, ya que aumenta la integración y la inclusión social. La falta de capacitación y representatividad de las organizaciones de usuarios y de sus cuidadores y la escasa asesoría legal de la que disponen dificultan el diseño y establecimiento de normativas y actividades que respondan a sus deseos y necesidades. La exclusión social experimentada por los usuarios de los servicios de Salud Mental ya sea en asilos o instituciones, como en la comunidad, necesita ser desterrada.

Acciones a considerar:

- I. Promover actividades que contrarresten la estigmatización y la discriminación, enfatizando la ubicuidad de los problemas de Salud Mental, su posible tratamiento, buen pronóstico en general, y el hecho de que rara vez se asocian a violencia.
- II. Revisar la legislación de los derechos de los discapacitados y asegurar que esta cubre la Salud Mental de modo equitativo.



- III. Desarrollar y establecer políticas nacionales, sectoriales y de empresa para eliminar la estigmatización y discriminación en el empleo, asociado con problemas de Salud Mental.
- IV. Fomentar la implicación de la comunidad en los programas locales de Salud Mental apoyando las iniciativas de organizaciones no gubernamentales.
- V. Desarrollar un programa legislativo coherente que trate la estigmatización y la discriminación, incorporando los estándares internacionales y regionales sobre los derechos humanos.
- VI. Establecer un diálogo constructivo con los medios de comunicación y proporcionarles de modo sistemático toda la información disponible.
- VII. Establecer estándares de representación para los usuarios y para sus cuidadores, en comités y grupos responsables de la planificación, asignación e inspección de las actividades sobre Salud Mental.
- VIII. Estimular la creación y el desarrollo de organizaciones dirigidas por los propios usuarios, tanto locales como nacionales, no gubernamentales, que representen a las personas con problemas de Salud Mental, a los cuidadores y a las comunidades donde residen.
- IX. Promover la integración de los niños y jóvenes con problemas de Salud Mental y discapacidades en el sistema educacional normalizado.
- X. Establecer programas de formación para personas con problemas de Salud Mental y favorecer la adaptación de los locales y de las actividades laborales a sus necesidades especiales con el objetivo de asegurar su incorporación al empleo competitivo.

4. PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES EN ETAPAS CRÍTICAS DE LA VIDA.

Objetivo.

Los niños, los jóvenes y los mayores presentan un mayor riesgo de verse afectados por factores sociales, psicológicos y ambientales. Debido a esta vulnerabilidad y necesidades especiales, los jóvenes y mayores deben ser objetivo prioritario en las actividades relacionadas con la promoción de la Salud Mental y con la prevención y el tratamiento de los problemas de la Salud Mental. Sin embargo, muchos países presentan una capacidad inadecuada en esta área, y los servicios y el personal están en general mal preparados para tratar proble-

mas relacionados con la edad y el desarrollo. En concreto, las alteraciones en la infancia pueden ser claros precursores de alteraciones mentales en la vida adulta. El apoyo a la Salud Mental de los niños y los adolescentes debe ser considerado como una inversión estratégica que producirá múltiples beneficios a largo plazo para los individuos, las sociedades y los sistemas sanitarios.

Acciones a considerar:

- I. Asegurar que las políticas de Salud Mental tengan como prioridad la Salud Mental y el bienestar de niños, adolescentes y ancianos.
- II. Incorporar los derechos internacionales de niños, adolescentes y ancianos a la legislación sobre Salud Mental.
- III. Implicar en la medida en la que sea posible, tanto a jóvenes como a ancianos en el proceso de toma de decisiones.
- IV. Prestar especial atención a aquellos grupos marginados, incluyendo niños y ancianos de familias inmigrantes.
- V. Desarrollar servicios de Salud Mental sensibles a las necesidades de los jóvenes y ancianos, que operen en estrecha colaboración con familias, escuelas, centros de día, vecinos y amigos.
- VI. Promover el desarrollo de centros comunitarios para ancianos y aumentar así el apoyo social y el acceso a las intervenciones realizadas.
- VII. Asegurar que los servicios de Salud Mental que se ocupan de problemas relacionados con la edad y el género son provistos tanto por los servicios de atención primaria como por los servicios especializados y de atención social, y que éstos funcionan como redes integradas.
- VIII. Restringir el tratamiento institucional de niños, adolescentes y ancianos que promueve la exclusión social y el abandono.
- IX. Mejorar la calidad de los servicios de Salud Mental, mediante la mejora o el establecimiento de la capacidad para realizar intervenciones especializadas en la infancia, la adolescencia y el paciente anciano, y mediante la formación y el empleo del suficiente número de especialistas.
- X. Mejorar la coordinación entre organizaciones implicadas en programas de alcohol y drogas y aquellas otras implicadas en salud de niños y adolescentes y en salud mental, tanto a nivel nacional como internacional, así como aumentar la colaboración entre sus respectivas redes.

- XI. Asegurar la paridad de recursos económicos en relación con otros servicios sanitarios comparables

5. PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y SUICIDIO.

Objetivo.

La población de muchos países se encuentra expuesta a cambios sociales lesivos y generadores de stress que afectan la cohesión social, la seguridad y el empleo y que dan lugar en ocasiones a un aumento de ansiedad, de depresión, alteraciones relacionadas con el alcohol o por uso de otras sustancias, a la violencia e incluso a conductas suicidas. Los precipitadores sociales de estos problemas de Salud Mental son múltiples y abarcan desde causas individuales, hasta temas que afectan a una comunidad al completo o a una sociedad entera. Pueden estar inducidos, o bien agravados, tanto en el hogar, como en el lugar de trabajo, instalaciones educativas, o instituciones psiquiátricas. Grupos especialmente vulnerables y marginados, como los refugiados y poblaciones de inmigrantes, los desempleados, expresidarios o presidarios, aquellos con diferentes orientaciones sexuales, personas con discapacidades físicas o sensoriales y personas con problemas de Salud Mental, pueden presentar un riesgo particularmente elevado.

Acciones a considerar:

- I. Concienciar a la población de la prevalencia, los síntomas y la posibilidad de tratamiento del stress, la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia.
- II. Establecer los grupos de riesgo y ofrecerles programas de prevención para la depresión, ansiedad, stress, suicidio y otras áreas de riesgo, desarrollados sobre la base de sus necesidades específicas y de acuerdo con su cultura y sus antecedentes.
- III. Establecer grupos de autoayuda, líneas telefónicas de ayuda, y sitios en la web para reducir el suicidio, enfocados especialmente a los grupos de alto riesgo.
- IV. Establecer políticas que reduzcan la accesibilidad a los medios necesarios para el suicidio.
- V. Introducir la valoración rutinaria, por los ginecólogos, de la salud mental de las mujeres que acaben de dar a luz y realizar intervenciones en el caso de que sean necesarias.

- VI. Facilitar actividades educativas en el propio hogar para las familias de alto riesgo, con el fin de ayudar a mejorar las técnicas y habilidades en el cuidado de los hijos, las conductas saludables y la interacción entre padres e hijos.
- VII. Establecer programas educativos basados en la evidencia en relación con otros Ministerios que se ocupen de temas como el suicidio, la depresión, alteraciones relacionadas con el alcohol y con el uso de otras sustancias, especialmente dedicados a jóvenes en escuelas y universidades, que incluyan patrones de comportamiento y jóvenes en el diseño de las campañas.
- VIII. Apoyar el establecimiento de programas de desarrollo comunitario en áreas de alto riesgo y capacitar a las agencias no gubernamentales, especialmente a aquellas que representan a grupos marginales.
- IX. Asegurar un adecuado apoyo profesional y servicios suficientes para aquellas personas que se enfrenten a grandes crisis y violencia, incluyendo guerras, desastres naturales y ataques terroristas, con el fin de prevenir el síndrome de stress postraumático.
- X. Concienciar al personal empleado en sectores relacionados con el cuidado de la salud, respecto a sus propias actitudes y prejuicios hacia el suicidio y hacia los problemas de Salud Mental.
- XI. Monitorizar la Salud Mental relacionada con el trabajo a través del desarrollo de instrumentos e indicadores apropiados.
- XII. Desarrollar la protección y promoción de la Salud Mental en el trabajo, a través del establecimiento del riesgo y del manejo del stress y los factores psicosociales, del entrenamiento del personal y del aumento de la conciencia del problema.
- XIII. Implicar a las agencias responsables de empleo, vivienda y educación en el desarrollo de programas de prevención.

6. ASEGURAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Objetivos.

Para muchos países de la Región Europea, tanto los médicos como el resto del personal de atención primaria son la fuente inicial de ayuda para los problemas comunes de Salud Mental. Sin embargo, los problemas de Salud Mental a

menudo no son detectados en algunos pacientes que acuden a sus médicos de familia o a servicios de atención primaria, y cuando son identificados el tratamiento no es siempre el adecuado. Muchas personas con problemas de Salud Mental, particularmente aquellos que son más vulnerables o están marginados, experimentan dificultad en el acceso y en el contacto permanente con los servicios. Los médicos de familia y los servicios de atención primaria deben desarrollar la capacidad y la competencia para detectar y tratar personas con problemas de salud mental en la comunidad, apoyados siempre, como parte de la red con los servicios especializados de Salud Mental.

Acciones a considerar:

- I. Conseguir que toda la población tenga buen acceso a los servicios de Salud Mental en atención primaria.
- II. Desarrollar servicios de atención primaria con la capacidad de detectar y tratar problemas de Salud Mental, incluyendo depresión, ansiedad, alteraciones relacionadas con el stress, mal uso de sustancias y alteraciones psicóticas, de modo apropiado a través del aumento en el número y en las habilidades del personal de atención primaria.
- III. Proporcionar el acceso a la medicación psicotropa y a las acciones psicoterapéuticas en el área de atención primaria, tanto para alteraciones mentales leves como para las graves, especialmente para aquellos individuos con alteraciones mentales estables y de larga evolución que residan en la comunidad.
- IV. Motivar al personal de atención primaria para el desarrollo de la promoción de la Salud Mental y de las actividades de prevención centrándose especialmente en aquellos factores que determinen o mantengan la enfermedad.
- V. Diseñar y establecer protocolos de tratamiento y derivación en atención primaria, realizando una buena práctica y definiendo de modo claro las respectivas responsabilidades dentro de las redes de la atención primaria y de los servicios especializados en Salud Mental.
- VI. Creación de centros de aptitud y promoción de redes en cada región, que puedan ser consultadas tanto por profesionales, como usuarios, cuidadores y medios de comunicación.
- VII. Proporcionar e instaurar el cuidado de la Salud Mental en servicios de atención primaria y otros servicios fácilmente accesibles, tales como centros comunitarios y hospitales generales.

7. OFRECER A LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL UN CUIDADO EFECTIVO EN LOS SERVICIOS DE LA PROPIA COMUNIDAD.

Objetivo.

Se han realizado ciertos progresos en la zona de la región, en la reforma del cuidado de la Salud Mental. Es esencial el reconocer y apoyar los derechos de la población a recibir los tratamientos más efectivos y a ser expuestos al menor riesgo posible, siempre teniendo en cuenta sus deseos y necesidades individuales y de acuerdo con su cultura, religión, sexo y aspiraciones.

La experiencia y la evidencia observadas en muchos países apoyan el desarrollo de una red de servicios basados en la comunidad, que incluyan camas hospitalarias. No hay lugar en el siglo XXI para el tratamiento inhumano y degradante en las enormes instituciones psiquiátricas. Un número cada vez mayor de países ha cerrado muchos de sus asilos y están ahora desarrollando servicios basados en la propia comunidad. Deben ser especialmente consideradas las necesidades educacionales, económicas y emocionales de las familias y de los amigos, que a menudo son responsables del apoyo y cuidado continuo y que a su vez precisan de apoyo.

Acciones a considerar:

- I. Capacitar a los usuarios y a los cuidadores, para el acceso a los servicios de Salud Mental y para responsabilizarse de su propio cuidado con la ayuda de aquellos que se lo prestan.
- II. Planificar y establecer servicios especializados en la propia comunidad, accesibles 24 horas al día, siete días a la semana, con personal multidisciplinar, para cuidar a aquellos con problemas graves como esquizofrenia, alteración bipolar, depresión severa o demencia.
- III. Proporcionar ayuda en casos de crisis, ofreciendo servicios en el hogar y el trabajo, intentando prevenir el deterioro y el ingreso hospitalario siempre que sea posible, y sólo ingresando aquellos con necesidades muy importantes o aquellos que suponen un riesgo para ellos mismos o para otros.
- IV. Ofrecer tratamientos efectivos y completos, psicoterapia y medicación con los menores efectos secundarios posibles dentro de la comunidad, particularmente en el caso de jóvenes que experimentan su primer episodio de alteración de la Salud Mental.



- V. Garantizar el acceso a las medicinas necesarias para aquellos con problemas de Salud Mental a un coste tal que pueda ser soportado tanto por el individuo como por el sistema de salud, con el fin de hacer un correcto uso de estos fármacos.
- VI. Desarrollar servicios de rehabilitación que tengan como objetivo mejorar la inclusión social de esta población, y evaluar el impacto de las discapacidades sobre los problemas de Salud Mental.
- VII. Ofrecer servicios para aquellos con problemas de Salud Mental que se encuentran en medios no especializados tales como hospitales generales o prisiones.
- VIII. Ofrecer a las familias y a los cuidadores la valoración de sus necesidades económicas y emocionales y la implicación en los programas de cuidados.
- IX. Diseñar programas para el desarrollo de habilidades y competencias para las familias y los cuidadores.
- X. Comprobar si los programas de beneficencia se hacen cargo del coste económico de la atención.
- XI. Planificar y financiar programas modelo que sean susceptibles de generalización.
- XII. Identificar y apoyar expertos para liderar los cambios.
- XIII. Desarrollar normas para una práctica correcta y controlar su aplicación.
- XIV. Introducir derechos legales para las personas sujetas a cuidado involuntario para elegir su asesor legal independiente.
- XV. Introducir o reforzar la legislación o las reglamentaciones que protejan los estándares del cuidado de pacientes, incluyendo el abandono de las prácticas inhumanas y degradantes.
- XVI. Establecer métodos de inspección para reforzar la buena práctica y para disminuir el abandono y el abuso en el cuidado de la Salud Mental.

8. ESTABLECER RELACIONES CON OTROS SECTORES.

Objetivo.

Los servicios esenciales, que en el pasado fueron proporcionados de modo rutinario por grandes instituciones o no fueron considerados como importantes

para la vida de las personas con problemas de Salud Mental, son en la actualidad repartidos entre varias entidades. Unas pobres relaciones y una falta de coordinación entre los servicios dirigidos o financiados por diferentes entidades tienen como consecuencia un cuidado escaso, sufrimiento e ineficiencia. Las entidades responsables de tan amplio abanico de servicios necesitan coordinación y liderazgo incluso a nivel gubernamental. Los usuarios y sus cuidadores necesitan apoyo para poder acceder y recibir servicios en temas como beneficencia, vivienda, comida, empleo y tratamiento de alteraciones físicas, incluyendo el abuso de sustancias.

Acciones a considerar:

- I. Organizar servicios de atención y servicios preventivos que den respuesta a las necesidades de los usuarios y en estrecha cooperación con ellos.
- II. Crear redes de colaboración a través de los diferentes servicios que serán esenciales para la calidad de vida de los usuarios y de sus cuidadores, tales como la atención social, la educación, el trabajo, la justicia, el transporte y la salud.
- III. Responsabilizar al personal de los servicios de Salud Mental en la identificación y el apoyo de las necesidades en las actividades de la vida diaria, bien a través de acción directa o a través de coordinación con otros servicios.
- IV. Educar al personal en otros servicios relacionados, sobre las necesidades específicas y los derechos de las personas con problemas de Salud Mental y de aquellos con riesgo de desarrollarlos.
- V. Identificar y modular aquellos obstáculos financieros y burocráticos que dificultan la colaboración, incluso a nivel gubernamental.

9. CREACIÓN DE UN CONTINGENTE DE PROFESIONALES COMPETENTES.

Objetivo.

La reforma de la Salud Mental demanda nuevas responsabilidades del personal, requiere cambios en valores, actitudes, conocimiento y habilidades. Las prácticas de trabajo de muchos profesionales de la Salud Mental y del personal de otros sectores tales como profesores, trabajadores de la beneficencia, sacerdotes y voluntarios necesita ser modernizada con el fin de ofrecer un cuidado

eficiente y efectivo. Los nuevos puestos de trabajo deberán ajustar su perfil a la necesidad de experiencia en todos los campos y tareas que se demanden.

Acciones a considerar.

- I. Reconocer la necesidad de nuevos retos y responsabilidades, tanto en el personal especializado, como en el gran grupo de profesionales del sector sanitario y en otras áreas como la atención social y la educación.
- II. Incluir, la experiencia en medios comunitarios y el trabajo multidisciplinar, en la formación de todo el personal de Salud Mental.
- III. Desarrollar la formación en el reconocimiento, prevención y tratamiento de los problemas de Salud Mental en todo el personal de atención primaria.
- IV. Planificar y financiar en asociación con instituciones educativas, programas que valoren y establezcan las necesidades formación y aprendizaje tanto del personal nuevo como del ya existente.
- V. Promover la incorporación de nuevos profesionales a la Salud Mental y reforzar la permanencia de los ya existentes.
- VI. Asegurar una distribución equitativa de los profesionales de Salud Mental en la población, especialmente entre los grupos de riesgo por medio de un sistema de incentivos.
- VII. Reconocer la falta de experiencia del personal actual en relación con las nuevas tecnologías, y apoyar el establecimiento de los programas “Educa al Educador”.
- VIII. Educar y entrenar al personal de Salud Mental acerca de la relación entre la promoción, la prevención y el tratamiento.
- IX. Educar a los profesionales del sector público para reconocer el impacto de sus políticas e intervenciones en la Salud Mental de la población.
- X. Crear un grupo de profesionales expertos, mediante el diseño y establecimiento de un adecuado programa de formación especializada en Salud Mental, para todos aquellos que trabajen en Salud Mental.
- XI. Desarrollar actividades de formación especializada en áreas que requieran alto nivel de experiencia tales como el cuidado y tratamiento de niños, ancianos y personas que padecen problemas de Salud Men-

tal y alteraciones por uso de sustancias (comorbilidad).

10. ESTABLECER UNA BUENA INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL.

Objetivo.

Con el fin de desarrollar una buena política y práctica en los países de la zona de la Región la información sobre el estado actual de la Salud Mental y sobre las actividades en Salud Mental ha de ser totalmente accesible. Debe controlarse el impacto producido por el desarrollo de nuevas iniciativas. El estatus de Salud Mental y la tendencia hacia la búsqueda de ayuda de algunas poblaciones, grupos específicos e individuos debe ser medido de modo que permita la comparación en la región europea de la OMS. Los indicadores deben ser estándares y comparables local, nacional e internacionalmente, con el fin de ayudar en la planificación, establecimiento, monitorización y evaluación efectiva de una estrategia basada en la evidencia y de un plan de acción para la Salud Mental.

Acciones a considerar.

- I. Desarrollar o reforzar un sistema de vigilancia nacional basado en indicadores y sistemas de recogida de datos comparables e internacionalmente estandarizados para la monitorización del progreso que se realice en relación a los objetivos locales, nacionales e internacionales de mejora de la Salud Mental y del bienestar.
- II. Desarrollar nuevos indicadores y métodos de recogida de datos para información aún no disponible, incluyendo indicadores de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de Salud Mental.
- III. Apoyar la realización de encuestas periódicas sobre Salud Mental basadas en la población, utilizando metodología aceptada en la Región Europea de la OMS.
- IV. Medir los índices basales de incidencia y prevalencia de alteraciones específicas incluyendo factores de riesgo en la población y en los grupos de riesgo.
- V. Controlar los programas, servicios y sistemas ya existentes.
- VI. Apoyar el desarrollo de un sistema integrado de bases de datos a lo largo de la Región Europea de la OMS que incluya información sobre el

estado de las políticas sobre Salud Mental, estrategias, establecimiento y desarrollo de la promoción basada en la evidencia, de la prevención, tratamiento, cuidado y recuperación.

- VII. Apoyar la divulgación de la información sobre el impacto de la buena práctica nacional e internacionalmente.

11. PROPORCIONAR FINANCIACIÓN JUSTA Y ADECUADA.

Objetivo.

Los recursos dedicados a la Salud Mental a menudo resultan inadecuados y desiguales, si se comparan con aquellos otros disponibles para otras áreas del sector público, y esto se refleja en un peor acceso, abandono, y discriminación. En algunos sistemas sanitarios la cobertura del seguro para el acceso y el derecho a recibir tratamiento muestra una clara discriminación en el caso de los problemas de Salud Mental. La distribución de los recursos dentro del presupuesto para Salud Mental debe ser equitativa y proporcionada, es decir, debe ofrecer mayores beneficios a aquellos que mayores necesidades tienen.

Acciones a considerar:

- I. Esclarecer si la proporción del presupuesto sanitario asignado a Salud Mental refleja de forma justa la necesidad y prioridad de las personas con necesidades.
- II. Asegurar que las personas con aquellos problemas más graves y aquellos más pobres de la sociedad reciban los mayores beneficios.
- III. Establecer si la financiación es asignada de modo eficiente, considerando los beneficios sociales, incluyendo aquellos generados por la promoción, la prevención y el tratamiento.
- IV. Evaluar si la cobertura es completa y justa en los sistemas de seguros privados y públicos y equiparable a la que existe para otros problemas sanitarios, sin excluir ni discriminar ningún grupo y tratando de proteger a aquellos más vulnerables.

12. EVALUAR LA EFICACIA .GENERAR NUEVAS EVIDENCIAS.

Objetivo.

Se ha realizado un considerable progreso en la investigación, pero algunas de

las estrategias e intervenciones realizadas carecen de una evidencia clara, por lo que es necesaria una mayor inversión; es más, se requiere mayor inversión para la divulgación, ya que la evidencia de acciones efectivas a niveles nacional e internacional no es lo suficientemente conocida ni por aquellos de los que emanan políticas y normativas, ni por los médicos ni por los investigadores. La comunidad investigadora europea necesita colaborar, para establecer los cimientos de las actividades basadas en la evidencia en el ámbito de la Salud Mental. Las principales prioridades en investigación incluyen análisis de las políticas de Salud Mental, evaluación del impacto de políticas genéricas sobre la Salud Mental, evaluación de los programas de promoción de salud Mental, una mayor evidencia para actividades preventivas y nuevos modelos económicos y de servicio para la Salud Mental.

Acciones a considerar:

- I. Apoyar las estrategias de investigación nacional que identifican, desarrollan y establecen la mejor práctica para evaluar las necesidades de la población, incluyendo los grupos de riesgo.
- II. Evaluar el impacto de los sistemas de Salud Mental a lo largo del tiempo y aplicar las experiencias obtenidas para la formulación de nuevas prioridades y de la investigación necesaria.
- III. Apoyar la investigación que facilite el desarrollo de programas preventivos dirigidos a la población general incluyendo grupos de riesgo. Se necesita profundizar en el estudio de las interrelaciones existentes entre diversos problemas mentales, físicos y sociosanitarios para la planificación de programas de prevención efectivos.
- IV. Promocionar la investigación enfocada a estimar los impactos de la salud en otras políticas del sector no sanitario, dado que existe una clara posibilidad de mejora de la Salud Mental a través de tales políticas.
- V. Crear un puente de conocimiento entre la investigación y la práctica a través de la colaboración y de las relaciones entre investigadores, políticos y médicos, mediante el acceso a seminarios y publicaciones.
- VI. Procurar que los programas de investigación incluyan evaluaciones a largo plazo del impacto no sólo sobre la Salud Mental sino también sobre la salud física, así como los efectos económicos y sociales.
- VII. Establecer relaciones estables entre los médicos y los investigadores para la aplicación y evaluación de nuevas acciones o de las ya exis-

tentes.

- VIII. Realizar inversiones en actividad investigadora en el campo de la Salud Mental en otras disciplinas académicas, incluyendo antropología, sociología, psicología, y economía, y crear incentivos para estas relaciones académicas a largo plazo.
- IX. Ampliar la colaboración europea en investigación de Salud Mental a través del aumento de las redes entre los centros europeos colaboradores de la OMS y otros con actividades de investigación en el campo de la prevención.
- X. Invertir en la colaboración regional en temas informativos y en la divulgación de los mismos, con el fin de evitar la duplicación de información y el desconocimiento de aquellas actividades que sí han resultado relevantes y exitosas.

SALUD MENTAL PARA EUROPA, ENFRENTAR LOS RETOS

Hitos

Los Estados Miembros se comprometen, por medio de la Declaración sobre Salud Mental para Europa y su Plan de Acción, a aceptar los siguientes objetivos a realizar entre 2005 y 2010:

- 1. Preparar normativas y desarrollar actividades para luchar contra la estigmatización y discriminación y promover el bienestar mental, incluyendo los ambientes escolares y los lugares de trabajo;
- 2. Analizar el impacto de las políticas públicas en la Salud Mental;
- 3. Incluir la prevención del suicidio y de los problemas de Salud Mental en las políticas nacionales;
- 4. Desarrollar servicios especializados capaces de afrontar los retos concretos que suponen los jóvenes, los ancianos y las patologías específicas de género;
- 5. Priorizar los servicios que se centren en problemas de Salud Mental de grupos marginados y vulnerables incluyendo problemas de comorbilidad, es decir, aquellos problemas de Salud Mental que se asocian con otros problemas tales como la enfermedad física y el mal uso de sustancias;

6. Desarrollar relaciones para el trabajo intersectorial y detectar aquellos obstáculos que impiden el trabajo conjunto;
7. Habilitar los recursos humanos suficientes para disponer de un grupo de profesionales de la Salud Mental competente;
8. Definir un grupo de indicadores de los determinantes y la epidemiología de la salud mental, útiles para el posterior diseño y desarrollo de servicios en relación con otros Estados Miembros;
9. Establecer una financiación, regulación y legislación sanitaria que sea equitativa y que incluya a la Salud Mental;
10. Terminar con el trato inhumano y degradante y promulgar la legislación sobre los derechos humanos y sobre la Salud Mental para que cumpla con los estándares de las Convenciones de la Naciones Unidas y de la legislación internacional;
11. Aumentar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de Salud Mental;
12. Promover la representación de usuarios y cuidadores en comités y grupos responsables del diseño, desarrollo, revisión e inspección de las actividades de Salud Mental.

