

## CAPÍTULO 15

# LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: CENICIENTA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

**Luis Salvador-Carulla**

*Universidad de Cádiz*

**Antonio Bulbena**

*Universidad Autónoma de Barcelona*

**José L. Vázquez-Barquero**

*Universidad de Cantabria*

**Pedro E. Muñoz**

*Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid*

**Manuel Gómez-Beneyto**

*Universidad de Valencia*

**Francisco Torres**

*Universidad de Granada*

***por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, SEEP***

### **1. La reforma de la salud mental: objetivo prioritario en Europa**

La salud mental figura entre los objetivos prioritarios de ámbito europeo (McKee et al. 1999; McKee y Berman 2000; Lehtinen et al. 2000) y español (por ejemplo, Tresserras et al. 2000; AEN 2000). Esta priorización viene avalada por una serie de datos internacionales:

- El enorme peso relativo de los trastornos mentales, tanto en el conjunto de los costes totales de enfermedad como en el coste directo para los sistemas nacionales de salud (por ejemplo, Rice & Miller 1995; Smith et al. 1995; Polder 1999). Se ha estimado que el coste por trastornos mentales se aproxima al 3% del PNB en los países con una economía de mercado (Lehtinen et al. 2000).
- El peso de los trastornos mentales en el conjunto de la carga de enfermedad en el mundo (OMS-Banco Mundial) (Murray y López 1994). Cabe señalar que un único trastorno mental, la depresión, aparece como la segunda causa asociada a

más Años de Vida Ajustados por Discapacidad en la estimación para el año 2020.

- El impacto epidemiológico de esta agrupación de trastornos ya que entre un 20 y un 30% de la población presenta trastornos mentales a lo largo de la vida. Estos se asocian a niveles significativos de discapacidad, a un elevado uso de servicios y a una alta carga familiar (Lehtinen et al. 2000).
- Las deficiencias crónicas de los servicios de salud mental se relacionan con una infrafinanciación histórica en comparación con los servicios sanitarios generales. En un estudio clásico hecho en Australia, Gavin Andrews (1985) mostró cómo a similar carga de enfermedad, la esquizofrenia suponía nueve veces más costes directos que el infarto de miocardio, pero recibía una menor inversión que esta otra enfermedad. Otro estudio revelador analizó los costes de los servicios de salud mental en Inglaterra y Gales entre 1860 y 1986 (Raftery 1995). Los costes medios por paciente y día se mantuvieron casi sin variaciones entre 1875 y 1920 (20 libras/día) y experimentaron incrementos mínimos hasta 1955 (37 libras/día). Entre 1955 y 1986 se produjo un aumento atribuible principalmente a costes de personal, no a la inversión en nuevos servicios. Así, cuando se inició la reforma psiquiátrica en el Reino Unido, los presupuestos y los dispositivos asistenciales de salud mental se habían mantenido casi invariables durante tres cuartos de siglo. No es pues extraño que en el ámbito internacional la psiquiatría sea considerada la «cenicienta» de la medicina.

En los últimos años, el renovado interés por la salud mental se ha plasmado en la promoción de la política de salud mental en el ámbito europeo (Lehtinen et al. 2000) e importantes inversiones, tanto en servicios como en programas de evaluación de los sistemas asistenciales en algunos países como el Reino Unido (Mental Health Framework, National Health Service, 1999). Estos cambios han coincidido con una presión importante de las asociaciones de familiares y usuarios y con un aumento significativo de los fondos para investigación en salud mental. Así, en Italia se ha aprobado una línea prioritaria de investigación con financiación específica sobre salud mental para el año 2001.

De todas formas, no deja de ser una paradoja que la priorización de los planes de salud mental en algunos países occidentales llegue a los 25 años del inicio de la reforma psiquiátrica en Europa. Ello puede atribuirse, en parte, a la falta de una presión social al respecto («si no hay quejas, ¿para qué arreglarlo?») y a las reticencias que en todo el sistema sanitario suscita la salud mental.

Reticencias que pueden ser explicadas, por una parte, por el propio desarrollo histórico de la asistencia psiquiátrica que nace asociada a la «beneficencia» y fuera

de la medicina, de tal forma que durante siglos ha primado el carácter custodial o de protección social del enfermo sobre el terapéutico, dando origen al mantenimiento de estereotipos negativos en relación con la psiquiatría y el enfermo mental. Y, por otra, a características propias del trastorno psiquiátrico que afectan tanto a la definición de la necesidad asistencial, como al propio proceso asistencial creando en los gestores sanitarios, generalmente poco conocedores de la psiquiatría, una cierta inseguridad. Entre ellas habría que destacar (Muñoz et al. 2000):

- La cronicidad y recurrencia de la gran mayoría de los trastornos psiquiátricos, especialmente de los más severos, y las discapacidades asociadas frecuentemente al proceso de enfermedad que afectan al área personal, familiar, social y laboral.
- La evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento, modulada en muchas ocasiones por factores ajenos a la propia patología y que tienen que ver con el entorno familiar o social.
- La relación entre diagnóstico y necesidad asistencial no resulta frecuentemente clara ni unívoca.
- Las necesidades asistenciales pueden ser múltiples y muy variables en todo el proceso asistencial, con implicación de los servicios sociales y de otras administraciones (vgr. Educación y Justicia).
- La elevada dependencia de los servicios sanitarios.
- Los resultados del proceso asistencial son en muchos casos la consecuencia de un conjunto de actuaciones asistenciales que exigen la participación integrada de diferentes recursos y profesionales, lo que aumenta notablemente la complejidad de su evaluación.

## **2. La reforma psiquiátrica: claroscuros de un proceso mundial**

Desde un punto de vista tradicional, la reforma psiquiátrica se ha considerado como un proceso de «desinstitucionalización» o el abandono por cierre o profunda transformación de los viejos hospitales psiquiátricos, y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia (centros laborales, de apoyo y de potenciación de las habilida-

des del individuo).

En 1965 se promulgó en Estados Unidos la llamada Ley Kennedy, que puede ser considerada como el punto de partida oficial de los movimientos de reforma ocurridos en todo el mundo occidental durante las siguientes dos décadas. Probablemente la insatisfacción (por razones técnicas, económicas, humanitarias y científicas) con el régimen hospitalocéntrico que había regido la asistencia de los enfermos mentales desde el siglo xv, junto con la posibilidad, a partir de 1950, de tratar a los pacientes psicóticos graves fuera del hospital con tratamientos farmacológicos eficaces, así como el movimiento social conocido como «contracultura» que estaba teniendo lugar simultáneamente en USA y en Europa, constituyen algunos de los ingredientes que dieron impulso y contenido a estos movimientos reformistas.

Este proceso coincidió con la crisis del modelo médico de la salud mental frente a una serie de postulados dispares, no empíricos y con una fuerte carga ideológica que englobamos laxamente bajo el término de antipsiquiatría y que preconizaban autores como Cooper y Laing en Gran Bretaña, Foucault en Francia y, fundamentalmente, Basaglia en Italia. Además del movimiento antipsiquiátrico, la reforma de la salud mental tuvo otro importante foco de influencia en el Reino Unido. La transformación del sistema británico siguió una aproximación empírica y en ella desempeñaron un papel importante una serie de expertos en epidemiología psiquiátrica y en planificación de servicios (por ejemplo, Goldberg D, Wing JK y Leff J) que desarrollaron programas de evaluación del proceso en áreas concretas (por ejemplo el proyecto TAPS) (Leff et al. 1994) y donde se efectuaron los primeros estudios de costes de programas asistenciales en salud mental.

El modelo prototípico de reforma psiquiátrica es el conocido como «Psiquiatría Comunitaria», que ha consistido –con importantes variaciones de concepción teórica y estrategias de desarrollo– en el desplazamiento de la asistencia del hospital psiquiátrico a la comunidad. Este es el modelo por el que optó la reforma en España, como veremos más adelante. No obstante, la reforma ha tenido objetivos y métodos diferentes en los diversos países, incluso en las distintas regiones de un mismo país, de manera que son más las diferencias entre estos movimientos reformistas que sus semejanzas. Sin embargo, pueden trazarse algunas características comunes de ámbito internacional:

- a) La reforma psiquiátrica parte de la obsolescencia del sistema de salud mental, anclado en modelos del siglo xix, con los mismos servicios institucionales de entonces y con inversiones muy por debajo de las necesidades reales de esta población. Así, el proceso de reforma psiquiátrica no implicó en realidad la sustitución de unos servicios por otros, sino la creación de unos servicios comuni-

tarios imprescindibles donde antes no los había. Si este proceso ha venido acompañado del cierre completo o de la transformación de los hospitales psiquiátricos es en realidad secundario al hecho nuclear: creación de un sistema comunitario de salud mental.

- b) La reforma se ha caracterizado por un predominio de modelos teóricos sobre los empíricos, y el proceso ha llevado implícita una fuerte carga ideológica.
- c) El proceso ha carecido de una secuencia lógica de planificación temporal. Así, se ha procedido al cierre de los servicios residenciales hospitalarios antes de la implantación plena de una red asistencial comunitaria alternativa.
- d) El modelo de reforma se ha centrado, en el ámbito internacional, en un subgrupo restringido de pacientes –pacientes psicóticos institucionalizados– que no es representativo de los enfermos mentales ni refleja las necesidades o las demandas de los enfermos mentales graves (por ejemplo, trastornos graves de personalidad, trastornos afectivos, retraso mental o drogodependencias). De hecho, los servicios para el subgrupo de pacientes psicóticos crónicos desinstitucionalizados no cubren si quiera las necesidades de los nuevos crónicos.
- e) El proceso se ha acompañado del trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos o un estudio de los costes y de la carga asociada desde una perspectiva de la sociedad. Este trasvase se ha efectuado fundamentalmente a:
  - Servicios sociales. En el ámbito internacional los servicios sociales cuentan con menos financiación y capacidad logística para hacer frente a las necesidades y demandas de esta población.
  - Sector privado. Los datos preliminares del estudio GNP en Italia indican un aumento de la atención psiquiátrica residencial privada con estándares de calidad cuestionables, que ha coincidido con el proceso de reforma en este país. Este proceso es contrario al experimentado en otras enfermedades médicas (GNP 2000).
  - Familias. Los estudios de carga familiar indican que se trasvasa a las familias un peso considerable de la atención, sin una dotación de sistemas de apoyo para este colectivo.
- f) Ha faltado una evaluación sistemática de resultados. Salvo algunos casos con-

cretos en el Reino Unido (por ejemplo, proyecto TAPS) y en países del norte de Europa, la evaluación de los procesos de reforma se ha retrasado al menos 20 años desde el comienzo de la misma. Así, el primer estudio de coste-oportunidad de un programa comunitario en EEUU no se publicó hasta 17 años después de iniciada la reforma en dicho país (Weisbrod et al. 1980). En Italia el primer trabajo no circunscrito a la poco representativa área sanitaria de Verona no se inicia hasta 22 años después de la ley de reforma psiquiátrica en dicho país (GNP 2000). La enorme diversidad de dispositivos asistenciales, programas de intervención y filosofías de atención existentes en salud mental han dificultado, sin duda, tanto la evaluación de este sistema como la elaboración de estándares de calidad.

En general ha faltado una evaluación crítica de los problemas identificados en otros países para la planificación de la reforma en un nuevo entorno. A los quince años de la aprobación del modelo de reforma psiquiátrica en España, el acceso a los servicios hospitalarios de atención aguda se halla hoy dificultado en varias comunidades autónomas por el efecto de la puerta giratoria (reingreso periódico de pacientes crónicos graves que no encuentran acomodo en unidades residenciales de media y larga estancia). La identificación del fenómeno, las causas del mismo y las posibles soluciones se describieron hace 25 años (Talbot 1974), una década antes de que la reforma se iniciara en nuestro país.

### **3. La reforma psiquiátrica en España**

En España los primeros pasos de la reforma se dieron en los años setenta y consistieron básicamente en mejorar las condiciones de los hospitales psiquiátricos y dar comienzo a la desinstitucionalización de los crónicos. A finales de la década y principios de la siguiente se habían dado pasos notables en algunos centros concretos (por ejemplo en el Hospital Psiquiátrico de Bétera en Valencia) (Gómez-Beneyto et al. 1988) y algunas comunidades autónomas habían iniciado ya la planificación de servicios comunitarios, por ejemplo en Navarra (Muñoz et al. 1979) y Madrid (Muñoz y Calve 1983; Muñoz et al. 1983). Sin embargo, el proceso de reforma propiamente dicho debe situarse en 1985, con la publicación del «Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica».

La historia pormenorizada de este proceso se describe en varios textos, tanto desde la perspectiva de sus responsables en diferentes comunidades autónomas como desde un enfoque global (Salvador y cols. 1996; García y cols. 1998; García y Vázquez-Barquero 1999; AEN 2000). En síntesis, este informe recomendaba que: 1) la asistencia psiquiátrica se integrara en el sistema sanitario general y que se compor-

tase como un dispositivo de apoyo a la Atención Primaria; 2) la asistencia se practicara con un enfoque integral, es decir, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad; 3) en la medida de lo posible, el enfermo se tratase en su medio, esto es, sin hospitalizar o con hospitalización breve; 4) se atendieran las necesidades de grupos diagnósticos específicos hasta entonces desatendidos, tales como los niños y adolescentes, los ancianos y los drogodependientes. Sin embargo, la reforma no se definió de manera concreta y unitaria y tampoco se fijaron objetivos operativos que permitieran una evaluación sistemática de su desarrollo.

Por otro lado, los datos disponibles para evaluar el sistema español de salud mental son incompletos, poco sólidos y no están actualizados. Hasta el momento, las fuentes principales son las estadísticas oficiales publicadas por el Ministerio de Sanidad (1996, 1998), los diversos informes de la Oficina del Defensor del Pueblo (por ejemplo, Defensor del Pueblo 1992), la encuesta postal realizada por uno de nosotros (MGB) dirigida a los directores de los programas de Salud Mental de todas las CCAA (documento no publicado, 1997), y el documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ya señalado (AEN 2000). Contando con estos datos y efectuando una sistematización retrospectiva de los objetivos básicos de la reforma, señalamos a continuación una serie de características básicas.

### **3.1. Integración de la psiquiatría por ley en el sistema sanitario general**

Tal vez el paso de mayor alcance para la reforma psiquiátrica fue la incorporación de la psiquiatría por ley (Ley General de Sanidad) al sistema sanitario general como una especialidad médica.

### **3.2. Integración funcional de todas las redes de servicios psiquiátricos en una sola red**

Aunque se han dado importantes pasos para la unificación de redes asistenciales en diez comunidades, todavía existe más de una red de servicios psiquiátricos (Municipio, Diputación, Consejería, Redes Privadas), lo cual dificulta, y a veces imposibilita, la coordinación de la asistencia.

### **3.3. Creación de sistemas de coordinación y enlace con Atención Primaria y Servicios Sociales**

En cinco comunidades existe una integración orgánica entre Salud Mental y Atención Primaria y en doce más la integración es, por lo menos, funcional. En catorce comunidades el centro de salud y el de salud mental comparten el mismo local. Así que se puede afirmar que, al menos formalmente, existen las condiciones adecuadas para que se pueda establecer una relación estrecha entre ambas redes. En cuanto a la coordinación con servicios sociales, en ocho comunidades (es decir, en menos de la mitad) existe una comisión inter-institucional y solamente en dos hay comisiones de coordinación y enlace a nivel de área. Según los directores de Salud Mental, el funcionamiento de estas comisiones, donde existen, es nulo o insuficiente. En diversas comunidades se ha legislado el traslado de la responsabilidad de la rehabilitación psiquiátrica desde Sanidad a Servicios Sociales, lo que ha contribuido, entre otros perjuicios, a un incremento de la descoordinación entre estas redes. Por otra parte la política que se está siguiendo actualmente de fomentar la gestión privada de dispositivos comunitarios también ha facilitado el fraccionamiento de la comunicación entre ellos y ha comprometido seriamente el funcionamiento en red del sistema.

### **3.4. Provisión de servicios para áreas geográficas definidas coincidentes con las áreas sanitarias**

En todas las comunidades la asistencia se organiza en áreas, aunque no en todas coincide el área de salud mental geográfica y administrativamente con el área sanitaria, lo que supone naturalmente dificultades de coordinación considerables. El tamaño medio de las áreas de cobertura de los centros de salud mental es de setenta mil habitantes, pero algunos atienden áreas con más de cien mil.

### **3.5. Creación de equipos multidisciplinarios**

Según la opinión de los directores de Salud Mental, sólo en trece comunidades predomina la asistencia impartida por equipos multidisciplinarios. Por otra parte quedan todavía 120 neuropsiquiatras por jerarquizar. Estos profesionales trabajan en solitario (la enfermera que les apoya cumple funciones meramente administrativas) y con una dedicación de dos horas y media compartidas con neurología. No es posible conocer el tamaño de la población que atienden estos neuropsiquiatras pero probablemente se sitúa por encima de los tres millones de personas, es decir,

cerca de un diez por ciento de la población española.

### **3.6. Provisión de recursos y dispositivos comunitarios sanitarios y sociales**

Los indicadores de tipo intermedio del desarrollo de la psiquiatría comunitaria presentan problemas de validez y su posibilidad de generalización es cuestionable; aun así, podemos apuntar algunos de ellos:

- a) Creación de centros de salud mental. La mayor parte de la población española dispone en la actualidad de un centro de salud mental de acceso fácil a través de Atención Primaria. En 1994 estaban registrados 555 centros de salud mental, lo que suponía un incremento del 25% respecto de 1991.
- b) Tasa de camas hospitalarias para agudos frente a camas hospitalarias de media-larga estancia. El número de camas en hospitales psiquiátricos ha disminuido a la tercera parte y las correspondientes a unidades de psiquiatría en hospitales generales casi se han doblado durante los últimos 30 años. Aunque este número en hospitales psiquiátricos ha continuado declinando hasta 1997 (hay algunos datos que indican que se están incrementando en la actualidad de nuevo), el aumento de camas en los hospitales generales prácticamente se detuvo hace más de diez años. El sistema no dispone de suficiente número de camas en hospitales generales, ya que la tasa actual de 5,7 por cien mil habitantes está muy por debajo de la media europea (entre cuatro y ocho veces más) y de las 20 que recomienda la AEN.
- c) Tasa de camas residenciales frente a hospitalarias. Las plazas en pisos tutelados son de 2,4 por cien mil habitantes, en contra de las 50 recomendadas. En residencias es 1,9 frente a 70. Estas dotaciones están muy por debajo de lo óptimo, incluso del mínimo necesario. La proporción de plazas en residencias y pisos tutelados respecto del total de plazas de larga estancia en hospitales psiquiátricos es del 20,7%.
- d) Plazas en dispositivos intermedios. Las plazas en hospitales de día por cien mil habitantes (5,6) están lejos de acercarse a la óptima (19) propuesta por la AEN. Otro tanto ocurre con las plazas en centros de día y ocupacionales (5,8 frente a 50), unidades de rehabilitación (5,6 frente a 10), talleres (3,1 frente a 30).
- e) Dotación de personal. Es también deficiente, aunque no tanto como la de dispositivos intermedios: psiquiatras (5 frente a >12), psicólogos (2,7 frente a >11), enfermeras (5,8 frente a >10) y trabajadores sociales (1,3 frente a >3). Aquí también se observa que el máximo desarrollo tuvo lugar en las dos primeras décadas, mientras que en la última las cifras se han mantenido sin incre-

mentar; más bien se ha producido una disminución del conjunto, que ha pasado de 37,4 a 34,3. Esto se debe a la disminución de la tasa de trabajadores no sanitarios (personal de mantenimiento y oficios varios) que antes empleaban los hospitales psiquiátricos y que puedan haber sido trasladados a otros dispositivos fuera de la Red de Salud Mental al disminuir el número de camas en estos centros.

- f) Porcentaje de recursos en la comunidad respecto del total de recursos. El análisis de nuestros datos indica que el porcentaje en nuestro país de camas en hospitales generales respecto del total de camas es solamente el 17% y que existe una acusada variación entre las comunidades (desde una con porcentaje próximo a cero y otra con el máximo de 100).
- g) Porcentaje de profesionales que trabajan en dispositivos fuera del hospital respecto del total de profesionales. Este porcentaje es máximo para el caso de los trabajadores sociales (76%), psicólogos (73%) y psiquiatras (68%), y mínimo para enfermería (diplomadas, 46% y auxiliares de clínica, 27%) y terapeutas ocupacionales (29%). En conjunto, el 43% del personal sanitario trabaja en la comunidad, lo que debe ser valorado como una proporción claramente insuficiente para un modelo de psiquiatría comunitaria.
- h) Disminución de la tasa de ingresos involuntarios por orden judicial. En España dicha tasa pasó de 14 a 18 entre 1991 y 1996, evidenciando así la ineficacia del sistema en lo que podría ser considerado su aspecto central: lograr un trato más humano del enfermo mental grave, proporcionándole unos servicios accesibles que den respuesta eficaz y rápida a sus necesidades de tratamiento.

La ausencia de incremento de las tasas desde 1991 en cuanto a camas en hospitales generales, plazas en la comunidad y recursos de personal cobra una significación mayor si la contrastamos con el incremento de la actividad asistencial durante el mismo periodo. Así, entre 1991 y 1996 las consultas de primera vez y las consultas de seguimiento aumentaron en los centros de salud mental en un 62% y un 65% respectivamente; los ingresos en los hospitales generales, en un 50% y las estancias en un 25%.

Por otro lado, se evidencia una importante variabilidad en cantidad de recursos entre las comunidades. Así, en lo referente a personal dedicado a la asistencia fuera del hospital la tasa de psiquiatras varía de 0,47 a 6,99 (es decir, 15 veces), la de psicólogos de 0,58 a 2,97 (5 veces) y la de enfermeras de 0,56 a 9,8 (18 veces). Lo mismo ocurre en la dotación de camas en hospitales generales (de 0,2 a 10,36), en hospitales psiquiátricos (de 0,0 a 20,4), en hospitales de día y unidades de rehabili-

tación (de 0,0 a 21,4) y en talleres protegidos y centros ocupacionales (de 0,0 a 8,75). La consecuencia es que la calidad de los servicios que un español recibe depende sobremanera de su lugar de residencia.

### **3.7. Puesta en marcha de programas para grupos diagnósticos específicos**

En cuanto a la asistencia a poblaciones específicas, existe una cobertura formal en diez comunidades para niños y adolescentes y en trece para drogodependientes. Los ancianos con problemas psiquiátricos disponen de programas y dispositivos específicos solamente en dos comunidades, a pesar de que sus necesidades se citan explícitamente en el Informe de la Comisión Ministerial. Paradójicamente, se ha producido un notable desarrollo de servicios para otras patologías de mayor gancho social y menor entidad epidemiológica, como los trastornos de la alimentación, cuyas demandas han recibido una respuesta inmediata por parte de la Administración. Las necesidades poblacionales menos visibles –pero no por ello menos graves– como las que presentan los inmigrantes o penados, siguen siendo ignoradas.

### **3.8. Desarrollo de una estructura administrativa para el desarrollo, monitorización y evaluación sistemática de la reforma**

La ausencia de directrices oficiales para el desarrollo de los servicios, de acreditación, de evaluación y de control de la calidad asistencial condujo a un desarrollo desigual en las diversas CCAA, quebrantándose el principio de equidad asistencial. Esta situación de desigualdad persiste actualmente, tal como ya hemos visto.

Al comienzo de los ochenta la administración tomó la iniciativa de implantar unos organismos de naturaleza técnico-administrativa y de gestión, los llamados Institutos de Salud Mental, que deberían ocuparse de dirigir la reforma en cada una de las CCAA. En realidad solamente llegaron a crearse en Madrid, en Valencia y en Andalucía. Su papel fue decisivo para el desarrollo de la reforma, sobre todo en Madrid y en Andalucía. A partir de la mitad de los ochenta la dirección de las reformas en la mayoría de las CCAA ha recaído en unidades técnico-administrativas englobadas en la estructura jerárquica de las consejerías de sanidad, dirigidas por técnicos con nivel de jefes de servicio y sin capacidad o con escasa capacidad ejecutiva.

La existencia de directrices tales como un Plan de Salud Mental en el que se marquen y prioricen los objetivos de la reforma y se determinen las estrategias para su

desarrollo, o bien el establecimiento de estándares de calidad o de requisitos para la acreditación, parecen elementos imprescindibles para conducir la reforma y sobre todo para poder evaluar su desarrollo. Pues bien, según los resultados de la encuesta dirigida a los directores de salud mental, existen planes de salud mental aprobados en los correspondientes parlamentos en trece comunidades, pero estos planes solamente se traducen en regulaciones que permitan su aplicación concreta en menos de cinco comunidades.

### **3.9. Formación de los profesionales**

Lo más fructífero en este terreno ha sido la introducción del sistema de formación MIR para psiquiatras, posteriormente el PIR para psicólogos clínicos y, hace dos años, la especialización de Enfermería en Salud Mental. El sistema MIR es el más desarrollado, con una estructura de unidades docentes y un Programa de Formación de elevada calidad, comparable al del vigente en otros países de nuestro entorno, lo cual no puede decirse de los programas de psicología y enfermería. Sin embargo, la ausencia de un mecanismo operativo de evaluación externa del proceso de formación de los MIR ha conducido a una situación de falta de cumplimiento de los programas en la mayoría de las Unidades Docentes de Salud Mental, tal como atestiguan las encuestas. Tampoco se lleva a cabo una evaluación del resultado de la formación (no existe un examen nacional tras finalizar el periodo de residencia). Con todo ello la formación que se obtiene en las diversas CCAA es desigual en alcance, en contenido y en calidad.

El Gobierno está considerando la posibilidad de iniciar el desarrollo de las llamadas Áreas de Capacitación Específica (ACE), que consisten en una ampliación de la formación especializada durante uno o dos años, en subespecialidades. Esta iniciativa podría dar un reconocimiento oficial y con ello un impulso al desarrollo y una consolidación de programas que ya existen desde hace años en nuestro medio, tales como la Psiquiatría Infanto-Juvenil, la Psiquiatría de las Drogodependencias, la Psicogeriatría, la Psicoterapia y la Psiquiatría Forense. Sin embargo por lentitud burocrática –pero sobre todo por rivalidades entre las especialidades– el desarrollo de las ACE está bloqueado actualmente.

La Formación Médica Continuada en Salud Mental ha estado dominada hasta el momento por la industria farmacéutica. Esta situación no es deseable porque inevitablemente conlleva un sesgo hacia los aspectos biológicos de la especialidad. Recientemente la Administración ha planificado este sector de la formación siguiendo el modelo predominante en los países europeos, aunque la aplicación práctica no parece cercana.

### **3.10. Evaluación sistemática del proceso de reforma y del sistema de atención en salud mental**

Para completar el proceso de reforma es imprescindible incorporar sistemas de evaluación de necesidades, criterios de calidad y estrategias de seguimiento y evaluación de las transformaciones que se vayan siguiendo (García y Vázquez-Barquero 1999). Aunque han existido esfuerzos notables para la elaboración de un marco adecuado de evaluación de servicios en salud mental (por ejemplo, Aparicio 1993), han sido escasas las tentativas efectuadas hasta la fecha, tanto en el ámbito nacional como en el autonómico.

El Ministerio de Sanidad, aunque tarde, puso en marcha un sistema de información para monitorizar el desarrollo de la reforma (Sistema de Información de Salud Mental, Dirección General de Salud Pública). Sin embargo este sistema es metodológicamente obsoleto y las estadísticas que publica son incompletas (en casi todas las tablas falta información de tres o más CCAA) y la más reciente se refiere a 1996. Es notable que entre las pocas evaluaciones externas del sistema de salud mental contemos con diversos informes del Defensor del Pueblo, en el ámbito nacional y en el autonómico, elaborados como consecuencia de las quejas de los ciudadanos. Así pues, la falta de estudios comparativos de evaluación de servicios de acuerdo con una metodología estandarizada es uno de los puntos más conflictivos del proceso de reforma de la salud mental.

## **4. Desarrollo de un sistema internacional de evaluación y comparación de servicios psiquiátricos**

La evaluación sistematizada de servicios sociosanitarios es una prioridad de ámbito internacional y particularmente europeo, dados los planes de convergencia, la necesidad de fijar estándares de calidad y de buenas prácticas, el desarrollo de políticas interestatales y la fundamentación de la planificación sanitaria en el principio de la equidad.

El establecimiento de objetivos sanitarios comunes en Europa (McKee y Berman 2000) parte del hecho de que éstos deben ser *medibles*, además de específicos, precisos, realistas y con una temporalidad explícita dentro de un marco lógico de planificación (Ritsatakis 2000). La Oficina Regional Europea de la OMS constataba recientemente la necesidad de contar con parámetros fiables que permitan comparar las reformas sanitarias tanto de ámbito nacional como internacional, particularmente en el contexto europeo (WHO 1998).

Esta necesidad de medición es particularmente importante en salud mental. Sin embargo, hasta hace 5 años los pocos trabajos comparativos de tipo internacional carecían de representatividad y de una metodología estandarizada. Entre 1970 y 1986, la OMS patrocinó un estudio sobre los servicios de salud mental en varias áreas sanitarias de Europa cuyos resultados fueron descorazonadores, ya que sólo se pudo constatar la enorme diversidad de servicios existentes y la dificultad de encontrar un sistema común de medida (WHO 1989). A esta dificultad contribuían sin duda factores tales como (Johnson y Salvador 1998):

- La diversidad de servicios disponibles, particularmente cuando se incluyen en el constructo de «atención en salud mental» los servicios de drogadicción, demencia y retraso mental.
- El cambio continuo y el constante aumento en la variabilidad de los servicios disponibles.
- La ausencia de límites precisos, por ejemplo entre atención social y atención sanitaria.
- La inadecuación de las distinciones tradicionales, por ejemplo entre servicios hospitalarios y ambulatorios.
- La enorme variabilidad terminológica y la necesidad de un glosario de términos que evitara confusiones, por ejemplo diferentes conceptos de lo que es un «hospital de día», incluso en una misma área sanitaria.
- La ausencia de un marco conceptual de referencia y una metodología de estudio aceptada internacionalmente.
- La escasa validez de los indicadores sanitarios actuales de insumos y de tipo intermedio para evaluación de servicios de salud mental.

En nuestro país se dan dos ejemplos recientes de este último aspecto por la baja utilidad de los GRD propuestos para psiquiatría (por ejemplo, Laguna et al. 2000), o la dificultad de extraer conclusiones útiles para la planificación de salud mental a partir de los indicadores tradicionales (Ministerio de Sanidad y Consumo 1996 y 1998; AEN 2000).

Sin embargo, los esfuerzos efectuados hasta los años 90 no han sido en vano. En la última década diversos grupos de trabajo multicéntricos y pluridisciplinarios

–algunos de ellos derivados del estudio ya mencionado de la OMS y otros auspiciados por el programa Biomed de la Unión Europea– han desarrollado modelos teóricos que superan el marco conceptual establecido por Donabedian y que permiten una evaluación adecuada de los recursos asistenciales.

También se han creado instrumentos de evaluación de los diferentes dominios de la atención psiquiátrica desde una perspectiva internacional. Entre estos trabajos cabe destacar los efectuados por los grupos de Manheim-Granada (Salize et al. 1999), el grupo EPSILON (Becker et al. 2000) y el grupo EPCAT (Beecham y Munizza 2000). Así, Tansella y Thornicroft (1998) del grupo EPSILON han elaborado un sistema matricial para facilitar la descripción sistematizada y la comparación de servicios que combina la dimensión geográfica a tres niveles (macro, meso, micro) con la secuencia temporal del proceso de atención: insumos, proceso y resultados (Tabla 1).

El grupo EPSILON ha validado también instrumentos para evaluar utilización de servicios y costes (CSRI), carga familiar, calidad de vida y satisfacción del usuario. El grupo de Manheim ha trabajado en la comparación de necesidades en colaboración con la Universidad de Granada, y el grupo EPCAT ha elaborado un modelo para sistematizar el método de evaluación de servicios al nivel «meso» de la matriz de Tansella y Thornicroft (pequeñas áreas sanitarias), siguiendo un enfoque epidemiológico.

Este grupo también ha participado en el diseño de una batería de instrumentos de evaluación de tres diferentes dimensiones del constructo «atención en salud mental» (*mental health care*):

- Evaluación estandarizada de las áreas socio-demográficas basada en indicadores de privación relevantes para salud mental.– European SocioDemographic Schedule / ESDS.
- Mapas de descriptores básicos de atención y de servicios en el área socio-sanitaria.– European Service Mapping Schedule / ESMS.
- Evaluación de las modalidades o el perfil de tipos o actividades de atención.– International Classification of Mental Health Care / ICMHC.

Dicho marco conceptual y las características de los instrumentos de evaluación mencionados se detallan en otros artículos (Salvador et al. 1999; Beecham y Munizza 2000). Diversos trabajos efectuados en los últimos 4 años corroboran la viabilidad y la complementariedad de las metodologías y los instrumentos disponi-

bles para evaluar los diferentes dominios de la atención en salud mental. El uso de estas tecnologías ha permitido contar, en un breve tiempo, con los primeros datos fiables de comparación de servicios de salud mental en el ámbito internacional.

**Tabla 1**

**Modelo de matriz para la descripción estandarizada de sistemas sociosanitarios. La batería EPCAT evalúa los aspectos señalados en cursiva a nivel local (mesonivel)**

DIMENSIÓN GEOGRÁFICA	DIMENSIÓN TEMPORAL		
	(A) Fase de entrada	(B) Fase de proceso	(C) Fase de resultados
(1) Nivel país/región/ comunidad autónoma (macro)	1A –Gastos en servicios –Rol de los medios de comunicación –Legislación salud mental –Directrices del gobierno –Grupos de interés especial	1B –Funcionamiento/ indicadores de actividad por ejemplo tasas de admisión, tasas de ocupación de camas, tasas de tratamiento obligatorio)	1C –Tasas suicidio –Tasa de Mortalidad estandarizada –Sin techo –Cuestiones especiales
(2) Nivel local (área de cobertura) (meso)	2A –Evaluación de necesidades de la población – <i>Caract. de la población</i> –Tipos de servicios disponibles – <i>Presupuesto</i> – <i>Plantilla</i> –Gastos fijos –Particip. consumidores	2B –Políticas operativas – <i>Formas de atención</i> – <i>Patrones de uso de servicios</i> –Carga de casos – <i>Tasas de contactos</i> –Identificación de grupos especiales	2C –Estudios de resultados en el grupo –Prevención secundaria y terciaria –Disminución de estigma <i>local</i> –Mejoramiento del acceso a los servicios
(3) Nivel de paciente (micro)	3A –Evaluación de necesidades individuales –Demandas de los pacientes –Demandas de las familias	3B –Calidad de los tratamientos –Frecuencia y duración del tratamiento –Continuidad de la atención –Apoyo –Servicios ocupacionales	3C –Reducción de síntomas –Satisfacción –Calidad de vida/alojamiento –Discapacidad/rehabilitación laboral –Carga de los cuidadores

Modificado de Tansella y Thornicroft 1998.

## **5. La evaluación de servicios psiquiátricos en España. Comparaciones internacionales**

Diversos equipos de investigación españoles han participado en los grupos de evaluación de servicios mencionados anteriormente, a la par que se establecían redes nacionales e internacionales de colaboración. Tal es el caso de la red de investigación PSICOST, que agrupa seis equipos de españoles y que está asociada al grupo europeo EPCAT; o de la red MARISTAN, que coordina centros europeos y latinoamericanos. Estos equipos han desarrollado en los últimos años un intenso esfuerzo para consensuar metodologías (Salvador et al. 1998) y validar instrumentos en nuestro medio.

Un interesante fruto de este esfuerzo multidisciplinar, que indica la potencialidad de la atención sanitaria basada en datos/evidencias, puede encontrarse en el número monográfico que la revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* dedicó en el año 2000 a la atención de la esquizofrenia en esta Comunidad Autónoma (Madoz 2000). En el mismo se revisan los aspectos epidemiológicos, clínicos, de mapas de servicios, patrones de tratamiento, utilización de recursos y costes, necesidades y carga familiar relacionada con la atención a esta enfermedad. Otros trabajos de gran interés se refieren a la distribución de los costes de enfermedad por esquizofrenia en Granada (Saldivia 2000) o a la viabilidad de una metodología estandarizada para comparación de áreas sanitarias (Salvador et al. 2000a).

El creciente número de datos sobre servicios y costes de salud mental y, sobre todo, la comparación con otras áreas sanitarias del territorio o de otros países, arrojan algunos resultados sorprendentes. El grupo PSICOST encontró que los costes de la atención a pacientes esquizofrénicos eran inferiores en un área sin servicios intermedios que en otras dos donde sí los había. Sin embargo, cuando se comparaban los costes directos medios por paciente ajustados para el mismo año de referencia en las tres áreas españolas con los publicados en áreas de otros países europeos, las diferencias entre las áreas españolas se difuminaban y las tres quedaban muy por debajo de los costes ajustados en Alemania, Holanda, Italia o Gran Bretaña. Los costes eran hasta diez veces superiores en el Reino Unido (Haro et al. 1998).

Estos datos han sido refrendados por el primer estudio internacional de costes sobre la esquizofrenia, que refiere costes muy inferiores en Cantabria con res-

pecto a otras áreas europeas (Becker et al. 2000). Estos datos coinciden con el hallazgo de un aparente menor nivel de necesidades psiquiátricas en un área de Granada que en el distrito sanitario de Manheim (Alemania) (Salize 1999). Estas diferencias en los costes probablemente no indican una inusitada eficiencia de los servicios españoles, sino una falta generalizada en la provisión de dispositivos que sí existen en otros países. Tal vez no hay demanda porque no hay servicios, y no al revés.

La aplicación del modelo EPCAT (Salvador et al. 1998; Beecham y Munizza 2000) a la comparación internacional de servicios puede aportar luz al respecto. Recientemente hemos evaluado cuatro áreas españolas divergentes en cuanto a implantación de la reforma, situación geográfica norte/sur, urbanización y nivel de privación, y las hemos comparado con otras siete áreas sanitarias italianas en función de estos parámetros. En dichas áreas el grupo de trabajo EPCAT/PSICOST ha estudiado la disponibilidad de servicios y el uso de los mismos (Salvador 2000b). Aunque no se trata de áreas aleatorizadas o representativas de las posibles alternativas sanitarias en España e Italia; los resultados revelan marcadas diferencias transnacionales en la provisión de servicios residenciales (Tabla 2), intermedios (Tabla 3) y de atención ambulatoria y de urgencias (Tabla 4). Las áreas españolas analizadas presentan una ocupación mayor de camas hospitalarias por 100.000 habitantes. Sin embargo, la ocupación de camas residenciales no hospitalarias es mucho menor. Los servicios intermedios eran más numerosos y la diversidad de los mismos era mayor en Italia que en España, que a su vez presentaba una mayor sobrecarga de la atención ambulatoria y de urgencias hospitalarias. Las áreas españolas evaluadas carecían de servicios de atención de urgencia móviles. También se carecía en las áreas exploradas en nuestro país de servicios ambulatorios e intermedios de baja intensidad.

En resumen, los servicios disponibles y la utilización de los mismos no se ajusta a un modelo de psiquiatría comunitaria en España cuando se compara con áreas sanitarias de un país de nuestro entorno (Italia), independientemente de si las áreas pertenecen a una comunidad autónoma con implantación plena de la reforma y supresión completa de los hospitales psiquiátricos (por ejemplo, Loja, Granada) o no (caso de Gava, Barcelona).

**Tabla 2**  
**Estudio EPCAT. Uso de servicios residenciales. Ocupación de camas en un mes de referencia por 100.000 habitantes**  
**(datos absolutos entre paréntesis) en 4 áreas sanitarias españolas y 7 italianas**

ESMS Sección C (utilización de servicios)	ESPAÑA			ITALIA							
	Burlada	Gava	Loja	Madrid	Bolzano	Como	Genova	Napoli	Novi/Ovada/ Acqui T.	Roma	Torino
Área sanitaria (habitantes)	62.268	135.000	63.493	142.001	205.071	271.773	161.140	194.538	143.137	187.961	235.668
Unidades de seguridad	11,2(7)**	11,8(16)*	12,6(8)	19,7(28)	9,7(20)	7,7 (21)	16,7(27)	3,1(6)	8,3(12)	5,3(10)	4,2(10)
Camas hospitalarias para agudos		4,42(6)		0,7(1)	0,5(1)			2,6(5)			
Camas no hospít. para agudos					0,5(1)	2,2 (6)		7,8(15)		11,7(22)	11,5(27)
No agudo - hosp - tiempo limit. - apoyo 24h											
No agudo - hosp - tº limitado - apoyo diario											
No agudo - hosp - estancia indef. - apoyo 24 h											
No agudo - hosp - estancia indef. - apoyo diario											
Sub Total Hospitalario	11,2	18,42	15,74	24,62	10,7	9,9	16,7	13,5	8,3	17	15,7
No agudo - no hosp - tº limit. - apoyo 24h					6,4(13)	16,9 (46)	10,5(17)	1,5(3)		14,9(28)	16,9(40)
No agudo - no hosp - tº lim. - apoyo diario						0,4 (1)				4,8(9)	
No agudo - no hosp - tº lim - apoyo bajo											
No agudo - no hosp - estancia indef - apoyo 24 h					10,7(22)	78,4 (242)	54(87)		16,1(23)		20,5(48)
No agudo - no hosp - est. indef. - apoyo diario					16,1(33)	0,4 (1)	13(21)				
No agudo - no hosp - est. indef. - apoyo bajo						3,3 (9)	1,2(2)	15,4(30)		6,4(12)	
Sub Total No hospitalario	11,2	4,4	4,5	0	33,2	99,4	78,7	16,9	16,1	26,1	37,4
Total Ocupación de camas	22,4(14)**	22,8(31)*	20,24(13)	24,6(35)	43,9(90)	109,3(326)	95,4(154)	30,4(59)	24,4(35)	43(81)	53,1(125)

\* Datos incompletos sobre utilización de servicios.

\*\* Datos sobre utilización de servicios no incluidos en el área sanitaria no disponibles.

\*\*\* Los servicios están disponibles en el área sanitaria pero no se han utilizado en el mes de referencia.

	España	Italia
Total ocupación de camas	media 22,5	57,1
	D.S. 1,8	32,6
Ocupación camas hospitalarias	media 17,5	13,1
	D.S. 5,6	3,5
Ocupación camas no hosp.	media 5,0	44,0
	D.S. 4,6	32,3

**Tabla 3**  
**Estudio EPCAT. Usuarios de servicios intermedios en un mes de referencia por 100.000 hab. (datos absolutos entre paréntesis)**  
**en 4 áreas sanitarias españolas y 7 italianas**

ESMS Sección C (utilización de servicios)	ESPAÑA			ITALIA							
	Burlada	Gava	Loja	Madrid	Bolzano	Como	Genova	Napoli	Novi/Ovada/ Acqui T.	Roma	Torino
Área sanitaria (habitantes)	62.268	135.000	63.493	142.001	205.071	271.773	161.140	194.538	143.137	187.961	235.668
Servicios con admisión rápida (agudos)	11,2(7)	1,47(2)		7,72(11)	2,4(5)	0,7(2)		2,1(4)	4,2(6)		
Serv. intermedios laborales alta intensidad		0*			0,9(2)	1,1(3)			20,2(29)	**	1,6(4)
Activ rel con el trabajo alta intensidad	11,2(7)	0*		0,7(1)	21,4(44)	7(19)	3,1(5)		5,5(8)		2,9(7)
Otras activ. estructuradas alta intensidad	4,8(3)	24,3(33)	20,4(13)	4,9(7)	2,9(6)	22,8(62)	4,3(7)	3,6(7)	38,4(55)	20,7(39)	19(45)
Serv. de contacto social alta intensidad								1(2)			1,2(3)
Servicios laborales de baja intensidad					1,9(4)		2,5(4)				
Activ. rel. con el trabajo baja intensidad					0,5(1)		17,4(28)	3,1(6)		3,2(6)	19(45)
Otras activ. estructuradas baja intensidad					2,4(5)		1,2(2)	3,1(6)			26,3(62)
Serv de contacto social de baja intensidad					33,6(69)	31,6(86)	28,5(46)	12,9(25)	68,5(98)	23,9(45)	70(140)
Total de usuarios	27,2 (17)	25,7(35)	20,4(13)	13,3(19)							

\* Servicios disponibles que no fueron utilizados en el período de referencia.

\*\* Datos no disponibles.

	España	Italia
Total de usuarios	media D.S.	21,7 38,2
Total en serv. Laborales y activ rel.	media D.S.	6,3 22,1
Total otras activ y contacto social	media D.S.	3,0 10,8
	10,2 13,6	27,2
	10,2 19,9	19,9

**Tabla 4**

**Estudio EPCAT. Datos sobre atención comunitaria: contactos en urgencias y número de usuarios de servicios ambulatorios (códigos O5-O10) en un mes de referencia, por 100.000 hab. (datos absolutos entre paréntesis) en 4 áreas sanitarias españolas y 7 italianas**

ESMS Sección C (utilización de servicios)	ESPAÑA			ITALIA							
	Burlada	Gava	Loja	Madrid	Bolzano	Como	Genova	Napoli	Novi/Ovada/ Acqui T.	Roma	Torino
Área sanitaria (habitantes)	62.268	135.000	63.493	142.001	205.071	271.773	161.140	194.538	143.137	187.961	235.668
Serv. móviles urgencias 24 h.					12,7(26)	1,1(3)	19,2(31)	4,1(8)	8,3(12)		4,5(11)
Serv móviles urg. tº limitado	116(72)	51,6(70)*	49,3(32)*	54,9(78)*	33,1(68)	41,9	49(79)	6,7(13)	10,4(15)	4,8(9)	20,8(50)
Serv. de urgencias no móviles	97,9(61)	511,4(693) <sup>o</sup>		601,3(854) <sup>o</sup>	50,7(104)	54,4(148)	60,1(97)	15,4(30)	59,4(85)	26,1(49)	72,8(175)
Atención continuada alta intens.	467,3(291)				152,6(313)	30,1(82)	242,6(391)	17(33)	125,7(180)	23,4(44)	196,1(471)
Atención continuada media intens	1154,6(719)		932,4(592)		465,2(954)	140,1(381)	297,2(479)	246,7(480)	174,7(250)	324(609)	377,6(907)
Atención cont. baja intensidad	116(72)	51,6(70)*	49,3(32)*	54,9(78)*	45,8(94)	40,8(111)	68,2(110)	40,6(79)	77,9(112)	431,5(811)	331(795)
Total contactos asistenciales	1719,8(1071)	511,4(693)	932,4(592)	601,3(854)	668,5(1371)	224,8(611)	600(967)	304,3(592)	475,1(680)	778,9(1464)	904,7(2173)

\* Los datos sobre utilización de servicios son incompletos.

<sup>o</sup> La utilización de servicios móviles y no móviles no aparece desagregada en las bases de datos.

	España	Italia
Total de contactos	media 68,0	55,4
	S.D. 32,1	26,6
Total de usuarios	media 941,2	565,2
	S.D. 549,7	246,6

## Conclusiones

Los datos existentes sobre la situación del sistema de salud mental español son parciales y no permiten extraer conclusiones definitivas para la planificación sanitaria. Sin embargo, las diferentes fuentes de información (datos centrales y de las comunidades autónomas, informes del Defensor del Pueblo, documento AEN, encuestas, comparación de áreas pequeñas siguiendo la metodología EPCAT y estudios internacionales) parecen apuntar en una misma dirección:

- a) Notable insuficiencia de recursos humanos y materiales para atender la demanda. Esta insuficiencia es mayor en la dotación de dispositivos sanitarios y sociales de base en la comunidad; la atención a sectores de la población especialmente vulnerables como son las personas mayores, los adolescentes, los inmigrantes y los penados; y la atención a grupos de diagnósticos específicos emergentes, tales como la patología dual.
- b) Variabilidad en la dotación de recursos entre comunidades autónomas (y probablemente también dentro de una misma comunidad) en rangos de hasta diez veces, tanto en recursos humanos como materiales.
- c) Ausencia de mecanismos eficaces de coordinación, tanto entre una multiplicidad de redes de servicios de salud mental como con otros sectores relevantes (Servicios Sociales). Ello impide el funcionamiento efectivo del sistema en red o como un *Sistema Integrado de Servicios*.
- d) Ausencia de sistemas de información y de evaluación estables, válidos y fiables dentro de cada comunidad autónoma y en el ámbito nacional, que permitan conducir racionalmente la atención sociosanitaria de salud mental.

Así pues, en España, a pesar de las manifestaciones persistentes sobre la idoneidad de la reforma psiquiátrica, no se ha hecho más que establecer unos servicios comunitarios mínimos que no cubren las necesidades reales de esta población. De confirmarse los datos apuntados en ulteriores estudios comparativos con otros países, debería concluirse que no existe equidad en la disponibilidad y en el acceso de servicios psiquiátricos, ni en el ámbito autonómico ni con respecto a otros países de Europa. Si la atención psiquiátrica es tan poco costosa en nuestro país, no es por lo eficiente de la misma, sino por la carencia generalizada de recursos.

La infradotación de recursos de salud mental contrasta con una situación del con-

junto del sistema sanitario considerada como aceptable de acuerdo con algunos análisis internacionales recientes (Rodríguez et al. 2000). No es necesario ser adivino para predecir que la prolongación de esta situación conducirá a una intensa presión para el cambio en un plazo relativamente corto, al igual que ha ocurrido en otros países europeos. Dicha presión provendrá sin duda de los usuarios y familiares, y ello puede conducir nuevamente a la creación de dispositivos sin una planificación racional de las necesidades y demandas (tenemos ya el ejemplo de lo acontecido con los trastornos de la alimentación).

## **7. Recomendaciones**

Este panorama de precariedad podría aliviarse con una serie de medidas como:

- a) Creación de una comisión ministerial permanente de técnicos independientes que informase sobre la situación actual y asesorase sobre su desarrollo futuro.
- b) Establecimiento de un mapa nacional de servicios sociosanitarios de salud mental.
- c) Creación de una agencia de coordinación y de promoción de la salud mental de ámbito nacional, con una organización y finalidad inspiradas en agencias similares internacionales (por ejemplo, NIMH en EEUU),
- d) Aplicación del principio de «discriminación positiva» y no de contención de costes a la planificación y a la asignación de recursos para salud mental.
- e) Inclusión de la salud mental entre las líneas de investigación prioritarias en España, sin olvidar la evaluación de servicios y de resultados.

Estas medidas permitirían crear las bases para una planificación y dotación de servicios basada en datos o evidencias, que además se ajustara al principio de equidad interterritorial «horizontal» (todo paciente con enfermedad mental debe tener acceso a un conjunto mínimo de servicios en el estado) y sobre todo «vertical» (este acceso no debe diferir del existente para otras enfermedades médicas).

## Bibliografía

- Andrews G, May W, Goldstein G, Lapsley H, Bartels R, Silove D. The economic costs of schizophrenia: Implications for public policy. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 537-543.
- Aparicio V (Dir.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Cuaderno Técnico nº 4. Madrid: AEN; 2000.
- Becker T, Knapp M, Knudswen HC, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL. Aims, outcome measures, study sites and patient sample. EPSILON study 1. European Psychiatric Services: Inputs linked to outcome domains and needs. *Br J Psychiatry Suppl* 2000; 39: 1-7.
- Beecham J, Munizza C. Assessment of mental health in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (Supl. 405): 1-3.
- De Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform. A 20 year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000; 3-4: 197-214.
- Defensor del Pueblo. *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid: Defensor del Pueblo; 1992.
- García J, Espino A, Lara L (eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- García J, Vázquez-Barquero JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27 (5): 281-291.
- Gómez-Beneyto M, Asencio A, Brenguer MJ, Cebrián A, Cervera G, Llopis V, Salazar J, Soria A. Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del hospital psiquiátrico Padre Jofre de Bétera (1874-1986). En: Espinosa J (Dir.). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1986: 237-264.
- Gruppo Nazionale Progress (GNP). Le strutture residenziali psichiatriche. *Salute e Territorio* 2000; 121: 183-187.
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabasés J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL, PSICOST Group: Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 334-340.
- Johnson S, Salvador-Carulla L, EPCAT Group: Description and classification of mental health services: a European perspective. *European Psychiatry* 1998; 13: 333-341.
- Leff J, Thornicroft G, Coxhead N, Crawford C. The TAPS Project: A Five-Year Follow-Up of Long-Stay Psychiatric Patients Discharged to the Community. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165 (Suppl. 25): 13-17.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E. *Promotion of Mental Health on the European Agenda*. Report. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Dpt. for Prevention and Promotion; 2000.

- Madoz V. La esquizofrenia en Navarra: Presentación. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2000; 23 (Supl. 1): 5.
- McKee M, Berman P. Health targets in Europe: learning from experience. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 1.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe evolutivo de la Encuesta de Salud Mental periodo 1991-1994*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, DG de Aseguramiento y Planificación Sanitaria; 1996.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores de 1996*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, DG de Salud Pública; 1998.
- Murray CJL, López AD. *Global comparative assessment in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: World Health Organization; 1994.
- Muñoz PE, Madoz V, García B. Planificación. PASN-3. *Psiquiatría*, vol. IV y V. Pamplona: Diputación Foral de Navarra; 1979.
- Muñoz PE, Calve A. La Reforma de la Salud Mental en Madrid (I). *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1983; 7: 62-75.
- Muñoz PE, Prieto-Moreno L, Corces V. La Reforma de la Salud Mental en Madrid (II). *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1983; 8: 74-89.
- Muñoz PE, Ferreira A, Reneses B. Asistencia psiquiátrica, sistemas de información y gestión clínica de pacientes. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, febrero 2000.
- Polder JJ. Costs of diseases in The Netherlands 1994. Pamplona: *EUPHA Meeting*, 20-22 Nov 1999.
- Raftery J. Have «lunatics taken the asylums»? The rising costs of psychiatric services in England and Wales, 1860-1986. En: M. Knapp (ed.). *The economic evaluation of mental health care*. Aldershot: Arena; 1995: 215-228.
- Rice D, Miller LS. The economic burden of affective disorders. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166 (Suppl. 27): 34-42.
- Rodríguez M, Scheffler RM, Agnew JD. An update on Spain's health care system: is it time for managed competition? *Health Policy* 2000; 51: 109-301.
- Saldivia S. *Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad; 2000.
- Salize HJ, Kustner BM, Torres-González F, Reinhard I, Estévez JFJ, Rossler W. Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Manheim (Germany). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100: 328-334.
- Salvador-Carulla L. Mental Health Services in Spain. En: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N. *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy*. Vol. Schizophrenia (pp. 461-463). Chichester: J. Wiley & Sons; 1996.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Rodríguez-Blázquez C, Atienza C, Velázquez R. ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. *Psiquiatría.com* (revista electrónica) 1998; 2 (3): [13 pantallas]. [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

- Salvador-Carulla L, Atienza C, Romero C and the PSICOST/EPCAT Group. Use of the EPCAT Model of Care for Standard Description of Psychiatric Services: The Experience in Spain. En: J. Guimón, N. Sartorius (eds.). *Manage or Perish? The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 1999: 359-368.
- Salvador-Carulla L, Haro JM, Cabasés J, Madoz V, Sacristán JA, Vázquez Barquero JL. Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two widely differing health service areas in North-East Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100: 335-343.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Martínez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, Gaité L, Johnson S, PSICOST Group. Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (Suppl. 405): 24-32.
- Salvador Carulla L. Evaluación estandarizada de servicios de salud mental. *V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, Bilbao: noviembre 2000.
- Talbott JA. Stopping the revolving door. A study of readmission to a state hospital. *Psychiatric Quarterly* 1974; 48: 599-604.
- Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 1998; 28: 503-508.
- Tresserras R, Castell C, Sánchez E, Salleras L. Health targets and priorities in Catalonia, Spain. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 51-56.
- Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment II: Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 411-419.
- World Health Organization. *Mental Health Services in Pilot Study Areas. Report of a European Study*. Copenhagen: Regional Office for Europe, WHO; 1989.
- World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen: Regional Office for Europe, WHO; 1996.