DOCUMENTO TÉCNICO PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DE ESTRATÉGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Elaborado conjuntamente con la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP)

Coordinación: Isabel Montero Piñar

Autores: Autonell Caldentey, Jaime
Bulbena Vilarrasa, Antoni
Haro Abad, Josep Maria
Montero Piñar, Isabel
Moreno Küstner, Berta
Munárriz Ferrandis, Mikel
Torres Gonzalez, Francisco
Salvador-Carulla, Luis

Colaboradores: ***Pinto, Alejandra***
Talavera, Marta

Barcelona, 31 de Diciembre de 2005

INDICE DE CONTENIDOS

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN ESPAÑA 9

1. INTRODUCCIÓN 9

1.1 DEFINICIÓN DE SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL 9
1.2 LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA 10

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA 10

2.1 LOS DOCUMENTOS CONSULTADOS 10
2.2 DESCRIPCIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL 11
2.2.1 A nivel nacional 12
2.2.2 Por Comunidades Autónomas 13
2.3 CONCLUSIONES 21

3. ESPAÑA Y EUROPA ANTE EL RETO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL 22

4. ALGUNOS PROBLEMAS Y REQUISITOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ESPAÑA. 24

5. BIBLIOGRAFÍA 26

TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN ESPAÑA: FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN. 28

1. INTRODUCCIÓN. 28

2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES 29

3. PREVALENCIA-VIDA Y PREVALENCIA-AÑO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN ESPAÑA. 30

4. PREVALENCIA-VIDA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS 36

5. FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE PADECER UN TRASTORNO MENTAL EN ESPAÑA. 36

6. COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ESPAÑA. 37

7. CONCLUSIONES 38

8. BIBLIOGRAFÍA. 39

TRASTORNOS MENTALES GRAVES: FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN..... 40

1. INTRODUCCIÓN 40

2. METODOLOGÍA 41

2.1. FUENTES DE INFORMACIÓN 41
2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL INFORME 42

3. PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES ...42

3.1. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS 42
3.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO 46

4. LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA 47

5. CONCLUSIONES.....48

6. BIBLIOGRAFÍA.....49

SITUACIÓN DE LOS RECURSOS DEDICADOS A SALUD MENTAL EN ESPAÑA 51

1. INTRODUCCIÓN 51

1.1 ANTECEDENTES 51
1.2 DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO Y ALCANCE DEL INFORME.....51

2. RECURSOS HUMANOS 53

3. LOS DISPOSITIVOS 55

3.1 CUESTIONES PREVIAS.....55
3.2 UNIDADES/CENTROS DE SALUD MENTAL 56
3.3. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN 57
3.3.1 Unidades de Hospitalización Breve.....57
3.3.2 Hospitalización parcial 59
3.4 DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN 59
3.4.1. Unidades de rehabilitación residencial.....59
3.4.2 Servicios de Día en diferentes grados de intensidad.....60
3.4.3 Alternativas laborales.....61
3.5 ALTERNATIVAS RESIDENCIALES.....62
3.5.1. Dispositivos hospitalarios 62
3.5.2 Alternativas no hospitalarias.....63
3.5.3 Hospitales Psiquiátricos.....63

4. OTROS DATOS.....63

4.1. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA DE LOS RECURSOS.....63
4.2 DISPOSITIVOS INEXISTENTES O NO REGISTRADOS.....64
4.3 LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 64

5. CONCLUSIONES.....65

6. BIBLIOGRAFÍA 66

LA FAMILIA: RECURSO COMUNITARIO BÁSICO 68

1. INTRODUCCIÓN 68

2. CARGA FAMILIAR 69

3. ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE LOS PLANES DE SALUD MENTAL A LA CARGA FAMILIAR 71

3.1. MÉTODO 71
3.2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS 74
3.3. DISCUSIÓN 77

4. CONCLUSIONES 80

5. BIBLIOGRAFÍA 81

MARCO JURÍDICO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA.. 84

1. REGULACIÓN DEL INGRESO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO EN ESPAÑA. 84

1.1. MARCO JURÍDICO 84
1.2. ANTECEDENTES 85
1.3. EL ART. 763 DE LA LEC 86
1.4. REALIDAD EPIDEMIOLÓGICA 87
1.5. RECOMENDACIONES 88

2. EL TRATAMIENTO INFORMADO Y CONSENTIDO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA. 89

2.1. EL ART. 9 89
2.2. RECOMENDACIONES 90

3.. LAS MEDIDAS COERCITIVAS DURANTE EL INGRESO PSIQUIÁTRICO. UN VACÍO NORMATIVO. 91

3.1. ESTUDIO EUNOMIA 91
3.2. RECOMENDACIÓN DEL DEFENSOR DEL PUEBLO 93
3.3. RECOMENDACIONES 93

4. EL TRATAMIENTO COMUNITARIO COMPULSIVO PTP. UNA PROPOSICIÓN DE LEY. 94

4.1. RECOMENDACIONES 95

5. INGRESO Y TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES DELINCUENTES. .. 95

5.1. EVOLUCIÓN JURÍDICA Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA 96
5.2. PROCEDIMIENTOS. 97
5.3. MEDIDA DE INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO. 99
5.4. ACTUACIONES Y PROBLEMAS TRAS LA EXCARCELACIÓN. 100
5.5. OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PRAXIS 100
5.6. OPINIÓN PÚBLICA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. 101
5.7. RECOMENDACIONES 102

6. EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO DENTRO DEL SISTEMA PENITENCIARIO, UN ESTUDIO NECESARIO. 102

7. BIBLIOGRAFÍA 104

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES. 105

1. RESUMEN 105

2. INTRODUCCIÓN 105

3. FINANCIACIÓN: CONCEPTO Y ANÁLISIS DE DIFERENTES PERSPECTIVAS..... 106

3.1. ¿QUÉ ES UN ESTUDIO DE FINANCIACIÓN DE SALUD? 106
3.2. PERSPECTIVA DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD: RELACIÓN ENTRE ESTUDIOS DE COSTES Y ESTUDIOS DE FINANCIACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD. 108
3.3. PERSPECTIVA DE LA CONTABILIDAD SANITARIA 109
3.4. PERSPECTIVA DE LOS DIFERENTES AGENTES DEL SISTEMA SANITARIO 110

4. ANÁLISIS DEL CONTEXTO: LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA 111

4.1. LA FINANCIACIÓN SANITARIA 111
4.1.1 Financiación sanitaria pública 111
4.1.2. Financiación sanitaria privada 115
4.2. LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES 116

5. FINANCIACIÓN Y GASTO EN SALUD MENTAL 119

5.1. ASPECTOS GENERALES 119
5.2. FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA 120
5.3. FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES EUROPEOS 127

6. RECOMENDACIONES 131

7. BIBLIOGRAFÍA 133

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sistemas de información en salud mental en España según el documento consultado..... 13
Tabla 2. Descripción de los sistemas de información en salud mental en España..... 15
Tabla 3. Características socio-demográficas de los sujetos entrevistados (datos sin ponderar), características de la muestra final después de la ponderación y valores de la población española según el censo de 2001 (INE)..... 29
Tabla 4. Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española)..... 31
Tabla 5. Prevalencia-año y odds ratio sin ajustar y ajustados de padecer un trastorno mental según factores socio-demográficos 33
Tabla 6. Pevalencia de trastornos mentales en el Reino Unido. Encuesta Nacional de morbilidad psiquiátrica de Gran Bretaña. Tasas por mil habitantes 43
Tabla 7. Prevalencia año y prevalencia vida de trastornos mentales en Holanda. Estudio Nemesis. Tasas por cien habitantes..... 43
Tabla 8 . Utilización centros salud mental (csm) Cataluña. Datos CMBD. Año 2003. (tasas por 1.000 habitantes)..... 44
Tabla 9. Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines en el área sanitaria de Granada Sur. Año 1999. Número de casos y tasas por mil habitantes según edad y sexo..... 44
Tabla 10. Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines según Registros de Casos españoles. Año 1998. Tasas estandarizadas para 1000 habitantes..... 45
Tabla 11. Altas de unidades de agudos de cuatro comunidades por edad y año y diagnóstico de esquizofrenia. Datos procedentes del CMBD de cada Comunidad Autónoma..... 45
Tabla 12. Altas de unidades de agudos de cuatro comunidades por sexo y año y diagnóstico de esquizofrenia. Datos procedentes del CMBD de cada Comunidad Autónoma..... 46
Tabla 13. Tasas comparadas por 100000 habitantes de profesionales en relación con otros paises y recomendaciones de la AEN. 53
Tabla 14. Tasas por 100000h de diferentes profesionales por Comunidades Autónomas.. 54
Tabla 15. Tasas de personal por 10^5 habitantes en relación con las áreas de salud del PV (excluyendo los dispositivos de conductas adictivas e incluyendo los dispositivos psiquiátricos de ámbito provincial)..... 54
Tabla 16. Centros de Salud Mental por CCAA. Tasas por 10000 Km 2 y Habitantes por Centro..... 56
Tabla 17. Porcentaje de camas de agudos en Hospitales Psiquiátricos en algunas CCAA españolas y en la región Europea de la OMS..... 57
Tabla 18. Camas de hospitalización de agudos por 10000 habitantes 58
Tabla 19. Camas de Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales en España y paises de su región y nivel económico..... 58
Tabla 20. Hospitales de dia Plazas, plazas por 100000 h y número de dispositivos..... 59
Tabla 21. Unidades de Rehabilitación Hospitalarias/Comunidades Terapéuticas. Numero de dispositivos, plazas y tasas por 100000 habitantes en diferentes CCAA..... 60

Tabla 22. Plazas absolutas, plazas por 100000 habitantes en Centros de Rehabilitación y plazas absolutas en Centros de Día por CCAA 60
Tabla 23. Número y plazas de recursos con intención de inserción laboral de diferente intensidad 61
Tabla 24. Tasas por 100000 habitantes de camas en Unidades de Media Estancia (UME), Unidades de Larga Estancia (ULE) y Centros Psicogeriátricos (CPG) por CCAA donde existe el dispositivo con esas denominaciones 62
Tabla 25. Dispositivos residenciales no hospitalarios 63
Tabla 26. Programas de Continuidad de Cuidados 64
Tabla 27. Dispositivos de Salud Mental Infantil (datos resumidos) 64
Tabla 28. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad sobre la situación de las personas que prestan cuidados a familiares con un trastorno mental grave en los Planes de Salud Mental. 72
Tabla 29. Planes de salud mental de las CC.AA. y documentación empleada en este trabajo. 73
Tabla 30 . Contenidos Simbólicos 74
Tabla 31 . Contenidos operativos 75
Tabla 32 . Contenidos operativos de apoyo al Plan 76
Tabla 33. Transferencias previstas del Ministerio de Sanidad y Consumo a las CCAA para el año 2006 (además del presupuesto propio) (fuente: MHEEN en base a datos del MSyC,2005) 113
Tabla 34. Gasto sanitario total según los diferentes agentes de financiación en España (Relaño y García, OCDE; 2004) 114
Tabla 35. Evolución del Gasto sanitario público por funciones (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2003) 114
Tabla 36. Evolución del gasto privado en España (INE, Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2003) 115
Tabla 37. Gasto en atención social a población con discapacidad en 2004 por parte de las CCAA (en millones de euros) (IMSERSO, 2004) 118
Tabla 38. Personas con certificado de minusvalía (discapacidad superior a 33%) por causa psíquica excluyendo discapacidad intelectual en 1999. 118
Tabla 39. Datos sobre gasto y financiación en Salud Mental en 4 CCAA: Cataluña, Andalucia, Madrid y Navarra (Informe Técnico Psicost, 2004) 121
Tabla 40. Proporción del gasto sanitario público en Salud Mental en 9 CCAA, en España y media Europea (UE-17) (MHEEN, informe técnico, 2005) 122
Tabla 41. Presupuesto de CatSalut – 2005: Total y para la categoria V de CIM-9-MC (trastornos mentales y demencia) (miles de euros) (elaboración sobre Informe SOIKOS, Departament de Sanitat, 2005) 124
Tabla 42. Sugerencia de información desagregada de funciones de atención por parte de la OCDE (Sistema de Contabilidad de Salud –SHA) y Clasificación Internacional de Contabilidad Sanitaria (ICHA) (OECD, 2000) 127

Este documento técnico se elabora a petición de la Comisión de Expertos nombrada por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Su objetivo es el de ofrecer una información actualizada de la situación de la Salud Mental en España, a partir de las fuentes disponibles, que facilite a la Comisión elaborar una propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. La variedad de los contenidos estudiados impide una aproximación metodológica homogénea, pero sin duda permite ofrecer una visión más amplia de la situación actual de la Salud Metal en España.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

1. Introducción

1.1 Definición de Sistema de Información en Salud Mental

Los conceptos Registros y Sistemas de Información están estrechamente relacionados. Last (1989) definió un Registro Sanitario como un archivo de datos relativos a todos los casos de una determinada enfermedad o de otro proceso de importancia para la salud, en una población definida, de modo que los casos puedan relacionarse con una población base. Completando esta definición, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (2000) ha definido un Registro Sanitario como un archivo de datos sistemático, continuado y recuperable de manera eficiente relativo a elementos de importancia para la salud, en una población definida, de modo que los elementos registrados puedan relacionarse con una población de base.

Para llegar al concepto de lo que consideramos un sistema de información, a las definiciones anteriores, le añadimos una dimensión más que ya planteó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1973 al definir un Sistema de Información Sanitaria (en nuestro caso sobre salud mental) como *una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia.*

En resumen, en un sistema de información los datos deben ser registrados de forma continua y sistemática, y además debe ser posible su recuperación para lo cual deben estar contextualizado en una estructura capaz de generar un análisis y explotación de la información útil para la clínica, gestión e investigación. Tradicionalmente, estos sistemas de información, en el ámbito de la salud mental se han denominado *Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos* o simplemente *Registros de Casos Psiquiátricos*. Sus características básicas se resumen en : i) estár centrados en los pacientes; ii) ser longitudinales; iii) recoger los contactos de los pacientes con un conjunto de servicios de un área geográfica delimitada.

1.2 La atención a la Salud Mental en España

En España, la atención a la salud mental se enmarca en el nivel especializado del sistema sanitario y está basada en los principios de la atención comunitaria, lo que ha supuesto el traspaso del eje de la atención a la salud mental desde el hospital psiquiátrico a una red de recursos sanitarios integrados en la comunidad. La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, por tanto para garantizar la continuidad de los cuidados es necesaria la coordinación entre los dos niveles de atención. La filosofía de la reforma psiquiátrica en España ha estado marcada por los principios de la Psiquiatría Comunitaria (Becker y Vázquez-Barquero, 2001): el proceso de desinstitucionalización y cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos, el desarrollo de servicios y programas comunitarios alternativos, la integración en los servicios sanitarios y la integración en los servicios sociales. A medida que las personas con enfermedad mental se integran en la comunidad, utilizan recursos no solamente sanitarios, sino también aquellos que dependen de otras administraciones como por ejemplo servicios sociales lo cual dificulta el conocimiento de la situación clínica y actividad asistencial de dichos pacientes.

Unido a este mosaico de servicios que componen la red de atención a la salud mental, existen diferencias entre las comunidades autónomas (CCAA) ya que el proceso de implementación y desarrollo de la atención comunitaria ha sido diferente y mientras que en algunas la atención comunitaria a la salud mental está completamente implantada, en otras está en fase de desarrollo lo que implica la existencia de diferentes tipos de dispositivos asistenciales en cada comunidad.

Sin embargo, aunque la reforma psiquiátrica en España ha supuesto uno de los cambios más importantes que han acaecido en el sistema sanitario español, sobre todo por la repercusión social y el impacto económico de estas medidas, resulta sorprendente la falta de una evaluación sistemática de los resultados de este proceso tanto para los pacientes y sus familiares como para los profesionales y para el conjunto del sistema sanitario. En el ámbito de la evaluación, uno de las grandes insuficiencias del proceso de reforma ha sido la ausencia de información fiable desde sus inicios en todo el territorio del estado para realizar una correcta evaluación del proceso.

2. Descripción de la situación de los sistemas de salud mental en España

2.1 Los documentos consultados

En los últimos años ha existido una preocupación general desde distintos ámbitos institucionales por conocer la situación de los Sistemas de Información en Salud Mental en España (SISME). Prueba de ello es que en los documentos publicados sobre la situación de la salud mental en España se aborda de alguna manera este tema. Los 4 documentos que han servido para ofrecer una visión general del tema en todo el territorio nacional son los siguientes:

- Documento 1: "Directorio de Registros Sanitarios Españoles de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias" (AETS, 2000; Imaz, 2004), a partir de una encuesta realizada a los profesionales de los sistemas de información sanitaria que funcionan en España. El objetivo fue identificar y describir los

registros sanitarios de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y detectar áreas prioritarias de evaluación que precisan el desarrollo de sistemas de registro. Se envió un cuestionario a los registros sanitarios identificados a través del cual se le solicitaba información sobre las características básicas de los sistemas de información.

- Documento 2: "Hacia una Atención Comunitaria de la Salud Mental de Calidad" (Bravo y cols., 2000), informe de la Asociación Española de Neuropsiquiatria (AEN). En el apartado sobre "La Evaluación de Estrategias de Mejora" se plantea la situación de los sistemas de información en España y se ofrece una visión general de los mismos a partir de la recopilación de información relevante sobre el tema a nivel de todo el Estado español.

- Documento 3: "Informe de Situación de Salud Mental" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002) elaborado por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo fue mostrar una radiografía en todo el territorio del Estado español sobre la situación de los diferentes aspectos relacionados con la salud mental, entre los que figuran los sistemas de registro de patologías psiquiátricas. Este documento está elaborado a partir de un cuestionario que se ha pasado en todas las comunidades autónomas a fecha 31 de diciembre del 2001. La pregunta concreta respecto a los sistemas de información era la siguiente: "¿Qué registros funcionan en su comunidad referidos a problemas de salud mental?".

- Documento 4: "El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España" (Salvador I, 2005) elaborado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Se cumplimentó de un cuestionario (modificado a partir del utilizado en el documento 3) por parte de los responsables de la AEN en cada CCAA, actualizado a Diciembre de 2003.

La información extraída de los documentos anteriores se ha completado con una visión más actualizada sobre los SISME que se presentó como ponencia en una Conferencia Temática de la *World Psychiatric Association* bajo el título *Information and Assessment Systems of Mental Health Services in Spain* (Reneses, 2005). La ponencia se elaboró a partir de una encuesta a nivel de cada comunidad autónoma en la que se pidió una descripción del sistema de información en salud mental.

Por último, esta información ha sido completada y contrastada con los profesionales implicados en los sistemas de información de cada comunidad autónoma.

2.2 Descripción de los sistemas de información en salud mental

En España, a partir de los cambios acaecidos tras la reforma psiquiátrica, en algunas comunidades autónomas se planteó la necesidad de contar con instrumentos que permitieran la evaluación de los objetivos de la reforma, tratando de superar los sistemas de información de carácter puramente administrativo. Un grupo de expertos de salud mental, tras varias reuniones de trabajo entre 1985-88 llegó a la conclusión de que un registro acumulativo de casos psiquiátricos sería el método más idóneo para recoger

la información necesaria sobre el funcionamiento de los sistemas de salud mental en nuestro país (Pons i Antón y cols., 1992). Por tanto, en España, en la década de los 80, surge una corriente de creación de registros acumulativos de casos psiquiátricos (RCPs). Entre ellos se encuentra el del País Vasco que se creó en 1983, el de Asturias funciona desde 1986 y se puede considerar como una herramienta para evaluar la calidad de la atención y planificación de servicios (Pedreira Massa y Eguiagaray, 1996; Iglesias García, 2001). Aunque con una vida más efímera existió un RCPs en Valencia durante 6 meses del año 1986. Dejó de funcionar por falta de apoyo institucional pero a partir de dicho proyecto se realizó una publicación en la que se presentaba "la experiencia adquirida y los resultados de la explotación del Registro durante los escasos meses de funcionamiento… para orientar a otros equipos de investigación que se ocupen de proyectos similares" (Gómez Beneyto y cols., 1989). También se creo un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos en la Comunidad de Madrid en 1987 (Fernández Liria y cols., 1994) y en la CA de la Rioja en 1990.

2.2.1 A nivel nacional

No existe un único sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial de los pacientes mentales en cada comunidad autónoma y este centralizado a nivel nacional. Solamente se recoge información centralizada sobre el proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria.

2.2.1.1 Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD)

Se puede definir el CMBD del paciente asistido en un centro hospitalario como un conjunto de variables obtenidas desde el ingreso, durante su estancia, y en el momento del alta, que proporcionan datos demográficos sobre el paciente, la institución y servicio que lo atiende y su proceso asistencial. Representa, en definitiva, aquella información básica cuya necesidad es común a diferentes usuarios (clínicos, gestores, planificadores, epidemiólogos...) sin que eso signifique que sea suficiente a cada uno de ellos. El CMBD supone el principal sistema de recopilación de información sobre la actividad hospitalaria existente en España. La Comisión de Análisis y Seguimiento del CMBD es la encargada desde 1995 de evaluar la calidad del mismo y valorar la información producida, formar al personal para su cumplimentación, proponer metodologías de análisis, garantizar la confidencialidad de la información e impulsar la investigación para la mejora del sistema.

La amplia implantación del CMBD posibilita la comparación de datos en el ámbito local, autonómico, nacional e internacional, si bien como conjunto mínimo básico de datos puede, lógicamente, ser ampliado en función de las necesidades locales de información.

2.2.2 Por Comunidades Autónomas

En general se puede afirmar que cada comunidad autónoma tiene su propio método de recoger información respecto a la actividad asistencial de los pacientes mentales. En la Tabla 1se presentan los SISME de cada CA según el documento consultado.

Tabla 1. Sistemas de información en salud mental en España según el documento consultado

Comunidad Autónoma	Documento 1 AETS, 2000	Documento 2 AEN,2002	Documento 3 M. Sanid. y Cons..2002	Documento 4 AEN, 2004	
				¿Sistema Información?	¿Recogida de datos?
Andalucía	R.EXT.HOSP. R.MON (Granada)	R.EXT.HOSP. R.MON. (Granada)	CMBD+R.EXT.HOSP.	SI	SI
Aragón	RACP		RACP[1] (CMBD)	En elaboración	SI
Asturias	RACP	RACP	RACP (CMBD)	Si	SI
Baleares		Reg.Actividad	CMBD+AGREGADA	NO	NO
Canarias		RACP	RACP (CMBD) [2]	SI	SI
Cantabria			CMBD +AGREGADA	NO	NO
Castilla La Mancha			CMBD+AGREGADA[3]	Estructura y actividad	General sistema sanitario (AT especializada)
Castilla y León			CMBD +AGREGADA	SI	SI
Cataluña		R.EXT.HOSP	CMBD[4] +AGREGADA	SI	SI
Extremadura			CMBD +AGREGADA	No	SI
Galicia	RCP	RACP	RACP (CMBD)[5]	SI	RACP (parcial), CMBD
Madrid		RCP RACP	CMBD+R.EXT.HOSP.	SI	RACP y Sist. generales de Atenc.Especializada
MELILLA				SI	SI
Murcia	RACP	RACP	CMBD+R.EXT.HOSP.	SI	SI
Navarra		RCP	CMBD+R.EXT.HOSP.	SI	SI
País Vasco	RCP	RCP[6]	CMBD+R.EX.HOSP.	SI	RACP y CMBD
La Rioja	RACP	RACP	RACP (CMBD)	SI	RACP
Valencia	R.HOSP (Castellón)		CMBD+AGREGADA[7]	NO	SI

RCP= Registros de Casos Psiquiátricos; RACP= Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos; R.HOSP.= Registros Hospitalarios
R.EXT.HOSP.= Registros extra-hospitalarios; CMBD= Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
R.MON.= Registro monográfico sobre esquizofrenia
[1] Está limitado a los centros de salud mental gestionados por la CA
[2] En pilotaje
[3]Está parcialmente implantado un RCP limitado a los centros de salud mental infantil y juvenil
[4]Se completa con datos de centros de salud Mental
[5] Parcialmente implantado
[6]Solamente aparecen los registros de Guipúzcoa y Vizcaya
[7]Existe un registro especial de casos referidos a un área de salud (Registro Hospitalario de Castellón)

En el informe de la AETS (2000) aparecen 6 registros [acumulativos] de casos psiquiátricos, un registro de los casos que acuden a los equipos de salud mental comunitarios y dos registros monográficos (uno sobre esquizofrenia y otro de pacientes crónicos). Del resto de las CCAA, este directorio, no ofrece información bien porque no cumplimentó el cuestionario que se envió o bien porque los sistemas de información no cumplían los criterios definidos por los autores del trabajo para considerarlos registros sanitarios. Este panorama sobre los sistemas de información en salud mental en España, se completa con el documento 2. Aunque los autores no han realizado una recogida exhaustiva de todos los sistemas de información en cada CA, si ofrecen una información más completa ya que aparecen 8 registros [acumulativos] de casos psiquiátricos, dos extrahospitalarios y un registro de actividad. En el resto de las comunidades autónomas existe algún sistema de recogida de información en salud mental (como mínimo se recoge la actividad de los profesionales). El documento 3 ofrece una información más exhaustiva de los SISME y divide las CCAA en 5 con registro acumulativo de casos convencional, 5 con registro de casos extrahospitalarios y 7 con recogida de actividad asistencial agregada. Por último, el documento 4 clasifica las CCAA en aquellas que tienen un sistema de información (12) y las que no (3), además en una está en fase de elaboración y en otra se recoge información de estructura y actividad. Por último, en dos CCAA no se realiza recogida de datos.

Aunque existe bastante coincidencia respecto a los sistemas de información de cada CA a partir de los documentos consultados también se presentan algunas contradicciones y falta de información. En la Tabla 1 se puede observar cómo varía la denominación de dichos sistemas según la fuente consultada. Un ejemplo puede ser que el Registro Acumulativo de Casos de Asturias ya consolidado, no figura como tal en el documento de la AEN (2004). En Baleares no existe ningún tipo de recogida de datos ni sistema de información (AEN, 2004) cuando en documentos anteriores si lo había. En el caso de Madrid, quizás este reflejado en estos documentos, las diferentes fases por las que ha pasado el sistema de información de dicha comunidad autónoma. En Aragón aparece un RACP de un área de la CA (AEN,2002), el cual no llegó a funcionar como tal. Mientras que en el País Vasco, el documento del Ministerio lo incluye en aquellos que disponen de registro de casos extra hospitalario, cuando realmente funciona un RCP.

En la Tabla 2 se presenta cada sistema de información por comunidad autónoma, una vez contrastada la información disponible en los documentos anteriores.

Tabla 2. Descripción de los sistemas de información en salud mental en España

Comunidad Autónoma	Área cubierta	Fuentes de información (Salud Mental)					Identificación del caso en el SISM	Clasificación diagnóstica en el SISM
		Equipos Comunitarios	Unidades infanto-Juveniles	Hospitales de día/ u.rehabilitación	U. media y larga estancia	U. agudos en H.G		
Andalucía	Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía (SISMA)					CMBD		
	Toda la CA	SI	SI	En desarrollo	En desarrollo		Nº Hª Clínica	CIE-10
Aragón	En desarrollo SISM. Actualmente indicadores asistenciales por servicios.					CMBD		
							Nº Hª Clínica	CIE-10
Asturias	Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos del Principado de Astúrias					CMBD		
	Toda CA	Si	SI	SI	Si	SI	CCP	CIE-9
Baleares	Sólo algunas áreas	En desarrollo	En desarrollo	NO	NO	CMBD	TIS	CIE-9
Canarias	Registro de Casos Psiquiátricos en fase piloto							
	Sólo algunas áreas (piloto)	Si	SI	SI	SI	CMBD	NºHª clínica	CIE-10
Cantabria	Indicadores asistenciales por servicios					CMBD		
Castilla la Mancha	En desarrollo SISM							
	Toda CA	En desarrollo	RACP	En desarrollo	En desarrollo	CMBD	TIS	
Castilla y León	Indicadores asistenciales por serviciosI					CMBD	NºHª Clínica	
								CIE-10
Cataluña	Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros Ambulatorios					CMBD		
	Toda CA	SI	SI	SI	NO		TIS	CIE-9
Extremadura	Indicadores asistenciales por servicios					CMBD		CIE-10
Galicia	Sistema de Gestión Ambulatoria					CMBD		
	Parcialmente implantado	.SI	SI	NO	NO		CCP	CIE-9
Madrid	Sistema de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid					CMBD		
	Toda CA	SI	SI	En algunas áreas	En algunas áreas		NºHª Clínica	CIE-9
Murcia	Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de la Región de Murcia					CMBD	TIS	
	Toda CA	SI	SI	En desarrollo				CIE-10
Navarra	Registro de Casos de Salud Mental de Navarra					CMBD	TIS	
	Toda CA	SI	SI	SI	NO			CIE-10
País Vasco	Registro de Pacientes Psiquiátricos del País Vasco					CMBD		
	Toda CA	SI	SI	SI	SI	SI	CCP	CIE-9
La Rioja	Registro Acumulativo de Casos de la Rioja					CMBD		
	Toda CA	SI	SI	SI	SI	SI	CCP	CIE-10
Valencia	Indicadores asistenciales por servicios					CMBD		

CCP= Código de conexión probabilística (iniciales del nombre+fecha nacimiento+sexo+código lugar nacimiento); TIS= Tarjeta de Identificación Sanitaria.

Las CCAA las hemos agrupado en tres grandes bloques:

Grupo 1. Disponen de un registro de casos psiquiátricos convencional que cubre toda la CA. Grupo 2. Disponen de un registro de casos psiquiátricos extrahospitalarios que cubre toda la CA. Grupo 3. En este grupo se están empezando a implantar registros de casos psiquiátricos extrahospitalarios. Grupo 4. Se recoge la actividad extrahospitalaria de forma agregada.

2.2.2.1 Grupo 1.

Registros de casos psiquiátricos. En Asturias, La Rioja y el País Vasco se dispone de un registro de casos psiquiátricos con datos clínicos, sociodemográficos, de actividad asistencial e itinerario de los usuarios que cubre TODA la comunidad autónoma. En estas CCAA existe un sistema de información único que integra todos los dispositivos asistenciales de la red pública de salud mental incluida información que proviene de las unidades de agudos de los hospitales generales (que se recogen en los CMBD). Estos sistemas generan información rutinaria a nivel de indicadores de gestión e indicadores epidemiológicos, centralizados por cada paciente.

Entre ellos se encuentra el Registro Acumulativo de Casos del País Vasco, el Registro Acumulativo de Casos de Asturias y el Registro Acumulativo de Casos de la Rioja. Los tres tienen como objetivo principal facilitar información para la gestión y evaluación de los servicios de salud mental. Se registran los siguientes datos de cada paciente que acude a un centro de salud mental: identificación del paciente (código de conexión probabilística), variables sociodemográficas, tratamiento farmacológico, tipo y lugar de la cita, caso nuevo o seguimiento, tipo de actividad, motivo de la consulta, derivación y diagnóstico. Se recoge la información de todos los dispositivos asistenciales de la red incluso de los intermedios y los hospitalarios. Se elaboran indicadores por profesionales, por servicios, por programas, etc… La periodicidad de la explotación según los dispositivos es mensual, cuatrimestral y anual y se generan tanto datos de actividad asistencial, morbilidad psiquiátrica e indicadores epidemiológicos.

2.2.2.2 Grupo 2.

Registro de casos psiquiátricos extrahospitalarios. En las siguientes CCAA funcionan registros de casos psiquiátricos extrahospitalarios para toda la región: Andalucía, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra.

El registro de casos psiquiátrico extrahospitalario se centra en los pacientes que acuden a los equipos de salud mental comunitarios y, dependiendo de cada CCAA puede también incluirse las unidades de salud mental infanto-juvenil, unidades de rehabilitación, centros de día, etc (excepto las unidades de hospitalización de los hospitales generales registradas en los CMBD). Al ser los equipos de salud mental comunitarios la puerta de entrada al nivel especializado de salud mental se supone que todos los pacientes deben acudir a los mismos por lo que es difícil que se pierdan los casos. Pero esta información no está conectada con la actividad hospitalaria que se recoge en los CMBD (como ocurre en el grupo anterior), por lo tanto, no es posible tener una visión conjunta y única del uso de servicios que realizan estos pacientes. Se realizan estadísticas de rutina de la actividad asistencial en cuanto a indicadores de gestión por servicios, por profesionales e incluso por actividad. No suelen presentar indicadores epidemiológicos.

Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía. (SISMA) El SISMA tiene sus inicios en 1992 pero no es hasta el año 2000, con el desarrollo de una nueva aplicación informática, cuando se implanta en la totalidad de los equipos de salud mental ambulatorios de Andalucía (72). Es un sistema de información específico e integrado tanto para admisión, gestión de la agenda y las citas de los pacientes así como para recogida de información sobre las actividades y datos clínicos de dichos pacientes. Actualmente, los dispositivos en los que se recoge la información en el SISMA son los equipos de salud mental comunitarios y las unidades de salud mental infantil y juvenil. Está en proceso de desarrollo en las unidades de media y larga estancia y en las unidades de rehabilitación. Para identificar a los pacientes se utiliza el número de historia cínica en cada dispositivo, lo que implica que no es una identificación única por paciente ya que, aunque no es normal que ocurra si un paciente acude a dos dispositivos contará con dos números de identificación diferentes. La explotación de la información se realiza mediante estadísticas rutinarias mensuales, que se envían por internet a los coordinadores las áreas de salud mental. En estas memorias se incluyen indicadores asistenciales como nº pacientes atendidos, nº primeras consultas, colaboración con AP, plan cerrado de tratamiento, altas, etc… desagregado por áreas de salud mental. Desde el año 2003, la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Programa de Salud Mental de Andalucía, realiza una explotación de las variables sociodemográficas de los usuarios y su morbilidad, así como la caracterización de los pacientes nuevos atendidos durante cada año, desagregado por cada área de salud mental. Este informe se ha completado con un análisis de la calidad de la información relativa al % de cumplimentación de las variables sociodemográficas y el diagnóstico. Los profesionales de los equipos de salud mental tienen acceso on-line a la información de sus pacientes.
El futuro no muy lejano del SISMA es integrarse en la historia clínica digitalizada -*Proyecto DIRAYA*- el cual se ha implantado en el ámbito de la Atención Primaria durante el año 2005. A estos efectos supondrá la consideración de la atención a la salud mental como una especialidad más dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Comunidad Autónoma de Cataluña: Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Ambulatorios. Se recoge la información de cada paciente que acude a los servicios ambulatorios de salud mental y a los hospitales de día. No existe actualmente un sistema de recogida de información para las unidades de rehabilitación, ni para las unidades de media y larga estancia. Para la identificación de los casos se utiliza el código de la Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIF), única para cada paciente. La información recogida es básicamente la de los CMBD hospitalarios a los que se añade el tipo de visita. Se utiliza la CIE-9 y el diagnóstico de trastorno mental severo. Se realiza una explotación rutinaria de la actividad asistencial cada tres meses en las cuales se presentan indicadores por Procesos Asistenciales y tipos de Programas. Se han elaborado indicadores sobre algunos aspectos del proceso asistencial como: a) coordinación con atención primaria; b) continuidad de los cuidados; c) adecuación de los cuidados; d) integración en la comunidad entre otros. Existen grupos de trabajo para definir indicadores asistenciales.

Comunidad Autónoma de Madrid: En la CA de Madrid se creó, en 1985, un registro acumulativo de casos que cubría el área 4 de esta comunidad, utilizando los recursos informáticos del Hospital Psiquiátrico de Madrid. Aunque la idea era cubrir toda la CA (5.000.000 millones de habitantes), dividida en 11 áreas sanitarias y 34 distritos, la realidad es que en 1993, sólo 5 de las 11 áreas de Madrid disponían de un verdadero registro acumulativo de casos psiquiátricos (Fernández Liria y cols. ,1994). Actualmente se recoge

información de los pacientes de los centros de salud mental extrahospitalarios mediante la infraestructura del "antiguo" registro de casos psiquiátricos. Los casos se identifican con el número de historia en sus respectivos servicios. No se realizan estadísticas de rutina propiamente dicha aunque se elaboran indicadores de actividad y frecuentación (consultas primeras y sucesivas), Control de Programas como el de seguimiento de pacientes crónicos, indicadores de listas de espera, etc….. Han fracasado varios intentos de realizar una explotación unificada de la información recogida. Actualmente está en proceso la integración de la atención especializada en el programa informático del sistema sanitario general.

Ya que el sistema de información en salud mental de la CA de Madrid, funciona de forma desigual, a continuación se presenta un ejemplo implantado en el área 9 de la CA Madrid. El Sistema de Información del Instituto Psiquiátrico José Germain (Madrid) recoge toda la actividad de la asistencia pública especializada en salud mental del área 9 de la Comunidad de Madrid (380.000 habitantes). El sistema de información del Instituto Psiquiátrico José Germain (IPJG) está soportado por SISCAM (Sistema de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid), un programa que funciona desde un servidor central con estaciones de trabajo donde se desee. En el momento actual se está recogiendo en tiempo real la información sobre movimiento asistencial de dos centros de salud mental, un hospital de día, un centro de rehabilitación psicosocial, dos unidades hospitalarias de rehabilitación, una unidad residencial. Hasta hace unos meses también estaba incluida la hospitalización de agudos y la urgencia, pero tras la apertura de dos plantas en sendos hospitales generales de la zona, sólo disponemos de datos agregados, aunque estamos a la espera de un procedimiento para completar nuestra base de datos asistencial, aunque no sea en tiempo real sino con la periodicidad que se marque. Para la identificación del paciente se utiliza el número de historia clínica. Diagnóstico (CIE-9). Para la explotación de la información se realizan estadísticas de rutina mensuales con indicadores de actividad.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia funciona lo que se denomina Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de la Región de Murcia. Se registran los primeros contactos y la actividad diaria de los servicios de los servicios ambulatorios, unidades infanto-juveniles y unidades de drogo-dependencias. Está pendiente de incluirse las unidades de rehabilitación. Se recoge de cada paciente las variables sociodemográficas, antecedentes, diagnóstico (CIE-10), tipo de asistencia, pruebas diagnósticas y derivación. Como identificación del paciente se utiliza un código de conexión probabilística único. Anualmente se elabora una memoria con los indicadores de actividad. Actualmente está en fase de desarrollo una nueva aplicación informática que permita la integración de todos los servicios de salud mental en la misma. Se pretende utilizar la Tarjeta de Identificación Sanitaria para la identificación del paciente.

Registro de Casos de Salud Mental de Navarra. En la Comunidad Autónoma de Navarra funciona desde 1987 un sistema de información específico de salud mental. Se recoge información de los centros de salud mental, hospital de día infanto-juvenil, servicios de día, centro de día de drogodependencias, centro de rehabilitación y centro geriátrico. El sistema integra información del ámbito ambulatorio, del nivel de hospital de día y de recursos de rehabilitación y psicogeriátrica. Del resto de recursos recoge información ya elaborada. El nivel hospitalario (agudos, estancia media y residencial asistido) no está integrado con el sistema de registro de casos. Los datos de identificación de usuario (una vez que un centro notifica el primer contacto) se obtienen mediante la conexión con la base

de datos sanitaria poblacional de toda Navarra que aporta una identificación única, fiable y permanente que es el número de tarjeta individual sanitaria (TIS). La explotación de los datos con periodicidad mensual se refiere a indicadores de actividad desagregados por centros. Anualmente se elabora una memoria de la Red de Salud Mental que en los últimos años se ha estructurado en torno al concepto de Programas. En los últimos años también se han facilitado información epidemiológica sobre la evolución de la incidencia y prevalencia de los diferentes problemas mentales. Actualmente este proceso de devolución de la información está paralizado por falta de desarrollo de la parte de explotación estandarizada del registro de Casos.

2.2.2.3 Grupo 3.

Registro de casos psiquiátricos extrahospitalarios en desarrollo. En las CCAA de Aragón, Baleares, Canarias, Castilla la Mancha y Galicia está en proceso el desarrollo de un sistema de información en salud mental para toda la CA o limitado a algunas áreas.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, actualmente se recoge la información de forma dispersa y diferente en cada uno de los dispositivos de salud mental de la red. La explotación de la información se hace de forma agregada y la elaboración de indicadores de actividad se hace de forma manual, en algunos casos. Desde las transferencias de las competencias sanitarias a la CA, en el año 2002 está planteado *el Plan de Sistemas* Sanitario para toda la comunidad cual está en fase de desarrollo con un nuevo sistema de información que integre la atención a la salud mental en el sistema de atención primaria y que se conecten mediante el número de la Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS). Como futuro más inmediato, con previsiones de que funcione en el primer semestre del año 2006, se está instaurando un sistema de información para las unidades de media y larga estancia, unidades de rehabilitación y psico-geriátricas. Más retrasado está el diseño de una aplicación informática básica para los equipos de salud mental comunitarios. En esta CA, en el año 1992 se diseñó un Registro Acumulativo de Casos de Salud Mental de Aragón, con la idea de ser ampliado a toda la CA. Su área de cobertura se ciñó a dos áreas sanitarias de Zaragoza. Aunque estaba en proyecto que se recogiera la información de todos los recursos de salud mental del área cubierta por el mismo, no llegó a implantarse y actualmente funciona en dos centros de salud mental.

En Baleares se está comenzando el proceso de informatización de todos los centros de salud mental ambulatorios y unidades infanto-juveniles para seguir posteriormente con las unidades de rehabilitación. Se está utilizando un único número de identificación por paciente. Actualmente los profesionales están en fase de aprendizaje de la aplicación informática.

En Canarias funciona un Registro de Casos Psiquiátricos en 4 unidades de salud mental, lo que correspondería a un 20% de todo el territorio de la CA. Está en fase de pilotaje y evaluación del procedimiento. Se ha planteado la modificación del soporte informático ya que se considera demasiado rígida para la recogida de la información para la que se ha diseñado. Está prevista su ampliación a toda la CA durante el año 2006. La identificación de cada caso se hace con el número de historia clínica de cada servicio.

En Castilla La Mancha se está empezando a desarrollar un sistema de información y se prevé que para finales del 2006 este totalmente implantado. Se esta utilizando la Tarjeta de

Identificación Sanitaria. Se pretende crear un módulo de Salud Mental a partir del programa desarrollado de atención especializada. Como particularidades cabe destacar que en Castilla La Mancha está parcialmente implantado un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos limitado a los centros de salud mental infantil y juvenil.

En Galicia se está desarrollando un Sistema de Gestión Ambulatoria que cubre los centros de salud mental ambulatorios y que está en proceso de ser implantado en las unidades de salud mental infantil y juvenil y unidades de alcoholismo. Para la identificación del paciente se utiliza el código de conexión probabilística, además se registran variables sociodemográficas, diagnóstico (CIE-9), tipo de tratamiento, tratamientos previos, tipo y lugar de la cita, tipo de profesional, programas adscritos y tipos de intervenciones. No se realizan estadísticas de rutina y la información que se facilita a los profesionales es a demanda de estos. No se dispone de información poblacional de las áreas cubiertas por el sistema de información.

2.2.2.4 Grupo 4.

Registro de la actividad extrahospitalaria. En las CCAA de Cantabria, Castilla-León, Extremadura y Valenciana se recoge la actividad asistencial de los diferentes dispositivos de salud mental extrahospitalarios de forma agregada a través de indicadores asistenciales. La principal característica de estas CCAA es que no se conoce un plan específico de implantación de sistemas de información en salud mental.

En Extremadura se registran indicadores de actividad asistencial de cada servicio ambulatorio. Mensual y anualmente se elaboran indicadores de actividad como % de nuevas consultas, seguimiento de las consultas por profesionales, readmisiones, % de pacientes según diagnóstico CIE-10; % de altas por causas, % consultas por tipo de tratamiento, listas de espera, derivaciones, % de pacientes en diferentes programas. También se registran indicadores de actividad en los servicios de rehabilitación.

Cantabria no cuenta con un sistema de información específico para salud mental. Se dispone de información de actividad asistencial de los centros ambulatorios. El plan de salud mental se evaluó en el año 2002.

En Castilla León se cumplimenta la información de las actividades realizadas en los equipos ambulatorios de salud mental, unidades infanto-juveniles, unidades de media y larga estancia y unidades de rehabilitación y psicogeriátricas. Esta información se envía a una unidad central en la que se elabora una memoria anual con indicadores de actividad por áreas y por servicios. Por lo tanto, se trata de información agregada de la actividad asistencial. La clasificación diagnóstica utilizada es la CIE-10.

En la Comunidad Valenciana se recoge la actividad de cada centro de salud mental de forma manual, dichos impresos se envían a la Consellería de Sanidad para su posterior informatización y elaboración de indicadores asistenciales.

2.3 Conclusiones

En los documentos consultados se ha hecho un intento por presentar el panorama de los sistemas de información en salud mental en España. Sin embargo en ellos aparecen algunas contradicciones y falta de información, sobre los sistemas de información existentes. Varios son los motivos de estas discrepancias en cuanto a la situación real de los sistemas de información en salud mental. En primer lugar los documentos consultados basan su información en los datos facilitados por los profesionales implicados en los mismos, a partir de un cuestionario cumplimentado. En muchas ocasiones la información es "faltante" porque no se ha contestado el cuestionario como ha ocurrido en el documento de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En otros casos una declaración de intenciones se convierte en un proyecto consolidado, como ha ocurrido con el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Aragón implantado en un área de dicha comunidad autónoma, que realmente nunca llegó a funcionar como tal.

No obstante ofrecen una información bastante completa del panorama de los sistemas de información en España, que, como hemos comentado anteriormente, se ha contrastado y completado con los responsables de dichos sistemas de información. Las conclusiones a las que podemos llegar son las siguientes:

- No existe un sistema de información en salud mental a nivel nacional. Los sistemas de información que funcionan se circunscriben a nivel autonómico y en algunas ocasiones a áreas dentro de una misma comunidad. A nivel nacional se recogen y procesan los datos sobre hospitalización de los pacientes mentales a través de los CMBD hospitalarios.

- Solamente en tres CCAA se incluyen el 100% de los servicios de salud mental en un solo sistema de información, en el resto de las CCAA se registran y analizan por separado la actividad extrahospitalaria y la hospitalaria por lo que no es posible evaluar el proceso asistencial en su conjunto.

- La recogida de información se realiza de forma diferente en las CCAA. Mientras que en algunas existe una recogida sistemática y rutinaria de la información en los dispositivos de salud mental, centrado en los pacientes, en otras solamente se recoge información agregada de la actividad asistencial.

- Tradicionalmente se ha utilizado un código de conexión probabilística o el número de historia clínica como identificación de los casos, actualmente hay una tendencia a utilizar el número de la Tarjeta de Identificación Sanitaria de carácter único y de ámbito nacional.

- Para la codificación del diagnóstico clínico, en todas las CCAA se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, aunque en algunas se aplica la versión novena y en otras la décima.

- La definición de zonificación, áreas sanitarias, zonas básicas de salud, etc…del ámbito geográfico en los que operan los sistemas de información varía entre las CCAA.

- Respecto a la información registrada sobre actividad asistencial existe gran variabilidad en las variables recogidas así como en las definiciones operativas de los tipos de intervención.

- En la mayoría de las CCAA se disponen de indicadores asistenciales por servicios, por profesionales, por áreas sanitarias. Más escasos son las estadísticas elaboradas a nivel epidemiológico. La frecuencia para la elaboración de las estadísticas de rutina varía desde un mes a un año.

En resumen, existe un grupo de CCAA (Asturias, País Vasco y la Rioja) que disponen de un sistema de información en salud mental ya consolidado con las características de los registros de casos psiquiátricos *convencionales*.
En otras el nivel de desarrollo de los sistemas de información extrahospitalarios está bastante avanzado (Andalucía, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra). En otro grupo estarían aquellas en las que el proceso de informatización está en desarrollo (Aragón, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha y Galicia) mientras que en el último grupo se incluirían aquellas CCAA de las que no tenemos información sobre la puesta en marcha ningún tipo de política encaminada al desarrollo de un sistema de información Cantabria, Comunidad Valenciana, Castilla León, Extremadura.

La salud mental se encuentra entre las áreas con mayor número de registros establecidos junto con el cáncer, las enfermedades infecciosas y las enfermedades cardiovasculares (Imaz, 2004). Sin embargo, se constata una gran diversidad en los sistemas de obtención, registro y evaluación de la información lo que impide la comparabilidad de los resultados obtenidos. Estas carencias dificultan el conocimiento adecuado de la realidad de la demanda, así como de la respuesta de los sistemas sanitarios a dichas necesidades y dificulta seriamente la comparación de las distintas soluciones ante las mismas necesidades y problemas. En el campo de la planificación sanitaria en salud mental, se observan grandes lagunas en el desarrollo de sistemas de información que sean estables, válidos y fiables dentro de cada comunidad autónoma y en el ámbito nacional, que permitan gestionar racionalmente la atención sociosanitaria de salud mental (Salvador-Carulla y cols., 2002; Salvador-Carulla y cols., 2003, Moreno Küstner, 2005). Se ha comprobado que, a partir de los sistemas de información sanitaria de la mayoría de los países –entre ellos España- es imposible obtener indicadores de salud desagregados por estratos socioeconómicos de población y por áreas geográficas pequeñas (Regidor, 2000).

3. España y Europa ante el reto de los sistemas de información en salud mental

En España, en un taller sobre Políticas Sanitarias en Salud Mental titulado: ”Criterios e Indicadores de Calidad en Asistencia Psiquiátrica”, celebrado en Sevilla, se llegó a la conclusión de que “los sistemas de evaluación e información son es este momento poco menos que imprescindibles y, además, han de ser comunes para que permitan su aplicación en los distintos niveles (dispositivo, área, comunidad autónoma, estatal). Los dispositivos y prestaciones deben estar lo suficientemente definidos y normalizados, para poder hacer una cartera de servicios básicos comunes que configure el perfil de la prestación en asistencia psiquiátrica en el Estado” (Giner, 2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003, de 28 de mayo), expone en el artículo 53, la necesidad de crear un Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la

disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Sanitarias. Dicho sistemas deberá ser útil para las autoridades sanitarias, profesionales, ciudadanos y organizaciones y asociaciones. Se debe establecer la definición y normalización de datos y flujos y la selección de los indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información,

A nivel europeo, el Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) demostró que más de una cuarta parte de los países no disponen de sistemas de recogida de datos e información sobre indicadores en salud mental. Entre los indicadores propuestos por la OMS para mejorar la salud mental en la Región Europea se plantea la existencia de estadísticas sobre la disponibilidad y utilización de los servicios de salud mental. En el informe sobre la salud en el mundo publicado en el año 2004, se afirma que "la disponibilidad de información sanitaria actualizada y precisa constituye la base fundamental para la adopción de políticas para la planificación, ejecución y evaluación de cualquier programa de salud mental". Más recientemente, en la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud para la Salud Mental celebrada en Helsinki (2005), los Ministros de Sanidad de la Unión Europea firmaron la *Declaración Europea de Salud Mental* y aprobaron el Plan de Acción en Salud Mental para Europa entre cuyas medidas está el desarrollo de sistemas de información potentes.[1] Más específicamente, el punto 10 plantea establecer una buena información en salud mental para desarrollar buenas políticas y prácticas en los países y la Región Europa. Se ha de tener información sobre la situación actual de la salud mental y de las actividades de salud mental para realizar un análisis comparativo a nivel local, nacional e internacional, que ayude a la efectiva planificación, implementación, control y evaluación de estrategias basadas en la evidencia y al plan de acción de la salud mental. El Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas (2005) plantea la necesidad de realizar grandes esfuerzos para armonizar los indicadores nacionales e internacionales existentes sobre salud mental y discapacidad psíquicas en la población, a fin de crear un corpus de datos comparable en toda la UE.

Varios son los proyectos actualmente en marcha a nivel europeo sobre este tema. El proyecto europeo Stakes (2002) que trabaja en el diseño de indicadores de salud mental. La red europea *European Community Health Indicators Projects* (ECHI) (2001). Por otra parte el proyecto europeo Mental Health Economics (MHE) que está actualmente en desarrollo pretende la selección de un conjunto de indicadores útiles para medir las características y condiciones económicas relacionadas con la atención de la salud mental en los países que forman la Unión Europea. En esta línea se plantearon varias *expresiones de interés* para el VI Programa Marco de la Unión Europea, por profesionales y expertos en sistemas de información en el área de la salud mental, basadas en la búsqueda de estándares para la comparación de datos sobre salud mental a nivel de los pacientes individuales, los servicios y a nivel político y de planificación[2]

[1] España suscribe la Declaración Europea que coloca la Salud Mental entre las prioridades de los sistemas sanitarios europeos (Nota de Prensa del Ministerio de Sanidad y Consumo, 14/01/05)

[2] Una de estas expresiones de interés ha tenido su respaldo en el Ministerio de Educación y Ciencia mediante la concesión de una Ayuda Complementaria para la elaboración de un proyecto europeo titulado "Tecnologías de la Información para la Gestión de Resultados en Salud Mental" (investigadora principal: Berta Moreno)

4. Algunos problemas y requisitos para la implantación de los sistemas de información en España.

Como hemos podido constatar en la mayoría de los Planes de Salud Mental a nivel de las CCAA, nacional y europeo, se contempla como una necesidad el desarrollo de sistemas de información en salud mental. Estos son necesarios para disponer de información sobre el proceso de la atención psiquiátrica, los pacientes atendidos en los servicios, las características de dichos pacientes, las intervenciones, etc… Además, con los últimos adelantos en tecnología informática, cada vez resulta más fácil diseñar y manejar grandes bases de datos con mucha información y estandarizar la entrada y salida de los datos ¿por qué no se consolidan los sistemas de información en salud mental?

A continuación se plantean algunos de los motivos que han dificultado la consolidación de los sistemas de información a nivel nacional (Garrido y Carulla, 2005):

- Información dispersa. La disponibilidad de datos de salud mental está muy dispersa y a menudo requiere un gran trabajo de recopilación.

- Dificultad en el proceso de actualización de la información. Debido a que las fuentes de información son múltiples y variadas, en algunas CCAA no se encuentran actualizadas.

- Proceso de transferencias de competencias sanitarias. Existen diferentes dependencias administrativas de los distintos elementos de la red de atención a la salud mental. Nos encontramos con CCAA en donde existen diversos organismos de gestión de la salud mental y donde la información no está integrada El proceso de Reforma Psiquiátrica ha supuesto profundos cambios que no han llegado a consensuarse un modelo básico de atención. Por lo tanto los datos de salud mental están en continua transformación, ya que constantemente se cierran dispositivos asistenciales y se abren otros.

- Heterogeneidad en denominaciones y tipos de atención de los dispositivos. Dependiendo de la comunidad autónoma, encontramos servicios que, aún prestando el mismo servicio, poseen denominaciones distintas. Así pues, la desigualdad a la hora de nombrar dispositivos supone una gran dificultad para realizar comparaciones

- Falta de coordinación entre las administraciones encargadas de gestionar la salud mental en cada CA.

- Falta de zonificación sanitaria referente a las áreas cubiertas por el sistema de información.

Por último, entre los requisitos que se consideran necesarios para la puesta en marcha de un sistema de información útil para la gestión y planificación de la atención a la salud mental estarían los siguientes:

- Determinar unos objetivos concretos en el ámbito de la salud mental y claramente cuantificables.

- Considerar la opinión de los potenciales usuarios de la información
- Utilización de un código de identificación individual y universal que permita conectar las bases de datos que componen el sistema de información
- Incluir un conjunto mínimo de datos para que se garantice la calidad de la información y la exhaustividad de la misma
- Disponer de una unidad encargada de transformar los datos en información inteligible
- Delimitar de forma operativa el área geográfica en la que opera el sistema de información y disponer de indicadores sociodemográficos de dicha área
- Disponer de medidas claras que garanticen la confidencialidad de la información

Para determinar si los sistemas de información en España, cumplen estos requisitos habría que realizar una evaluación, en profundidad, de los mismos e identificar de forma operativa los factores que están influyendo en su funcionamiento. Para ello habría que llevar a cabo un estudio sobre la situación de los sistemas de información en cada comunidad autónoma y, a partir de los resultados que se obtengan intentar unificar los criterios de recogida de información y homologar las estadísticas básicas que se extraen, de manera que se pueda disponer de datos actualizados y reales de la asistencia a la salud mental por comunidad autónoma y por tanto del territorio nacional[3]

A partir de la información facilitada por las personas implicadas en los sistemas de información en salud mental en España y de la revisión de los documentos aquí presentados, creemos que en todas las CCAA se plantea como una necesidad real la implantación de sistemas de información que sean útiles para la gestión y planificación de la atención a la salud mental en toda España. Sin embargo, la situación en cada CA se encuentra en diferentes fases: en unas los han implantado, en otras los están evaluando, en otras los están diseñando y en otras todavía lo están pensando.

[3] La Red temática RIRGA-SMD (G03/061) tiene entre sus objetivos la evaluación de los sistemas de información en España a través de un proyecto multicéntrico a nivel nacional. Hasta ahora el protocolo se ha presentado a una convocatoria FIS (2004) y ha sido denegado.

5. Bibliografía

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo. *Directorio de Registros Sanitarios españoles de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias.* Madrid: EATS. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2000.
- Becker T, Vázquez Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001: 104 (Suppl.410):8-14.
- Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Diaz B, Eguiagaray M, Fuente J, Mateos A, Moré MA, Ozámiz A, Pérez F, Sánchez AE. *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2004
- Fernández Liria A, Vicente Muelas N, García Álvarez JLC.. La implantación del registro de casos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1994:* XIV, 51: 569-582.
- Garrido Cumbrera G, Salvador Carulla L (coord). (2005) Atlas de la Salud Mental de Andalucía. Asociación Científica Psicost/Red RIRAG-SMD. Sevilla, 2005
- Giner Ubago J La reforma psiquiátrica permanente. En JJ López-Ibor Aliño, JG Gómez Pérez y JA Gutiérrez Fuentes (eds.). *Retos para la psiquiatría y la salud mental en España.* Ars Médica. Barcelona,2003: 3-11.
- Gómez Beneyto M, Salazar Fraile J, Peris Bonet R, Cebrian Lujan A, Belenguer Marques MJ. *Registro de casos psiquiátricos de Valencia*. Valencia: Diputación Provincial de Valencia. Valencia, 1989.
- Iglesias García C. Evolución de la incidencia administrativa de esquizofrenia en Asturias (1987-1997). *Anales de Psiquiatría*. 2001; 17: 87-93.
- Imaz I. *Estudio descriptivo de los registros sanitarios españoles. Análisis de su utilización en la evaluación de las tecnologías sanitarias*. [Tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza. Zaragoza, 2004
- Comisión de las Comunidades Europeas.(2005) Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estraegia de la Unión Europea en materia de salud mental.[fecha de acceso 20 de Noviembre de 2005] URL disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Last JM. *Diccionario de Epidemiología.* Salvat ed. Barcelona, 1989
- Moreno Küstner B *El Registro de Casos de Granada*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2005
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de situación de salud mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002
- Organización Mundial de la Salud (2001), *Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.OMS.* Ginebra, 2001
- Organización Mundial de la Salud *Informe sobre la salud en el mundo-Cambiemos el rumbo de la historia.* OMS. Ginebra, 2004.
- Pedreira Massa J, Eguiagaray M. Evaluación de un servicio de psiquiatría infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos. *Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1996; 4: 63-279.
- Pons i Antón I, Pedreira Crespo V, Lalucat i Jo L, Espinosa Escudero MI, Pedreira Massa JL, Eguiagaray García M, et al. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XII,1992; 41: 33-42.

- Regidor E. Objetivo 35. Sistemas de información para la salud. En: Alvarez-Dardet C, Peiró S. *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo: informe SESPAS 2000.* Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 2000.
- Reneses B. "Information and Assessment Systems of Mental Health Services in Spain" Thematic Conference WPA: Quality and Outcome Resarch in Psychiatry, Valencia 2005.
- Salvador I (ed.) *El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2005
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. (2002). *La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?*. En: Cabasés JM, Villalba JR, Aibar C. (eds.). *Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública.* Generalita Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.Valencia, 2002:. 301-326.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Garrido Cumbrera M, Salinas JA, Ochoa S. Informe Psicost/CatSAlut Servicio Catalan de Salut (CatSAlut) Informe Técnico. Barcelona, 2003
- Stakes (National Research and Development Centre for Walfare and Health). Establishment of a set of mental health indicators for European Union. Directorate Generela Health and Consumer Protection. The European Union Online [en línea] [fecha de acceso 3 de Junio de 2002]. URL disponble en: http//Europa.eu.int/comm/health/ph_prjects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_09_en.pdf
- World Healht Organization (ed.) Health Information System. Copenhagen: World Health Organization, 1973

TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN ESPAÑA: FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN.

1. Introducción.

En España han sido escasos los estudios realizados sobre la epidemiología psiquiátrica y los que se han llevado a cabo se han centrado en áreas geográficas pequeñas o en poblaciones determinadas. Entre los artículos publicados en los últimos años, cabe remarcar algunos como el proyecto ODIN, un proyecto que evaluó la prevalencia de la depresión en Cantabria (Ayuso-Mateos et al., 2001) y un estudio sobre la prevalencia de los trastornos mentales en las personas sin hogar en Madrid (Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997). En Zaragoza se han realizado varios trabajos de seguimiento sobre la incidencia y prevalencia de la demencia y la depresión en población mayor de 65 años (Andersen et al., 1999; Prince et al., 1999). Además, Roca et al. ha evaluado la prevalencia de trastornos mentales en población general en la isla de Formentera (Roca-Bennasar et al., 2001), y Mateos ha realizado un estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega (Mateos et al., 2002) y otro estudio sobre prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 60 años (Mateos et al., 2000) en esa misma comunidad. Sin embargo, estos proyectos se han llevado a cabo con muestras relativamente pequeñas y/o no representativas de la población del estado (Haro y Autonell, 2001). A diferencia de EEUU y muchos países europeos que disponen de datos sobre prevalencia a nivel estatal, en España los datos epidemiológicos son incompletos y tienen una utilidad muy limitada para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general.

El objetivo de este informe es presentar la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población general de España, considerando el mayor y más reciente estudio epidemiológico realizado: el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). El estudio ESEMED, es un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales realizado en seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia) (Alonso et al., 2004). Se trata de una encuesta personal domiciliaria, realizada en una muestra representativa de la población general española mayor de 18 años que comprendió un total de 5.473 individuos. La evaluación de los participantes se hizo utilizando la versión de la Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI; Robins et al., 1988) desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la OMS (WHO World Mental Health Surveys). La tasa de respuesta en España fue del 78,6%, la más alta de los países participantes. Los resultados que se presentan, se encuentran ponderados para la población española. Estos resultados están en fase de publicación en Medicina Clínica (Haro y cols, en prensa).

2. Características sociodemográficas de los participantes.

La Tabla 3 describe las características sociodemográficas de las personas entrevistadas, comparándolas con la población española (datos del censo del 2001, Instituto Nacional de Estadística). Aunque la representatividad de la muestra no ponderada es alta, existe una ligera mayor proporción de mujeres en la muestra que en la población española, un sesgo de participación frecuente en estudios poblacionales. Los datos ponderados muestran unos valores muy cercanos a los de la población española del censo del 2001 (Instituto Nacional de Estadística).

Tabla 3. Características socio-demográficas de los sujetos entrevistados (datos sin ponderar), características de la muestra final después de la ponderación y valores de la población española según el censo de 2001 (INE).

	Sujetos entrevistados (datos sin ponderar)		Sujetos entrevistados (datos ponderados)		INE: Censo 2001	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	5473	100,00	5473	100,0	40.847.371	100,0
SEXO						
Hombre	2421	44,24	2618,77	47,85	20.021.850	49,0
Mujer	3052	55,76	2854,23	52,15	20.825.521	51,0
EDAD (años)						
18-24	568	10,38	817,62	14,94	4.240.700	12,6
25-34	999	18,25	1058,02	19,33	6.875.075	20,5
35-49	1431	26,15	1406,76	25,70	8.929.100	26,6
50-64	1024	18,71	1062,13	19,41	6.496.942	19,4
? 65	1451	26,51	1128,48	20,62	6.964.267	20,8
ESTADO CIVIL						
Casado	3645	66,60	3556,80	64,99	-	-
Anteriormente casado	753	13,76	510,97	9,34	-	-
Nunca casado	1075	19,64	1405,24	25,68	-	-
AÑOS DE ESTUDIO						
0-4 años	845	15,45	739,05	13,52	-	-
5-8 años	1456	26,62	1427,88	26,11	-	-
9-12 años	1302	23,80	1276,51	23,34	-	-
13 o más años	1867	34,13	2024,82	37,03	-	-
Datos perdidos	3	0,00	4,75	0,00	-	-
TRABAJO						
Empleo remunerado	2402	43,89	2335,69	46,33	-	-
Desempleo	354	6,47	421,94	7,71	-	
Jubilado/a	1316	24,05	1052,01	19,22	-	-
Amo/a de casa	909	16,61	876,49	16,01	-	-
Estudiante	212	3,87	320,70	5,86	-	-
Baja maternal	19	0,35	13,37	0,24	-	-
Baja por enfermedad	67	1,22	82,74	1,51	-	-
Discapacitado	135	2,47	118,94	2,17	-	-
Otros	22	0,40	19,18	0,35		
NS / NC	37	0,68	31,94	0,58		
TAMAÑO MUNICIPIO						
Menos o igual 10,000	1411	25,78	1399,62	25,57	9.651.411	23,6
De 10,001 a 50,000	1377	25,16	1348,57	24,64	10.513.191	25,7
De 50,001 a 500,000	1732	31,65	1793,10	32,76	13.677.769	33,5
Más de 500,000	953	17,41	931,72	17,02	7.005.000	17,1

La edad media de la muestra fue de 45,64 años (DE = 18,60), encontrándose dos grupos de edad mayoritarios, aquellos de 65 años o mayores y aquellos que se encontraban entre los 35 y los 49 años. Respecto al estado civil, se observó un porcentaje mayoritario de personas casadas al momento de la entrevista (66,6%), seguido por aquellas que no habían estado casadas nunca (casi uno de cada cinco). Un 43,8% de los entrevistados contaba con un empleo remunerado y prácticamente uno de cada cuatro estaban jubilados.

3. Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales en España.

La Tabla 4 muestra las prevalencias año y vida de los trastornos mentales según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Casi un 20% de los participantes presentó algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% un trastorno en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor (EDM), el cual mostró un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del EDM, los trastornos con mayor prevalencia-vida fueron la fobia específica (4,52%), la distimia (3,65%) y el trastorno por abuso de alcohol (3,55%). Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%), aunque esta relación se invirtió al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios. Es importante destacar que en el estudio ESEMED no se evaluó la presencia de episodios maniacos, por lo que podría ocurrir que algunos de estos participantes tuviesen realmente un trastorno bipolar (Haro et al., en prensa).

Tabla 4. Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo criterios DSM-IV (datos ponderados a la población española).

	PREVALENCIA AÑO						PREVALENCIA VIDA					
	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%
	HOMBRE		MUJER		TOTAL		HOMBRE		MUJER		TOTAL	
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO												
isodio depresión mayor	2,15	(1,45-2.86)	5,62	(4,66-6,59)	3,96	(3,34-4,59)	6,29	(5,10-7,48)	14,47	(13,03-15,90)	10,55	(9,57-11,54)
stimia	0,52	(0,22-0,81)	2,38	(1,69-3,07)	1,49	(1,10-1,88)	1,85	(1,22-2.48)	5,29	(4,32-6,27)	3,65	(3,06-4,24)
ıalquier trastorno del estado de imo	2.33	(1,61-3,04)	6,25	(5,20-7,30)	4,37	(3,71-5,04)	6,71	(5,49-7,93)	15,85	(14,34-17,36)	11,47	(10,45-12.49)
TRANSTORNOS DE ANSIEDAD												
ısiedad generalizada	0,44	(0,11-0,78)	1,18	(0,81-1,56)	0,83	(0,55-1,10)	1,15	(0,64-1,66)	2.57	(1,99-3,16)	1,89	(1,49-2.29)
bia social	0,57	(0,13-1,00)	0,64	(0,32-0,95)	0,60	(0,33-0,87)	1,06	(0,51-1,61)	1,28	(0,83-1,73)	1,17	(0,81-1,54)
bia específica	1,19	(0,68-1,70)	4,20	(3,23-5,16)	2,76	(2,19-3,32)	2.32	(1,60-3,05)	6,54	(5,38-7,69)	4,52	(3,82-5,23)
astorno por estrés postraumático	0,25	(0,02-0,48)	0,94	(0,50-1,39)	0,61	(0,35-0,86)	1,06	(0,00-2.12)	2.79	(1,71-3,87)	1,95	(1,18-2.73)
gorafobia	0,15	(0,02-0,29)	0,60	(0,26-0,95)	0,39	(0,20-0,58)	0,47	(0,08-0,86)	0,76	(0,39-1,14)	0,62	(0,36-0,89)
astorno de angustia	0,38	(0,14-0,63)	0,98	(0,60-1,36)	0,69	(0,46-0,92)	0,95	(0,53-1,37)	2.39	(1,76-3,02)	1,70	(1,32-2.09)
ıalquier trastorno de ansiedad	2.53	(1,74-3,31)	7,61	(6,41-8,80)	5,17	(4,44-5,91)	5,71	(4,57-6,85)	12.76	(11,24-14,29)	9,39	(8,41-10,37)
TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL												
astorno por abuso de alcohol	1,38	(0,78-1,99)	0,05	(0,00-0,13)	0,69	(0,40-0,98)	6,38	(5,16-7,61)	0,95	(0,51-1,39)	3,55	(2.91-4,19)
astorno por dependencia de cohol	0,18	(0,00-0,45)	0,02	(0,00-0,07)	0,10	(0,00-0,23)	1,01	(0,47-1,54)	0,17	(0,03-0,30)	0,57	(0,30-0,84)
ıalquier trastorno por uso de cohol	1,38	(0,78-1,99)	0,05	(0,00-0,12)	0,69	(0,40-0,98)	6,47	(5,23-7,71)	0,96	(0,52-1,40)	3,60	(2.95-4,25)
CUALQUIER TRASTORNO MENTAL												
ıalquier trastorno mental	5,25	(4,17-6,33)	11,44	(10,02-12.86)	8,48	(7,53-9,42)	15,67	(13,86-17,48)	22.93	(21,09-24,78)	19,46	(18,09-20,82)

En el caso de las mujeres, la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad (exceptuando la fobia social) y del ánimo duplicó a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias fueron menores. Contrariamente, los hombres presentaron con mayor frecuencia trastornos por abuso o dependencia de alcohol (6,4% frente a 0,9%). Este mayor riesgo se observó en los valores de los 'odds ratio' que compararon la prevalencia-vida de los trastornos mentales entre hombres y mujeres (Tabla 5). Así, el odds ratio ajustado de padecer un trastorno del estado de ánimo en las mujeres respecto a los hombres fue de 2,8 (IC 95% 1,9-4,1) y de padecer un trastorno de ansiedad fue de 2,8 (IC 95% 1,9-4,1); mientras que para los trastornos de relacionados con el alcohol, fue sólo de 0,05 (IC 95% 0,0-0,2) (Haro et al., en prensa).

Tabla 5. Prevalencia-año y odds ratio sin ajustar y ajustados de padecer un trastorno mental según factores socio-demográficos

		Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)			Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)			Cualquier trastorno por uso de sustancias (12 meses)			Cualquier trastorno (12 meses)		
		Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multiv. (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multiv. (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multiv. (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multiv. (IC 95%)
SEXO	Hombre	2,3 (1,6- 3,0)	1,0	1,0	2,5 (1,7-3,2)	1,0	1,0	1,4 (0,8-2,1)	1,0	1,0	5,2 (4,1-6,3)	1,0	1,0
	Mujer	6,2 (5,2- 7,3)	2,9 (2,0-4,1)	2,8 (1,9-4,1)	7,6 (6,4-8,8)	3,3 (2,3-4,6)	2,8 (1,9-4,1)	0,1 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)	11,4(10-12,8)	2,3 (1,8-3,0)	2,4 (1,8-3,1)
EDAD	18-24	3,8 (2.2- 5,3)	1,0	1,0	7,8 (5,3-10,4)	1,0	1,0	0,8 (0,1-1,6)	1,0	1,0	10,1 (7,3-12,9)	1,0	1,0
	25-34	3,4 (2.2- 4,7)	0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,5-1,7)	4,2 (2,9-5,6)	0,5 (0,3-0,9)	0,9 (0,5-1,7)	1,7 (0,3-3,1)	2,0 (0,6-7,0)	2,4 (0,5-11,5)	8,5 (6,3-10,8)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,4-1,2)
	35-49	4,5 (3,1- 5,9)	1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,5-2,0)	4,5 (3,2-5,8)	0,6 (0,4-0,9)	1,0 (0,5-2,0)	0,8 (0,3-1,3)	0,9 (0,3-2,8)	2,3 (0,5-10,5)	8,4 (6,6-10,2)	0,8 (0,6-1,2)	0,7 (0,4-1,1)
	50-64	5,4 (3,8- 7,0)	1,5 (0,9-2,5)	1,0 (0,5-2,0)	6,0 (4,3-7,7)	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,5-2,0)	0,2(-0,1-0,5)[1]	0,2 (0,0-1,2)[1]	1,0 (0,2-5,0)[1]	9,1 (6,8-11,3)	0,9 (0,6-1,3)	0,6 (0,4-1,0)
	+65	4,4 (3,1- 5,7)	1,2 (0,7-2,0)	0,5 (0,2-1,2)	3,9 (2,8-5,0)	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,2-1,2)	--	--	--	6,6 (5,1-8,1)	0,6 (0,4-0,9)	0,3 (0,2-0,7)

		Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)			Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)			Cualquier trastorno por uso de sustancias (12 meses)			Cualquier trastorno (12 meses)		
ESTADO CIVIL	Casado o en pareja	4,2 (3,4- 5,0)	1,0	1,0	5,0 (4,1-5,8)	1,0	1,0	0,4 (0,1-0,6)	1,0	1,0	7,7 (6,6-8,8)	1,0	1,0
	Previamente casado	8,1 (5,7-10,4)	2,0 (1,4-2,9)	1,6 (1,0-2,4)	7,1 (4,5-9,7)	1,5 (1,0-2,3)	1,6 (1,0-2.4)	0,2(-0,1-0,5)	0,5 (0,1-2,7)	1,9 (0,4-10,3)	12,9 (9,8-16,0)	1,8 (1,3-2,5)	1,7 (1,2-2,4)
	Nunca casado	3,3 (2,2- 4,5)	0,8 (0,5-1,2)	0,8 (0,5-1,2)	4,8 (3,3-6,3)	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,2)	1,8 (0,7-3,0)	5,0 (2.0-12,4)	3,8 (1,6-9,0)	8,8 (6,8-10,8)	1,2 (0,9-1,6)	1,0 (0,7-1,4)
AÑOS DE ESTUDIO	0-4	6,1 (4,3- 7,9)	1,0	1,0	5,8 (3,9-7,6)	1,0	1,0	0,4 (-0,4-1,2)	1,0	1,0	9,1 (6,7-11,6)	1,0	1,0
	5-8	4,2 (3,1- 5,3)	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-1,1)	5,7 (4,2-7,2)	1,0 (0,6-1,5)	0,7 (0,5-1,1)	0,4 (0,0-0,8)	1,1 (0,1-9,4)	0,3 (0,0-2,2)	8,5 (6,7-10,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,6-1,2)
	9-12	3,7 (2,5- 4,8)	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,4-1,1)	5,0 (3,6-6,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,1)	1,0(-0,1-2,1)	2,6 (0,3-24,1)	0,4 (0,1-2,7)	8,5 (6,5-10,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,5-1,2)
	+13	4,2 (3,1- 5,3)	0,7 (0,4-1,0)	0,9 (0,5-1,4)	4,7 (3,5-5,9)	0,8 (0,5-1,2)	0,9 (0,5-1,4)	0,9 (0,4-1,4)	2,3 (0,3-17,5)	0,3 (0,0-2.0)	8,2 (6,7-9,8)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,5-1,2)
TAMAÑO DEL MUNICIPIO	<10mil	3,8 (2,6- 5,0)	1,0	1,0	5,2 (3,7-6,6)	1,0	1,0	1,0 (0,0-2,0)	1,0	1,0	7,9 (6,1-9,7)	1,0	1,0
	10-50mil	4,2 (2,9- 5,6)	1,1 (0,7-1,8)	1,1 (0,7-1,7)	5,2 (3,7-6,8)	1,0 (0,7-1,6)	1,1 (0,7-1,7)	0,2(-0,1-0,5)	0,2 (0,0-1,1)	0,2 (0,0-1,1)	8,4 (6,5-10,3)	1,1 (0,8-1,5)	1,0 (0,7-1,4)
	50-500mil	4,1(3,0- 5,2)	1,1 (0,7-1,7)	1,0 (0,7-1,6)	5,0 (3,8-6,2)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,6)	0,7 (0,3-1,2)	0,7 (0,2-2,5)	0,8 (0,3-2,4)	8,0 (6,5-9,6)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,3)
	+500mil	5,7(3,9- 7,6)	1,5 (1,0-2,5)	1,5 (0,9-2,4)	5,1 (3,4-6,9)	1,0 (0,6-1,6)	1,5 (0,9-2,4)	1,1 (0,3-1,9)	1,1 (0,3-4,0)	1,3 (0,4-4,4)	10,1 (7,5-12,7)	1,3 (0,9-1,9)	1,2 (0,8-1,8)

		Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)			Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)			Cualquier trastorno por uso de sustancias (12 meses)			Cualquier trastorno (12 meses)		
EMPLEO	Empleo remunerado	2,9 (2,1- 3,7)	1,0	1,0	4,5 (3,4-5,5)	1,0	1,0	7,4 (6,1-8,7)	1,0	1,0	7,4 (6,1-8,7)	1,0	1,0
	Desempleado	6,6 (3,8- 9,4)	2,4 (1,4-4,0)	2,2 (1,3-3,8)	7,8 (4,7-10,9)	1,8 (1,1-2,9)	2,2 (1,3-3,8)	14,7(10,0-19,4)	2,0 (0,4-9,2)	1,8 (0,4-8,6)	14,7(10,0-19,4)	2,2 (1,4-3,3)	1,8 (1,2-2,9)
	Jubilado	4,2 (2,9- 5,5)	1,5 (0,9-2.3)	2,0 (1,0-3,9)	3,9 (2.7-5,1)	0,9 (0,6-1,3)	2,0 (1,0-3,9)				6,2 (4,7-7,7)	0,8 (0,6-1,1)	1,2 (0,7-2,0)
	Ama / o de casa	5,3 (3,5- 7,0)	1,9 (1,2-2.9)	1,2 (0,8-1,9)	6,6 (4,5-8,6)	1,5 (1,0-2,3)	1,2 (0,8-1,9)				9,7 (7,3-12.1)	1,4 (1,0-1,9)	1,0 (0,7-1,5)
	Estudiante	4,0 (1,1- 6,9)	1,4 (0,6-3,2)	1,5 (0,6-3,7)	4,5 (1,7-7,3)	1,0 (0,5-2,0)	1,5 (0,6-3,7)	7,3 (3,7-10,9)	0,5 (0,1-2,1)	0,6 (0,1-4,2)	7,3 (3,7-10,9)	1,0 (0,6-1,7)	0,7 (0,4-1,5)
	Baja maternal	10,2 (3,6-16,9)[2]	3,8 (1,7-8,3)[2]	3,4 (1,6-7,4)[2]	7,3(-6,4-21,1)	1,7 (0,2-13,0)	3,4 (1,6-7,4)				7,3(-6,4-21,1)	1,0 (0,1-7,6)	0,6 (0,1-4,9)
	Baja por enfermedad				10,3 (3,7-17,0)	2,4 (1,2-5,2)	6,7 (3,6-12,4)				15,4 (6,9-23,9)	2,3 (1,2-4,5)	2.4 (1,2-4,8)
	Discapacitado	15,8 (9,3-22,3)	6,3 (3,5-11,1)	6,7 (3,6-12.4)	9,0 (4,3-13,6)	2,1 (1,1-3,8)	4,4 (0,8-25,0)				19,4(12,2-26,6)	3,0 (1,8-5,0)	3,4 (2,0-5,8)
	Otros	12,9 (-4,1-29,9)	4,9 (1,1-23,3)	4,4 (0,8-25,0)	6,7 (-6,0-19,4)	1,5 (0,2-12,0)	0,9 (0,2-4,1)	8,7 (7,4-10,0)[3]	0,05 (0,0-0,1)[3]	0,0 (0,0-0,5)[3]	12,9(-4,1-29,9)	1,9 (0,4-8,6)	1,7 (0,3-8,7)
	Ns / No contesta	2,8 (-1,4-7,1)	1,0 (0,2-4,7)	0,9 (0,2-4,1)	0						2,8(-1,4-7,1)	0,4 (0,1-1,7)	0,3 (0,1-1,5)

[1] Las categorías de edad mayor de 50 años se han agrupado debido al pequeño número de casos.
[2] Las categorías de baja maternal y de enfermedad se han agrupado debido al pequeño número de casos
[3] Las categorías de baja maternal y de enfermedad, jubilados, ama de casa y discapacidad se han agrupado en otros debido al pequeño número de casos.

La prevalencia de los trastornos psicóticos no fue evaluada dentro del estudio ESEMED. La evaluación de estos trastornos, en el contexto de un estudio epidemiológico, presenta una especial dificultad puesto que para poder hacer un diagnóstico fiable se requiere que la evaluación la realice un clínico. Los datos epidemiológicos internacionales sugieren que la prevalencia de la esquizofrenia en la población general oscila entre el 0,5 y el 1% y la del trastorno delirante estaría entre el 0,05 y el 0,1%. Además, la incidencia de la esquizofrenia estaría en torno al 0,05 y el 0,1%.

4. Prevalencia-vida de los principales trastornos mentales por comunidades autónomas

Se ha realizado para el presente informe una estimación de las prevalencias de los trastornos mentales por Comunidad Autónoma. Dado el tamaño muestral en las comunidades con menor número de habitantes, los datos pueden considerarse fiables solamente para las comunidades con mayor número de habitantes (Andalucía, Cataluña, Madrid, Valencia, Castilla la Mancha, Galicia y el País Vasco). Las prevalencias vida para estas comunidades fueron Andalucía 15,71 (IC 95% 12,3-19,13), Cataluña 23,68 (IC 95% 21,2-26,17), Madrid 18,02 (IC 95% 13,97-22,06), Valencia 17,41 (IC 95% 12,92-21,89), Castilla la Mancha 20,50 (IC 95% 14,33-26,66),, Galicia 22,03 (IC 95% 15,22-28,84) y el País Vasco 18,96 (IC 95% 13,3-24,62).

5. Factores de riesgo socio-demográficos de padecer un trastorno mental en España.

En la Tabla 5 se mostraba la relación existente entre los factores socio-demográficos y padecer un trastorno mental en el último año, medido a partir de los odds ratio. Respecto a los trastornos afectivos, los principales factores de riesgo estuvieron relacionados con la ocupación: las personas de baja por enfermedad ó por baja maternal, los desempleados y los que presentaban discapacidad tuvieron, respectivamente, unos odds ratio ajustados de 3,4 (IC 95% 1,6-7,4); 2,2 (IC 95% 1,3-3,8); y 6,7 (IC 95% 3,6-12,4) respecto de las personas que tenían un empleo remunerado. Factores de riesgo que resultaron marginalmente significativos fueron estar previamente casado (OR 1,6 IC 95% 1,0-2,4) frente a estar soltero; y vivir en un municipio de más de 500.000 habitantes (OR 1,5 IC 95% 0,9-2,4) frente a vivir en un municipio con menos de 10.000 habitantes (Haro et al., en prensa).

El principal factor asociado a padecer un trastorno de ansiedad también fue la ocupación. Los odds ratio ajustados de padecer un trastorno de ansiedad entre las personas de baja por enfermedad, de baja maternal o desempleadas respecto a las que estaban trabajando fueron 6,7 (IC 95% 3,6-12,4); 3,4 (IC 95% 1,6-7,4); y 2,2 (IC 95% 1,3-3,8), respectivamente. Otros factores marginalmente asociados, significativos en el análisis univariante pero no en el multivariante, fueron tener más de 65 años (OR ajustado 0,5 con IC 95% 0,2-1,2) y estar previamente casado frente a estar casado (OR ajustado 1,6 IC 95% 1,0-2,4) (Haro et al., en prensa).

Respecto a los trastornos por uso o dependencia al alcohol, a parte del género, otro factor asociado a padecer uno de estos trastornos fue estar soltero frente a estar casado (OR ajustada 3,8 IC 95% 1,6-9,0). Aunque existe una clara tendencia a disminuir la prevalencia de estos trastornos con la edad, el bajo número de sujetos determina que las diferencias no sean estadísticamente significativas (Haro et al., en prensa).

Respecto las edades de inicio, podemos observar diferencias respecto a las edades de inicio de los diferentes trastornos mentales estudiados. De esta manera, vemos como los trastornos de fobia social, agorafobia y fobia específica aparecen a edades más tempranas. Por otra parte, los trastornos del estado de ánimo (EDM y distimia) junto con el trastorno de angustia muestran una aparición más tardía, situándose su mediana de edad de inicio a partir de los 40 años (Haro et al., en prensa).

Otra de las diferencias notables en la edad de inicio es el hecho que, a diferencia de los demás trastornos, el trastorno por dependencia y/o abuso de alcohol suele aparecer a edades algo más tardías (coincidiendo con la adolescencia) pero, sin embargo, su incidencia es mucho mayor en los años posteriores, con lo que la mayoría de estos trastornos (88%) se presentan antes de los 40 años. Un patrón similar es el presentado por la fobia social, aunque en este caso su pronunciada incidencia baja considerablemente a partir de los 50 años. La incidencia de la agorafobia también decrece a partir de esta edad (Haro et al., en prensa).

6. Comorbilidad de los trastornos mentales en España.

De todas las personas evaluadas que presentaron un trastorno del estado de ánimo, un 38,9 % presentó un trastorno de ansiedad o por uso de alcohol comórbido. De los que presentaron un trastorno de ansiedad, el 33,78% mostró como mínimo un trastorno de las otras dos categorías. Las personas con diagnósticos relacionados con el uso de alcohol fueron las que mostraron un porcentaje menor de comorbilidad: un 9,67% (Autonell et al., en preparación).

En lo referente a los diagnósticos específicos hay que destacar que las dos categorías de trastornos del estado de ánimo presentaron una alta comorbilidad y fue en la distimia donde se apreció una mayor comorbilidad (74,4% distimia vs. 56,1% EDM). Los trastornos de ansiedad presentaron las mayores proporciones de comorbilidad, tanto en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con un 79,7%, como el trastorno por angustia con un 63,1%, el trastorno por estrés postraumático (TPEP) 59,6%, y la agorafobia, 58%. La fobia específica fue el trastorno que mostró la proporción menor de comorbilidad, tan solo 21,7%, menor incluso que el abuso de alcohol (23,4%). Para las mujeres no se calcularon los porcentajes de comorbilidad en el caso de trastornos por uso de alcohol debido al escaso número de participantes incluidas en esta categoría (Autonell et al., en preparación).

Las mujeres presentaron mayor proporción de comorbilidad para los diagnósticos de distimia, EDM, TAG y fobia social y los hombres para TPEP, agorafobia, trastorno por angustia y abuso de alcohol (Autonell et al., en preparación).

7. Conclusiones

- Los trastornos mentales en España son frecuentes.
- Aproximadamente un 20% de la población padecerá un trastorno mental ansioso o depresivo en algún momento de su vida y sobre un 10% lo ha padecido en el ultimo año.
- El trastorno más frecuente es el episodio depresivo mayor. Aproximadamente un 10% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida, y aproximadamente un 4% lo ha padecido en el último años.
- Estas cifras son similares a las encontradas en Italia, pero inferiores a las encontradas en países del norte de Europa (Holanda, Alemania, por ejemplo) y Estados Unidos,
- Sin embargo, las cifras son superiores a las encontradas en países menos desarrollados económicamente que España, lo que sugiere un paralelismo entre frecuencia de trastornos mentales y desarrollo socioeconómico.
- Entre las razones que se han postulado para explicar esta asociación están el mayor nivel de tensión y autoexigencia en las sociedades desarrolladas, su menor nivel de tolerancia al malestar, o un menor prejuicio contra los trastornos mentales que facilita su reconocimiento.
- El sexo es el factor de riesgo más relevante en padecer un trastorno depresivo o de ansiedad. Las cifras de prevalencia son el doble en hombres que en mujeres.
- Un segundo factor de riesgo relevante es la edad: las personas más jóvenes tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales, lo cual implica que probablemente éstos aumentarán durante los próximos años.
- La comorbilidad entre los trastornos mentales, especialmente entre los de ansiedad y depresión es alta.
- La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que los depresivos. Esta asociación parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad, están a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior.
- Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos.
- En el caso de los hombres, además del riesgo de padecer un trastorno depresivo, las personas con trastorno de ansiedad tienen riesgo de padecer un trastorno por uso de alcohol.

8. Bibliografía.

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidfemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. Acta Psychiatr Scand, 2004; 109 (Suppl. 420): 8-20.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition. American Psychiatric Association 1994; Washington, DC.
- Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. Neurology 1999; 53: 1992-7.
- Autonell J, Vila F, et al. Prevalecia 12 meses de los patrones de comorbilidad psiquiátrica y factores de riesgo asociados en España. Manuscrito en preparación.
- Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G, and the ODIN group. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. Br J Psychiatry 2001; 179: 308-316.3
- Haro JM, Autonell J. Epidemiología psiquiátrica. En: Nuevas Fronteras de Psiquiatría. Ed: Julio Bobes. Barcelona. Editorial: DOYMA 2001.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. Med Clin Barc En prensa.
- Mateos R, González F, Páramo M. García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. The Galicia Study of Mental Health of the Elderly I: general description of methodology. Int J Methods Psychiatr Res 2000; 9:165-173.
- Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodriguez-Lopez A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). Subst Use Misuse 2002;37:1957-76.
- Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. Br J Psychiatry 1999;174:339-45.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1069-1077.
- Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. J Psychosom Res. 2001; 50:39-44.
- Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 523-30.
- WHO International Consortium in Psycatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization. 2000. 78: 413-423

TRASTORNOS MENTALES GRAVES: FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN

1. Introducción

Con el desarrollo de la reforma psiquiátrica y los procesos de desinstitucionalización se produjo entre las autoridades sanitarias y políticas la necesidad de conocer la situación de las personas con trastornos mentales severos (TMS). En 1993 se publicó un informe (National Advisory, 1993) realizado a petición del Senado de Estados Unidos, en el que se determinaba que la prevalencia de TMS, definidos a partir del grado de discapacidad causado, era del 2,8%, en USA, con una consecuente carga social y económica muy elevada. En el estudio *Global Burden Disease*, auspiciado por el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, se concluyó que los trastornos mentales (entre ellos la depresión y la esquizofrenia) estaban entre las mayores causas de discapacidad (Murray, 1996).

Recientemente la OMS puso en marcha la iniciativa Encuestas de Salud Mental en el mundo (Kessler, 2000) donde se pretende estudiar la prevalencia de trastornos mentales, la discapacidad asociada y el tratamiento recibido por las personas con trastornos mentales. Así se ha realizado un estudio multicéntrico a escala mundial utilizando la misma metodología en 14 países (8 desarrollados y 6 en vías de desarrollo). En los primeros resultados publicados (WHO Iniciative, 2004) se comprueba una gran variabilidad, oscilando la prevalencia entre el 4,3% (Sanghai) y el 26,4% (USA), determinándose como no graves el 33,1 % de casos en Colombia y el 81% en Nigeria. Dentro de esta iniciativa, la participación europea (ESEMED,) consiste en un estudio multicéntrico de base poblacional realizado en seis países europeos, entre ellos España (Haro 2003). El análisis de los datos obtenidos en este estudio de la OMS permitirán tener estimaciones más precisas de los trastornos graves y la discapacidad consecuente (datos en análisis y resultados pendientes de publicación). En el estudio ESEMED se determinó que la prevalencia- vida para todos los trastornos mentales era del 25% (IC 24,2-25,8) y la prevalencia- año del 9,8 (IC 9,1-10,1). Las diferencias halladas en diferentes estudios hay que analizarlas en función del uso de distintos enfoques metodológicos, como los criterios diagnósticos o los instrumentos de detección de caso utilizados.

Para diferenciar el subconjunto de TMS de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y, por regla general, menos discapacitantes) se han establecido unos criterios

basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia (Slade, 1996). De ahí que se haga necesario determinar criterios que permitan diferenciar la gravedad clínica (episodio de enfermedad) del curso de la enfermedad (cronicidad y deterioro)

Los estudios epidemiológicos de TMS se basan en dos fuentes de información: 1º- Estudios poblacionales 2º- Estudios basados en Sistemas de Información Sanitaria. Ambos tienen limitaciones.

En los estudios de base poblacional la estimación de la prevalencia y factores asociados de TMS suelen ser transversales y para una estimación precisa de los parámetros requieren un tamaño muestral grande. Por otra parte en muchos de ellos se utilizan instrumentos administrados por personal no clínico; aunque estos instrumentos incluyen sistemas de cribaje para trastornos psicóticos se requiere una reentrevista clínica a una submuestra para la confirmación de probables positivos y probables negativos. En muchos casos estas complicaciones prácticas, y el subsiguiente aumento de costes hace que el estudio de TMS sea menos preciso que el de los trastornos mentales comunes. Prueba de ello es que trabajos que comparan resultados procedentes de estudios poblacionales realizados en diferentes países (WHO International Consortium, 2000) se refieran sólo a los llamados trastornos mentales comunes.

Los estudios basados en Sistemas de Información Sanitarios asumen la limitación de incluir sólo los casos que han contactado con algún servicio sanitario. Se cuenta con la presunción de que la probabilidad de que un TMS acuda a un servicio es alta y los que no acuden son pocos. Dos de las limitaciones más importantes de los Sistemas de Información en Salud Mental son la heterogeneidad entre Comunidades Autónomas y la escasa difusión de la información que contienen. No hay nada en Salud mental comparable, por ejemplo, al Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) para las enfermedades somáticas. El CMBD por su homogeneidad, pese a ligeras variaciones entre Comunidades Autónomas, permite comparaciones entre Hospitales, regiones sanitarias, etc (Borras, 2005)

2. Metodología

2.1. Fuentes de información

Se presentan las prevalencias de los TMS a partir de la revisión de las publicaciones, nacionales e internacionales, que ofrecen mayores criterios de calidad, fiabilidad y validez.

Se presentan datos registrados en los Sistemas de Información en Salud Mental en España a los que hemos tenido acceso. Estos datos, procedentes de bases de datos primarios españolas, son complementarios a los obtenidos de la revisión bibliográfica y deberían permitir una aproximación al análisis de la situación en España. Las bases de datos de los que procede la información son muy variadas: Registros de Casos Psiquiátricos regionales; CMBD de alta hospitalaria; CMBD de Centros de Salud Mental ambulatorios de Cataluña; informes técnicos sobre las Unidades de Media y Larga Estancia Psiquiátrica (MyLEP); patrones de uso de la MyLEP en Cataluña.

La principal limitación de este informe es la fragmentación de las fuentes de información analizadas pero creemos que esto es inevitable en la situación actual de dispersión y variabilidad de los sistemas de información, en las que pueden convivir

simultáneamente en una misma Comunidad Autónoma o una misma área sanitaria dos sistemas de información diferentes e incompatibles entre sí.

Otra limitación es la dificultad de comparar los datos procedentes de distintas fuentes de información. Así los estudios poblacionales suelen utilizar las clasificaciones DSM-IV o CIE-10 y muchos sistemas de información, como el CMBD, la CIE-9 MC. Aunque hay algoritmos de traducción entre los diferentes sistemas de clasificación nosológica una vez los datos están agregados, en tablas o gráficos, en grandes categorías diagnósticas, no incluyen la misma casuística en las diferentes clasificaciones.

2.2. Criterios de inclusión en el informe

A pesar del elevado consenso actualmente existente de que el diagnóstico psiquiátrico no determina por si solo la gravedad, y que para hacerlo se requerirían medidas de severidad sintomática o del grado de discapacidad, en este informe nos basaremos en los trastornos en los que esta aceptado que cursan con mayor gravedad y tienen un mayor consumo de recursos sanitarios sin añadir ningún otro criterio operativo debido que casi todos los estudios y todos los sistemas de información que hemos utilizado no incluyen medidas de gravedad. Esto supone un problema menor en el caso de la esquizofrenia pero más importante en el caso de los trastornos del estado de ánimo.

Se incluyen en el informe:

- Trastornos esquizofrénicos y trastornos afines (CIE-9-MC: 295; 297; 298)
- Trastornos del estado del ánimo (CIE-9-MC: 296)

3. Prevalencia y distribución de los trastornos mentales graves

3.1. Trastornos esquizofrénicos

Se han estimado tasas de incidencia para el trastorno de 0,16 a 0,42 por 1.000 habitantes (Jablenski, 2000). En un estudio español (Vázquez Barquero, 1995) se encontraron tasas de 0,13 a 0,19 por mil habitantes y a diferencia de otros estudios, no se detectaron diferencias por género. Así, por ejemplo, en estudios como *el WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders* (Sartorius, 1986) encuentran una incidencia superior en hombres que en mujeres (relación aproximadamente de 1.5), llegándose a la conclusión, tras el meta-análisis realizado por Alemán (Alemán, 2003) que el sexo masculino es un factor de riesgo mayor para una forma de esquizofrénia más severa y por tanto más fácilmente reconocible. El análisis por grupos de edad confirma que en los grupos mas jóvenes el riesgo es mayor en hombres, mientras que en el grupo de edad mayor de 40 años el riesgo es superior en mujeres, siendo en todos los casos la edad de inicio inferior en los hombres (Häffner, 1993).

La tasa de prevalencia del trastorno estaría entre 2 y 6 por mil habitantes, con una distribución por género similar a la de la incidencia (Byrke,1996; Jablensky, 1996). En la población española incluida en el estudio ESEMED ,en base a la submuestra evaluada en la fase de reentrevista clínica, se concluyó que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines estaría alrededor del 7 por mil, similar la hallada en estudios internacionales (resultados aún no publicados; datos procedentes del estudio ESEMED en España).

En la Tabla 6 se muestran los resultados de un estudio poblacional donde se presenta la prevalencia-año hallada en esquizofrenia y trastornos afines como "Tr. Psicóticos" y su distribución por género (Jenkins, 1997).

Tabla 6. Pevalencia de trastornos mentales en el Reino Unido. Encuesta Nacional de morbilidad psiquiátrica de Gran Bretaña. Tasas por mil habitantes

Diagnósticos	Hombres	Mujeres	Total	(IC 95%)
Tr. mixto ansioso-depresivo †	54	99	77	(71-83)
Tr. ansiedad generalizada†	28	34	31	(27-35)
Episodio depresivo†	17	25	21	(19-23)
Fobias (total)†	7	14	11	(9-13)
Tr. obsesivo compulsivo†	9	15	12	(10-14)
Tr. de angustia†	8	9	8	(6-10)
Algun tr. neurótico†	123	195	160	(150-170)
Tr. Psicóticos‡	4	4	4	(2-6)
Dependencia alcohol‡	75	21	47	(41-53)
Dependencia drogas‡	29	15	22	(18-26)

† Prevalencia-semana
‡ Prevalencia-año

En la Tabla 7 se presentan las prevalencias año y vida de esquizofrenia y distribución por género de otro estudio poblacional (Bijl, 1998). La prevalencia es mayor en los niveles socioeconómicos bajos y en el medio urbano (Marcelis, 1998; Anonymous, 2003)

Tabla 7. Prevalencia año y prevalencia vida de trastornos mentales en Holanda. Estudio Nemesis. Tasas por cien habitantes

	Diagnósticos DSM-III-R	Hombres		Mujeres		Total			
		Vida	Año	Vida	Año	Vida		Año	
		%	%	%	%	%	(ds)	%	(ds)
Tr. afectivos	Tr. afectivos	13,6	5,7	24,5	9,7	19,0	(0,5)	7,6	(0,3)
	Depresión mayor	10,9	4,1	20,1	7,5	15,4	(0,4)	5,8	(0,3)
	Distimia	3,8	1,4	8,9	3,2	6,3	(0,3)	2,3	(0,2)
	Tr. bipolar	1,5	1,1	2,1	1,1	1,8	(0,2)	1,1	(0,1)
Tr. de ansiedad	Tr. de ansiedad	13,8	8,3	25,0	16,6	19,3	(0,5)	12,4	(0,4)
	Tr. de angustia	1,9	1,1	5,7	3,4	3,8	(0,2)	2,2	(0,2)
	Agorafobia	1,9	0,9	4,9	2,2	3,4	(0,2)	1,6	(0,1)
	Fobia simple	6,6	4,1	13,6	10,1	10,1	(0,4)	7,1	(0,3)
	Fobia social	5,9	3,5	9,7	6,1	7,8	(0,3)	4,8	(0,3)
	Tr. Ans. Generalizada	1,6	0,8	2,9	1,5	2,3	(0,2)	1,2	(0,1)
	Tr. Obses. Compulsivo	0,9	0,5	0,8	0,4	0,9	(0,1)	0,5	(0,1)
Tr. por uso sustancias	Tr. por uso sustancias	29,7	14,1	7,4	3,5	18,7	(0,5)	8,9	(0,3)
	Abuso alcohol	19,3	7,3	3,9	1,8	11,7	(0,4)	4,6	(0,2)
	Dependencia alcohol	9,0	6,1	1,9	1,1	5,5	(0,3)	3,7	(0,2)
	Abuso drogas	2,0	0,6	1,1	0,3	1,5	(0,1)	0,5	(0,1)
	Dependencia drogas	2,1	1,0	1,5	0,7	1,8	(0,2)	0,8	(0,1)
	Esquizofrenia	0,4	0,2	0,3	0,2	0,4	(0,1)	0,2	(0,1)
Tr alimentación	Tr. alimentación	0,2	0,2	1,3	0,6	0,7	(0,1)	0,4	(0,1)
	Anorexia nerviosa	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	(0,0)	0,0	(0,0)
	Bulimia nerviosa	0,2	0,2	1,1	0,6	0,6	(0,1)	0,4	(0,1)
	Algun trastorno DSM-IIIR	42,5	23,5	39,9	23,6	41,2	(0,6)	23,2	(0,5)

En los Sistemas de Información analizados, se puede comprobar que las diferencias de género en la población asistida confirman una mayor frecuencia entre los hombres (Tabla 6, Tabla 8, Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11 y Tabla 12). Se registra una mayor frecuencia del trastorno en hombres jóvenes y sólo se iguala entre géneros a partir de los 55 años (Tabla 8, Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11 y Tabla 12)

Tabla 8 . Utilización centros salud mental (csm) Cataluña. Datos CMBD. Año 2003. (tasas por 1.000 habitantes)

		Hombres (0/00)	**Mujeres (0/00)**
Edad 18 a 39 años	Población de referencia	1.182.981	1.118.340
	Total Pacientes atendidos	22.991	32.150
	TR. Esquizofrénicos (295)	4.096 (3,5)	1.746 (1,6)
	Psicosis afectivas (296)	1568 (1,3)	3.124 (2,8)
	Estados paranoides (297)	> (0,2)	> (0,2)

		Hombres (0/00)	**Mujeres (0/00)**
Edad 40 a 64 años	Población de referencia	1.024.116	937.023
	Total Pacientes atendidos	22.260	41.479
	TR. Esquizofrénicos (295)	3.086 (3,0)	2.315 (2,5)
	Psicosis afectivas (296)	3.537 (3,5)	6.791 (7,4)
	Estados paranoides	465 (0,4)	655 (0,7)
Edad 64 a 75 años		**Hombres (0/00)**	**Mujeres (0/00)**
	Población de referencia	219.395	255.190
	Total Pacientes atendidos	3.573	8.531
	TR. Esquizofrénicos (295)	268 (1,2)	470 (1,8)
	Psicosis afectivas (296)	868 (3,9)	1.736 (6,8)
	Estados paranoides (297)	126 (0,6)	258 (1,0)

Tabla 9. Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines en el área sanitaria de Granada Sur. Año 1999. Número de casos y tasas por mil habitantes según edad y sexo

Edad	**Hombres (0/00)**	**Mujeres (0/00)**
15-19	16 (0,92)	5 (0,30)
20-24	43 (2,43)	8 (0,46)
25-29	79 (4,72)	25 (1,52)
30-34	116 (7,34)	39 (2,46)
35-39	99 (7,08)	32 (2,29)
40-44	72 (6,38)	32 (2,81)
45-49	47 (4,61)	25(2,35)
50-54	31 (3,22)	21(2,06)
55-59	17 (1,86)	12 (1,21)
60-64	13 (1,28)	16 (1,44)
65+	12 (0.52)	14 (0,44)

Fuente: B. Moreno (2005)

Tabla 10. Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines según Registros de Casos españoles. Año 1998. Tasas estandarizadas para 1000 habitantes

Registros Casos Psiquiátricos	0/00
Álava	1,98
Asturias	2,16
Granada sur	2,40
Navarra	2,70
La Rioja	3,10
Guipúzcoa	3,22
Vizcaya	4,51

Fuente: B. Moreno (2005)

Tabla 11. Altas de unidades de agudos de cuatro comunidades por edad y año y diagnóstico de esquizofrenia. Datos procedentes del CMBD de cada Comunidad Autónoma.

Año 2001 Altas por Comunidad Autónoma y edad

Años	Andalucía	Catalunya	Madrid	P. Vasco	Total
15-24 años	218	142	282	154	796
	27,39%	17,84%	35,43%	19,35%	100%
	10,35%	20,40%	10,93%	14,62%	12,37%
25-34 años	631	233	820	419	2103
	30,00%	11,08%	38,99%	19,92%	100%
	29,96%	33,48%	31,78%	39,79%	32,68%
35-49 años	975	204	1062	364	2605
	37,43%	7,83%	40,77%	13,97%	100%
	46,30%	29,31%	41,16%	34,57%	40,48%
50-64 años	227	81	337	86	731
	31,05%	11,08%	46,10%	11,76%	100%
	10,78%	11,64%	13,06%	8,17%	11,36%
65-80 años	55	36	79	30	200
	27,50%	18,00%	39,50%	15,00%	100%
	2,61%	5,17%	3,06%	2,85%	3,11%
TOTAL	2 106	696	2580	1053	6435
	32,73%	10,82%	40,09%	16,36%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Año 2002 Altas por Comunidad Autónoma y edad

Años	Andalucía	Catalunya	Madrid	P. Vasco	Total
15-24 años		170	230	167	567
		29,98%	40,56%	29,45%	100%
		17,65%	12,44%	17,15%	14,98%
25-34 años		334	565	376	1275
		26,2%	44,31%	29,49%	100%
		34,68%	30,56%	38,60%	33,68%
35-49 años		327	743	337	1407
		23,24%	52,81%	23,95%	100%
		33,96%	40,18%	34,60%	37,16%
50-64 años		99	258	67	424
		23,35%	60,85%	15,80%	100%
		10,28%	13,95%	6,88%	11,20%
65-80 años		33	53	27	113
		29,20%	46,90%	23,89%	100%
		3,43%	2,87%	2,77%	2,98%
TOTAL		963	1849	974	3786
		25,44%	48,84%	25,73%	100%
		100%	100%	100%	100%

Tabla 12. Altas de unidades de agudos de cuatro comunidades por sexo y año y diagnóstico de esquizofrenia. Datos procedentes del CMBD de cada Comunidad Autónoma

Año 2001 Altas por Comunidad y sexo

	Andalucía	Catalunya	Madrid	Euskadi	Total
HOMBRE	1590	412	1669	689	4360
	36,47%	9,45%	38,28%	15,80%	100%
	75,50%	59,20%	64,69%	65,43%	67,75%
MUJER	516	284	911	364	2075
	24,87%	13,69%	43,90%	17,54%	100%
	24,50%	40,80%	35,31%	34,57%	32,25%
TOTAL	2106	696	2,580	1053	6435
	32,73%	10,82%	40.09%	16,36%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%

Año 2002 Altas por Ccomunidad y sexo

	Andalucía	Catalunya	Madrid	Euskadi	Total
HOMBRE		594	1160	654	2408
		24,67%	48,17%	27,16%	100,00
		61,68%	62,74%	67,15%	63,60
MUJER		369	689	320	1378
		26,78%	50,00%	23,22%	100%
		38,32%	37,26%	32,85%	36,40%
TOTAL		963	1849	974	3786
		25,44%	48,84%	25,73%	100%
		100%	100%	100%	100%

3.2. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos afectivos constituyen la principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales (Murray,1996).La incidencia de depresión es aproximadamente de 3 a 6 casos por mil habitantes y año (Rosman,1990) casi el doble en mujeres que en hombres, y con un pico alrededor de los 30 años de edad y otro en torno a los 50. La edad de inicio del trastorno bipolar es anterior, con un pico hacia los 20 años de edad (Robins, 1991).

Aunque las cifras de prevalencia-año de depresión mayor suelen oscilar entre el 3 y el 5% y la prevalencia vida alrededor del 10% (Weissman, 1996), existen grandes diferencias entre estudios en diferentes países. La variabilidad entre estudios en el trastorno bipolar es aún mayor, ya que a las posibles diferencias reales se añaden la dificultad de la detección (limitaciones de los instrumentos utilizados como la CIDI) y la variabilidad de los criterios diagnósticos (inclusión o no de bipolares tipo II). La mayor parte de los estudios dan unas cifras de prevalencia para el trastorno bipolar alrededor del 0,5-1%, aunque el estudio que probablemente ha empleado un mayor rigor metodológico encuentra una prevalencia inferior del trastorno bipolar I, del 0,4% (Kessler, 1997).

Las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos depresivos (las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión y de trastorno bipolar tipo II) están claramente establecidas (Piccinelli, 2000). En una reciente revisión (Díez, 2004) se muestra que para la depresión los estudios comunitarios han identificado una mayor

prevalencia en mujeres que en hombres, con diferencias de ratio, que van de 2:1 a 5:1 o más, igualándose la ratio en los grupos de mayor edad, principalmente en la población de más de 60 años.

Los grupos con un nivel de ingresos económicos bajo y el paro muestran consistencia en todos estos estudios para considerarlo un factor de riesgo para Trastorno Depresivo Mayor con medidas de impacto que varían entre Odds Ratio (OR) de 1,5 a 3, siendo el efecto más marcado para los hombres que para las mujeres. Vivir en zonas urbanas es también un factor de riesgo. (Díez, 2004).

Para el trastorno bipolar se aprecia una preponderancia del género masculino *(*Arnold, 2003). La edad de inicio es anterior en los varones.

Existen evidencias de que en las últimas décadas la incidencia de depresión aumenta (Klerman, 1989; Cross-National Collaborative Group, 1992; Kessler, 1994)

4. Las unidades de Media y Larga Estancia Psiquiátrica en España

Las unidades de Media y Larga Estancia Psiquiátrica (MyLEP) acogen en régimen de internamiento a los enfermos mentales crónicos. Los distintos ritmos en la implementación de la desinstitucionalización en las diferentes comunidades autónomas ha conducido a grandes diferencias entre ellas. Así en la actualidad en Cataluña hay 4,52 camas /10.000 habitantes, en Madrid 1,58 /10.000 habitantes y en Andalucía y Navarra apenas existen.

En Cataluña hay 1.400 pacientes ingresados en MyLEP, de los cuales 543 son mayores de 65 años.

En una unidad de MyLEP analizada expresamente para este informe hemos obtenido la siguiente información:

Nº camas: 210

- Camas ocupadas. 210
- Nº ingresos en el último año: 22
- Estancia media: No disponible. Máximo: 41 años. Mínimo: menos de un año
- Edad media ingresados: No disponible. Máximo: 67 años edad. Mínimo: 28 años
- Género: 25% son mujeres
- Diagnóstico CIE-9: 81% trastorno esquizofrénico.

En Cataluña hay siete unidades MyLEP. El dato del porcentaje de género no es extrapolable a otras MyLEPs, ya que esta relacionado con el origen histórico de la unidad (unidades masculinas versus femeninas) y que tiene un arrastre (los Hospitales Psiquiátricos masculinos frente a los femeninos), previo a la reforma. La edad tampoco es extrapolable ya que en la MyLEP estudiada hay sólo 9 pacientes mayores de 65 años.

5. Conclusiones

- No es fácil hallar datos fiables sobre los trastornos mentales graves. Es un criterio generalmente aceptado que el diagnóstico psiquiátrico no esta asociado a la gravedad clínica. De este modo los diagnósticos a los que se atribuye mayor gravedad (trastornos esquizofrénicos y trastornos bipolares) son los que contienen un mayor porcentaje de trastornos graves (tanto por la severidad clínica en las fases agudas, como por su curso crónico). Otros trastornos como algunos trastornos depresivos, de ansiedad o de personalidad pueden reunir criterios de gravedad, tanto por la intensidad de los síntomas como por el grado de discapacidad. Tanto los estudios poblacionales como los sistemas de información en salud mental adolecen de no incluir medidas de gravedad. Esto puede quedar parcialmente resuelto con el estudio impulsado por la OMS en 14 países (WHO, 2004), donde se incluyen medidas de gravedad sintomatología y de discapacidad (datos en proceso de publicación).

- Hay dificultades para comparar resultados procedentes de diferentes fuentes que utilizan distintos sistemas de clasificación (DSM-IV, CIE-10, CIE-9). A pesar de ello hay amplio consenso en torno (utilizando combinación de fuentes) a que los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-3% de la población adulta.

- Nuevas líneas de investigación deberían ser habilitadas para determinar con precisión y exactitud la frecuencia y distribución de los trastornos mentales graves, así como la necesidad de tratamiento no cubierta (trastornos mentales graves no atendidos) y la adecuación del tratamiento (personas atendidas que no reciben un tratamiento adecuado según guías clínicas. Esto es especialmente relevante dada la efectividad de los tratamientos psiquiátricos)

6. Bibliografía

- Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. *Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis*. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:565
- Anonymous. Minerva. BMJ 2003;326:404.
- Arnold LM. *Gender differences in bipolar disorder*. Psychiatr Clin North Am. 2003 Sept; 26(3):569-620.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33: 587-595
- Borrás-Pérez X. *Bases de datos administrativos en el análisis clínico de la cardiopatía isquémica. Med Clin (Barc)*. 2005; 125: 659-60
- Byrke JD, Regier DA. Epidemiología de los trastornos mentales. En: *Tratado de Psiquiatría*. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. Barcelona: Ancora, 1996
- Cross National Collaborative Group. *The changing rate of major depression: cross-national comparisons*. JAMA 1992; 268: 3098-3105
- Díez A, Pardo M, Vila F, Autonell J. *Contribuciones de la epidemiología psiquiátrica al conocimiento de factores de riesgo en salud mental*. Monografías de Psiquiatría. 2004. 16(3): 14-23.
- ESEMeD / MEDHEA 2000 Investigators. *Disability and Quality of Life Impact of Mental Disorders in Europe: Results from the European Study of Mental Disorders (ESEMeD) Project*. Acta Psych Scand 2004; 109 (Suppl. 420): 38–46
- ESEMeD / MEDHEA 2000 investigators. *Use of mental health services in Europe. Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)* Project. Acta Psych Scand 2004: 109 (Suppl. 420): 47–54
- ESEMeD / MEDHEA 2000. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.* Acta Psych Scand 2004; 109 (Suppl. 420): 21–27
- ESEMeD / MHEDEA 2000 investigators. *Sample and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Acta Psych Scand 2004; 109 (Suppl 420): 2-17
- ESEMeD/MEDHEA. *Project: rationale and methods*. Int J Methods Psychiatr Res. 2002;11:55- 67
- Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, y cols. *La Epidemiologia de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España*. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31:182-91
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. *The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia.* Br J Psychiatry 1993; 162: 80-86
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G y cols. *Schizophrenia: Manifestation, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten country study*. Psychol Med 1992; Suppl 20
- Jablensky A. *Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000; 250: 274-85
- Jenkins R, Lewis G, Bebbintong P y cols. *The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain--initial findings from the household survey*. Psychol Med.1997 27(4):775-89

- Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. *Sex and depression in the National Comorbidity Survey, II: cohort effects*. J Affect Disorders 1994; 30: 15-26
- Kessler RC, Rubinow DR, Holmes JM, Abelson JM, Zhao S. *The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey*. Psychol Medicine 1997; 27: 1079-1089
- Kessler RC, Üstun TB. The World Health Organization World Mental Health Health 2000 Inciative. *Hospital Management International.* 2000: 195-1996
- Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of major depression. JAMA 1989; 261: 2229-2235
- Marcelis M, Navarro-Mateu R, Murray R, Selten JP, Van Os J. *Urbanitzation and Psicosis.* A study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands.Psicol Med 1998; 28:871-879.
- Moreno Küstner, B. *El registro de casos de esquizofrenia de Granada. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid. 2005
- Murray, JL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease.* Cambridge. Harvard University Press.1996.
- National Advisory Mental Health Council. *Health Care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council* , 1993 Am J Psychiatry. 1993 Oct;150(10):1447-65.
- Piccinelli M, Wilkinson G. *Gender differences in depression*. Br J Psychiatry 2000; 177: 486-92
- Robins LN, Regier DA (eds.). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: Free Press, 1991
- Rorsman B, Gräsbeck A, Hagnell O, Lanke J, Öhman R, Öjesjö L, Otterbeck L. *A prospective study of first incidence depression.* The Lundby Study, 1957-72. Br J Psychiatry 1990; 156: 336-342
- Sartorius N, Jablenski A, Korten et al. *Early manifestation and first contact incidence of schizoprhenia in different cultures*. A preliminary report on the initial phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. Psuchol Med. 1986; 16: 909-28
- Slade M, Powell R, Strathdee G. *Current approaches to identifying the severely mentally ill*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997 May;32(4):177-84
- Vazquez-Barquero JL, Cuesta Nunez MJ, de la Varga M, Herrera Castanedo S, Gaite *The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings.* The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. Acta Psych Scand. 1995 Mar;91(3):156-62.
- Weissman MM, Bland RC, Canino G, y cols. *Cross-National Epidemiology of major depression and bipolar disorder.* JAMA 1996; 276: 293-299
- WHO Iniciative. *The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys*. JAMA 2004;291:2581-2590
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders.* Bulletin of the World Health Organization. 2000. 78: 413-423

SITUACIÓN DE LOS RECURSOS DEDICADOS A SALUD MENTAL EN ESPAÑA

1. Introducción

1.1 Antecedentes

El análisis de los recursos dedicados a la salud mental, ha sido evaluado en ocasiones anteriores. Como obras de referencia pueden consultarse los sucesivos informes de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (Desvinat, 2000, Salvador-Carulla, 2002) y los Cuadernos Técnicos 4 (Bravo, 2000) y 6 (Achutegui, 2002) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Encuesta Nacional de Salud Mental de 1996 (Bravo, 2000) y los datos del Observatorio del Sistema Nacional de Salud (Achutegui, 2002)

1.2 Delimitación del concepto y alcance del informe

¿Qué son recursos? En un sentido amplio, el concepto se refiere a los elementos estructurales cuya acción tiene un efecto sobre la salud mental de las poblaciones y los individuos. Es un termino equivalente al de input (insumo) en un sistema matricial.(Thornicroft, 2005) (Figura 1)

Figura 1. Recursos visibles e invisibles de Salud Mental (Thornicroft y Tansella, 2005)

1) Recursos visibles
   - i) Presupuesto
     - (a) Cantidad absoluta de dinero destinado a los servicios de Salud Mental
     - (b) Asignación proporcional en relación con el total de los gastos sanitarios
     - (c) Otros indicadores
   - ii) Personal
     - (a) Número de profesionales a cada nivel (incluyendo Atención Primaria)
     - (b) Diversidad de profesiones
   - iii) Edificios y dispositivos
   - iv) Equipamiento y tecnología para la investigación, diagnóstico y tratamiento

2) Recursos invisibles
   - i) Enlaces
     - (a) Entre los servicios sanitarios y sociales
     - (b) Entre los servicios especializados y de atención primaria
   - ii) Políticas y normativas
     - (a) Leyes
     - (b) Sistemas de organización y estándares de calidad
     - (c) Guías y protocolos de tratamiento
3) Formación

Otros modelos incluyen también otros aspectos que son particularmente relevantes en el caso de la Salud mental. Estos son:

- Los cuidados informales que se refieren a los que prestan los familiares o allegados de los pacientes, como complemento o (en la mayor parte de los casos) en sustitución de los que deberían ser proveídos por la sociedad. Estudios realizados en nuestro medio indican que, para el caso de la esquizofrenia, el coste de estos cuidados se situa en torno al 40% de los totales generados por esta enfermedad (Agustench, 2005)

- El capital social que es una característica de los grupos sociales y también de las instituciones que se refiere a la red de relaciones interpersonales e intergrupales que se forma dentro de una sociedad y que se basa en valores socioculturales de confianza, reciprocidad, cooperación, solidaridad y honestidad. Se trata de un concepto emergente, relacionado con la cohesión social y que puede ser visto como un input o prerrequisito como un desenlace o consecuencia. Aunque ha sido criticado por el riesgo de justificar la ausencia de políticas públicas activas y por la dificultad para ser operativizado, supone un encuadre útil desde una respectiva de salud pública.(INTERNATIONAL CONSORTIUM for MENTAL HEALTH POLICY and SERVICES, 2005)

Esta misma perspectiva subyace a algunas recomendaciones recientes que extienden más aún el alcance del concepto al indicar que muchas políticas generales tiene un impacto sobre la salud mental de las poblaciones (WHO, 2005).
La explicitación de este encuadre general no tiene sólo un carácter introductorio y formal, sino sustantivo. La investigación empírica sobre coste, desarrollo e impacto de los dispositivos de salud mental en diversas áreas de España, realizada con instrumentos estandarizados y comparables por el grupo PSICOST , concluye persistentemente, que los factores sociodemográficos o ecológicos influyen decisivamente en las relaciones entre los aspectos indicados y si no se tienen en cuenta, incluso la investigación más fiable conduce a resultados paradójicos.(Salvador-Carulla, 1999; Salvador-Carulla, 1999b, Haro, 1998)

Queda claro, pues, que las miradas habituales a los recursos centradas solo en números referidos a camas o profesionales por habitante son claramente insuficientes
El modelo matricial antes aludido (Thornicroft, 2005) enfatiza además otro aspecto: "Los recursos tiene por si mismos una importancia indirecta (…).son importantes solo en la medida en que contribuyen a la mejora del resultado de los pacientes individuales"
Conviene también tener en cuenta que los dispositivos se engarzan en una malla que funciona como un sistema. La utilización de alguno de los nudos depende del conjunto de la red. Así la ausencia de algunos recursos, pervierte el uso de otros dispositivos, incluso externos a la red asistencial.
Este encuadre introductorio señala la dificultad de llegar a una definición operativa. Y, aunque se tuviera, la complejidad de encontrar los datos pertinentes.

En consecuencia y de manera pragmática el presente estudio se limitará sólo a algunos aspectos. Básicamente se detendrá en los recursos humanos y en los dispositivos, sacrificando importantes aspectos de la discusión, para los que no hay datos cuantitativos fiables

2. Recursos humanos

Las personas son el principal activo de un servicio de salud mental. Como tal, interesa no sólo su número, sino también su motivación, su formación, su competencia y su posibilidad de participación. Estos elementos cualitativos son de difícil valoración. De todas maneras, uno de ellos, que es el de la formación ha sido reconocido, generalmente como uno de los elementos más positivos del sistema sanitario español, incluyendo la Salud Mental[4]. Tres especialidades relacionadas con la Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental) cuentan con reconocimiento oficial y formación reglada por el sistema MIR. Los informes sobre el tema detallan, no obstante, algunos déficits específicos como son la escasa duración del periodo de la especialidad en relación con la media de la UE y la inexistencia administrativa de las subespecialidades o áreas de capacitación específica. Además la ausencia de una adecuada variedad de escenarios asistenciales por falta de recursos compromete una formación integral.

En relación con la motivación y la participación, los datos recogidos en una auditoria limitada al territorio de la Comunidad Autónoma de Valencia (Gómez, 2003) se señala que no hay existen apenas actividades sistemáticas para combatir el desgaste profesional o para facilitar la participación de los profesionales. Todo ellos a pesar de que está acreditada la mayor incidencia del desgaste profesional en la práctica de la atención a la salud mental.

Uno de los datos más consistentes en todas las evaluaciones sobre este tópico es el secular déficit cuantitativo de profesionales en la red pública española. En la Tabla 13 se detallan las cifras.

Tabla 13. Tasas comparadas por 100000 habitantes de profesionales en relación con otros paises y recomendaciones de la AEN.

	España OSM	España ASM	Europa*	Paises ricos**	Mundo	Estandares AEN***
Psiquiatras	6,34	3,6	9,8	10,5	1,2	15.25
Psicólogos	4,08	1,9	3,1	14	0,6	15
Enfermeras	7,85	4,2	24,8	32,95	2	27.25
Trab. Sociales	1,91		1,5	15,7	0,4	4.5

*Europa se refiere a la Región Europea de la OMS que incluye los siguientes paises: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Chipre, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Kajastán, Kirgizia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Monaco, Paises Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Moldavia, Rumania, Federación Rusa, San Marino, Serbia y Montenegro, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Tayikistán, ARYMacedonia,, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Reino Unido, Uzbekistán

**Paises ricos son los correspondientes al grupo I del Banco Mundial. Correspondebasicamente a los paises de la OCDE.

***Estandares de la AEN elaborados a partir de el Cuaderno Técnico nº 4 (Bravo, 2000)

Fuente. Atlas de Salud Mental 2005 y Observatorio de Salud Mental de la AEN (Salvador, 2005)

OSM: Observatorio de Salud Mental AEN. ASM: Atlas de Salud Mental OMS 2005.(WHO, 2005)

Siendo deficitarias las cifras para todos los tipos de profesionales, sobre todo si se compara con los países del mismo nivel de desarrollo económico, las carencias son abismales en los casos de los profesionales de la enfermería y del trabajo social.

[4] Espino A and Olabarria B. La formación de los profesionales de la Salud Mental en España. Estado actual y perspectivas. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2003.

Por otro lado, la distribución de estos recursos entre las diferentes comunidades autónomas, revela amplias diferencias en la dotación de profesionales. La Tabla 14 muestra estas diferencias.

Tabla 14. Tasas por 100000h de diferentes profesionales por Comunidades Autónomas

	Psiquiatras	*Psicólogos*	*Enfer*	*TS*
Andalucía	5,28	2,59	6,23	1,54
Aragón	7,76	3,9	10,54	3,36
Asturias (Principado de)	7,46	2,77	11,48	1,44
Balears (Illes)	5,9	5,2	11,91	2,31
Canarias	4,96	3,39	8,9	1,4
Cantabria	7,4	8,16	10,81	3,41
Castilla y León	5,82	3,21	7,53	1,2
Castilla - La Mancha	6,84	6,23	9,82	3,2
Cataluña	7,06	4,9	5,75	2,1
País Vasco	10,8	4,56	17,81	3,6
Extremadura	6,32	6,79	6,3	1,98
Galicia	5,46	2,74	6,12	1,26
Madrid (Comunidad de)	7,44	4,73	7,56	2,03
Melilla	3,17	3,17	11,11	0
Murcia (Región de)	3,82	3,82	7,22	1,68
Navarra (Comunidad Foral de)	4,4	4,4	12,59	1,44
Rioja (La)	3,88	3,88	12,36	0,71
Comunidad Valenciana	5,18	4,1	6,17	1,53

Incluso dentro de la misma comunidad autónoma, algunas comarcas tienen muchos menos recursos que otras. Como muestra se presentan en la

Tabla 15, datos correspondientes a la Comunidad de Valencia.(Gómez, 2003)

Tabla 15. Tasas de personal por 10^5 habitantes en relación con las áreas de salud del PV (excluyendo los dispositivos de conductas adictivas e incluyendo los dispositivos psiquiátricos de ámbito provincial)

	Comarca	*Psiq*	*Psic*	*DUE*	*Aux*	*T.S*	*Amtvos*	*Mtr*	*Otros*	*Totales*
1	Castelló- Nord	6,47	5,35	3,22	4,39	1,55	1,55	2,67	1,34	26,53
2	Castelló- Centre	5,52	4,96	6,35	9,85	1,20	0,68	1,61	0,99	31,16
3	Sagunt i Palancia	5,81	2,73	6,32	5,88	0,89	1,08	2,13	2,03	26,87
4	Malvarrosa i Horta Nord	4,57	2,04	3,91	3,60	0,65	1,27	2,39	3,88	22,30
5	Arnau i Túria	5,38	2,40	4,32	9,01	2,02	1,63	3,32	2,91	30,99
6	H. La Fe	7,09	2,82	7,53	11,02	1,37	1,87	3,08	2,03	36,80
7	Requena Utiel	4,52	4,49	3,01	1,17	0,87	0,45	2,29	2,03	18,82
8	H. General	5,70	2,57	4,75	8,71	1,90	1,03	2,83	2,91	30,40
9	Valencia Sur i H. Peset	6,03	1,80	3,92	4,96	1,14	1,42	2,67	2,91	24,84
10	La Ribera	3,62	1,96	3,33	5,75	0,52	1,13	2,13	2,03	20,48
11	La Safor	4,05	3,21	6,00	2,47	1,34	0,30	4,07	5,91	27,34
13	La Costera i V Albaida	4,42	2,31	5,59	13,23	0,31	1,07	1,45	4,05	32,43
12	La Marina	4,41	3,74	6,66	8,06	0,74	1,36	3,19	2,56	30,70
14	Alcoi	5,07	5,09	5,79	8,02	0,51	0,39	1,50	5,91	32,28
15	Marina Baixa Benidorm	5,23	2,37	7,44	12,70	1,47	1,09	3,41	6,94	40,63
16-18	Alacant	5,03	3,05	5,64	15,18	2,46	0,75	1,11	4,82	38,04
17	Alt Vinalopo	3,76	2,72	5,52	11,51	0,80	0,88	2,77	4,60	32,55
19	Baix Vinalopo	3,91	2,74	3,99	7,89	1,33	0,79	3,01	5,73	29,38
20	La Vega Baja	3,18	2,72	4,04	8,07	0,54	0,80	1,13	4,84	25,33

Estos datos acreditan, no sólo la insuficiencia de recursos sino la desigualdad entre los ciudadanos españoles a la hora de acceder a los mismos. Además, hay datos que apuntan a que la distribución de los recursos no esta en relación con las necesidades evaluadas a partir de los condicionantes socioeconómicos que las determinan. Áreas económicamente deprivadas tienen menos recursos que otras más favorecidas (Gómez, 2003)
El mismo estudio indica que del conjunto del personal contratado por todas las administraciones para la asistencia a la Salud Mental, el 53% trabaja en dispositivos hospitalarios, incluyendo un 67% del personal de enfermería diplomado.

3. Los dispositivos

3.1 Cuestiones previas

El análisis de la estructura y el funcionamiento de los dispositivos dedicados a la Atención a la Salud Mental tiene algunas dificultades importantes. En todos los países desarrollados, se ha pasado de un único dispositivo, definido acertadamente como una institución "total", el Hospital Psiquiátrico, a una red diversificada de dispositivos en el territorio. La lógica del primero es que todas las diversas necesidades que plantea la enfermedad mental quedaban abarcadas por una única respuesta: la reclusión-exclusión. Por el contrario, la opción comunitaria pretende adaptar la respuesta a las necesidades intentando que la diversidad de los dispositivos sea al menos tan rica, como la multiplicidad de retos que pone la enfermedad. El objetivo final es la normalización y la inclusión. Este proceso ha sufrido muchos avances y detenciones en los diferentes contextos históricos y locales, conduciendo a situaciones muy variadas.

En el análisis de los dispositivos podemos plantear un primer nivel que se refiera al número y su diversidad y un segundo que haga hincapié en su funcionamiento. Este segundo aspecto, que se relaciona con la presencia de indicadores , queda cubierto en otro apartado de este informe
Para el estudio de los dispositivos de atención se han desarrollado diferentes esquemas de clasificación.

Incluso lo más sofisticados como el Diagrama de Servicios de Salud Mental (ESMS) (Salvador-Carulla, 2000) son aplicables a nuestro medio y han permitido, de hecho, comparaciones intra y extra estatales. Aunque el alcance de estos estudios se limita a unas pocas áresa exhaustivamente estudiadas cuya representatividad en el conjunto del estado español no esta acreditada. Sin embargo su realización en comunidades autónomas y áreas cuyos recursos se sitúan por encima de la media nacional (Navarra, Madrid, Andalucía, Cataluña, con excepción de Cantabria) (Salvador-Carulla, 2002) indican que los recursos son menores y de menor diversidad. El modelo ESMS tiene una estructura arborescente con ramas principales y ramas secundarias. Sus estudios comparativos indican que las diferencias entre unas comunidades a otras afectan no solo a algunos de los dispositivos sino a algunos de los troncos principales.

Si se extiende el alcance geográfico al conjunto del estado se pierde mucha precisión. Los datos más recientes corresponden al Observatorio de Salud Mental de la AEN elaborados con referencia a los años 2002 y 2003. Con anterioridad se dispone de los elaborados en los textos que se citan en la introducción

Una primera dificultad es la disparidad de resultados en función de las fuentes. Por ejemplo algunos datos relativamente fáciles de determinar como el numero de camas en Hospitales psiquiátricos cuyas cifras oscilan entre 8000 si se consideran los recogidos por el Observatorio a 16000 si se extraen los datos del catalogo de hospitales de MSC (2005). Los centros de salud mental que operan en España pueden oscilar entre 480(Salvador, 2005) y 555 (Bravo, 2000) también según las fuentes. La situación es aún más confusa en relación con las actividades de rehabilitación donde las variaciones alcanzan no solo a la descripción sino a la mera denominación de los dispositivos.

Estas disparidades enfatizan nuevamente la necesidad de desarrollar los estudios de recursos, incluso en esta parte más sencilla de la contabilización, utilizando instrumentos estandarizados de los que se dispone.

Esta mareante característica de los datos disponibles tiene un efecto disuasorio de cualquier aproximación rigurosa al tema. Es también constatable en estudios anteriores (Gil, 1998; Achutegui, 2002; Aparicio, 1993)

Con todo esto, y basándose fundamentalmente en los datos del Obsertavatorio de Salud mental, que permiten comparaciones se puede llegara a algunas conclusiones
El OSM de la AEN no utiliza un esquema de clasificación de recursos estandarizado. En ausencia de mejor criterio, se respetan los epígrafes originales
3.2 Unidades/Centros de Salud Mental

Su existencia es el resultado más consolidado y extendido de la Reforma Psiquaiátrica al tratarse de un dispositivo prácticamente inexistente anteriormente.
Su distribución se muestra en la Tabla 16

Tabla 16. Centros de Salud Mental por CCAA. Tasas por 10000 Km 2 y Habitantes por Centro

	Nº de CSM	*CSM / 10000 Km^2*	*Habitantes/CSM*
Andalucía	71	8,11	107138,70
Aragón	20	4,19	61504,50
Asturias (Principado de)	15	14,15	71692,07
Balears (Illes)	8	16,03	118420,13
Canarias	17	22,83	111462,82
Cantabria	6	11,42	91615,00
Castilla y León	37	3,94	67233,68
Castilla - La Mancha	21	2,64	86465,76
Cataluña	78	23,91	85950,59
País Vasco	37	52,19	57086,59
Extremadura	14	3,36	76707,43
Galicia	35	11,83	78602,69
Madrid (Comunidad de)	36	44,88	158859,50
Melilla	1	769,23	68463,00
Murcia (Región de)	14	12,38	90659,29
Navarra (Comunidad Foral de)	9	9,18	64245,56
Rioja (La)	5	9,94	57478,00
Comunidad Valenciana	62	26,66	70496,23
Total España	486	9,62	87535,01

Estos resultados cuantifican algunos aspectos característicos de estos dispositivos como son la accesibilidad (geográfica) y la sectorización, indicando que son muy variables a lo largo del territorio.

Otras cualidades de estos dispositivos como son la accesibilidad temporal (listas de espera), el carácter multidisciplinar, la actividad comunitaria (visitas domiciliarias) o la coordinación con otros niveles del área (Atención primaria, Equipos de base de servicios sociales) o del resto del sistema de salud mental (hospitalización, servicios de día) son difíciles de evaluar por la escasa precisión de las preguntas que plantea el cuestionario. Pero si lo son las respuestas negativas en el sentido no hay definidos programas específicos de visitas domiciliarías en 9 de las 18 CCAA, ni de apoyo a AP en 3 ni de psicoterapia grupal en 6. Un dato importante que no se recoge es el número y diversidad de profesionales en los CSM, lo cual impide evaluar su multidisciplinariedad.

En la auditoria sobre funcionamiento en las USM del País Valenciano (Gómez, 2003) los datos recogidos ponen en duda que la mayor parte de las USM tengan una actividad diferente a la del puro consultorio de especialidad.

3.3. Servicios de Hospitalización

3.3.1 Unidades de Hospitalización Breve

Uno de las directrices más claras del proceso de reforma es que la hospitalización breve debe realizarse en Unidades del Hospital general. Esto no es así, al menos en algunas CCAA. (Tabla 17)

Tabla 17. Porcentaje de camas de agudos en Hospitales Psiquiátricos en algunas CCAA españolas y en la región Europea de la OMS

CCAA	*% camas en HP*
Baleares	31,1111111
Cataluña	52,9411765
Extremadura	55,5555556
Madrid	36,2831858
Murcia	47,1910112
Valencia	7,85340314
Europa OMS	63,5

Con esta salvedad, las camas disponibles para hospitalización de agudos en la diferentes comunidades autónomas tanto en hospitales psiquiátricos como generales son (Tabla 18)

Tabla 18. Camas de hospitalización de agudos por 10000 habitantes

Comunidad Autónoma	*Camas/10000 hab*
Andalucía	0,74
Aragón	1
Asturias (Principado de)	0,8
Balears (Illes)	1,6
Canarias	0,84
Cantabria	0,6
Castilla y León	1,06
Castilla - La Mancha	0,88
Cataluña	1,7
País Vasco	1,29
Extremadura	1,08
Galicia	0,9
Madrid (Comunidad de)	1,13
Melilla	0,9
Murcia (Región de)	0,9
Navarra (Comunidad Foral de)	1
Rioja (La)	0,918
Comunidad Valenciana	0,574
Total	1,04

En relación con los referentes internacionales los resultados serían los que se reflejan en la Tabla 19.

Tabla 19. Camas de Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales en España y paises de su región y nivel económico

	España OSM	España ATM	Europa	Paises ricos
Camas General	1,04	0,6	1,744	3,375

Leyenda y fuentes : Tabla Para España el dato del OSM se refiere a todas las camas de agudos

Los estándares de la AEN para la hospitalización de agudos en hospitales generales son entre 1’2 a 1’5 plazas por 10000 habitantes.

En el estudio del OSM no hay datos de actividad de estas Unidades. Los datos de la Encuesta de Hospitales (INE, 2003) indica que las camas psiquiátricas de los hospitales generales tienen un índice de ocupación de 16.56 (frente al 1,95 de los Hospitales psiquiátricos) y una estancia media de 19 días (frentes a la de 170,57 de los Hospitales psiquiátricos)

3.3.2 Hospitalización parcial

Algunas clasificaciones incluyen este dispositivo como un recurso de hospitalización que efectúa ingresos como alternativa a la Hospitalización completa y en otros se considera una modalidad intensiva de los dispositivos de día.

En algunas CCAA no existen hospitales de día generales, pero si hospitales de día específicos para algunos trastornos como los de la alimentación o para los drogodependientes (Cantabria, País Valenciano).
Centrándonos en aquellos accesibles para los pacientes psiquiátricos adultos, los resultados por comunidades autónoma son: (Tabla 20)

Tabla 20. Hospitales de dia Plazas, plazas por 100000 h y número de dispositivos

	Plazas	*Plazas*	*Dispositivos*
Andalucía	2,49	180	6
Aragón	2,91	35	2
Asturias	10,05	105	6
Baleares	3,47	15	2
Castilla La mancha	3,93	70	3
Castilla Leon	2,41	60	3
Cataluña	12,07	785	8
Euskadi	7,44	155	14
Galicia	5,19	140	7
Madrid	4,5	244	9
Melilla	12,69	8	1

A partir de los datos es poco probable que estos Hospitales de Día puedan servir de alternativa a la Hospitalización completa en la mayoría de las CCAA que disponen de ellos, salvo para los habitantes de las comarcas próximas. El numero de plazas por dispositivo si que se parece adecuado.

Las plazas recomendadas por la AEN para los Hospitales de Día son entre 10 y 19 por 100000 habitantes.

3.4 Dispositivos de rehabilitación

En este apartado el OSM mezcla dispositivos que habitualmente se separan en las clasificaciones estandarizadas.

3.4.1. Unidades de rehabilitación residencial

Por una parte hace referencia a las unidades de rehabilitación con camas, que define como recursos de hospitalización con actividad rehabilitadota, de reinserción y tratamiento activo y no solo de residencia. Es pues un dispositivo residencial hospitalario de alta intensidad destinado a una parte pequeña pero significativa de los pacientes que superan el umbral de gravedad que restringe el nivel coste-eficiencia de las intervenciones ambulatorias en entornos normalizados.

Los datos recogidos por el OSM respecto a este dispositivo se presentan en Tabla 21

Tabla 21. Unidades de Rehabilitación Hospitalarias/Comunidades Terapéuticas. Numero de dispositivos, plazas y tasas por 100000 habitantes en diferentes CCAA.

	Numero	*Plazas*	*Tasa*
Andalucia	13	195	2,2
Asturias	4	62	6
Canarias	2	202	13,3
Euskadi	1	48	2,3
Extremadura	1	60	5,6
Galicia	4	171	3,15
Madrid	1	40	0,7
Navarra	1	34	6

Se trata de un recurso ausente en la mayor parte de las CCAA. En las que las hay, resulta dudoso que aquellas Unidades de elevado número de camas puedan ejercer las funciones de estos dispositivos. Las tasas recomendadas son de 8 a 10 plazas pero insistiendo en que no sean muy grandes (25-30 plazas) y que estén situadas en entornos urbanos.

3.4.2 Servicios de Día en diferentes grados de intensidad

El estudio del Observatorio de la AEN separa estos dispositivos en tres categorías: centros de rehabilitación, alternativas laborales y centros de día. Sin embargo como señala un informe anterior en relación con la enfermedad mental grave Existe "una indefinición y falta de consenso sobre la denominación de los recursos de rehabilitación. Aparecen dispositivos similares en su función con distinto nombre, y dispositivos con el mismo nombre que realizan funciones muy diferentes (Salvador-Carulla, 2002)
Incluso en algunas CCAA, la denominación Hospital de Día se aplica a este tipo de recurso.En esta situación, y a falta de mejores datos, se totalizan en una tabla los correspondientes a los centros de rehabilitación y los centros de día.

Tabla 22. Plazas absolutas, plazas por 100000 habitantes en Centros de Rehabilitación y plazas absolutas en Centros de Día por CCAA

	CRISes	*Plazas/1000000 hab*	*Cdia*
Andalucía	270	3,7	1624
Aragón	200	16,6	200
Asturias (Principado de)	20	1,9	
Balears (Illes)			
Canarias	0		
Cantabria	153	29	
Castilla y León	204	8	
Castilla - La Mancha	850	47	
Cataluña			1656
País Vasco	365	17,5	230
Extremadura	360	33	
Galicia	540	20	25
Madrid (Comunidad de)	971	17	177
Melilla	0		
Murcia (Región de)	180	15	
Navarra (Comunidad Foral de)			45
Rioja (La)	25	8	
Comunidad Valenciana	690	15	340

Las recomendaciones para este tipo de dispositivos serían de de 50 a 100 plazas para cada uno de ellos. Si se suman los dos tendría que haber entre 100 y 200 por 100000 habitantes. En el conjunto del estado y de acuerdo con los datos disponibles se contabilizan 9125 plazas (de alta y baja intensidad de tratamiento juntas). Es decir 22 plazas por 100000 habitantes

3.4.3 Alternativas laborales

Esta falta de concreción es particularmente relevante en el caso de la inserción laboral. El tipo de dispositivos incluidos en este epígrafe puede oscilar entre talleres donde los usuarios hacen manualidades, a empresas en las que cobran un salario en pie de igualdad con otros trabajadores.[5] La inclusión social a través del empleo es uno de los programas estrella de muchas inversiones procedentes de fondos europeos. Se dirige a colectivos muy amplios. Puede haber personas con enfermedad mental que son usuarios de estos servicios generales y, al contrario, servicios específicos para discapacitados, que no acepten enfermos mentales y sólo se centren en discapacitados psíquicos.
Por otro lado, el empleo con apoyo, que no requiere de estructuras materiales especiales sino sistemas de tutoría en el puesto de trabajo, no están recogidos.
Con excepción de la experiencia de la Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo Mental y de algunas iniciativas incipientes similares en otros territorios (FISLEM en Castilla-La Mancha), no hay una línea específica de inserción laboral de las personas con enfermedad mental

Nuevamente los datos del Observatorio, aunque poco específicos, apoyan esta conclusión (Tabla 23). Incluso con un criterio amplio de "intención de inserción laboral" las plazas quedan lejos de las recomendadas (15-30 por 100000 habitantes). La tasa calculada en España es de 8 por 100000 habitantes, estando más de la mitad en Andalucía.

Tabla 23. Número y plazas de recursos con intención de inserción laboral de diferente intensidad

	Nº de centros	*Plazas*
Andalucia (empresas sociales)	8	172
Andalucía (talleres)	96	1624
Aragón	20	200
Baleares	2	45
Canarias	2	40
Cantabria	1	30
Castilla León	4	
Cataluña	8	230
Euskadi	6	300
Extremadura	2	38
Galicia	18	540
Madrid	6	298
Navarra	3	85

[5] López Alvarez M, Laviana Cuetos M, Alvarez Jiménez F, González Alvarez S, Fernández Doménech M, Vera Peláez MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la AEN. 2004; XXII:31-66

3.5 Alternativas residenciales

Las necesidades de alojamiento de los pacientes psiquiátricos que por diferentes motivos no pueden residir en sus domicilios, pueden ser cubiertas con dispositivos hospitalarios o no hospitalarios

3.5.1. Dispositivos hospitalarios

Los primeros pueden tener una limitación temporal en la estancia o ser indefinida. Esto diferencia los dispositivos de media y larga estancia. Además, en el sistema existen también centros psicogeriatricos y hospitales psiquiátricos. No se sabe si hay alguna diferencia en el funcionamiento, la estructura o la localización de los centros que diferencie un dispositivo de otro, en la línea de lo señalado anteriormente. Se han totalizado en la Tabla 24.

Tabla 24. Tasas por 100000 habitantes de camas en Unidades de Media Estancia (UME), Unidades de Larga Estancia (ULE) y Centros Psicogeriátricos (CPG) por CCAA donde existe el dispositivo con esas denominaciones

	UME	*ULE*	*CPG*	*Total*
Aragón	8,38	32,55	7,64	48,57
Asturias (Principado de)	6,22	5,55		11,77
Balears (Illes)	2,77	11,1	6,71	20,58
Canarias	1,32	2		3,32
Cantabria	84,03	17,11	42,11	143,25
Castilla y León	8,87	59		67,87
Castilla - La Mancha	3,25	38,41		41,66
Cataluña	6,57	52,83	7,23	66,63
País Vasco	13,63	23,92		37,55
Extremadura	7,55	11,36	16,87	35,78
Galicia	1,85	4,2		6,05
Madrid (Comunidad de)	2,41	27,54	9,18	39,13
Murcia (Región de)	4,2			4,2
Navarra (Comunidad Foral de)	3,96	4,2	8,4	16,56
Rioja (La)	27,53	27,54	37,06	92,13
Comunidad Valenciana	6,41	7,73		14,14

Las cifras indican que la posibilidad de acceder a este tipo de recursos, sea cuál sea su definición real, es muy variable entre las diferentes CCAA. El elevado riesgo de que estos dispositivos reproduzcan o continúen los aspectos dañinos de los hospitales psiquiátricos, hace que merezcan una especial atención.

3.5.2 Alternativas no hospitalarias

Los dispositivos no hospitalarios si que son alternativas reales a la hospitalización se detallan en la Tabla 25

La tasa de plazas correspondientes al conjunto del estado no llega a 5 plazas en alternativas residenciales frente a las entre 45 y 110 recomendadas.

Tabla 25. Dispositivos residenciales no hospitalarios

	Pisos	*Pensiones*	*Residencias Hogar*
Andalucía	320	12	328
Aragón	75	3	0
Asturias			
Baleares	37	0	32
Canarias	50	15	10
Cantabria	15		
Castilla La Mancha	110		
Castilla León	157		
Cataluña	170		130
Euskadi	90		
Extremadura	22		
Galicia	125	4	18
Madrid	67	11	180
Murcia	25		
Navarra	3		42
Rioja	4		
Valencia	35		

3.5.3 Hospitales Psiquiátricos

Los Hospitales Psiquiátricos, cuyo cierre es uno de los emblemas de la reforma, subsisten en la mayor parte de la CCAA conservando esta denominación. Los establecimientos con características similares que puedan existir en los epígrafes anteriores ya han sido comentados.

Como se señala más arriba no hay una cifra clara de cuantas camas existen todavía en Hospitales Psiquiatricos. El Catálogo Nacional de Hospitales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) contabiliza 16141. La suma de los datos aportados por el OSM se sitúa en torno a los 8420 y un estudio parcial, pero especifico para la atención de enfermos mentales graves (Gisbert, 2003) da la cifra de 10224. La lectura más optimista de estos datos es que los dispositivos residenciales que favorecen la autonomía y la inclusión de los pacientes son muy escasos. Y también que existe todavía un número significativo de personas asiladas en instituciones “totales”.

4. Otros datos

Un análisis general de los datos del observatorio permiten además llegar a otras conclusiones que conviene resaltar.

4.1. Dependencia administrativa de los recursos
Los servicios dedicados a la atención a pacientes agudos o de primer contacto con la red están vinculados claramente a los servicios sanitarios ya sea de los Servicios Regionales

de Salud o de las diputaciones provinciales en algunas autonomías donde mantiene su tradicional presencia en esta área. Sin embargo, cuanto más nos acercamos a la atención no aguda de carácter rehabilitativo, residencial o comunitaria la presencia de otras instituciones, de organizaciones sin ánimo de lucro y de recursos privados concertados es más evidente. Como ejemplo el 41% de las plazas en hospitales psiquiátricos dependen de ordenes religiosas y frente a un 33% que son públicas (incluyendo las de la Administración Penitenciaria).(MSC, 2005). Hay centros residenciales para enfermos mentales crónicos de titularidad privada con lucro al menos en la Comunidad Autónoma de Valencia, Cantabra y Madrid.

La provisión de servicios de rehabilitación por parte de los departamentos de Bienestar Social o similares se da al menos en Navarra, Valencia, Madrid, y Castilla y León. Las Asociaciones de Familiares gestionan este tipo de recursos en muchas comunidades autónomas. Esta situación compromete la coordinación y la continuidad de cuidados en este tipo de pacientes.

4.2 Dispositivos inexistentes o no registrados

Conviene señalar también los dispositivos que no existen (o al menos no se han encontrado) en España. Así no se hace referencia a dispositivos como los casas de acogida en crisis (dispositivos no hospitalarios para crisis agudas), dispositivos de respiro, diferentes variantes de servicios móviles y familias de acogida.
No es objeto de este informe la asistencia a la población penitenciaria, para la que se pueden consultar monografías específicas.

Hay otro tipo de recursos que no se recogen, pero que existen en alguna medida. Uno de ellos son los servicios de autoayuda gestionados por familiares y pacientes.
También hay datos sobre los dispositivos centrados en la continuidad de cuidados. No se trata de dispositivos en un sentido estricto sino que se orientan a gestionar la accesibilidad, permanencia y continuidad de los pacientes. Existe una revisión reciente sobre el tema (Alonso, 2004) cuyo resultados se totalizan en la Tabla 26.

Tabla 26. Programas de Continuidad de Cuidados

	Nº	*Nº aproximado de pacientes*	*Nº aproximado de profesionales*
Programas	12	10000	70

Fuente: Alonso (2004)

4.3 La atención a la Salud Mental de niños y adolescentes

La situación de la Salud Mental Infantil es una de las principales lacras del sistema. A despecho de la importancia de las intervenciones precoces para el conjunto de la asistencia psiquiatrita las cifras de la asistencia a la Salud Mental Infantil son claramente insuficientes.
En la Tabla 27 se detallan algunos de los resultados provenientes de la encuesta del observatorio

Tabla 27. Dispositivos de Salud Mental Infantil (datos resumidos)

Profesionales totales 100000 h	1,29	Todas las categorías profesionales. Rango entre 2.74 a 0.7.
USMI	189	Muchas compartidas con USM de Adultos
Camas	147	
Plazas de Hospital de Día	286	

5. Conclusiones

Utilizando una definición restrictiva limitada a los recursos humanos y los dispositivos, sin hacer referencia a criterios de funcionamiento, se puede concluir que:

- El tema de los recursos dedicados a la Salud Mental es muy amplio e incluye aspectos cuantitativos y cualitativos
- Centrándose en los cuantitativos, es imposible determinar con precisión los recursos con los datos disponibles. Se requiere el uso de sistemas estandarizados de recogida de datos.
- Aún así son claramente escasos en profesionales en relación con los países del entorno geográfico y del mismo nivel en todas las categorías con especiales déficit en personal de enfermería y del trabajo social.
- Las dotaciones son muy variadas tanto intra como entre Comunidades Autónomas con grave compromiso de la equidad en el acceso a los recursos por razones puramente geográficas
- Los recursos son deficitarios frente a las recomendaciones basadas en datos con respecto a todas las tipologías de dispositivos
- La hospitalización de agudos en hospitales generales no se ha completado
- La distancia a lo recomendable es mayor en los dispositivos de rehabilitación tanto hospitalarios como comunitarios
- La presencia de soluciones residenciales alternativas al Hospital Psiquiátrico es testimonial
- La presencia de soluciones residenciales similares al Hospital Psiquiátrico es muy significativa.
- Las inserción laboral carece de un abordaje específico en la mayor parte del territorio español
- Se detecta una tendencia a la exclusión de los servicios para pacientes no agudos fuera del sistema sanitario público.
- Hay recursos basados en datos de eficacia inexistentes en el territorio español
- La atención a la Salud Mental Infantil cuenta con peores ratios de recursos que la atención a los adultos

En estas condiciones se puede seguir manteniendo la antigua metáfora de que la asistencia a la Salud Mental es la Cenicienta (Múñoz, 1970) del sistema sanitario. Aunque, quizás, el cuento que mejor se ajusta a los datos es la de la niña de la caja de cerillas (Andersen, 1998) que mantiene la ilusión a la luz de los fósforos que va quemando y se queda congelada cuando se le acaban.

6. Bibliografía

- Desviat M. Objetivo 12: Reducir las enfermedades mentales y suicidios. In: Alvarez dardet C PS, ed. *Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo. Granada: EASP*; 2000:175-186.
- Salvador- Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muńoz PE, Torres F, Gómez-Beneyto M por la SEEP. *La Salud Mental en Espańa. Cenicienta en el pais de las maravillas*. In: Cabasés JM, Villalbi JR, Aibar C, eds. Informe SESPAS 2002. Invertir para la Salud. Prioridades en salud pública. Valencia: EVES; 2002:301-323.
- Bravo Ortiz MF (coord). *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Cuadernos Técnicos n.4. Asociación Espańola de Neuropsiquiatría. Madrid, 2000
- Gisbert Aguilar C. *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Cuadernos Tecnicos n 6. Asocciación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2003
- Gil E. Informe. *Sistema de Información en Salud Mental. Psiquiatría Pública*. 1998; 10: 301-306.
- Achútegui G. *Informe de situación de Salud Mental. Observatorio del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002
- Thornicroft G, Tansella M. *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios*. ed.:Triacastela. Madrid; 2005.
- Agustench C and Cabasés JM y grupo PSICOST. *Análisis y costes de utilización de servicios de la esquizofrenia en Navarra durante los tres primeros ańos de la enfermedad*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 23[Suplemento 1]. 15/12/2005.
- *INTERNATIONAL CONSORTIUM for MENTAL HEALTH POLICY and SERVICES*. Mental Health Policy Template. 15/12/2005.
- WHO Europe. *Mental Health Action Plan for Europe*. Facing the Challenges. Building Solutions. 15/12/2005.
- Salvador-Carulla L, Atienza C, Romero C and the SICOST/EPCAT Group. *Use of the EPCAT model of care for stansard description of psychiatric experiences*. The experience of Spain. In: Gimon J, Sartorius N, eds. *Manage or perish*. 1999 ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999:359-368.
- Salvador-Carulla L, Haro JM, Cabasés J, Madoz V, Sacristán JA, Vázquez-Barquero JL for the PSICOST group. *Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two widely differing health servise areas in North-East Spain*. Acta Psychiatr Scand. 1999; 335-343.
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases JM, Madoz V, Vázquez-Barquero JL, Augustench C. *Mental health services utilization and costs of patients with schizophrenia in three area of Spain*,1998:2-18.
- Espino A and Olabarria B. *La formación de los profesionales de la Salud Mental en Espańa*. Estado actual y perspectivas. Asociación Espańola de Neuropsiquiatría. Madrid, 2003.
- Gómez Beneyto M, Girón Jimenez M, Munarriz Ferrandis M, Salazar Fraile J, Tabarés Seisdedos R. *Informe sobre los recursos y el funcionamiento de la atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Valencia. Una evaluación sin medios*. In: Verdugo Alonso MA, López Gómez D, Gómez Sánchez A, Rodríguez López M, eds. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Salamanca: INICO. Universidad de Salamanca; 2003.

- Salvador Sanchez I (coord). *El Observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España*. Revista de la AEN. 2005; XXIII: 3645-3725.
- Department of mental Health and Substance Abuse. *World Health Organization. Mental Health Atlas 2005*. 15/12/2005.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Martínez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, Gaite L, Johnson S for the PSICOST Group. *Assessment instruments: standardization of the European Mpping Schedule (ESMS) in Spain*. Acta Psychiatr Scand. 2000; 102: 24-32.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Catalogo Nacional de Hospitales*. Notes: (consultado el 11/12/2005)
- Aparicio Basauri, V. *Evaluación de Servicios de Salud Mental. Asociación Española de Neruropsiquiatría*. Madrid, 1993
- *Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Hospitalarios. 2002*. INE. 15/12/2005.
- López Alvarez M, Laviana Cuetos M, Alvarez Jiménez F, González Alvarez S, Fernández Doménech M, Vera Peláez MP. *Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible*. Revista de la AEN. 2004; XXII:31-66.
- Alonso Suarez M, Bravo Ortiz MF, Fernandez Liria A. *Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad*. Revista de la AEN. 2004; XXII: 25-52.
- Muńoz PE. *Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica*. Ed. Confederación Española de Cajas de Ahorros; Madrid, 1970.
- Andersen HC. *Cuentos de Andersen*. ed. Palma de Mallorca: Jose J de Olańate; Palma de Mallorca, 1985.

LA FAMILIA: RECURSO COMUNITARIO BÁSICO

1. Introducción

En todos los países y en todas las CCAA en los que se ha producido la reforma psiquiátrica se ha instaurado un modelo de atención en el que el eje principal ha dejado de ser el hospital psiquiátrico (Salvador-Carulla, 2002), para pasar a un modelo comunitario avalado por la OMS y recogido por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) donde el centro de salud es la referencia.

A pesar de que era esperable que los efectos de la transferencia de funciones de los hospitales mentales tradicionales a los cuidados comunitarios mantuviera sin apenas cambios el descanso de la familia y de los cuidadores (Thornicroft, 2002), este fenómeno de compensación no parece haberse producido en nuestro medio, al no verse incrementado el esperado apoyo profesional a la familia.

De hecho, en todas las CCAA en los que se ha producido el proceso de desinstitucionalización ha habido un retraso en el desarrollo de una red de dispositivos y servicios específicos tanto para la población desinstitucionalizada como para la no institucionalizada .Y como consecuencia se ha observado que la mayor fuente de ayuda que tienen las personas que sufren un trastorno mental grave y de duración prolongada, para resolver sus necesidades, es la familia. (Rosales y Cols, 2002)

La prestación de atención y cuidados en salud en España por parte de cuidadores informales, supone el 88% del total de la atención (Desviat et al, 2000).Es decir, que el cambio hacia los servicios ambulatorios y a la atención comunitaria se sostiene en la creencia de que hay alguien en casa para cuidar al paciente.

Por tanto, hemos de partir del hecho de considerar que este modelo cuenta con la familia como uno de los pilares en el que se asienta una gran parte de los cuidados a lo largo del tiempo, convirtiéndose ésta en un recurso comunitario básico.

2. Carga familiar

Prestar cuidados a un familiar con un trastorno mental grave con un grado, mayor ó menor de discapacidad, tiene un claro y mensurable impacto sobre los miembros de una familia, que se describe generalmente como "carga" (Rosales y Cols, 2002).

Esta carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador, que han venido agrupándose tradicionalmente en dos grandes dimensiones: carga objetiva y carga subjetiva. La *carga objetiva* se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente. La *carga subjetiva* se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente.

Actualmente existen escasos estudios en nuestro entorno que analicen la carga que representa para la familia el hacerse cargo de un enfermo mental grave y de larga duración. Los estudios que nos encontramos son la mayoría de carácter local, con muestras reducidas y poco generalizables, ya que gran parte de ellos se han realizado en pacientes hospitalizados ó pertenecientes a asociaciones de familiares y enfermos. Aunque en todos ellos se recoge un mismo perfil del cuidador, coincidiendo en describirlo como ser padres del o de la paciente, sobre todo la madre, que presta cuidados en solitario, a lo largo de los años, hasta el agotamiento; una mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio. (Aramburu, 2001; Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2003).

Los estudios disponibles coinciden en señalar porcentajes elevados de carga asociada a la prestación de cuidados, pudiéndose atribuir la variabilidad de los resultados detectados a la heterogeneidad de las muestras estudiadas, la disparidad de recursos disponibles así como la metodología empleada para su medición.

Así por ejemplo, según la información recogida en la Encuesta Nacional de Discapacidad (INE, 1999) y la posterior explotación de los datos referentes a la población con trastorno mental grave (Orihuela, 2003), el 100% de los encuestados que contestan, reciben cuidados de parte de sus familiares, siendo la presencia de un cuidador formal anecdótica. En una minoría se registran cuidados externos, ocasionales y/o parciales, por quiebra del cuidador, siendo la presencia de los Servicios Sociales y de la Administración escasa.

Según este mismo estudio, el cuidador principal llega a ceder gran parte de su tiempo, más de 60 horas a la semana y durante años, según el último estudio del INSERSO

(Orihuela, 2003) al cuidado integro del enfermo, en detrimento de su vida personal y social: reducción del tiempo dedicado a trabajo o estudios (25,56%) incluso al trabajo doméstico en mujeres más jóvenes (46,73%), al tiempo dedicado a la vida familiar (42,16%) así como una importante reducción en las actividades de ocio y tiempo libre (58,87%). En cambio, según un estudio con una muestra ambulatoria y donde la carga se cuantifica a través de un instrumento validado (Martinez 2000) los cuidadores dedican un menor numero de horas semanales al cuidado del paciente (media de 11 horas a la semana), sin recibir ayuda de otros cuidadores en su tarea (40%). El 44,8% de los cuidadores ven alterada su rutina diaria por atender a los pacientes y una proporción semejante reconocen haber sufrido pérdidas significativas de oportunidades sociolaborales a lo largo de la vida por la enfermedad de su familiar.

Este tipo de atención no solo incluye una atención personal, médica y domestica sino que también incluye a menudo una relación emocional. Estas tareas generan, según el estudio arriba mencionado, malestar al 88,1% de los cuidadores, y al menos la mitad de ellos viven siempre preocupados.

Es frecuente por tanto, que los familiares experimenten niveles elevados de preocupación y estrés, presenten un amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con los problemas resultantes de aislamiento y de estigma, y además encuentren muy difícil enfrentarse a las conductas disruptivas, a los síntomas negativos y a la discapacidad (OPS, 2003)

Desde los servicios de salud mental se les solicita que vigilen la adherencia al plan terapéutico, movilicen al enfermo, controlen las conductas disruptivas, y todo ello sin una dotación de sistemas de apoyo adecuados (Montero, en prensa). Este tipo de cuidados complejos y con importantes implicaciones emocionales, puede repercutir a su vez en un deterioro de la propia salud. De hecho, algunos estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica de este grupo de población es el doble de la esperada (Montero, en prensa).

De ahí que la familia precise de un abanico de servicios para ser capaz de desarrollar y mantener su papel. Necesita contar con información, apoyo emocional y social, y descanso que no debe dejarse como algo aleatorio sino que se trata de dar respuesta a una necesidad ineludible. Y en algunos casos ayuda terapéutica específica.

El apoyo social práctico, como la ayuda económica a través de pensiones por incapacidad laboral, o por hijo a cargo, alojamiento ó el cuidado diario, en principio es más fácil de organizar que otro tipo de apoyos, aunque no siempre parecen estar disponibles los recursos en España. Y en este sentido llama la atención el escaso porcentaje (3,15% de los encuestados) que declaran tener ingresos por hjjo/a a cargo, así como es muy escaso el porcentaje de aquellos que reciben algún tipo de ayuda de las Administraciones Publicas en el domicilio (4,86%) (Orihuela, 2003)

Según la misma fuente consultada, la financiación más habitual de estos hogares es a través de pensiones, constituyendo la pensión no contributiva la fuente principal de ingresos para el 37% de los hogares, por lo que difícilmente pueden buscar sus propios medios de respiro o contratar a cuidadores formales.

Es decir, esta combinación de factores coloca una sobrecarga de atención y cuidados en las familias, la mayoría asumidas por las mujeres (CERMI, 2003) como extensión de sus responsabilidades domesticas.

Sin embargo, con la entrada al mundo laboral de la mujer, el modelo familiar ha cambiado, produciéndose cambios sociológicos que afectan a la estructura de la familia y dificultando el cuidado de pacientes dependientes. Y esto en España, donde, como señala Vicent Navarro (2002), el porcentaje de la población dependiente y de ancianos va experimentando mayores tasas de crecimiento (de las mayores de la UE), situándose en el 46% según la WHO (2004), tiene la fertilidad más baja del mundo, y la mujer joven no tiene una infraestructura de servicios de apoyo que le permitan compaginar sus labores profesionales con sus responsabilidades familiares, puede convertirse en un grave problema para un sistema sanitario apoyado en las mujeres como cuidadoras informales. Y si a esto le añadimos el envejecimiento de la población, la cantidad y la calidad de los cuidados podrían verse, en un futuro no muy lejano, comprometidas.

Parece necesario pues, conocer exactamente que medidas se están adoptando en las diferentes comunidades autónomas para dar los apoyos necesarios al modelo asistencial comunitario desarrollado en España a fin de adaptarlo a las actuales necesidades tanto de los pacientes, como de las personas que prestan sus cuidados de forma que se consiga el doble objetivo de insertar a los primeros y no aislar a las segundas. Estos mecanismos deben estar reflejados en los planes de salud mental de las Consejerías y Servicios de Salud.

3. Análisis de la sensibilidad de los planes de salud mental a la carga familiar

3.1. Método

Se ha llevado a cabo un estudio transversal para describir la sensibilidad de los Planes de salud mental autonómicos a la carga de los familiares, definiendo esta sensibilidad como el grado de apoyo informativo, social y psicológico que se les da a los mismos a la hora de ocuparse de un enfermo mental y la importancia relativa de sus necesidades y calidad de vida en la elaboración de dichos planes.

Para recoger la información citada se diseño una guía de lectura basada en el cuestionario utilizado por Borrell (Borrell y cols, 2005) con el que seleccionar la información relevante (Tabla 28). Todas las preguntas se responden con un si/no.

Así mismo se revisa si se describe un componente de coordinación y continuidad con otros sistemas de apoyo perteneciente a otras administraciones relacionadas, como asuntos sociales.

Tabla 28. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad sobre la situación de las personas que prestan cuidados a familiares con un trastorno mental grave en los Planes de Salud Mental.

Comunidad autónoma.....
Años de vigencia del Plan.....

A.- Contenidos simbólicos

1. ¿Se menciona la situación general de las familias que tienen a su cargo un enfermo con un trastorno mental grave?
2. ¿Se describen las características de las personas que tiene a su cargo el cuidado de un enfermo con un trastorno mental grave?
3. ¿Entre los principios y valores se tienen en cuenta las necesidades de la familia?
4. ¿Entre los objetivos generales se menciona específicamente mejorar la calidad de vida de las personas que tiene a su cargo el cuidado de un enfermo con un trastorno mental grave?
5. ¿Se tiene en cuenta su participación en la elaboración de los planes de salud mental?
6. ¿Se plantea la participación de asociaciones de familiares en los grupos de mejora de procesos asistenciales?

B.- Contenidos operativos

I.-En la intervención

1. ¿Se propone la evaluación del impacto de la enfermedad mental en la familia del paciente*?*
2. ¿Propone objetivos específicos para la reducción de la carga familiar?
3. En caso afirmativo, ¿se contempla proporcionar la información?
4. ¿Se contempla la disponibilidad de apoyo (grupos de apoyo/ grupos de autoayuda, fomento del asociacionismo...)?
5. ¿Se contempla la disponibilidad de ayudas sociales (dispositivos de respiro, ayuda formal, incremento de ayudas económicas...)?
6. ¿Se describen intervenciones terapéuticas específicas para un mejor manejo del estrés derivado de la situación de prestar cuidados (psicoeducacion)?
7. En caso afirmativo, ¿se menciona donde, en que dispositivos, se realizarían estas intervenciones?
8. ¿Se contemplan medidas de los dispositivos asistenciales que faciliten la accesibilidad de los cuidadores a los servicios?
9. ¿Se contempla la atención y cuidados a domicilio?

II.- En el plan de Apoyo al Plan de Actuación

1. ¿Se contemplan programas de formación específica para el personal que debe desarrollar la acción?
2. ¿Se describen los sistemas de información para la monitorización y evaluación?
3. ¿Se contemplan ayudas a la investigación para su evaluación y mejora de su

La búsqueda de planes de salud se realizo entre los meses de Octubre y Noviembre de 2005, analizando un total de 17 comunidades autónomas[6]. Se recopilaron y estudiaron los Planes de Salud mental publicados hasta la fecha, es decir, con anterioridad al 1 de

[6] Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no se incluyen porque no tienen sanidad transferida.

Noviembre de 2005, por los diferentes servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Se seleccionó el último plan vigente. En aquellos casos en los que no estaba disponible un plan de salud mental específico, se analizó el apartado de salud mental del Plan de salud autonómico. (Tabla 29)

Cada Plan ha sido analizado separadamente por dos investigadoras, anotando las coincidencias y discutiendo los puntos en desacuerdo para analizarlos con mayor profundidad hasta llegar a un consenso.

Tabla 29. Planes de salud mental de las CC.AA. y documentación empleada en este trabajo.

CC.AA.	Plan de salud mental		Documentación utilizada en este trabajo
	Existente	*Disponible*[7]	
Andalucía	Sí	Si	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007
Aragón	Sí	Sí	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón
Asturias	Si	Si	Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001-03
Baleares	Sí	Sí	Pla Autonòmic de Salut Mental
Canarias	No	No	Plan de Salud de Canarias 2004-2008 "Más salud y mejores servicios".
Cantabria	Sí	Sí	Plan Regional de Salud Mental de Cantabria 1998-2001
Castilla-León	Sí	Sí	Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León 2003
C.-La Mancha	Sí	Sí	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004
Cataluña	No	No	Pla de Salut 2002-2005
Extremadura	Sí	Sí	Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Salud Mental
Galicia	Si	No	Propostas de Plan estratéxico de saúde mental de Galicia 2005-09
Madrid	Sí	Sí	Plan de Atencion Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007
Murcia	Sí	Sí	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001
Navarra	No	No	Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Programa de Trastornos mentales.
País Vasco	Sí	Si	Plan Estratégico de Asistencia Psiquiatrica y salud mental 2004-2008
La Rioja	Sí	No	Plan de Salud Mental de La Rioja
Valencia	Sí	No	Plan Director de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana 2001-2004
Ceuta y Melilla	No	No	No tiene sanidad transferida. Carecen de Plan de Salud propio.

[7] Se definen como disponibles aquellos planes que se encuentran en páginas web de libre acceso desde donde es posible descargarse dichos planes.

3.2.Resultados del análisis

Como señala el informe del Observatorio de salud mental, en la actualidad, todas las CCAA tienen un Plan de Salud Mental (Salvador, 2004) aprobado.

Contenidos simbólicos

En diez de los Planes se menciona de algún modo la situación general de las familias que tienen a su cargo a un enfermo con un trastorno mental grave, indicando las dificultades y cambios que esto supone, aunque sin describir con detalle las características de dichas personas, salvo en seis de los Planes analizados.(Tabla 30)

Casi el 80% de los planes dicen en sus apartados introductorios tener en cuenta las necesidades de la familia, pero solo en ocho de ellos se mencionan entre los objetivos generales específicamente mejorar la calidad de vida de las personas que tienen a su cargo el cuidado de un enfermo con un trastorno mental grave.

A pesar de que diez de los planes consideran la participación de los familiares o asociaciones de familiares de enfermos mentales como necesarios para mejorar los procesos asistenciales actuales, sólo ocho de ellos tienen en cuenta su participación en la elaboración de los planes de salud mental

Tabla 30 . Contenidos Simbólicos

Plan	1.Carga	2.Caracterist cuidadores.	3.Necesidades cuidadores	4.Calidad vida como objetivo general	5 Participar en elaborar plan	6.Participar en mejorar plan
Andalucía	X	Q	X	X	X	X
Aragón	X	Q	X	Q	X	Q
Asturias	Q	Q	X	Q	Q	Q
Baleares	Q	Q	Q	Q	Q	X
Canarias	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Cantabria	X	Q	X	X	X	X
Castilla-La Mancha	X	Q	X	Q	Q	X
Castilla-León	X	X	X	Q	Q	Q
Cataluña	Q	X	X	X	Q	X
Extremadura	X	X	X	X	Q	X
Galicia	X	Q	X	X	Q	X
La Rioja	Q	Q	X	Q	X	Q
Madrid	X	X	X	X	X	X
Murcia	Q	Q	Q	Q	X	Q
Navarra	X	X	X	X	X	Q
País Vasco	Q	Q	X	Q	Q	X
Valencia	X	X	X	X	X	X
Total afirmativos	**10**	**6**	**14**	**8**	**8**	**10**

X:Si Q:No

Contenidos operativos

Solo tres planes proponen una evaluación clara del impacto que supone prestar cuidados a un familiar con un TMG, aunque en once de ellos se refleja, entre sus objetivos, la necesidad de instaurar medidas para reducir la carga familiar. (Tabla 31)

Tabla 31 . Contenidos operativos

Plan	1.Evaluan carga	2.Reducir carga como objetivo	3.Infor macion	4.Grupos Apoyo/ Asociac.	5.Ayuda social	6.Psicoed	7.Disposi tivos	8.Acce sib.	9.Atencion Domicilio
Andalucia	X	X	X	X	X	X	X	Q	X
Aragón	Q	X	X	X	X	X	X	X	X
Asturias	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Baleares	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Canarias	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	X
Cantabria	Q	X	x	x	Q	X	x	Q	Q
Castilla-La mancha	Q	X	X	Q	X	Q	Q	Q	X
Castilla-León	Q	X	X	X	X	X	X	Q	X
Cataluña	Q	X	Q	X	X	Q	Q	Q	Q
Extremadura	X	X	X	Q	Q	X	Q	Q	X
Galicia	Q	X	X	X	X	X	Q	Q	X
La Rioja	Q	Q	Q	Q	Q	X	Q	Q	Q
Madrid	X	X	X	X	X	X	X	Q	X
Murcia	Q	Q	Q	X	Q	Q	X	Q	X
Navarra	Q	X	X	X	X	Q	X	Q	X
Pais vasco	Q	Q	X	Q	Q	Q	Q	Q	X
Valencia	Q	X	X	X	X	X	X [8]	Q	X
Total afirmativos	**3**	**11**	**11**	**10**	**9**	**9**	**8**	**1**	**8**

X:Si Q:No

Entre las medidas que se proponen, en la mitad de los planes se contempla proporcionar la información, a través de folletos informativos, material divulgativo dirigido a grupos amplios de población. El objetivo es fundamentalmente el de reducir el estigma asociado a la enfermedad mental mediante campañas de educación sanitaria.

Del mismo modo, el 50% de los planes incluyen entre sus medidas el proporcionar apoyo (a través de grupos de apoyo, fomento del asociacionismo) y/o ayudas sociales, especialmente centros de respiro. En ninguno de ellos se habla de medidas económicas.

En cuatro de los planes revisados se menciona de forma explicita la implantación de programas específicos de atención ó ayuda al cuidador, y en uno de ellos con presupuesto propio (Plan de Salud Mental de Madrid).

El 53% de los planes contemplan intervenciones terapéuticas específicas para un mejor manejo del estrés derivado de la situación de prestar cuidados, bajo el término de "psicoeducación familiar". Estas medidas suelen estar dispersas en diferentes entornos, incluyen desde primaria, centros de salud mental ó servicios sociales, asociaciones, ONG y voluntariado.

[8] Crea unidades de referencia específicas.

Ningún Plan plantea medidas que faciliten la accesibilidad de los cuidadores a los servicios. En cuatro CCAA se destaca un servicio de tele asistencia, pero se dirige mayormente a los profesionales y, en algún caso para los enfermos.

La ayuda a domicilio solo queda mencionada en 9 de los 17 planes revisados, aunque los objetivos que se pretenden con esta medida son muy heterogéneos. Así, en algunos planes se contempla como una forma de la ayuda para las necesidades básicas de la vida (aseo personal, limpieza, alimentación), en otros como un servicio de urgencia ó incluso como una forma de hospitalización para descongestionar los servicios hospitalarios (País Vasco) y en otros como un programa de apoyo comunitario de atención en el domicilio, creando equipos específicos para su implantación.

Respecto al apoyo al propio plan, casi la totalidad de los planes incluyen acciones de formación, investigación y evaluación entre sus objetivos, aunque estos programas suelen ser para mejorar la calidad del servicio de salud mental, en general, no mencionándose de forma especifica la necesidad de incrementar las destrezas y habilidades de los profesionales para dar respuesta a las necesidades de la familia, ni a un sistema de información que permita su evaluación. (Tabla 32)

Tabla 32 . Contenidos operativos de apoyo al Plan

Plan	1.Formación	2.Evaluación	3.Financiación	4.Coordinación
Andalucia	X	X	Q	X
Aragón	X	Q	X	X
Asturias	X	X	X	X
Baleares	X	x	X	Q
Canarias	X	Q	X	Q
Cantabria	x	x	Q	X
Castilla-La mancha	X	X	X	X
Castilla-León	X	X	Q	X
Cataluña	X	X	X	X
Extremadura	Q	Q	Q	X
Galicia	X	X	X	X
La Rioja	X	X	X	X
Madrid	X	X	X	X
Murcia	Q	X	Q	X
Navarra	X	X	X	X
Pais vasco	X	X	X	Q
Valencia	X	X	X	X
Total afirmativos	**16**	**14**	**12**	**14**

X:Si Q:No

Solo en cuatro de los planes se contemplan indicadores, en dos de ellos basados en índices numéricos (número de programas de soporte a la familia ó número de centros donde se ha implantado programas de psicoeducación familiar) y los otros dos basados en cuestionarios de satisfacción.

En más de la mitad de los planes apenas hay mención a su desarrollo en un cronograma para la implantación de las medidas propuestas, cuando lo hay, no se señala una financiación específica para el entrenamiento de los profesionales en dichas acciones.

Algunos planes cuentan con programas específicos de cooperación con otras administraciones, aunque en la mayoría no se indica la forma exacta de esa colaboración ni las medidas concretas de coordinación para la ayuda a los familiares de los enfermos. Solo el Plan de Andalucía aborda el tema desde un modelo de atención integrado.

3.3. Discusión

El Plan de Salud Mental, o en su caso de Salud, contiene, para un periodo determinado, los principios y valores que lo rigen, los objetivos y las estrategias de intervenciones que se pretenden llevar a cabo para conseguirlo. El análisis de la formulación es el análisis de las intenciones y no de las intervenciones que realmente se implantan. Es cierto que nunca se cumple completamente, pero también es cierto que el interés de su estudio radica fundamentalmente en su valor predictivo negativo, ya que es muy raro que se implementen programas que no se formulan (Borrell y cols, 2005).

Y en este sentido, resulta preocupante que en los Planes de Salud Mental de algunas CCAA no se mencionen ni medidas ni intervenciones con el objetivo de reducir la carga familiar y mejorar la calidad de vida de la familia.

Se observa una tendencia a una mayor sensibilidad en aquellos planes que han sido elaborados de forma más reciente. En general cuanto mayor es la sensibilidad simbólica, es decir, cuando aparecen un mayor número de respuestas afirmativas en la parte introductoria del Plan, mayor es el número de propuestas de intervención.

La mayoría de los planes contemplan algún tipo de acción para la reducción de la carga, pero el hecho de que muchas de ellas estén redactadas en tiempo condicional junto con la ausencia de un cronograma para su implantación, parecen que indican más un establecimiento de intenciones que objetivos concretos a alcanzar en el periodo de vigencia del Plan.

Ningún plan describe en el apartado de análisis de la situación, las características de los cuidadores de su comunidad ni sus necesidades específicas, haciendo referencia, aquellos que la hacen, a datos procedentes de estudios previos, la mayoría locales o de ámbito internacional.

Por lo tanto, las medidas y acciones propuestas para la reducción de la carga quedan reflejadas como propuestas muy generales, que no parten de una evaluación previa de las necesidades de la familia, son parciales y en general parecen escasas, además de desiguales entre las diferentes CCAA.

Si no se tiene en cuenta el coste/carga para los familiares de los actuales programas de tratamiento, las evaluaciones serán incompletas y no reflejarán la realidad. El desarrollo actual del concepto de carga del cuidador, la validez y fiabilidad de los instrumentos desarrollados para su evaluación permiten realizar hoy en día una adecuada evaluación de la carga global y económica asociada al cuidado del paciente.

Prestar cuidados supone un trabajo no remunerado en salud, generalmente invisible, visto como una extensión del trabajo doméstico que no queda reflejado ni en las estadísticas ni en los presupuestos de los planes de salud mental. Para el caso de la esquizofrenia, el coste estimado de cuidados informales se sitúa en torno al 40% de los totales generados por esta enfermedad (Agustench & Cabasés , PSICOST 2005).

De ahí que constituya una prioridad para los servicios de salud mental, la evaluación de las necesidades de las familias que tienen a su cargo el cuidado de una persona con un trastorno metal grave, así como del impacto en la propia salud y desarrollo (reducción de ingresos por perdida de empleo, mayores gastos sanitarios en el hogar, consecuencia físicas y psíquicas de la atención prestada a lo largo del tiempo).

Entre las medidas mas frecuentemente mencionadas destacan el proporcionar información y/o ofertar apoyo a la familia, que en un alto porcentaje de los planes se plantean fuera del entorno de los servicios de salud mental, traspasando la responsabilidad a atención primaria, a servicios sociales, a las asociaciones o al voluntariado. Proporcionar información, en ocasiones, es problemático en si mismo, debiendo ser ésta personalmente relevante para cada caso concreto para poder ser comprendida y debiendo tener en cuenta siempre el impacto emocional que pueda producir, a fin de que este pueda también ser manejado (Montero, 2003)

El apoyo emocional, es probablemente el componente peor definido, pero la necesidad más importante de los cuidadores, al enfrentarse a una amplia gama de reacciones emocionales que incluso después de muchos años pueden estar en fase de negación. La dispersión de los entornos donde este tipo de medidas se llevarán a cabo junto con los escasos mecanismos para su coordinación dificulta las posibilidades para su evaluación y se alejan de un modelo integrado.

Se detecta una tendencia a plantear la creación de recursos socio-sanitarios como forma de reducir la carga familiar, al considerarlos como centros de respiro para la familia. Si bien el hecho de que el o la paciente acuda a un centro de día o a otro tipo de recurso socio-sanitario puede estar relacionado con una menor carga objetiva, al definir este tipo de recursos como centros de respiro, se corre el riesgo de que estos se conviertan en un reservorio de pacientes más que en centros de rehabilitación o de integración social.

A pesar de que la psicoeducación familiar hoy esta considerada como uno de los pilares básicos del tratamiento de todo paciente psicótico, junto al tratamiento psicofarmacológico, menos de la mitad de los planes la incluyen como una de sus propuestas de intervención. La "psicoeducación familiar" es un término amplio, actualmente muy popularizado y extendido, donde se vienen incluyendo programas y abordajes muy heterogéneos y con resultados así mismo desiguales. Los datos con los

que contamos actualmente son consistentes en afirmar que las intervenciones breves y aquellas donde se ofrece información estandarizada a grupos de familiares donde no se incluye al paciente no tienen efecto en la evolución ni en el curso de la enfermedad, ni en el nivel de carga de la familia, tendiendo a perderse en el tiempo los conocimientos adquiridos durante su aplicación.(Falloon y OTP Group, 2004)

Si lo que se pretende es que estas intervenciones sean efectivas y eficientes se requiere que éstas sean llevadas a cabo por profesionales cualificados tras un adecuado entrenamiento, así como tomar medidas tanto normativas como organizativas para su integración en los actuales servicios (Falloon y OTP Group, 2004). Beneficiarse de los nuevos modelos integrados de cuidados requiere una fuerte inversión, sobre todo en formación. Y en ese sentido son mínimos los planes de salud mental revisados que hacen mención explicita a ello. En su defecto, el riesgo de aparición de productos de bajo coste, implementados por profesionales no cualificados, es elevado.

Además de los padres, son pocos los familiares que se implican en el cuidado, aspecto a tener presente a la hora de impulsar la participación de familiares diferentes de los padres en los programas psicoeducativos. Su inclusión estaría motivada como una medida para reducir la carga del cuidador principal y a su vez de garantizar que otros familiares obtienen la información y las destrezas necesarias para afrontar los problemas derivados del cuidado y manejo de la persona enferma, lo que podría favorecer la permanencia del paciente en la comunidad, una vez los padres no puedan prestar esos cuidados.

Hay que tener en cuenta la importancia del hecho que sean mayoritariamente mujeres las personas que prestan cuidados informales. A partir de su incorporación al mundo laboral y al de la promoción social podemos encontrarnos con un vacío de cuidados en un futuro, o bien que las mujeres con hijos con un trastorno metal grave vean limitada su incorporación a la vida social-laboral o que lo hagan en peores condiciones. La ausencia de medidas en los Planes de Salud Mental que faciliten la accesibilidad de los diferentes miembros de la familia a los servicios, entre otros la falta de una oferta de atención con una franja horaria más flexible, incide en la normalización de la vida diaria de las familias, así como en la economía familiar, reforzando el rol social tradicional de la mujer. De ahí que sea necesario establecer formulas para una reparto mas equitativo de la carga y una distribución menos desigual de los riesgos.

No todos los Planes de salud mental plantean un sistema de coordinación entre los servicios implicados, de lo que se deriva la necesidad de estimular estructuras y mecanismos de coordinación entre los servicios sociales y de salud, así como entre otras instancias implicadas (ONG, voluntariado, asociaciones de familiares) que garanticen en el mayor grado posible una atención integral a las personas con un TMG y a su grupo de apoyo.

4. Conclusiones

- Los datos existentes sobre carga familiar y necesidades en España son parciales. No obstante las diferentes fuentes apuntan en la misma dirección: un alto porcentaje de la atención y cuidados se llevan a cabo en el entorno familiar, sobre todo por parte de las mujeres, sin la suficiente dotación de sistemas de apoyo.
- Al abordar el problema de las personas con un trastorno mental grave que se asocia a discapacidad, se debe distinguir dos tipos de usuarios de la red, las propias personas con enfermedad y sus cuidadores, quienes habitualmente entran en situación de sobrecarga y de necesidades propias.
- Los niveles de carga detectados en diferentes estudios llevados a cabo en España muestran niveles elevados de carga familiar, objetiva y subjetiva.
- No todos los Planes de salud mental actualmente en vigor, reconocen el papel que la familia desempeña en los cuidados y la carga que de ello se deriva.
- Los Planes de Salud Mental de aquellas CCAA que los han elaborado de forma más reciente son más sensibles al papel que la familia desempeñan en los cuidados comunitarios y la carga que ello conlleva.
- A mayor sensibilidad simbólica se precia una mayor sensibilidad operativa, que se traduce en un mayor número de acciones y medidas a tomar.
- La ausencia de un cronograma de implantación así como el hecho de que estén redactadas en tiempo condicional parecen que indican más un establecimiento de intenciones que objetivos concretos a alcanzar en el periodo de vigencia del Plan.
- Existe una tendencia a trasvasar la responsabilidad de la atención a las familias desde el sector sanitario a otros sectores sociales y comunitarios.
- La variabilidad en algunos de los términos conducen a confusión, por ejemplo diferentes conceptos de “ayuda a domicilio” o “psicoeducación familiar”.
- Las escasas estructuras y mecanismos de coordinación entre los servicios implicados y la dispersión de los entornos donde se propone el desarrollo de las intervenciones, limitan las oportunidades para ofrecer una atención integrada.
- El no contemplar medidas que faciliten la incorporación de otros familiares a los servicios, dificulta un reparto más equitativo de la carga, refuerza el rol tradicional de la mujer e impide que otros familiares puedan prestar cuidados en el futuro, lo que puede suponer un riego para la permanencia del paciente en la comunidad.
- Son escasos los planes de SM que contemplan una formación y financiación específica que permita implantar las medidas propuestas con unos estándares de calidad aceptables.
- La ausencia de indicadores y de un sistema de información validado limita las posibilidades de evaluación.

5. Bibliografía

- Agustench C and Cabasés JM y grupo PSICOST. Análisis y costes de utilización de servicios de la esquizofrenia en Navarra durante los tres primeros años de la enfermedad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 23 [Suplemento 1]. 15/12/2005.
- Aramburu A, Izquierdo A, Romo I. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. Rev Mult Gerontol 2001; 11(2): 64-71
- Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, Plasència A, Zafra E, Pasarín MI. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit 2004;18(Supl 2):36-46
- Castillo, M. López, M. Sanjuan, P. Canut, M. Martínez, J.M. Martínez, J.L. Cáceres. La carga familiar en una muestra de pacientes. esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1998, Vol. XVIII, n.º 68, pp. 621-642
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).Plan del CERMI para la protección de las familias con personas discapacitadas. Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) Director: Luis Cayo Pérez Bueno, Madrid 2003
- Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra. Informe especial: La atención a la salud mental en Navarra. Institución de la Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, 2003
- Desviat M. Objetivo 12: Reducir las enfermedades mentales y suicidios. In: Alvarez dardet C PS, ed. Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo.EASP, Granada, 2000:175-186.
- Durán, MA. Los costes invisibles de la enfermedad mental en España. Fundación BBVA, 2002.
- Falloon I, Montero I, Sungur M., et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry ,2004,3:2,104-109
- Instituto Nacional de Estadística.Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos. INE , Madrid, 2000
- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) (BOE 102 del 25-4-1986). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986..
- Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P, Grupo Psicost . The schizophrenic patient and his/her relatives in a process of deep change. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2000; Vol 23. Suplemento 1. Disponible en http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple1/suple10a.html (Consultada 01-12-2005)
- Montero I, Asencio A. La interevnción familiar en el tratamiento integral de la Esquizofrenia, Archivos de Psiquiatria, 2002,65 81.39-54.
- Montero I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Garcia E. Efecto a largo plazo de la intervención familiar en los cuidadores principales de personas con esquizofrenia. Actas españolas de psiquiatria (aceptado 18/Enero/2005)
- OPS. Nota informativa del programa salud, mujer y desarrollo. OPS, 2003

- Organización Panamericana de Salud (OPS). Nota Informativa del programa salud, mujer y desarrollo. OPS, 2003
- Orihuela Villameriel, Teresa (dir.); Gómez Conejo, Pablo (coord.); Rueda Palacio, Oscar (col.); Lorience García, Mónica (col.); Conde Díez, Raquel (col.) Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid: IMSERSO, 2003
- Otero V, Rebolledo S. Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. Psiquiatría Pública 1993,4.4, 217-223
- Rosales C, Torres F., Luna-del-Castillo J., Baca E., Martínez G. Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN). Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 182 - 188. (Ref. 03-10)
- Salvador, I (Coordinadora). El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los Recursos de Salud Mental en España, Cuadernos Técnicos, 5. Madrid, 2004
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F: La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?. En: Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed) : La Salud y el Sistema Sanitario en España " Invertir en Salud. Prioridades para la Salud Pública en España". Informe SESPAS 2002.
- (http://www.sespas.aragob.es/informe.html).
- Thornicroft G, Tansella M. Balancing community based and hospital based mental health care. World Psychiatry, 2002; 1: 84-90.
- Vicent Navarro. La familia en España. El País, 21 de Enero 2002
- WHO. Informe sobre la Salud en el Mundo 2004

Planes de Salud y Salud mental consultados

- Consejeria de Salud. Plan Integral de Salud Mental de **Andalucía** 2003-2007. Junta de Andalucia. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2003
- Consejeria de Sanidad del Gobierno de **Canarias**. Los problemas de Salud Prioritarios.Servicio de Salud Mental. En: Plan de Salud de Canarias 2004-2008 "Más salud y mejores servicicios". Servicio Canario de la Salud, 2003
- Consejeria de Sanidad y Consumo. Salud Mental. En: Plan de Salud de **Extremadur**a 2005-2008. Documento Base. Dirección General de Planificación, Ordenación y Cordinación Sanitaria. Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria. Oficina del Plan de Salud, 2004
- Consejeria de sanidad. Plan de Salud Mental de la Comunidad de **Madrid** 2003-2008. Comunidad de Madrid, Madrid, 2002.
- Conselleria de Sanitat i Consum. Plà Autonómic de Salut Mental. Gobern de les **Illes Balears**, 1998
- Departamento de salud, Consumo y Servicios Sociales. Plan estratégico 2002—20010 de atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Aragón. Gobierno de **Aragón**, 2002
- Departamet de Sanitat i seguretat social. Problemes de salut mental. En: **Estratègies de salut Per a l'any 2010.** Pla de salut de Catalunya 2002-2005.Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública 1ª Edició: Barcelona, 2003
- Dirección General de Consumo. Plan de Salud Mental de la **Rioja**. Consejeria de Salud, Consumo y Bienestar social. Gobierno de la Rioja, 1999.

- Junta de Castilla y León. Estratégia Regional de salud Mental y Asistencia **Psiquiatrica de Castilla y León**. Valladolid, 2003
- País Vasco. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del **Gobierno Vasco**. Departamento de Presidencia, 1983.
- Plan Director de Salud Mental de la Región de **Murcia** 1999-2001. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Servicio Murciano de Salud, 1999.
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad **Valencian**a. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Conselleria de Bienestar Social. Serie Programas Especiales, 2001.
- Programa de trastornos mentales. En: Plan de Salud de **Navarra** 2001-2005. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 24, supl. 3; 2001.
- Servicio de Salud de Castilla la Mancha. II Plan de Salud de **Castilla La Mancha** 2001-2010. Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2002.
- SESPA. Plan Estratégico para el desarrollo de los servicios de Salud Mental 2001-2003. Principado de **Asturias**, 2000
- Dirección General de Salud Mental. Plan Regional de Salud Mental. Consejeria de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Gobierno de **Cantabri**a, 1999
- Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental. Propostas de desenvolvelvemento dá atención á saúde mental en **Galicia**. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1997

MARCO JURÍDICO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

1. Regulación del Ingreso Psiquiátrico Involuntario en España.

1.1. Marco jurídico

En España, hay cinco características distintivas del contexto legal que se relaciona con las personas que padecen enfermedades mentales:

1. No existe una ley nacional específica sobre Salud Mental o sobre Enfermedad Mental. Al comienzo de la década de los 80 una comisión[9] interministerial – Sanidad y Justicia – creada *ad hoc* por el Gobierno recomendó que no se iniciase un procedimiento legislativo en esa dirección (Bertolote, 2002).

   La comisión señaló que una ley específica podría contribuir a la discriminación de este tipo de enfermedades y las personas que las padecen, incluso incluyendo entre sus objetivos la lucha contra toda suerte de estigmatización. El consejo fue que cualquier consideración específica que las personas con enfermedades mentales pudieran necesitar debiera verse incluida dentro de los cuerpos legales ordinarios.

2. Los derechos específicos de las personas con enfermedades mentales, así como los tipos de cuidados a que deben ser acreedores, se encuentran regulados de una manera no específica, junto con los derechos de otros tipos de enfermos, en la Ley General de Sanidad, Leyes 3/1986 y 14/1986 (en adelante LGS).

3. Los derechos específicos de las personas con enfermedad mental están contemplados también en la ley común que, basada en acuerdos internacionales, está orientada a proteger los derechos humanos y la dignidad de la persona en relación con las intervenciones médicas y biológicas (BOE de 20 de Octubre de 1999).

[9] Entre otras personas designadas por ambos ministerios participaron en la comisión juristas, como Alberto Belloch, Rodrigo Bercovitz y José Mª Mena, y psiquiatras, como Antonio Espino, Alicia Roigh y Francisco Torres.

4. En cuanto al tratamiento involuntario, el Art. 10, 6b de la LGS dice que no se precisa el consentimiento del usuario, "Cuando no esté capacitado (el usuario) para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas".

   Sin embargo, este principio general no se desarrolla mediante ningún procedimiento legal y, en la práctica, el tratamiento psiquiátrico involuntario en España no se acomete sin el ingreso hospitalario involuntario10, que encontraremos regulado en las leyes civiles ordinarias. Al margen de ello, el tratamiento involuntario solo ocurre en los procedimientos penales que tienen su propia regulación.
   La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica, 41/2002, de 14 de noviembre (en adelante LDP) ha tenido poca repercusión – al menos todavía y de forma generalizada – en la práctica psiquiátrica ordinaria, de tal forma que el ingreso hospitalario involuntario implica que el psiquiatra responsable del enfermo tiene la autoridad de administrar cualquier tratamiento sobre su propia responsabilidad profesional. Consecuentemente, el ingreso involuntario supone que el psiquiatra (en algunos contextos el facultativo psicólogo) tienen la autoridad de ordenar cualquier medida terapéutica o coercitiva. Algunas de ellas, no obstante, (Terapia Electro-convulsiva, medidas de sujeción, como ejemplos) suelen estar sometidas a protocolos especiales.

5. El Código Civil en (adelante CC) y la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante LEC) regulan el ingreso involuntario en unidades psiquiátricas, tanto en hospitales generales como en psiquiátricos. Solo las leyes relacionadas con el ingreso psiquiátrico involuntario serán consideradas de aquí en adelante en este apartado del informe.

1.2. Antecedentes

La primera regulación legal del tratamiento psiquiátrico involuntario fue establecida e 1931 por el Gobierno de la República (1931-1936). En su momento fue una de las leyes más avanzadas de Europa. Establecía que solo un juez podía autorizar un ingreso psiquiátrico no voluntario. Aunque la norma tenía rango de Decreto y nunca fue elevada a ley parlamentaria, fue una disposición longeva que se mantuvo sin cambios durante toda la Dictadura (1939-1977); y aunque, durante el régimen franquista la autorización judicial se convirtió en una mera formalidad, fue suficiente para prevenir el uso político habitual de los ingresos psiquiátricos, como ha sucedido frecuentemente bajo otras dictaduras.

No fue hasta 1983, seis años después de la restauración de la democracia, cuando una completa revisión del CC vino a regular el ingreso involuntario de personas con evidencia de enfermedad mental.

La regulación de 1983 (Art. 211 del CC), mantuvo al juez como la figura clave, actuando como el garante público de que el derecho a la Libertad no es indebidamente

[10] Sobre el tratamiento comunitario involuntario hay en este momento una proposición de Ley elevada al Gobierno sobre la que se volverá más adelante en este informe.

conculcado. Consecuentemente, solamente un juez puede autorizar un ingreso involuntario. Una modificación posterior (2000) fue introducida a través de cambios en la LEC. Sin embargo, el papel central del juez no ha cambiado. Al igual que en todos los países de la Unión Europea, excepto en el Reino Unido, recae sobre la autoridad judicial la responsabilidad de supervisar la situación de los enfermos mentales que son ingresados sin su consentimiento, con independencia de la mayor o menor complejidad burocrática, según el país, del procedimiento.

1.3. El Art. 763 de la LEC

El criterio clínico que justifica el ingreso involuntario no ha cambiado mucho y la nueva normativa, de forma diferente a como ocurre en los cuerpos jurídicos de otros países de la Unión Europea, no es muy precisa a este respecto. En la práctica, cualquier circunstancia clínica que inexcusablemente precisa su tratamiento en régimen hospitalario es suficiente; sin embargo, las garantías procesales han sido posteriormente desarrolladas y reforzadas. En el nuevo texto (Art. 758 a 763) puede leerse: *"El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial,..."*. Antes de conceder la autorización, *"... el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión,... y ... deberá examinar (la) por sí mismo"*. Finalmente, el enfermo puede ser representado por un abogado y tiene derecho de apelación.

El Art. 763 se denomina: *"Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico",* pero no hay una definición como tal del ingreso involuntario en ningún lugar dentro del texto de la Ley. Más adelante, el Art. 763, 1 dice que la medida de ingreso involuntario en un hospital puede ser adoptada *"por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, ..."*. En situaciones de urgencia el médico del hospital puede decidir la hospitalización involuntaria, pero esta decisión debe ser comunicada a la autoridad judicial dentro de las 24 horas siguientes. Cualquiera puede instar un procedimiento de ingreso involuntario, pero usualmente son los familiares del enfermo quienes toman la iniciativa. Otras legislaciones europeas, en cambio, suelen ser muy precisas a este respecto.

También a diferencia con lo que suele ocurrir en países de nuestro entorno, al instaurarse el ingreso involuntario no se requiere que quede fijada una duración determinada del mismo. Formalmente no existe una Ley legal de confirmación de la medida. Tras el ingreso, no obstante, el facultativo responsable del hospital (esto es: psiquiatra o psicólogo) debe periódicamente informar al Juzgado acerca de la necesidad de mantener al enfermo ingresado sin su consentimiento. El juez puede decidir la frecuencia con la que el informe debe serle suministrado, pero en cualquier caso, debe producirse con una periodicidad mínima de seis meses. Lo esencial de estos informes debe ser justificar la necesidad de mantener la hospitalización involuntaria.

La decisión del alta descansa sobre el facultativo responsable del enfermo y de acuerdo con el mismo. En tanto que la principal función de la autoridad judicial en el procedimiento es garantizar los derechos del enfermo y como quiera que el alta los restaura, ésta puede producirse sin el permiso previo de la referida autoridad, aunque el

Juzgado debe ser informado de la misma inmediatamente después de producirse. En varios países vecinos el alta debe aguardar a la autorización judicial previa.

¿Qué ocurre si la persona afectada desea apelar contra la decisión judicial? Debe tenerse presente que dentro del Sistema Jurídico español corresponde al fiscal actuar de oficio como abogado público en defensa del enfermo ante la autoridad judicial, cuando su valoración no coincide con la del juez. Además la persona involuntariamente ingresada tiene derecho a ser asistida por un abogado, aunque esto es más un principio que una realidad en la praxis.

Tal como se ha dicho, España dispone de una manera muy simple de afrontar el problema del ingreso involuntario. Hay un psiquiatra que aconseja el ingreso y un juez que cuida de los derechos de la persona. Una vez que el juez se convence de que la persona debe ser ingresada sin su consentimiento y autoriza la hospitalización involuntaria, todo descansa sobre el facultativo, sobre su responsabilidad, profesional, ética, y eventualmente legal.

1.4. Realidad epidemiológica

Proporción de ingresos voluntarios e involuntarios.

Ante la carencia de estadísticas públicas al respecto, se realizó una encuesta en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Torres-González, 2002) y dio como resultado que en el año 2000 se habían producido un total de 2.224 ingresos involuntarios en 8 de las Áreas de Salud andaluzas. Dos terceras partes correspondían a varones y el 43% habían sido diagnosticados de esquizofrenia. A pesar de la severidad del diagnóstico la estancia media fue tan sólo de 18 días, con una amplitud de 13 a 24. Sin embargo, el hallazgo más pertinente a este informe es que la proporción de ingresos sin consentimiento mostró una amplitud entre el 23 y el 92% (con una media de 43%).

Ninguna condición clínico–epidemiológica puede explicar una amplitud tan elevada. Las llamadas "culturas" de los centros lo pueden explicar: prácticas generalmente relacionadas con la búsqueda del procedimiento que otorgue mayor seguridad y "poder" al profesional. Se dice que si el usuario consiente el ingreso y después pide el alta voluntaria, hay que iniciar el procedimiento para retenerle contra su voluntad, por lo que es preferible tenerle desde el principio como involuntario, salvo que se esté completamente seguro de la voluntariedad del paciente y de la consistencia de la misma. En otros casos son las malas condiciones de la unidad de hospitalización lo que impele a muchos usuarios a rechazar su ingreso en tales espacios.

Proporción de ingresos involuntarios urgentes y con autorización judicial previa.

El otro dato epidemiológico de interés revela que se ha generalizado una perversión en la aplicación del Art. 763 de la LEC. Las situaciones de urgencia que la norma prevé, y que en la norma tienen carácter de vía excepcional, se han convertido en la vía habitual del ingreso no consentido. Lo excepcional ahora es que se aplique la previsión legal de la autorización judicial obtenida con carácter previo al ingreso.

Variabilidad en el comportamiento de los Juzgados responsables de conceder la autorización previa y de oír a la persona afectada por la decisión.

La LEC atribuye a los Juzgados de Primera Instancia la responsabilidad de aplicar las previsiones del Art. 763. Sin embargo, y a pesar de circulares y recomendaciones con afán homogenizador, a lo largo y ancho del país la práctica real varía extraordinariamente. Son frecuentes los Partidos Judiciales que han decidido que un determinado juzgado se haga cargo de todos los expedientes de esta naturaleza, usualmente con rotación por períodos largos de meses o incluso años, para favorecer la consistencia interna de las actuaciones. Otros mantienen el sistema habitual de reparto. Unos jueces realizan la entrevista previa, o dentro de las 24 horas tras el ingreso urgente, mientras que otros giran visitas periódicas (semanales, por ejemplo) y oyen a todos los ingresados sin consentimiento. Otros delegan la función en el médico forense o en otros funcionarios judiciales.

Reducción física y transporte sanitario de usuarios que se oponen activamente a la hospitalización.

En ocasiones la persona enferma se opone activamente e incluso defendiéndose con la fuerza a la hospitalización. Le existencia de estos incidentes tiene capital importancia para la percepción de la familia y del entorno, que no pueden omitirse en este informe, pero que serán tratados en el apartado relativo al Tratamiento Comunitario Compulsivo PTP.

1.5. Recomendaciones

1. El marco jurídico español es ágil y bastante menos burocratizado que los de la mayoría de los países europeos y así debería mantenerse.

2. El Art. 763 de la LEC debería modificarse en el sentido de aceptar que la autorización previa que pensaron los legisladores no se compadece con la realidad. La política sanitaria restringe la hospitalización psiquiátrica y favorece el descenso en las tasas de camas por población atendida, a veces muy por debajo de los márgenes de seguridad, por lo que el ingreso programado se hace cada vez más difícil; por otro lado los insuficientes recursos judiciales impiden la actuación inmediata que las circunstancias requieren. Por ello sería conveniente convertir en ordinario el ingreso por indicación médica, seguido de inmediato por la autorización o denegación judicial; reservando el ingreso con autorización previa para los casos en los que no hay ninguna urgencia clínica, como suele suceder en admisiones en recursos socio–sanitarios.

3. Finalmente, activos programas de formación deberían instaurarse dirigidos a profesionales de Salud Mental y a jueces y forenses, con el objetivo de homologar los criterios clínicos que deberían servir de punto de corte o decisión entre la voluntariedad o la involuntariedad de un ingreso.

2. El Tratamiento Informado y Consentido durante la Hospitalización Psiquiátrica.

Una regulación de la autonomía y de los derechos de los pacientes en temas de Salud fue introducida recientemente, mediante la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, denominada "*básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*" (en adelante LDP). En realidad, su promulgación fue motivada por una necesidad de convergencia normativa con lo dispuesto en el Convenio de Oviedo (BOE de 20 de Octubre de 1999), más que como un desarrollo legislativo de inspiración nacional. Aunque brevemente conviene incluir algunos comentarios sobre la misma en el presente informe.

El propósito de esta norma es regular los derechos y obligaciones de pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, con respecto a la autonomía de los pacientes, la documentación clínica que les afecta y la información que han de recibir. Particular interés tiene para nosotros el artículo de la Ley que se ocupa de los límites de la propia norma reguladora de derechos. Es el nº 9: *"Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación"*

2.1. El Art. 9

El Art. 9, 2 establece: *"Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento"*. Nos interesa particularmente el supuesto b) que prevé: "*Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él"*.

También interesa detenerse en el apartado 3 del comentado Art. 9: *"Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos, cuyos dos primeros dicen: a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente". Por último, restringiendo el contenido del artículo a lo más pertinente al informe, en su apartado 5 insiste aún más en que las actuaciones se orientarán a favor del paciente y su dignidad: "La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario"*.

Por lo demás, la Ley no hace sino reafirmar varios principios básicos:

a. El respeto por el libre albedrío de la persona, y el respeto a su dignidad e intimidad guiarán todas las actividades relacionadas con la obtención, uso, archivo, guarda y transferencia de documentos clínicos e información.
b. También como principio general, cualquier intervención relacionada con el cuidado de la salud requiere el consentimiento previo del paciente o usuario. Consentimiento, que se debe obtener sólo después de haber proporcionado al

usuario toda la información necesaria, la cual se dará por escrito en los casos que establece la propia Ley.

c. Un usuario tiene el derecho a escoger libremente, una vez recibida la información necesaria, entre las opciones clínicas disponibles.
d. Un usuario tiene el derecho a no aceptar el tratamiento, excepto en los casos fijados por la Ley, y está obligado a manifestar por escrito tal negativa.
e. Los profesionales de la Salud vienen obligados, no sólo a aplicar las técnicas de su especialidad correctamente, sino también a cumplir con su deber respecto a los documentos clínicos, la información, y a respetar las decisiones libremente adoptadas por el usuario.

Así, un facultativo podrá llevar a cabo intervenciones clínicas que sean indispensables para la salud de un paciente sin su consentimiento, en los casos en que el bienestar físico o mental de un paciente esté en peligro claro e inmediato y el mismo no esté en condiciones de otorgar su consentimiento. Cuando las circunstancias lo permitan el facultativo deberá consultar con familiares del enfermo o personas cercanas al mismo.

Carecemos de información epidemiológica y jurisprudencial sobre la repercusión que esta reciente norma está teniendo en la administración práctica de tratamientos durante los ingresos psiquiátricos involuntarios. Ante tal carencia, es necesario recurrir a la opinión de clínicos y de juristas y a la mera observación de la praxis en lugares concretos. Un viejo principio del Derecho dice que "quien puede lo más puede lo menos". Quieren con ello decir algunos que la autorización judicial para ingreso sin consentimiento, por el que se puede legítimamente conculcar el derecho a la Libertad, lleva implícita la habilitación para administrar tratamiento sin consentimiento. Podría entenderse así hasta la promulgación de la Ley 41/2002, pero desde la vigencia de esta norma, detallada y explícita sobre la necesidad del consentimiento, parece necesario que se separen procedimentalmente ambas actuaciones: el ingreso y el tratamiento no consentidos. Además, el derecho europeo comparado nos dice que ello es posible e incluso aconsejable. La contención que el ingreso involuntario implica sobre una persona puede por sí solventar una situación. La necesidad ineludible de además tratarla es un supuesto distinto que debe ser objeto de un procedimiento separado. Es más, con frecuencia un enfermo ingresado contra su voluntad puede, una vez hospitalizado, otorgar su consentimiento libre e informado para recibir un tratamiento.

La observación de la práctica nos dice que no son frecuentes las unidades de hospitalización psiquiátrica en las que se procura obtener un consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento y se habilitan los procedimientos previstos cuando el consentimiento es denegado por el usuario.

2.2. Recomendaciones

1. Instar a los Juzgados de Primera Instancia a que exijan de las instituciones que ingresan personas con enfermedad mental contra su voluntad y con la autorización del Juzgado, que apliquen la Ley 41/2002 solicitando el consentimiento informado de los usuarios antes de proceder a tratarles y que en el caso de que el tratamiento no sea aceptado recaben del Juzgado la pertinente autorización.
2. Difundir entre los centros sencillos protocolos con formularios adecuados para la aplicación de la norma.

3. Las Medidas Coercitivas durante el Ingreso Psiquiátrico. Un vacío normativo.

El Defensor del Pueblo presenta un informe anual al Parlamento que contiene siempre una sección dedicada a la Salud Mental. Cada año se señalan deficiencias en la provisión de servicios, falta de personal, excesiva duración de algunos ingresos, etc.

El Informe de 1991 estuvo dedicado monográficamente a la Salud Mental y se tituló: *"Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España"* (Defensor del Pueblo, 1991). A pesar de su carácter monográfico y el abordaje en profundidad de muchos de los temas que se incluyen en este informe, prestó muy poca atención al empleo de medidas coercitivas sobre la persona enferma durante su ingreso psiquiátrico. El informe hizo tan sólo algunas observaciones sobre las características que deben tener las habitaciones de aislamiento y menciona tres episodios observados de inmovilización de pacientes. No hizo referencia alguna a un hecho extraordinariamente frecuente como la administración forzosa de medicamentos y que posteriormente ha motivado una consideración especial, como hemos visto en nivel europeo (BOE del 20 de Octubre de 1999) [11] y en el español (Ley 41/2002).

3.1. Estudio EUNOMIA

Financiado por la Comisión Europea se está desarrollando un estudio, cuyo acrónimo es EUNOMIA y su título: *European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practise.* (EUNOMIA, 2002; Torres-Gonzalez, 2004). La investigación pretende, de una forma naturalista, observar la incidencia de medidas de coerción en la atención hospitalaria a personas con trastornos mentales en 12 países[12] suficientemente representativos de un espacio compartido de valores. Los medios coercitivos objetos de estudio son la involuntariedad del ingreso hospitalario, el aislamiento, la sujeción mecánica y la administración forzada de medicación.

Como objetivo global se plantea ofrecer un informe final con recomendaciones tanto a la Comisión Europea como a los gobiernos de los países participantes. Por ello, parte esencial de la investigación son además el análisis comparativo de las legislaciones y el rescate, mediante técnicas cualitativas, de las opiniones de las personas afectadas directa o indirectamente por las arriba mencionadas medidas de coerción.

Paralelamente al desarrollo del estudio, en todos los países se ha desplegado un programa de difusión y concienciación sobre el problema. Con tal propósito, en España se han hecho decenas de artículos y presentaciones en congresos y reuniones profesionales.

---

[11] La Comisión Europea para la Prevención de la Tortura, creada en 1987, ha realizado dos visitas a España, 1994 y 1998, visitando un centro psiquiátrico en cada una de ellas. Las recomendaciones tras ambas visitas recogen la materia, pero no vamos a entrar a considerarlas por razones de espacio y carecer de especial relevancia. De una tercera visita girada en 2004 al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante ignoramos aún el resultado.

[12] Alemania (Centro Coordinador: Dresden Technical University), Bulgaria, Eslovaquia, España (Institución responsable: Universidad de Granada), Grecia, Irlanda, Israel, Italia, Lituania, República Checa, Reino Unido, Suecia.

El estudio está en su tercer año de ejecución y todavía no hay resultados. Algunas observaciones podrían hacerse sin embargo, particularmente, sobre la realidad española.

No deja de ser llamativo que la mayoría de las legislaciones revisadas no contemplan explícitamente este tipo de medidas. Por ejemplo, el aislamiento y la sujeción mecánica sólo están incluidas en las legislaciones de Israel, Polonia y Suecia, donde están explícitamente permitidas, sin que además se contemple la necesidad de solicitar consentimiento. En el Reino Unido están expresamente prohibidas o sujetas a códigos éticos. El resto de las legislaciones, incluida la española, ignoran tales intervenciones.

El desarrollo de la investigación en España va arrojando algunas luces sobre el tema. Se han podido estudiar 23 protocolos de otros tantos hospitales, 21 de los cuales corresponden a hospitales generales. Un estimado porcentaje de ellos son recientes y acaso pudieran ser consecuencia colateral de la campaña que el equipo investigador de EUNOMIA, como se ha dicho, viene ofreciendo desde noviembre de 2003.

Dentro de la gran disimilitud encontrada, la mayoría de ellos se ocupa exclusivamente de las indicaciones y procedimientos relativos a la sujeción mecánica. No hay ninguno que ataña a la medicación forzosa y casi ninguno que se ocupe del aislamiento.

Como decimos, la única medida considerada es la sujeción, para la que los protocolos reclaman la concurrencia de un número elevado de personas, implicando a personal de otros servicios, incluso a personal de seguridad. Sin embargo, no se hace referencia alguna a la capacitación previa del personal interviniente. Los aspectos coincidentes para la mayoría de los protocolos son:

a. La **indicación** de la medida se centra especialmente en la prevención de daños (a sí mismos, a terceros o al entorno), suponiendo ello casi la mitad del total de las respuestas emitidas (48%).
b. El **prescriptor** señalado es mayoritariamente el Psiquiatra (64%), incluso en los casos en que la urgencia exija la intervención de personal de enfermería (28,57%).
c. Los **mecanismos de sujeción** preferidos son las cintas abdominales y la llave magnética.
d. La **duración de la medida** se sitúa entre 8 y 72 horas, con revisiones a realizar por el personal médico, contactando con el paciente y tratándolo con "delicadeza". Las **precauciones** durante la misma se orientan a evitar accidentes, mantener la sujeción y asegurar la atención del estado general del usuario y sus necesidades.
e. La **finalización** debe decidirla el prescriptor.

Por lo demás, la autorización de la aplicación de la medida y la comunicación de la misma a autoridades y/o familiares se trata de manera somera; y los protocolos apenas se ocupan de las repercusiones legales de la intervención.

Tratando de indagar en la percepción subjetiva de los protagonistas, varios talleres y grupos focales se realizaron en Granada y Alicante a lo largo de 2004, con participación de usuarios, familiares, profesionales de la Salud Mental, miembros de defensorías del pueblo autonómicas y juristas. Fue notorio observar que sólo los usuarios relataron experiencias de coerción durante el ingreso, algunas dramáticas. Los familiares desviaron sus intervenciones a lo que realmente les preocupa: lo que va a pasar cuando ellos falten y la soledad en la que se encuentran ante los momentos de crisis. Los

defensores del pueblo relataron que no tienen noticia de que se hayan producido quejas por los temas objeto de estudio y los juristas constataron la práctica inexistencia de jurisprudencia sobre el tema. Los profesionales afirmaron que algunas de las medidas que se estudian son en ocasiones necesarias en beneficio del propio usuario, tendieron a banalizar sobre los posibles abusos, y señalaron la necesidad de una regulación adecuada, ya que sin la cual se sienten indefensos ante eventuales reclamaciones por responsabilidad profesional.

3.2. Recomendación del Defensor del Pueblo

En un reciente escrito (11 noviembre 2005) elevado al Ministro de Justicia (Defensor del Pueblo, 2005), el Defensor del Pueblo hace por primera vez una neta y clara petición de que se introduzca la supervisión judicial (*autorización o comunicación*, dice el Defensor) de las medidas de sujeción El parágrafo completo dice:

> *"Que se modifique el articulo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en el sentido que ha quedado antes expuesto, con el objeto de introducir la necesidad de contar con la autorización o comunicación judicial pertinente cuando el proceso sanitario aconseje la adopción de medidas de contención mecánica, u otras restrictivas de la libertad individual o de otros derechos fundamentales. De igual manera deberá también modificarse tal articulo para introducir el control judicial en aquellos casos que se apliquen tratamientos especialmente invasivos, especialmente cuando no sea coincidente el criterio médico y el de la persona que presta el consentimiento en representación del enfermo que no está en condiciones de decidir por si mismo".*

El subrayado es nuestro. No sería aventurado pensar que la posición adoptada por el Defensor del Pueblo no es ajena a los artículos publicados en revistas profesionales por el Grupo EUNOMIA y al empleo de otros medios con los que se está difundiendo la investigación en curso.

3.3. Recomendaciones

1. Coincidimos con la recomendación del Defensor del Pueblo más arriba citada, pero conviene concretarla un tanto más.

2. Mediante una modificación del Art. 763 de la LEC se debe hacer recaer sobre los Juzgados de Primera Instancia la responsabilidad de controlar el empleo de medidas coercitivas (al menos: aislamiento, sujeción mecánica y medicación forzosa), aunque estas se adopten indubitativamente en beneficio del usuario y se puedan introducir sin esperar a la autorización previa judicial. El Juzgado debe conocer de su empleo en cada caso y poder recabar cuanta información adicional estime por conveniente, para proteger tanto la dignidad del usuario como el buen hacer de los profesionales.

3. El consentimiento informado del usuario o de su representante, si la persona enferma no está en condiciones de otorgarlo, debe ser exigido, tal y como está previsto en la Ley 41/2002, LDP; pues la medida coercitiva, en su recto sentido, no es nunca un castigo sino una intervención con fines terapéuticos en sí misma.

4. Así como en las recomendaciones del anterior apartado instábamos a que los Juzgados de Primera Instancia re responsabilizasen de que se aplique la Ley 41/2002 estos deben responsabilizarse de que una eventual modificación del Art. 763 en el sentido propuesto sea cumplida de manera fehaciente.

5. Sin perjuicio de las competencias transferidas, el Sistema Nacional de Salud debería instruir un modelo básico de protocolo para el empleo de medidas coercitivas dentro del Sistema13, al que debieran adaptarse los protocolos de las comunidades autónomas o de los centros que constituyen el Sistema. El protocolo serviría de referencia a la autoridad judicial para el correcto control a que nos referimos en las dos recomendaciones anteriores.

6. También como recomendábamos para la LDP, sería aconsejable difundir entre los centros prototipos de formularios adecuados para la aplicación de la norma: cómo pedir el consentimiento informado, cómo comunicarlo a la autoridad judicial, etc.

4. El Tratamiento Comunitario Compulsivo PTP. Una proposición de Ley.

Como ya se apuntaba hablando del ingreso no consentido, particular importancia tiene la infrecuente incidencia de situaciones de emergencia en la que la persona enferma se resiste, incluso con violencia a la hospitalización. Suele tratarse de experiencias profundamente dramáticas para la familia y el paciente que difícilmente pueden olvidar. La sensación es de soledad, de desamparo. La frecuente inexistencia de un teléfono de emergencia específico al que llamar convierte a los familiares en ciudadanos de un Estado que les abandona. Cuando pueden finalmente movilizar a los servicios, lo más usual es la descoordinación entre los mismos que proceden de distintas administraciones. Suele ocurrir que el personal sanitario se inhibe ante la violencia, que la preceptiva autorización judicial para que intervengan los cuerpos y fuerzas de seguridad se retrasa, y que éstos o tardan en comparecer o, a veces, aparecen e intervienen de manera inadecuada. Por todo eso quieren una nueva ley. Pero la experiencia pone de manifiesto que, si hay un buen despliegue de recursos comunitarios, la incidencia de estos episodios disminuye de manera notable. Y apara cuando suceda se precisan equipos sanitarios – como los hubo, aunque de infeliz memoria por su falta de preparación – entrenados, también en la reducción física y sedación de personas, de no mayor complejidad que la capacitación en maniobras de resucitación.

Las familias no necesitan al juez, necesitan la proximidad de un equipo profesional que les preste la ayuda que precisan y con la urgencia requerida. Pocas serán las personas con enfermedad mental que no puedan ser contenidas y rehabilitadas mediante un pacto terapéutico entre los profesionales, la familia y, siempre que sea posible, la propia persona enferma. Para ello, empero, se precisan recursos humanos capacitados y motivados, y una organización que haga eficiente el uso de esos recursos. En algunas esquinas de España hay buenos ejemplos de lo que aquí se está apuntando. Un principio de equidad obliga al Estado a que la excepción se convierta en la regla.

[13] A partir de EUNOMIA, otro estudio está en marcha tratando de conocer el empleo de este tipo de medidas sobre enfermos no psiquiátricos en hospitales generales y otro estudio se plantea abordar el mismo tema en el marco institucional de servicios sociales.

Y en el largo plazo, a los familiares les preocupa qué va a pasar con su pariente enfermo cuando ellos falten. Precisan de prótesis sociales que de alguna manera les reemplacen, incluso de forma temporal para de vez en cuando poder descansar: alojamientos y programas de tutela. Todo está inventado y ya existe en un sitio u otro, falta su generalización.

4.1. Recomendaciones.

Estandarización y generalización de los recursos psicosociales

1. Desarrollo de equipos sanitarios especializados en la intervención en crisis, reducción, sedación y transporte sanitario de enfermos que se resisten a la hospitalización. Estos deberán ser capaces de de abordar la mayoría de los incidentes y sólo en casos extremos tener que recurrir al auxilio de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. En estos casos el auxilio de los mismos debe ser inmediato.
2. Para todo ello se precisan medidas que mejoren de manera efectiva y generalizada para todo el Estado la coordinación entre las administraciones sanitarias, de justicia y de interior.

5. Ingreso y Tratamiento de los Enfermos Mentales Delincuentes.

Este epígrafe resume sustancialmente un texto en el que se describe el marco jurídico y los problemas de los enfermos mentales delincuentes en España. El texto es un capítulo incluido en un libro de reciente aparición (Torres- González, 2005).

Quizás convenga advertir *ad initio* una cierta doble singularidad española en cuanto al tema que nos ocupa: a) su Sistema Penitenciario no depende del Departamento de Justicia, sino del de Interior; y b) su subsistema de atención psiquiátrica al enfermo delincuente no depende del Sistema de Salud, sino del Penitenciario y, a su través, del Departamento de Interior.

Buena parte de los países europeos y de otras regiones del mundo cuentan con las habitualmente llamadas "unidades psiquiátrico–forenses" con funciones de atención integral, incluyendo la seguridad, a las personas que delinquen y a la vez son enfermos mentales, o al revés. Personas que son tributarias de estos recursos especializados bien porque fueron declarados no imputables de su delito o porque carecen de la capacidad para sufrir una pena. Estas unidades suelen estar integradas dentro de los sistemas de Salud, porque de un problema de Salud se trata, aunque precise adicionales atenciones especializadas, como pueden ser la mayor profesionalización del peritaje o las tan recordadas funciones de custodia. Tradicionalmente en España, el Sistema de Salud rechaza la asunción de esta responsabilidad, alegando carecer de especialización profesional en esas funciones (custodia, por ejemplo), pero empresas más complejas ha tenido que incorporar con el avance tecnológico, como es el caso de la logística que envuelve a la donación, transporte y transplante de órganos.

5.1. Evolución jurídica y estructura del sistema

El concepto de carencia de responsabilidad delictiva para "locos y personas que padecen demencia" que consideraban los primeros códigos penales (en adelante CP) de 1822 y 1848, está todavía presente en el CP vigente (Ley Orgánica 10/1995 de noviembre, 23; 1995) (Boletín Oficial de las Cortes Generales de 19 de Julio de 2004).

El CP–1848 estipuló que aquellos que quedaran exentos de responsabilidad por razones mentales deberían ser hospitalizados en uno de los hospitales designados para las personas enfermas de esa clase. Durante el siglo XIX era tan común que los "locos delincuentes" fuesen encarcelados como que fuesen enviados a asilos. Finalmente, la Ordenanza Real de 1 de septiembre, 1897 establece que los enfermos mentales penados deben ser separados de los prisioneros sanos, de manera que devino necesario construir penitenciarías de especializadas para enfermos mentales. Sin embargo, la falta de medios financieros suficientes ha sido siempre una limitación para el desarrollo de medios apropiados.

Actualmente, existen tres centros psiquiátrico-penitenciarios en España (lejos de lo que otros países conocen como "unidades psiquiátrico–forenses"), localizados en Alicante, Sevilla y Barcelona. Los dos primeros dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para atender la demanda de todo el territorio nacional, excepto Cataluña, donde opera el tercero. Este último es un centro de régimen privado (Orden Hospitalaria de los HH de San Juan de Dios) concertado con las autoridades penitenciarias de la Generalitat de Cataluña. Por lo general, la derivación de los internos a uno u otro centro sigue los criterios de proximidad a sus hogares.

En el CP–1995 se introdujo una importante modernización de las medidas de seguridad de internamiento para enfermos mentales, retrasados mentales y alcohólicos y drogodependientes. Las novedades fundamentales afectan al límite máximo de la medida –garantía antes inexistente-, al control judicial del seguimiento del cumplimiento de la medida y al repertorio de facultades que se atribuyen a la autoridad judicial para cesar, sustituir o suspender la ejecución de la medida.

En el plano jurídico penitenciario los cambios también han sido muy intensos, pues tras la aprobación de la vigente Constitución, de diciembre de 1978 (en adelante CE), se promulga la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP), que supuso un radical cambio en el panorama normativo penitenciario español. Dicha Ley Orgánica fue desarrollada por un Reglamento de 1981 (en adelante RP 1981). Posteriormente se aprobaría el actual Reglamento Penitenciario, por Real Decreto 190/1996, 9 de febrero (en adelante RP 1996), que introduce importantes novedades en materia de internamiento psiquiátrico: prevé la existencia de "Unidades Psiquiátricas" en centros penitenciarios que se sumarían a los hasta entonces existentes Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y especialmente regula la constitución de unos órganos, los llamados "Equipos Multidisciplinares" sobre los que recae el peso más importante del tratamiento, seguimiento y elevación de informes sobre la ejecución de la medida de internamiento psiquiátrico penal.

En materia procesal, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada el 14 de septiembre de 1882 (en adelante LECrim) no ha sufrido modificaciones en esta materia. Por ello, la labor pericial antes y durante el juicio se rige por normas obsoletas e insuficientes. A esta legislación básica se ha añadido recientemente la Ley Orgánica 5/1995, de 22 de

mayo del Tribunal del Jurado (en adelante LTJ) que incide en el interés del presente informe, ya que buena parte de los delitos cometidos por enfermos mentales delincuentes pueden ser, en principio, juzgados por el Tribunal del Jurado.

Los derechos de los pacientes han sido regulados por normas ya citadas en el primer apartado del presente informe: la LGS de 1986 y solo muy recientemente por la ya citada LDP (Ley 41/2002, 14 de noviembre). Estas leyes son de aplicación a todos los centros sanitarios, públicos y privados y, por tanto, también a los centros penitenciarios.

5.2. Procedimientos.

La fase anterior al juicio.

Cometido un delito, el presunto culpable ingresa en un Centro Penitenciario (en dependencia común o en enfermería, según su estado). Su tratamiento clínico corresponde a los servicios sanitarios de la Administración Penitenciaria o, en su caso, a los dispositivos asistenciales de otras Administraciones Sanitarias (207 RP 1996). Cabe la hospitalización de los pacientes por causas psíquicas (209.2.2 RP 1996), aunque en la práctica su asistencia corre a cargo de psiquiatras consultores o de los médicos generales del propio centro penitenciario (288.2ª RP 1981, vigente).

Durante la fase de investigación el Juez instructor puede nombrar uno o dos peritos, según que el procedimiento sea ordinario o abreviado, éste para delitos castigados con un máximo de nueve años de privación de libertad (785.7ª y 459 LECrim). Cabe también la posibilidad, bastante frecuente, de que el Juez de instrucción ordene el ingreso del imputado en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario o Unidad Psiquiátrica penitenciaria, aunque solo a efectos de observación y de elaboración del informe pericial (184.a RP 1996). Tanto el imputado como el querellante pueden nombrar, a su costa, un perito (471 LECrim).

El perito puede ser tanto un psiquiatra, como un psicólogo, como un médico forense, ya que nada dispone la ley procesal al respecto. En la práctica la pericia la llevan a cabo psiquiatras o médicos forenses. Estos pueden tener o no la especialidad de psiquiatría.

El juicio.

Tres son los tipos de juicio por delito que existen en España.:

a. El procedimiento abreviado para delitos castigados por penas privativas de libertad no superior a nueve años (779 LECrim). El informe pericial puede ser prestado por un solo perito (793.5 LECrim).
b. El procedimiento ordinario para delitos castigados por penas superiores a nueve años, los peritos son asimismo examinados en el Ley del juicio oral (724 LECrim).
c. El procedimiento ante el Tribunal del Jurado (entre otros, por delitos de homicidio, amenazas o incendios forestales) (1.2 LTJ), los integrantes del Jurado (nueve personas elegidas por sorteo) pueden dirigir por escrito preguntas dirigidas a los peritos. El Ministerio Fiscal y los abogados de la defensa y de la acusación también pueden interrogar a los peritos (46.1 y 5 LTJ).

El dictamen emitido por los peritos nunca es vinculante, pero las sentencias siempre han de estar motivadas (120.3 CE), expresando hechos que se estimen probados (248.3 LOPJ, 142.2ª LECrim y 52.1.a LTJ) y los fundamentos de las circunstancias que modifican o exoneran de la responsabilidad criminal (142.4ª.Tercero LECrim y 52.1.b LTJ).

Durante el juicio, como norma general, el enfermo presunto delincuente permanece ingresado en el Centro Penitenciario más próximo a la localidad en la que se celebra dicho juicio.

La sentencia puede contemplar la exención de responsabilidad criminal o una circunstancia atenuante. También puede imponer una pena y posteriormente descubrirse un trastorno mental grave, dando lugar a lo que se denomina "demencia sobrevenida".

La exención de responsabilidad puede tener tres motivos psíquicos: la anomalía o alteración psíquica que impida comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión, lo que incluye el trastorno mental transitorio salvo que fuere provocado con el propósito de cometer el delito o debiera haber previsto su comisión (20.1º CP); el síndrome de abstinencia que impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión y la intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras análogas, siempre que no se hubiere buscado con el fin de delinquir (20.2º CP) y sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia que alteren gravemente la conciencia de la realidad (20.3º CP).

La atenuación de la responsabilidad tiene lugar por las causas antes expresadas (20.1º, 2º y 3º CP) cuando no se reúnan todos los requisitos para eximir de responsabilidad (21.1ª CP), y también cuando el culpable actúe debido a la grave adicción a las sustancias mencionadas en el 20.3º CP) (21.2ª CP).

En el caso de imponerse una pena, por encontrar al delincuente plenamente responsable puede posteriormente apreciarse una situación de trastorno mental. Si este es puntual el recluso será atendido por los servicios sanitarios penitenciarios o, en su caso, de la red sanitaria general. En el caso de que el trastorno sea grave y duradero, el recluso será sometido a observación y el Director del Centro Penitenciario solicitará examen facultativo del mismo (991 LECrim). De constatarse la gravedad y naturaleza del trastorno se comunicará al Tribunal sentenciador (992 LECrim), quien oirá al Ministerio fiscal, al acusador y al defensor del recluso y abrirá una investigación sobre los hechos (993 LECrim), celebrándose posteriormente un juicio (994 LECrim). De apreciarse judicialmente la entidad grave y duradera del trastorno mental se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad y se garantizará la asistencia médica del recluso (60.1 CP). Podrá entonces dictarse una medida de seguridad de internamiento, que se cumplirá en un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica penitenciaria (184.c CP). Restablecida la salud del penado éste cumplirá la sentencia que falte, salvo que el Juez o Tribunal por razones de equidad den por extinguida la condena o reduzcan su duración (60.2 CP).

5.3. Medida de internamiento psiquiátrico penitenciario.

A los declarados exentos de responsabilidad se les puede aplicar la medida de seguridad de internamiento, diferente según sea la causa: a los exentos de responsabilidad por aplicación del 20.1º CP se les puede internar en un "un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie", no pudiendo exceder el internamiento del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable (101.1 CP); a los exentos de responsabilidad por aplicación del 20.2º CP se les puede internar en un "centro de deshabituación público, o privado, debidamente acreditado u homologado" (102.1 CP) y a los declarados exentos de responsabilidad por aplicación del 20.3º CP se les puede internar en un "centro educativo especial" (103.1 CP). En todos los casos los internados no pueden abandonar el centro sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador (101.2, 102.2 y 103.2 CP).

A pesar de todo cuanto se ha referido hasta aquí, la red penitenciaria carece de centros propios y específicos de deshabituación o educativos de los referidos en los Art. 102.1 y 103.1 CP. Además, a pesar de las previsiones del Legislativo, aún no se han implantado las "Unidades Psiquiátricas Penitenciarias", por lo que los únicos establecimientos disponibles son los ya mencionados Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla y el dispositivo de internamiento de Cataluña, gestionado de forma privada, pero dependiente del Govern Catala.

El Juez de Vigilancia Penitenciaria, a la vista de los informes emitidos por los profesionales –Equipo Multidisciplinar que atienden al paciente y de otras actuaciones que considerara convenientes podrá elevar al Juez o Tribunal sentenciador propuesta de modificación de la medida (98 CP). El Juez o el Tribunal sentenciador, a la vista de dicha propuesta podrá (97 CP):

a. Decretar el cese de la medida por desaparecer la peligrosidad del paciente.
b. Sustituir la medida por otra más adecuada. Se contemplan las siguientes medidas no privativas de libertad, que no podrán imponerse por tiempo superior a cinco años: la sumisión a tratamiento externo en centros médicos o sociosanitarios; la obligación de residir en un lugar determinado; la prohibición de residir en un lugar o territorio que se designe; prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas; custodia familiar o sometimiento a programas formativos, culturales, educativos, profesionales, de educación sexual o similares (105.1.a) y f) CP).
c. Dejar en suspenso la ejecución de la medida, hasta el máximo del tiempo que reste de cumplimiento. Esta suspensión queda condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, pudiendo dejarse sin efecto si nuevamente se acreditara que: el sujeto ha cometido un delito y que se deduzca un pronóstico de comisión de nuevos delitos (95.1 CP).

Anualmente el Juez de Vigilancia elevará informe-propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad.

5.4. Actuaciones y problemas tras la excarcelación.

Una vez que se produce el fin de la medida de internamiento, el liberado dispone de los recursos asistenciales generales. Dichos recursos públicos se extienden a toda la población española (3.2 LGS), y en la actualidad se encuentran gestionados por cada Comunidad Autónoma.

En el caso de requerirse nueva hospitalización está tendrá lugar en los dispositivos generales. Concretamente en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales (20.2 LGS).

Con frecuencia sucede que el interno ha de ser liberado al cumplirse el período máximo de la medida de internamiento, sin que haya recuperado la salud mental (o la capacidad) necesaria para su reintegración social. Recuérdese que así se está aplicando una disposición garantista de incorporación relativamente reciente, que pretende evitar el internamiento indefinido o, en cualquier caso, superior a la pena que le hubiese correspondido de haber sido el sujeto declarado responsable. La realidad, sin embargo, es que demasiado a menudo se excarcela a un enfermo mental a un contexto comunitario que no está preparado para atenderle. Un contexto con una atención sanitaria y psicosocial deficitarias en recursos para la atención comunitaria o para la rehabilitación psiquiátrica en centros especializados. El Sistema Penitenciario no puede legalmente seguir atendiendo al sujeto en sus necesidades terapéuticas – o incluso de custodia en casos de conductas de riesgo – y el Sistema de Salud carece de los medios para garantizar la continuidad de cuidados y, mucho menos, las medidas de seguridad en el caso de que fuesen necesarias.

5.5. Otros problemas relacionados con la praxis

Hacer epidemiología psiquiátrica en España usando las estadísticas oficiales es un reto de difícil superación. En el campo que nos ocupa no hay lagunas en la información, sino verdaderos océanos. El libro referenciado más arriba (Torres-Gonzalez, 2005) no pudo contener información epidemiológica alguna. De los 15 países que componían la UE hasta mayo de 2004, sólo España y Francia aparecen en blanco en todas las tablas que ofrecen informaciones cuantitativamente evaluables. Ante la ausencia de datos empíricos, a continuación se mencionan algunos de los problemas que con mayor frecuencia señalan personas e instituciones relacionadas con el tema.

- Algunas asociaciones psiquiátricas están cuestionando el actual modelo institucional para enfermos mentales delincuentes, abogando por la supresión de los centros penitenciarios especializados (hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas) y por la integración de estos pacientes en el sistema general sanitario.
- Algún Defensor del Pueblo y asociaciones de familiares han indicado que la supresión de los hospitales psiquiátricos de media y larga estancia se ha hecho a costa de ingresar a muchos de sus pacientes en psiquiátricos penitenciarios. Es un hecho no contrastado todavía en España con un estudio epidemiológico solvente, pero es un fenómeno que, de confirmarse, no sería privativo de la realidad española, sino que se sospecha que está ocurriendo como efecto no deseado de las reformas psiquiátricas europeas (Priebe, 2005).

- La falta de centros especializados para conductas adictivas y deficientes mentales tiene indudables desventajas. Este tipo de personas son ingresadas bien en centros ordinarios (cuando son penados) bien en centros psiquiátricos penitenciarios (cuando son sometidos a una medida de internamiento). Esto último en realidad solo tiene lugar cuando además de la conducta adictiva o la deficiencia mental existe una enfermedad mental.
- Sólo recientemente se está evaluando de forma sistemática la capacidad civil de los ingresados en establecimientos psiquiátricos penitenciarios. Anteriormente eran muy escasos los incapacitados, al igual que ocurría en los hospitales psiquiátricos públicos tradicionales.
- En el sistema penitenciario español solo existen programas específicos para tratamiento de delincuentes sexuales en algunos centros penitenciarios ordinarios, no en establecimientos psiquiátricos.
- Los tres establecimientos psiquiátricos penitenciarios no responden a un modelo definido. El de Alicante cuenta con varios módulos, unidad de agudos, enfermería, y además goza de amplios instalaciones deportivas, culturales y para esparcimiento al aire libre. Tiene 340 camas. El de Sevilla es un simple módulo de una prisión de alta seguridad habilitado primero como enfermería y posteriormente como centro hospitalario. Goza de autonomía funcionarial aunque carece de condiciones idóneas para la clasificación interior. Tiene una capacidad en torno a 150 camas. La unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria catalana dispone de 68 camas y es de muy reciente creación, por lo que es difícil todavía hacer valorarla como una alternativa y, sobre todo, en qué dirección se mueve.
- El principal problema que se plantea con la población enferma mental penitenciaria acontece al llegar el término de su internamiento, ya que en algunos casos se impone la continuación del mismo en razón del estado del paciente y el sistema general hospitalario es reacio en ocasiones a admitir este tipo de usuarios o, como se ha dicho más arriba, carece de los recursos adecuados.
- Las regulaciones sobre permisos de salida son escasas, dejándose a la discrecionalidad de los órganos jurisdiccionales.
- Los establecimientos psiquiátricos penitenciarios están organizados sobre la base de los centros penitenciarios, con algunas modificaciones (existencia de equipos multidisciplinares). Curiosamente en los equipos directivos de los psiquiátricos penitenciarios españoles jamás ha estado presente un psiquiatra[14].

5.6. Opinión pública y medios de comunicación.

La opinión pública en España muestra un sentimiento ambivalente en relación con los delitos cometidos por enfermos mentales. Por un lado, en el momento de la comisión de los hechos delictivos, se manifiesta generalmente con rechazo poco racionalizado y mostrando un posicionamiento a favor del endurecimiento de medidas penales. Por otro, mostrando sentimientos compasivos que se acrecientan cuanto más se aleja en el tiempo del delito.

[14] En un centro como el de Alicante han formado parte de equipos directivos más de cuarenta personas, ninguna de las cuales ha sido psiquiatra. La máxima autoridad médica (Subdirector Médico) siempre ha sido médico general.

Los medios de comunicación prestan cada vez mayor atención a los casos de delitos graves cometidos por enfermos mentales (homicidio e incendio, en especial). Pero sobre todo en el tiempo que va desde la comisión del hecho delictivo al juicio. Con posterioridad solo puntualmente se hace referencia al caso concreto ya juzgado. Periódicamente los espacios informativos elaboran documentales sobre crímenes que produjeron especial impacto, asesinos en serie españoles y en algún caso muy puntual reconstrucción de la biografía del delincuente enfermo mental. El acceso de los medios informativos a centros penitenciarios a estos fines está en términos generales restringido.

5.7. Recomendaciones

1. Quizás resulte superfluo y hasta osado introducir recomendaciones sobre la atención a personas que delinquen y que padecen además una enfermedad mental, o al revés, Osado, porque la reforma atañe a la arquitectura política del país al más alto nivel, probablemente política antiterrorista incluida. Superfluo, porque sin un plan de desarrollo de un número adecuado de unidades psiquiátrico-forenses nada puede mejorarse de forma profunda. Y una reforma en profundidad es lo que esta materia requiere.

2. Sin embargo, nos atrevemos a recomendar al Ministerio de Sanidad que inicie los estudios pertinentes en varias direcciones: a) epidemiológicos para conocer la realidad del problema; b) jurídicos, derecho comparado incluido, para elaborar un modelo de atención al colectivo de ciudadanos en cuestión combinando las dos necesidades que demandan: tratamiento y custodia; c) capacitación y perfil del personal necesario, así como los criterios para su reclutamiento; d) sabiendo el número de camas que serían precisas y por ende el número de unidades, plantearse su distribución en el territorio dependiendo del Instituto Carlos III, obviando así la opción de que cada autonomía contase con su o sus propias unidades, lo que a todas luces sería innecesario e ineficiente. Reformas de varias leyes del Estado serían convenientes.

6. El Tratamiento Psiquiátrico dentro del Sistema Penitenciario, un estudio necesario.

Como apuntan varias fuentes, la existencia de personas con trastornos mentales en prisión constituye un serio, creciente y generalizado problema. Tanto la Asociación Mundial de Psiquiatría como (WPA) como la Asociación Americana de Psiquiatras (APA) han expresado repetidamente su preocupación sobre el número creciente de personas mentalmente enfermas en los centros penitenciarios. La magnitud del problema ha sido puesta de manifiesto a través de un artículo reciente de revisión (Fazel, 2002).

La mayoría de los estudios de las dos últimas décadas revelan una necesidad urgente de estudiar de forma sistemática el problema. Pareciera ser que en muchos países europeos un crecimiento de la tasa de personas con trastornos mentales fuese consecuencia directa o indirecta de las de los sistemas nacionales de cuidado a la Salud Mental. Sobre todo por la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos, sin que paralelamente se

hayan desarrollado recursos terapéuticos comunitarios alternativos ni suficientes alojamientos psicosociales. Como consecuencia, se hipotetiza, los pacientes no suficientemente dóciles, e incluso violentos, se pierden con más facilidad por los agujeros de una red comunitaria insuficientemente tupida. Sin duda que factores adicionales contribuyen a un problema que ha sido muy poco explorado hasta ahora.

Todas estas consideraciones explican que la Comisión Europea haya visto la necesidad de encargar un estudio sistemático sobre la materia (EUPRIS, 2002) [15] y acabe de suscribir un contrato para la ejecución de un estudio con esta finalidad: Estudio EUPRIS. El mismo se llevará a cabo en los 25 estados miembros de la EU, en los países solicitantes Turquía, Rumania y Bulgaria y los integrados en EFTA, Islandia, Liechtenstein y Noruega. En total 31 países, lo que deberá proporcionar una apreciación global de la realidad europea en la materia.

EUPRIS pretende describir y analizar la frecuencia con la que hay personas con enfermedad mental encarceladas en los sistemas penitenciarios europeos, al mismo tiempo que observar y evaluar los cuidados que los servicios sanitarios ofrecen a los internos con problemas mentales y cuáles son sus resultados (por ejemplo tasa de suicidios).

En España se tiene la impresión de que el número de reclusos que padecen trastornos mentales que están en prisiones ordinarias es alarmantemente alto. Son enfermos cuya conducta delictiva no se relacionó con su enfermedad mental, si es que en el momento del juicio ya la padecía, y por lo tanto nunca se cuestionó su grado de imputabilidad. Sólo cuando el trastorno adquiere carácter de gravedad y requiere especiales cuidados, suelen ser trasladados a los descritos centros psiquiátrico-penitenciarios. El Investigador Principal de EUPRIS en España se compromete a mantener informada a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, pero también a los Ministerios de Sanidad y de Justicia de los progresos de la investigación.

[15] Este estudio lo financia la *Health and Cosumers Protection, Directorate General.* El principal 'contratista' es el *Central Institute of Mental Health,* Mannheim, Alemania. La responsabilidad en España la ha suscrito la Universidad de Granada. El estudio tiene como plazo de ejecución el comprendido entre el 1 de 0ctubre de 2005 y el 1 de abril de 2007.

7. Bibliografía

- Bertolote JM.; Taborda JG.; Arboleda-Flores J; Torres F. The Impact of Legislation on Mental Health Policy. In Mario May (ed.): *The Changing Social Context of Psychiatry*, John Wiley & Sons. Nueva York, 2002.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Proposición de Ley 122/000085: *Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Num. 101-1, de 19 de julio, 2004*
- *Boletín Oficial del Estado: Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 20 de octubre de 1999*. Madrid, 1999.
- Defensor del Pueblo. *Escrito al Ministro de Justicia. Exped: Q0411621*. Registro de Salida: 05054312; fecha: 11/11/2005.
- Defensor del Pueblo. *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España.* Informes, Estudios y Documentos. Madrid, 1991
- Estudio EUPRIS: Treatment *of Mentally Ill in European Prison Systems – Service Provision and Outcome*. Ref. Contractual: QLG4-CT-2000-01554.
- EUNOMIA: *European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practise.* V Programa Marco de la Comisión Europea, Quality of Life – Health Research, código del contrato QLG4-CT-2002-01036 http://www.eunomia-study.net/
- Fazel S, Danesh J. *Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. *Lancet* 2002;359: 545-50
- Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A., Hansson L., Kilian R., Torres-Gonzales F., Turner T.**,** Wiersma D. *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries BMJ 2005;330:*123-126
- Torres-Gonzalez F. Compulsory Admission and Involuntary Treatment in the EU – Spain. En Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, Monika Peitz (ed) *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Final Report. European Commission - Health & Consumer Protection Directorate-General, 2002.
- Torres-González F; Barrios LF; Hernández-Cueto C, Hervás J; Nonay P. *Evaluación europea de coerción en psiquiatría y armonización de la mejor práctica clínica.* INTERPSIQUIS, 2004
- Torres-Gonzalez, F y Barrios L. F. Concepts and Procedures in the Member State Spain. En Hans Joachim Salize y Harald Dreßing, (ed) *Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders –Legislation and Practice in the European Union.* PABST Science Publishers. Lengerich, 2005.

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

1. Resumen

Esta revisión pretende explicar el interés y la necesidad de una evaluación sistemática y periódica de la financiación de la salud mental en España. Para ello se explican las características de estos estudios en relación con otros campos de la economía de la salud (por ejemplo los estudios de costes de enfermedad), los aspectos metodológicos y los sistemas de clasificación de contabilidad sanitaria. Se efectúa después una revisión del contexto de la financiación y del gasto en los sistemas de salud y de servicios sociales, para después efectuar una revisión del estado de la cuestión en España, tanto a nivel nacional como en las diferentes CCAA, y en el contexto de la Unión Europea. Para ello se incorpora a esta sección el informe técnico referente a España del Mental Health Economics European Network (MHEEN, 2005). A pesar de la importancia del gasto en salud mental como un indicador sanitario internacional, no existen datos al respecto para España. Existe una información relevante en algunas CCAA (sobre todo Aragón, Cataluña, Murcia, Navarra y País Vasco), pero no es posible efectuar comparaciones Inter.-territoriales al tratarse de informaciones no periódicas, y no utilizarse sistemas de codificación internacional. El grupo MHEEN estima que el gasto en salud mental se sitúa en el 5% del gasto sanitario total, siendo este porcentaje uno de los mas bajos de la Europa de los 25. Es necesario efectuar estudios específicos de financiación de salud mental en España y en diferentes CCAA que sirvan de referencia para incorporar esta información a las memorias anuales de salud. Esta información debería complementarse con estudios puntuales de coste de enfermedad (también a nivel nacional y autonómico) con el fin de plantear una política de salud mental basada en evidencia.

2. Introducción

El interés por desarrollar una gestión sanitaria basada en la eficiencia es creciente en todo el mundo (Soto, 1999; Ortún et al, 2004). Existe un acuerdo sobre la necesidad de contar con información sobre el coste de la enfermedad, sobre el coste de las alternativas sanitarias (estudios de coste-efectividad, de coste beneficio y de coste-utilidad) así como información sobre la carga de enfermedad. Pero hay un área de información de enorme importancia que se olvida o se confunde con las anteriores: el análisis de la financiación.

La financiación de la atención dirigida a una enfermedad o a un grupo de enfermedades es clave para entender la situación de la misma en el contexto del sistema socio-sanitario, conocer los incentivos y las barreras que el sistema conlleva con respecto a esa condición de salud, y plantear una planificación basada en datos.

Paradójicamente la financiación es la gran ignorada en el análisis de los sistemas de salud, y en muchas ocasiones los tomadores de decisiones y los gestores sanitarios trabajan en la oscuridad, al no tener una visión completa de los flujos de financiación y del gasto de su área de interés, ya que en las enfermedades crónicas discapacitantes, una parte considerable de estos flujos se dan fuera del sector sanitario. Esto es especialmente relevante en salud mental, dada la situación marginal de esta área en el contexto de la salud general (Salvador-Carulla et al, 2002), las dificultades inherentes a la evaluación de servicios de salud mental, su carácter socio-sanitario con la consiguiente dispersión de los recursos entre servicios sociales y servicios de salud, y la existencia de patologías frontera. Estas se pueden incluir o excluir en la agregación de presupuestos y de gastos, no sólo en diferentes territorios, sino en una misma región sanitaria en diferentes tipos de informes (así ocurre en la atención a la discapacidad psíquica, las drogodependencias, la psiquiatría infantil o las demencias, entre otras). De hecho, contamos hoy con una mejor información sobre el coste de algunas enfermedades mentales en España que sobre la financiación del sistema de salud mental.

El estudio de la financiación conlleva también problemas conceptuales importantes, derivados de su ámbito multidisciplinar. La financiación puede tener un significado diverso para un economista de la salud, para un contable sanitario, para un gestor, para un profesional o para un usuario final del sistema. De hecho el conocer la financiación puede ser útil, no sólo para planificadores y gestores, sino también para los propios profesionales, ya que les puede ayudar a comprender mejor el recorrido del paciente a través del sistema sanitario, e identificar mejor las barreras potenciales para el mismo. Por otro lado, un mejor conocimiento de los sistemas de financiación y de las fuentes del gasto puede permitir al profesional una gestión razonada de sus recursos.

Todo ello determina la necesidad del análisis de la financiación desde diferentes perspectivas (incluyendo la perspectiva de la sociedad en su conjunto), y de la revisión del contexto de la financiación en salud mental en España.

3. Financiación: Concepto y análisis de diferentes perspectivas

3.1. ¿Qué es un estudio de financiación de salud?

La financiación de la salud (Health care financing) analiza el consumo de atención, el proceso del gasto, el flujo de los recursos económicos (en unidades monetarias), las barreras e incentivos de este proceso y los resultados del mismo sobre la atención para una condición de salud específica (enfermedad) o para un grupo de ellas. Puede analizar un componente del mismo en un subsector del sistema (p.ej. efecto de la introducción del copago en un paquete sanitario de una aseguradora de salud) o para el conjunto del mismo (p.ej. financiación nacional de salud)

El estudio de la financiación es de ámbito multidisciplinar siendo su principal referente la contabilidad sanitaria, aunque también debe tenerse en cuenta la economía de la salud, la salud pública y la experticia clínica (sobre todo en la interpretación de resultados y en las fuentes de información).

La financiación centrada en la enfermedad es diferente de la financiación sanitaria general, ya que debe analizar la financiación procedente de diferentes sectores (p.ej. sector sanitario y servicios sociales).

El análisis de financiación incluye la identificación de los agentes del gasto socio-sanitario (en España: población, sistema nacional de salud, consejerías de salud, consejerías de servicios sociales, diputaciones, comarcas, municipios, etc), las fuentes de los recursos para la atención (por ejemplo: el usuario a través de gastos de bolsillo, el ciudadano a través de los impuestos, organismos internacionales, ONGs o entidades de beneficencia), el sistema de obtención de los recursos económicos (p.ej. impuestos, seguros públicos, seguros privados, pago directo), los organismos financiadores (p.ej. las administraciones públicas del Estado: Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud), los organismos y entidades receptoras (proveedores de atención), y el usuario final (p.ej. identificando los criterios de eligibilidad para recibir las diferentes prestaciones, o el sistema de copago).

Este estudio del proceso del gasto es complejo, ya que una misma partida económica puede pasar por diversos organismos financiadores con diferente grados de autonomía sobre la decisión del gasto (p.ej. el Ministerio de Sanidad puede incluir diferentes partidas con diferente autonomía de gasto para las Comunidades Autónomas, y con un mismo fin).

El estudio del proceso del gasto y de los flujos económicos o itinerarios puede darnos una primera indicación sobre la eficiencia del sistema, identificar barreras e incentivos, y "escapes" en el sistema (tanto M Knapp como A Maynard han utilizado el símil de las cañerías para explicar los componentes del sistema de financiación sanitaria) (Maynard, 1996).

Este análisis puede hacerse desde diferentes perspectivas (p.ej. sistema nacional de salud, una organización sanitaria o la sociedad en su conjunto). Al igual que en los estudios del costes, la perspectiva del análisis determina el tipo de recursos que se analizan. Si la perspectiva es el sector sanitario público o el sistema nacional de salud, no se incluirán los flujos de recursos económicos en otros sectores (p.ej el sector social, educación, sistema judicial) o el flujo de gastos de bolsillo en el sector privado. También aquí, al igual que en los estudios de costes, debe tenerse en cuenta la perspectiva de la sociedad. Esta perspectiva considera el conjunto de flujos económicos producidos para la atención a una condición de salud en los diferentes sectores (sanitario, social, educativo). A diferencia de los estudios de costes, el análisis de la financiación sí puede tener en cuenta las transferencias (p.ej. en pensiones de discapacidad, o en beneficios fiscales), y no considera los recursos no económicos o los no relacionados directamente con el proceso de financiación (p.ej el cuidado informal o perdida de productividad laboral).

El análisis de la financiación carece de una metodología estandarizada. Sin embargo existen algunos estudios que permiten perfilar diversos métodos de análisis. En el caso de la salud mental en Europa destacan los trabajos de MHEEN (Mc Daid et al, 2005), los indicadores de STAKES (2001), y en un ámbito más general el sistema de contabilidad sanitaria de la OCDE (OECD, 2000). Existe una revisión metodológica interesante del

análisis de la financiación sanitaria en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). En ésta se diferencian una serie de conceptos básicos relevantes como el análisis del consumo final (para la administración, para el ciudadano -usuario, familias, etc-, o para el conjunto de la economía; la diferencia entre consumo individual y el consumo colectivo. Este documento analiza también algunos de los problemas en el análisis de la financiación, como las fronteras del gasto sanitario (p.ej. formación de profesionales, investigación), y de los diferentes sistemas de cómputo (p.ej. el consumo de capital fijo/amortizaciones; y la producción de mercado que realizan las administraciones públicas).

3.2.. Perspectiva de la economía de la salud: Relación entre estudios de costes y estudios de financiación centrada en la enfermedad.

Tradicionalmente ha existido una confusión entre el análisis del coste de la enfermedad y el análisis de la financiación en Economía de la Salud. Por ello es relevante aclarar en primer lugar esta confusión antes de revisar la financiación desde el punto de vista de la contabilidad sanitaria.

De hecho, los conceptos de "coste de enfermedad" y de "financiación de una enfermedad" se han equiparado en muchas ocasiones. Así es frecuente considerar la financiación como una parte de los estudios de coste de enfermedad, cuando en realidad la finalidad de ambos estudios es diferente (aunque necesariamente complementaria). La diferencia resulta clara en los estudios de coste-incidencia, ya que el interés de éstos es conocer el coste real de la enfermedad a lo largo del curso de la misma. La confusión puede darse en los estudios de coste-prevalencia ya que en éstos el interés reside en conocer los costes en un periodo de tiempo limitado con el fin de apoyar la toma de decisiones y de hacer visible el trastorno en el contexto sanitario general. Los estudios de costes de prevalencia-año con una aproximación de arriba-abajo utilizan muchas de las fuentes de información comunes a los estudios de financiación y de gasto, pero son en realidad estudios de consumo de recursos de atención (incluyendo el uso de recursos no monetarios, aunque éstos se conviertan en unidades monetarias). Los estudios de financiación, por su parte, describen directamente el flujo monetario relacionado con la condición de salud, identificando las barreras y los incentivos de la atención.

Andrews y colaboradores, en un estudio seminal, señalaron la enorme disparidad entre el coste de la esquizofrenia y la financiación sanitaria para este trastorno, en comparación con la atención para el infarto de miocardio en Australia (Andrews et al, 1985). Curiosamente esta distinción señalada por Andrews hace 20 años entre financiación y costes no ha tenido continuidad en la literatura de economía de la salud mental.

Los estudios de financiación centrados en el flujo monetario utilizan "unidades de gasto", tarifas y precios, mientras que los estudios de costes centrados en el consumo de recursos utilizan "unidades de coste" que difieren en muchas ocasiones del precio y/o del gasto. Estas unidades se calculan de modo muy diverso. Existen algunas unidades estándares que pueden utilizarse en estudios de costes nacionales. Ejemplo de ello son las unidades de costes del PSSRU en el Reino Unido - Unit Costs of Health and Social Care) (Curtis & Netten, 2004); o las unidades de costes de PSICOST o de SOIKOS en España (Saldivia et al, 2005). Este tipo de aproximación se ha utilizado también en algunos estudios internacionales (Urdhal et al, 2003). Por otro lado, existen algunas unidades de costes

basadas en análisis de ABC aplicables a la salud mental en algunas CCAA (p.ej Navarra). Estas unidades de coste se basan en el principio del coste oportunidad, y la capitación pueden tener en cuenta factores como el precio de mercado del terreno o el edificio donde se realiza la atención en estudios de costes en instituciones psiquiátricas; y ello hace que su valor difiera de las unidades de gasto sanitario evaluadas en estudios de financiación. En un sistema de mercado perfecto las unidades de coste coincidirían con los precios/tarifas.

En los estudios de financiación pueden describirse los flujos monetarios que no van asociados a consumo de recursos (beneficios fiscales, pensiones, etc). Estos flujos se consideran "transferencias" en los estudios de costes y su evaluación ha constituido una fuente de polémica constante en la metodología del coste-enfermedad. Por otro lado el consumo de recursos no financiados (p.ej. pérdida de productividad) o no monetarios (p.ej. cuidados informales) solo constituyen un foco de interés en los estudios de costes.

El marco temporal también difiere en ambos tipos de estudios. Los estudios de financiación toman como referencia años fiscales, mientras que la unidad temporal de los estudios de costes puede variar del día (p.ej. en estudios de hospitalización) a periodos superiores al año (p.ej. dos años en estudios de compensación, o el ciclo vital de un sujeto).

Así pues la diferenciación entre estudios de costes y de financiación permite considerar las transferencias como parte del análisis de la financiación; delimitar mejor algunas de las fronteras del gasto, y algunos problemas del cálculo del consumo de capital fijo/amortizaciones en la financiación. Asimismo permite tener dos aproximaciones diferentes al coste/gasto por sector (sanitario, social, etc) (Scott et al, 2001).

3.3.. Perspectiva de la contabilidad sanitaria

El hecho de que el estudio de financiación se vincule a la contabilidad sanitaria siguiendo el marco establecido por la OCDE (OECD, 2000), y éste se distinga del estudio de costes de enfermedad, permite también aclarar algunas cuestiones metodológicas que se evidencian en los análisis de financiación. La revisión de los análisis de financiación de salud mental efectuados hasta la fecha en España (ver más adelante) utilizan agregaciones de gasto que reflejan la confusión entre coste-enfermedad y financiación de enfermedad.

Existen diversos sistemas internacionales que permiten una armonización y facilitan la comparabilidad internacional en la descripción del gasto sanitario global (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005): Sistema Europeo de Cuentas (SEC95), Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN-93), recomendaciones del Sistema de Cuentas de la Salud de la OCDE (OECD, 2000; 2005), o el sistema de clasificación de funciones de las Naciones Unidas (COFOG) (UN, 1999). Para desagregar el gasto por consumo final en los hogares se puede utilizar la clasificación COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose). En España no se ha implantado aún el uso de la International Classification for Health Accounts (SHA-ICHA), que si se ha utilizado para un estudio de la financiación sanitaria en España por parte de la OCDE (Relaño y García-Calatayud, 2004).

En España la contabilidad nacional a nivel macro y desde una perspectiva de arriba abajo, se fundamenta en estos sistemas. Se utiliza una adaptación del SEC95 para analizar el gasto por sectores (Administración central, Sistema de la Seguridad Social, Mutualidades del Funcionariado, Gestión de las CCAA, Gestión local). Se utiliza el COFOG para desagregar el gasto en una clasificación funcional que diferencia tres grandes apartados: cod. 07.1 Productos, aparatos y material farmacéutico (incluye un subapartado de consumo de fármacos), cod. 07.2. Servicios ambulatorios (incluye un subapartado para atención primaria y otro para atención especializada), cod. 07.3. Servicios hospitalarios, y 07.4 Salud Pública (MSyC, 2003ii, 2005). Sin embargo, los sistemas de contabilidad nacional y autonómicos no siguen de forma sistemática la recomendación de la OCDE a pesar de formar parte del grupo de países comprometidos en este proyecto (ello es particularmente relevante en la clasificación de recursos de salud mental) (Relaño y García-Calatayud, 2004).

En España el sistema de contabilidad nacional deja fuera el gasto sanitario público que pueda producirse en aquellas unidades institucionales cuya actividad principal no sea la sanidad, es decir que queda fuera del cómputo del gasto la atención sanitaria prestada en instituciones públicas de servicios sociales en relación con el conjunto de las prestaciones de atención sociosanitaria. Entre estos se encuentran: a) Los cuidados sanitarios de larga duración; b) La atención sanitaria a la convalecencia; y c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (MSyC, 2003ii). Sin embargo la financiación de estos recursos varía enormemente de una CA a otra, dependiendo en muchos casos de las consejerías de sanidad. Además también existe una disparidad con la contabilidad de los servicios sociales, incluyendo los de tipo residencial, lo que hace aun mas difícil la comparación entre recursos en ambos sectores.

El sistema de contabilidad sanitaria en España muestra una disparidad notable en el cálculo de las unidades de coste en diferentes CA y en diferentes medios (p.ej. existe una gran disparidad en la contabilidad analítica en el medio hospitalario, y en los sistemas de contabilidad en el medio ambulatorio).

3.4. Perspectiva de los diferentes agentes del sistema sanitario

Al igual que acontece en los estudios de costes de enfermedad, los estudios de financiación pueden considerar únicamente partes del sistema. Así es posible estudiar el riesgo asociado a una barrera (p.ej. copago de un tratamiento farmacéutico) o a un incentivo (p.ej. primas de seguros para pacientes crónicos). También es posible estudiar la financiación de planes que afectan únicamente a partes del sistema, generalmente un seguro público o privado (p.ej. a la cobertura de Medicaid o Medicare en EEUU, la cobertura de programas de gestión de enfermedad -*disease management*- o de sistemas de financiación específicos como la capitación). Estos estudios de financiación no pueden entenderse de una forma adecuada si no se tiene en cuenta la financiación global centrada en la enfermedad desde la perspectiva de la sociedad, sobre todo en países en los que la sanidad no sigue una economía de mercado libre, y donde existen sistemas nacionales de salud. El contenido de los artículos de revistas como “Health Care Financing Review” o el “International Journal

of Mental Health Policy and Economics" en el sector de la salud mental, dan una idea de la falta de un marco conceptual adecuado para diferenciar los estudios de financiación, de coste de enfermedad y de coste de oportunidad en el ámbito de la economía de la salud mental.

4. Análisis del contexto: la financiación sanitaria en España

Para comprender el sistema de la financiación de la salud mental en España es necesario conocer el contexto de la misma. Bajo este término consideramos una serie de aspectos relevantes sobre el sistema de atención a la salud mental en España y sobre financiación sanitaria y social en España.

Sobre el sistema de salud mental en España existe una amplia literatura que delimita la evolución histórica (Vazquez-Barquero y García, 1999; Salvador-Carulla et al, 2002) y la situación actual del mismo en un análisis comparativo entre las diferentes CCAA (Salvador et al, 2004); o con países de referencia como Italia (Salvador-Carulla et al, 2005)

El contexto de la financiación sanitaria incluye el proceso histórico de transferencia de competencias sanitarias y sociales a las comunidades autónomas, el desarrollo del sistema de cobertura casi universal, la evolución de los criterios de elegibilidad para poblaciones especiales (inmigrantes, funcionarios, pensionistas, etc), y la evolución del gasto sanitario. Existe una serie de revisiones detalladas al respecto (Cantarero-Prieto, 2002; Lopez-Casasnovas, 2002 ,Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003i; Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; Sánchez-Maldonado y Cabasés, en prensa).

Sobre la financiación social conviene citar el Libro Blanco de la Atención a las Personas con Dependencia en España (IMSERSO, 2004), y los trabajos del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra (Casado y Lopez-Casasnovas, 2001; Lopez-Casasnovas, 2005).

Se efectúa aquí un resumen del contexto de la financiación sanitaria y social en España (una revisión actualizada más extensa aparece en Salvador-Carulla et al, en prensa).

4.1. La financiación sanitaria

4.1.1. Financiación sanitaria pública

En España la cobertura sanitaria es casi universal (cubre a un 99.4% de la población) y se financia a través de los presupuestos generales del Estado en un 98% (hasta el año 2000 se financiaba a través de la Seguridad Social). La finalización de las transferencias sanitarias coincidió con la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación en Diciembre de 2001; y con un nuevo modelo de financiación del Consejo Nacional de Política Fiscal y Financiera -CPFF-, que se basaba en la transferencia directa de los fondos a las CCAA y una serie de mecanismos para mantener la solidaridad y la

equidad inter-territorial, y que incluían un Fondo de Suficiencia (para compensar a aquellas CCAA con un crecimiento negativo o inferior a la media nacional según el PIB), un Fondo de Cohesión (para compensar los desplazamientos entre CCAA –sobre todo las estancias hospitalarias-, y la atención prestada a ciudadanos extranjeros de países con acuerdos sanitarios y en los que se había efectuado la solicitud de reembolso), un Fondo de Insularidad (para Canarias e Baleares), y compensaciones directas por la atención a ciudadanos extranjeros sin reembolso por el país de origen y de atención por accidentes sin seguro, entre otros (Tabla 33). Sin embargo este modelo de financiación no ha evitado un creciente déficit del gasto sanitario que en la actualidad se traduce en una deuda acumulada de más de 5.000 millones de euros.

En el déficit creciente del sistema influyen varios factores como la falta de una política de control de gasto sanitario en varias CCAA, una infravaloración por algunas CCAA del gasto sanitario real en la negociación del traspaso de competencias completado en diciembre de 2001, o la población de referencia para el cálculo de la financiación de las CCAA. Este cálculo se hizo hasta el año 2005 sobre el censo de 1999, por lo que no se ha tenido en cuenta el crecimiento de población en España en este periodo (un incremento de 3.8 millones de habitantes hasta alcanzar los 44.108.530 empadronados en enero de 2005). Además este crecimiento ha sido desigual, concentrándose en "puntos calientes" del territorio nacional que han debido soportar la mayoría del incremento de la carga de atención (ver el Atlas de la Sanidad en España -Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

Por otro lado, la mayor parte del consumo de servicios sanitarios efectuado por ciudadanos extranjeros no se ha facturado a los países de origen con acuerdos bilaterales o de la UE, donde existe un sistema de reembolso común (desde 2004 con la tarjeta sanitaria europea) y un sistema de transferencia de pensiones para atención crónica entre los estados de la Unión Europea. Se da así la paradoja de que el sistema español está financiando la atención sanitaria a un numero no conocido de residentes extranjeros de países del Norte de Europa, con economías más desarrolladas. Además, el proceso de transferencias no vino acompañado de la creación de un sistema de información común, lo que dificulta más los procesos de control del gasto y de financiación (por ejemplo: el reembolso de la atención a ciudadanos europeos se basa en la reclamación del gasto desde el centro de asistencia, éste se tramita a nivel nacional y el reembolso se efectúa al gobierno central, que a su vez lo incorpora al fondo de cohesión que reciben las CCAA, por lo que no existe ninguna relación entre el consumo del recurso y su reembolso). El problema de la atención a ciudadanos de la UE en España está siendo analizado en un proyecto europeo (Europe for Patients); y ha motivado la solicitud de un Fondo de Cohesión Sanitaria a nivel Europeo por parte de España ante la UE.

A estos problemas se unen factores generales de incremento del gasto sanitario (p.ej. envejecimiento de la población, consumo de tecnología, gasto farmacéutico), que determinan el creciente déficit sanitario español. Para paliarlo, y con el fin de mejorar la equidad inter-territorial y la eficiencia del sistema, se han ido actualizando los fondos de compensación, se han incrementado los impuestos sobre el tabaco y el alcohol a nivel nacional, y se ha autorizado a las CCAA a incrementar algunos impuestos sobre los que tienen competencia plena (la matriculación de vehículos y la gasolina). Con esta última

medida el gobierno considera que las CCAA podrán recaudar 1800 millones de euros en 2006 para paliar el déficit sanitario. En la Tabla 33 se señalan los diferentes fondos que el Ministerio de Sanidad y Consumo transfiere a las CCAA para el ejercicio de 2006. Esta situación se ha definido como transitoria a la espera de elaborar un nuevo modelo de financiación en 2007, pero es un indicativo claro de la complejidad y de las dificultades del actual sistema.

Tabla 33. Transferencias previstas del Ministerio de Sanidad y Consumo a las CCAA para el año 2006 (además del presupuesto propio) (fuente: MHEEN en base a datos del MSyC,2005)

Tipos de financiación a las CCAA[16]	Millones euros	Comentarios
• Adelanto de pagos y Fondo de Suficiencia	1.365,4	
• Fondos especiales de compensación y de calidad	1.677	
• Transferencias directas a las CCAA	500	
• Plan de Calidad e Igualdad del Sistema Naciona de Salud	50	
• Fondo de Cohesión Sanitaria	45	+50 comprometidos con anterioridad
• Fondos de Compensacion por Insularidad	55	Canarias y Baleares
• Fondo de Garantía de Financiación Sanitaria	500	
• Fondo de compensación por atención a extranjeros	200	Reclamaciones a paises con acuerdos y UE
• Fondo de Compensación por accidentes no asegurados	100	
• Impuestos especiales sobre tabaco y alcohol	227	
Total de transferencias (2006)	3.042,4	
Gastosanitario público estimado	*46.400-47.000*	92% gestionado por CCAA

Otro factor a considerar es la falta de una información fácilmente accesible desde los diversos organismos. El MSC cuenta con un extenso informe anual sobre el gasto que no desagrega la información hasta el nivel de la salud mental. El Observatorio del Sistema Nacional de Salud (SNS) refiere un gasto público sanitario de 1.086,39 euros para 2004 con un incremento del 8.8% con respecto a 2003 (SNS, nota de prensa, Diciembre 2005). Según este informe, el gasto sanitario público en España se sitúa en los 46.930 millones de euros. La OCDE ha publicado la desagregación del gasto sanitario en España para 2001 en

[16] La sanidad en Ceuta y Melilla es gestionada directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo

función del sistema de clasificación internacional de contabilidad sanitaria (ICHA) (Tabla 34) (Toledaño y García, 2004).

Tabla 34. Gasto sanitario total según los diferentes agentes de financiación en España (Relaño y García, OCDE; 2004)

		First available year		Last available year	
		1999		2001	
HF.1	General government	30,681	72.2%	35,131	71.5%
HF.1.1	General government excluding social security funds	27,804	65.4%	31,904	65.0%
HF.1.1.1	Central government	25,037	58.9%	28,680	58.4%
HF.1.1.2;1.1.3	Provincial/local government	2,767	6.5%	3,225	6.6%
HF.1.2	Social security funds	2,877	6.8%	3,227	6.6%
HF.2	Private sector	11,831	27.8%	13,990	28.5%
HF.2.1	Private social insurance	-	-	-	-
HF.2.2	Private insurance enterprises (other than social insurance)	1,595	3.8%	1,967	4.0%
HF.2.3	Private household out-of-pocket expenditure	9,852	23.2%	11,588	23.6%
HF.2.4	Non-profit institutions serving households (other than social insurance)	384	0.9%	435	0.9%
HF.2.5	Corporations (other than health insurance)	-	-	-	-
HF.3	Rest of the world	-	-	-	-
	Total health expenditure (Spanish NHE)	**42,511**	**100%**	**49,121**	**100%**

En 2002, el 89.8% del gasto sanitario público se gestionaba directamente a través de las CCAA (este porcentaje se estima en torno al 92% para 2005); un 8.5% por la Administración Central del Estado y la Seguridad Social, y un 1.7% por las entidades locales. El gasto sanitario público medio por habitante presenta un rango de 250 euros entre la comunidad con mayor gasto y la de menor. El gasto público incluye el gasto del Sistema Nacional de Salud (en las 17 CCAA y el Ministerio de Salud) y de las mutualidades de funcionario que cubren la asistencia a unas 2.000.000 de personas en España. De estos, la mitad aproximadamente optan por el sistema público de sanidad y la otra mitad por las aseguradoras privadas. A falta de los datos definitivos sobre 2004, nos basamos en los datos del informe de 2003 (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2004). En este se señala que el gasto sanitario total supone un 7.6 del PIB (por debajo de la media de la OCDE), del que un 72% corresponde a gasto público (5.4% del PIB). El porcentaje del gasto público muestra una tendencia a la disminución en España mientras en los países de EU-15 está estabilizado. En la Tabla 35 aparece la evolución del gasto público desagregado por funciones.

Tabla 35. Evolución del Gasto sanitario público por funciones (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2003)

Miles de euros corrientes	1998	%98/97	1999	%99/98	2000*	%00/99	2001*(A)	%01/00	%/2001
Servicios hospitalarios y especializados	15.529.091	5,4%	16.439.702	5,9%	17.363.703	5,6%	18.488.305	6,5%	52.6%
Servicios primarios de salud	4.533.732	5,1%	4.865.457	7,3%	5.129.117	5,4%	5.517.888	7,6%	15,7%
Servicios de salud pública	346.638	13,8%	408.577	17,9%	517.142	26,6%	545.516	5,5%	1,6%
Servicios colectivos de salud	788.172	5,8%	832.056	5,6%	897.201	7,8%	964.746	7,5%	2,7%
Farmacia	5.998.607	7,4%	6.600.108	10,0%	7.109.907	7,7%	7.679.896	8,0%	21,9%
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	467.139	10,3%	494.84	5,9%	537.835	8,7%	563.877	4,8%	1,6%
Gasto de capital.	952.552	23,3%	1.040.023	9,2%	1.115.877	7,3%	1.371.107	22,9%	3,9%
Total	28.615.931	6,5%	30.680.762	7,2%	32.670.782	6,5%	35.131.335	7,5%	100,0%

(*) Cifras provisionales.

(A) Avance.-Datos estimados para Corporaciones Locales.

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo

4.1.2. Financiación sanitaria privada

El gasto privado era del 28.5% en 2001 (Relaño y García, 2004). Existen algunas divergencias en la desagregación del mismo en gasto de seguros privados y gastos de bolsillo. A ello puede contribuir la dificultad en el acceso a los datos de las compañías privadas de aseguramiento sanitario Se estima que los gastos de bolsillo suponen entre el 70 y el 85% del gasto privado (Casado y Lopez-Casasnovas, 2001); o un 23.6% del gasto sanitario total (Tabla 34) (Relaño y García, 2004). Según datos obtenidos de la Encuesta de Presupuestos Familiares-ECPF (Base 1997) para los años 2000 y 2001 elaborada por el INE, que recoge exclusivamente el gasto efectivo incurrido por las familias (los seguros de salud obligatorios como MUFACE quedan fuera), se puede observar que el gasto familiar medio anual en servicios sanitarios privados fue de 539 euros en el año 2001, (aumento del 4,7% con respecto al año precedente) (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2004). En la Tabla 36 figura la evolución del gasto final por hogares.

Tabla 36. Evolución del gasto privado en España (INE, Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2003)

Clasificación del gasto en consumo final de los hogares por finalidad (coicop)

Precios corrientes. Unidad: millones de euros

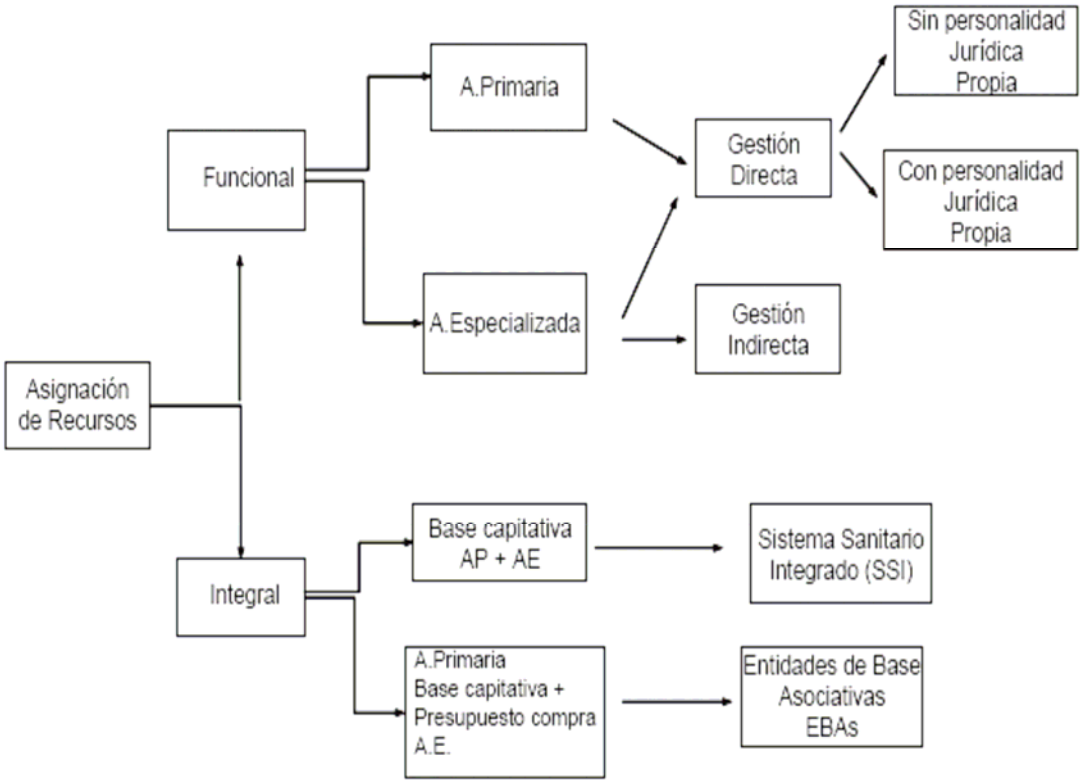
	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000(P)	%	2001(P)	%	2002(A)	%
6.1 Medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico	2.770	30.59	2.962	30.92	3.141	31	3.452	32	3.747		3.958	31	4.264	31	..	
6.2 Servicios médicos y paramédicos extrahospitalarios	4.982	55.01	5.245	54.76	5.464	54	5.794	54	6.270		6.831	54	7.457	54	..	
6.3 Servicios hospitalarios	1.304	14.40	1.372	14.32	1.480	14	1.516	14	1.666		1.812	14	1.975	14	..	
TOTAL SALUD	9.056		9.579		10.085		10.762		11.683		12.601		13.696		14.651	
6. SALUD	9.056	3.50	9.579	3.50	10.085	3	10.762	3	11.683	4	12.601	4	13.696	4	14.651	3,6
GASTO EN CONSUMO FINAL DE LOS HOGARES	258.647		273.561		289.675		308.922		331.016		354.989		377.051		400.404	

Fuente: INE

Aproximadamente 5 millones de personas tenían contratos con seguros sanitarios privados en 2000, incluyendo los que correspondían a las mutualidades de funcionarios (UNESPA, Carles y Oliva, 2002). La OCDE señala una tasa del 13% de la población con seguros privados en 2002 (OECD, 2005), lo que supone una tasa del 4% del gasto sanitario total (Relaño y García, 2004). La población con seguros privados se concentra en las Comunidades de Madrid y de Cataluña (aproximadamente el 25% del total con seguros privados). Estos seguros constituyen la fuente primaria de asistencia para el 2.7% de la población, mientras que el resto (10.3%) lo utiliza como una fuente de atención complementaria o suplementaria (como un sistema alternativo más rápido de acceso y por el aumento en la posibilidad de la elección por parte del consumidor) (UNESPA, Carles y Oliva, 2002).

Otro aspecto relevante es el de las formas de asignación de recursos y las nuevas modalidades de gestión que de forma piloto se están aplicando en algunas áreas sanitarias (Ilustración 1) (Observatorio del Sistema nacional de Salud, 2003). En Cataluña se ha iniciado en algunas comarcas (p.ej. Comarca de Osona) un sistema de financiación no por las funciones tradicionales sino integral a través de un método capitativo. La introducción de sistemas puede tener efectos muy marcados sobre la atención a los trastornos mentales graves, como ha ocurrido en los sistemas de aseguramiento en Estados Unidos (Bloom et al, 2002), por lo que esta población debe ser considerada de una forma específica.

Ilustración 1. Formas de asignación de recursos y modalidades de gestión en el sistema sanitario público español (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2004)



4.2. La financiación de los servicios sociales

La financiación de los servicios sociales ha sido revisada recientemente por el IMSERSO (2004) y en una serie de informes técnicos (Rodríguez-Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002; Lopez-Casasnovas, 2005). Desafortunadamente la literatura en este campo se centra de forma preferente en la atención socio-sanitaria a mayores, y no contamos con una desagregación del gasto en atención a personas con discapacidad de origen mental salvo las demencias.

Debe tenerse en cuenta el traspaso de muchos servicios de atención para enfermos crónicos y discapacitados al sector de los servicios sociales a lo largo de los últimos 20 años (ello ha tenido un impacto especial en el caso de personas con discapacidad intelectual y trastorno mental grave). El proceso de transferencia de los servicios sociales concluyó en 1997, y

después se creó una comisión para estudio del modelo y de la financiación del ámbito sociosanitario, que no ha producido resultados concretos salvo en algunas CCAA. Este modelo también se ha centrado en la atención a personas mayores (Rodríguez-Cabrero y Montserrat, 2002).

En 2004 se separaron del IMSERSO las funciones relacionadas con la discapacidad que pasaron a la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad. En el IMSERSO continúan las funciones relacionadas con la atención a personas mayores y a personas en situación de dependencia, entre las que se incluye la discapacidad psíquica y la enfermedad mental. Sin embargo, no se ha definido todavía esta población de una forma operativa, ni las prestaciones o los mecanismos de financiación relacionado con la atención a personas con dependencia, a la espera de la tramitación de la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a Personas en Situación de Dependencia, cuyo anteproyecto ha sido presentado en Diciembre de 2005.

En España, en 2003 el gasto en protección social representaba un 20% del PIB y suponía un gasto per cápita de 3.511,8 euros (siendo uno de los países europeos con menor nivel de gasto). En este dato es un agregado que incorpora el gasto sanitario y los gastos relacionados con las personas mayores donde se incluyen las pensiones (41% de la protección social). El gasto susceptible de incluirse en el ámbito de actuación de los Servicios Sociales supondría una cifra menor, equivalente al 1,5% del PIB (año 2000).

El sistema público de los Servicios Sociales se organiza en dos niveles de atención: Servicios Sociales de Atención Primaria, de ámbito y responsabilidad municipal y Servicios Sociales Específicos y sectoriales y/o especializados, de ámbito supra-municipal y responsabilidad principalmente autonómica.

A nivel local, los Centros de Servicios Sociales son el equipamiento principal de la denominada red básica de los Servicios Sociales de Atención Primaria. A diferencia de lo que ocurre con el gasto sanitario, las administraciones locales tienen un papel importante en el gasto en servicios sociales, a través del convenio administrativo establecido entre el Estado y las Comunidades Autónomas (excepto País Vasco y Navarra) denominado Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. La "Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. 2001-2002" indicaba un escaso uso de estos servicios por parte de los enfermos psíquicos (agrupados junto a enfermos terminales). El uso de servicios por parte de estos dos colectivos era de un 0.5% del total de uso de servicios de información y orientación, 0.9% de apoyo a unidad convivencial, 0.5% de ayuda a domicilio y 0.4% de alojamiento alternativo y 0.1% de programas de prevención (FCAVN, 2005)

Las Administraciones Locales aportan por término medio un 54,5% mientras la aportación de las Comunidades Autónomas es de un 28,2% y de casi el 17% la del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En 2001 el gasto total fue de 525,7 millones de euros. Estos gastos se concentran fundamentalmente en la atención a personas mayores (servicios de ayuda domiciliaria, centros de día, residencias, pisos protegidos y servicios de estancia temporal).

El libro Blanco (IMSERSO, 2004) incluye datos sobre el gasto de las CCAA en recursos asistenciales para la discapacidad en población adulta (Tabla 37). Aunque faltan datos de algunas CCAA y en otras estos son incompletos (p.ej Madrid), el gasto en atención social para 2004 fue de 709 millones de euros (frente al 1.673 millones en atención a mayores). La variabilidad del gasto social es mayor que la del gasto sanitario.

Tabla 37. Gasto en atención social a población con discapacidad en 2004 por parte de las CCAA (en millones de euros) (IMSERSO, 2004)

Tipo de Recurso	Cuantía	%
Residencias	409,590	57.8
Centros de día	149,516	21.1
Ayuda domicilio	14,151	2.0
Teleasistencia	1,306	0.2
Otros	134,446	19.0
Total	**709,009**	**100**

A ellos deben añadirse las pensiones contributivas, las no contributivas y la nómina LISMI. La pensión media contributiva para las 840.830 personas en situación de incapacidad permanente fue de 610 euros en 2005.

Tabla 38. Personas con certificado de minusvalía (discapacidad superior a 33%) por causa psíquica excluyendo discapacidad intelectual en 1999.

N.º de casos 126.717	% sobre casos	Hombres	Mujeres	N.º de casos	Razón h./m.
Psicosis	29,8%	21.751	16.011	37.762	136
Demencias y trastorno mental orgánico	21,3%	8.367	18.624	26.991	45
Trastornos del humor, la afectividad o distímicos	19,7%	5.242	19.721	24.963	27
Trastornos de personalidad	8,3%	3.513	7.005	10.518	50
Patología psiquiátrica infantil	5,9%	5.390	2.086	7.476	258
Neurosis	5,7%	2.384	4.839	7.223	49
Dependencia de sustancias psicoactivas	2,1%	2.182	479	2.661	456
Diagnóstico no reflejado	4,5%	3.336	2.366	5.702	456
Otros	2,7%			3.421	

Fuente: Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad. Elaboración IMSERSO. Área de Valoración.

El sistema español requiere una puntuación en un baremo establecido del 33% para el reconocimiento de la condición de discapacitado, y de un 65% para recibir una pensión no contributiva por discapacidad. En España el total de personas con un certificado de discapacidad por causa psíquica (discapacidad superior al 33%) era de 126.000 personas en 1999, 193.243 en 2001, y de 204.066 en 2005. La desagregación de datos para 1999 aparece en la Tabla 38 que señala que un 21.3% eran casos de demencia. Solo los casos con un grado de discapacidad superior al 65% tienen derecho a la pensión no contributiva por discapacidad, cuya media mensual fue de 292 euros en 2005. En 2001, 33.205 personas

de menos de 65 años recibían una pensión no contributiva por problemas psíquicos (trastorno mental grave y discapacidad intelectual). Un grado de minusvalía del 75%, identifica hasta ahora la situación de dependencia de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria (ello aumenta la cantidad percibida por la pensión de invalidez no contributiva y también da lugar a unos mayores beneficios fiscales).

Además existen una serie de subsidios regulados a partir de la ley del Minusvalido (LISMI) para personas discapacitadas (nómina de la LISMI) incluyen el SGIM: Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos; SATP: Subsidio por Ayuda de Tercera Personas; SMGT: Subsidio de Movilidad y Compensación para Gastos de Transporte; y ASPF: Asistencia Sanitaria y Prestación Farmaceútica para Minusválidos. Los subsidios de la nómina LISMI se han prestado a 8895 beneficiarios por trastornos psíquicos en 2001 (excluyendo discapacidad psíquica) (IMSERSO, 2000)

Como ya hemos dicho, la atención sociosanitaria no se computa en los gastos del sistema sanitario (cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia, rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable). El sistema de contabilidad de gastos de IMSERSO no permite una desagregación adecuada de estas funciones del gasto. Se ha estimado que los gastos de atención para enfermedades de larga duración suponían un 0.6% del PIB, y algunos estudios prevén un incremento hasta el 1.2% en el 2026 (Casado & Lopez-Casasnovas, 2001). A ello debe añadirse la partida del 0.52 del IRPF a programas subvencionados para fines de interés social por ONGs, y que en 2003 supuso 16 millones de euros.

La nueva "Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a Personas en Situación de Dependencia" supone un cambio sustancial del modelo de financiación de los servicios sociales al crear un nuevo derecho de ciudadanía (equiparable a la educación, sanidad y pensiones); y un Sistema Nacional de la Dependencia (SND) que pretende ser financiado en un 50% por el gobierno central y en un 50% por las CCAA y las corporaciones locales. Se plantea que esta financiación supondrá un 1% del PIB (9.000 millones de euros), con una implantación progresiva del sistema. El gobierno central aportará 12.638 millones de euros desde 2007 hasta 2015 (Comunicado de prensa del Ministerio de Trabajo, 4 Enero de 2006).

5. Financiación y gasto en salud mental

5.1. Aspectos generales

Ya hemos señalado el trabajo pionero de Andrews y colaboradores sobre las diferencias entre financiación y el coste de la esquizofrenia y el infarto de miocardio en Australia (Andrews et al, 1985). A este debe añadirse el desarrollo conceptual de A Maynard (1996). En la actualidad existen pocos grupos dedicados al análisis del sistema de financiación nacional para los trastornos mentales, ya que la mayoría de estudios se centran en el análisis de programas específicos, incentivos, barreras y riesgos relacionados con el aseguramiento sanitario en salud mental.

5.2. Financiación de la salud mental en España

a) Fuentes de información

Tal y como acontece en otras áreas clave para poder fundamentar una planificación y una gestión en salud mental basada en la evidencia, no existen datos sobre la financiación de la salud mental que permitan establecer de un modo fiable una comparación con la situación de otros países de nuestro entorno. Ello a pesar de que el porcentaje del gasto sanitario dedicado a salud mental constituye uno de los indicadores básicos utilizados a nivel internacional sobre política en salud mental (Saxena et al, 2003). A pesar de ello, los informes principales sobre gasto y financiación sanitaria obvían de forma sistemática la desagregación del gasto por salud mental. El Informe Artells de 2005 sobre análisis prospectivo del sistema sanitario solo menciona la salud mental como un deseo y perspectiva de aumento del gasto en esta área (junto con cuidados paliativos),y la necesidad de una mejora de la atención en salud mental en España. Esta conclusión de los expertos contrasta con la falta absoluta de datos sobre el tema.

En 2003 el "Informe Anual del Sistema Nacional de Salud hacía una breve referencia a la atención en salud mental que no incluía gasto (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2004). El informe técnico del Ministerio sobre "Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud Datos y Cifras 2003" señalaba los programas específicos que mencionan la Salud Mental en diferentes CCAA (para el año de referencia de 2001) (MSyC, 2003). La información es incompleta (p.ej no incluye el Plan Foral de Drogodependencias de Navarra). Según este informe, sólo 5 CCAA referían programas específicos sobre salud mental (a éstas debe añadirse Cataluña y País Vasco). Solo en Asturias existía un programa específico de salud mental. En 6 existían programas específicos sobre drogodependencias.

Por otro lado, el Informe sobre Salud Mental del Observatorio del Sistema Nacional de Salud (Achútegui, 2002) no abordaba el problema de la financiación y del gasto en este sector.

En 2003 el Departament de Salut de Catalunya encargó a la Asociación Científica PSICOST un informe técnico sobre la situación del sistema de atención a la salud mental en Cataluña en comparación con otras CCAA (Salvador-Carulla et al, 2004). El informe Psicost 2004 fue el primer estudio que abordó el tema de la financiación y el gasto en salud mental de una forma sistemática. En dicho estudio se recabó información para el año 2002 sobre la financiación en salud mental a los responsables de 4 CCAA que aceptaron participar en un estudio comparativo (Cataluña, Navarra, Andalucía, Madrid). En todos los casos los evaluadores mantuvieron entrevistas directas con los responsables de servicios sociales y sanitarios de las 4 CCAA y revisaron toda la información accesible al respecto. Los datos sobre el gasto fueron aportados por los responsables de los servicios sanitarios en salud mental de cada CCAA (Tabla 39). El presupuesto en salud mental incluía únicamente el gasto de las Consejerías de Salud, no incluyéndose el presupuesto asignado por los Organismos de Servicios Sociales. Se consideró también el gasto farmacéutico total proviene del Ministerio de Sanidad y Consumo para el 2000 y el de psicofármacos (Neurolépticos y Antidepresivos) del Servicio de Asistencia Farmacéutica para el año 2000. El gasto en psicofármacos sólo incluye los Neurolépticos y los Antidepresivos, al ser los psicofármacos principales y ser el único dato disponible para al menos 3 de las 4

CCAA estudiadas). Los datos del estudio PSICOST sobre financiación figuran en la Tabla 39. Este estudio revelaba una falta de información sobre los sistemas de financiación en diferentes CCAA. En donde existía dicha información ésta no podía ser comparada con las de otras CCAA, y no fue posible estimar los gastos agregados de servicios sociales y sanitarios. Se recomendaba en dicho informe efectuar informes anuales de salud mental en las diferentes CCAA con un mínimo de parámetros comunes que incluyeran, al menos: el porcentaje del gasto sanitario total en salud mental, el gasto sanitario per cápita en salud mental y el gasto en psicofármacos (antidepresivos y antipsicóticos).

Tabla 39. Datos sobre gasto y financiación en Salud Mental en 4 CCAA: Cataluña, Andalucia, Madrid y Navarra (Informe Técnico Psicost, 2004)

INDICADORES	*CATALUÑA*	*ANDALUCÍA*	*MADRID*	*NAVARRA*
Gasto sanitario general anual	4.437 mill. €	5.703 mill. €	N.D.	499 mill. €
Gasto en Salud Mental anual	239 mill. €	N.D.	N.D.	23 mill. €
Gasto sanitario per cápita anual	700 €	775,12 €	N.D.	897,76 €
Porcentaje del gasto sanitario total anual destinado a la Salud Mental	5,39 %	N.D.	N.D.	4,61 %
Gasto en Salud Mental per cápita anual	37,69 €	N.D.	N.D.	41,38 €
Gasto farmacéutico total	1.142 mill. €	1.192 mill. €	N.D.	88 mill. €
Gasto en psicofármacos (2000)	118 mill. €	88 mill. €	N.D.	10 mill. €
Gasto en psicofármacos per per	18,60 €	11,96 €	N.D.	17,99 €
Porcentaje del gasto en psicofármacos sobre el total de gasto farmacéutico	10,33	7,38	N.D.	11,36

ND: información no disponibles aunque fue solicitada en repetidas ocasiones a los responsables de salud mental de la Comunidad de Madrid.

El Observatorio de Salud Mental de la AEN (Salvador et al, 2005), ha efectuado una descripción de los sistemas de financiación de la salud mental. En este se señala que las CCAA que poseen una financiación específica para salud mental son: Asturias, Castilla La Mancha, Castilla León, Euskadi, Galicia y Murcia. Este informe señala algunos datos sobre el gasto en euros por habitante y sobre el porcentaje del gasto sanitario en salud mental en diversas CCAA que incorporamos en el siguiente apartado (ver Tabla 40).

b) Gasto y financiación de salud mental en las CCAA

En 2005 se ha solicitado a los responsables de salud mental de las 17 CCAA información sobre la financiación y gasto sanitario en salud mental. Seis respondieron a esta solicitud (Andalucía, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura, Murcia y País Vasco). En otras la información estaba disponible en la web (p.ej. Navarra, Aragón). En dos CCAA (Castilla La Mancha y Extremadura) se nos requirió información adicional antes de remitir los datos o un procedimiento específico para recabar dicha información en la CA por lo que no han podido ser incluidas en este análisis. Los datos tampoco han podido ser contrastados en una segunda ocasión con los responsables de las CCAA, por lo que la información aquí expuesta es meramente orientativa. Los datos más relevantes y su comparación con la

media del porcentaje del gasto en salud mental europeo figura en la Tabla 40. La perspectiva de este informe corresponde a las AAPP de salud (Ministerio de Salud y Consumo y Consejerías de Salud de las CCAA), por lo que se señala el porcentaje del gasto en salud mental sobre el total del gasto sanitario público en la CA. No se ha considerado el gasto privado en salud mental y el gasto de las consejerías de servicios sociales, aunque se señala algún comentario al respecto.

Tabla 40. Proporción del gasto sanitario público en Salud Mental en 9 CCAA, en España y media Europea (UE-17) (MHEEN, informe técnico, 2005)[17]

	Gasto Sanitario en SM (% del total)	Año ref.	Comentarios	Fuentes
España	5	2002	Estimación por panel Intnal.	MHEEN-I
Aragón	5	2001	Incluye g. psicotropos y at. social	Plan estratégico CA
Asturias	2,14	2001	Programa de salud mental	MSyC 2003
Cantabria	1,68	2002	Programas de SM y drogodependecia	MSyC 2003
Cataluña (I)	9,4	2005	Incluye g. psicotropos y at. demencia	SOIKOS
(II)	5,39	2000		PSICOST
(III)	5,48	-		Observatorio AEN
Extremadura	1,5	-		Observatorio AEN
Galicia	5,42	-		Observatorio AEN
Murcia	3.4	2004	No incluye g. psicotropos	CA
Navarra	4.03	2004	No incluye g. psicotropos	CA
País Vasco	7.6	2004	No incluye g. psicotropos	CA
Media EU-19	7,74	2002	Datos aportados por expertos y SNS	MHEEN-I

Andalucía

Andalucía fue una de las CCAA analizadas en el informe PSICOST, por lo que contamos con datos referidos a 2001 (Tabla 39). En Andalucía el presupuesto destinado a Sanidad se basa en la Ley 14/2001. No se pudo obtener la parte de este presupuesto destinada a Salud Mental, ya que el gasto de los centros ubicados en hospitales generales o distritos sanitarios no se encuentra desglosado por tipo de especialidad. Así sólo se conoce el dato del gasto en personal de Salud Mental para el año 2001, que es de 51.039.427 euros, dato insuficiente para poder establecer comparaciones. La fundación andaluza de servicios socio-sanitarios para salud mental, FAISEM, destinó 15.600.000 euros en el año 2001. No constan en los portales electrónicos datos actualizados de gasto en salud mental sanitario o de FAISEM, y los problemas encontrados en cuanto a la falta de datos sobre financiación persisten en la actualidad.

Aragón

En Aragón, el Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental 2002-2010 realiza un detallado desglose de los gastos en salud mental para el año 2001, en el que es posible desagregar la atención en drogodependencias y la atención sociosanitaria. El plan aborda específicamente las cuestiones de financiación de una forma adecuada. El coste de la atención farmacéutica aparece ya desagregado en la estimación efectuada. Para este año el gasto total en salud mental fue de 8.880.015.488 millones de pesetas (excluyendo inversiones reales para periodos plurianuales), de los que 4.854.997.238 millones de pesetas correspondían al gasto sin farmacia. También contiene la previsión de financiación

[17] Las estimaciones no son comparables entre sí por diferentes sistemas de cálculo y de agregación de categorías. Cuando se ha obtenido información directa de la CA no se señalan otras fuentes

para el periodo 2002-2010. Sin embargo no especifica el gasto correspondiente a sanidad. Estima que el gasto en salud mental para el 2001 se hallaba entorno al 5% del gasto sanitario total (incluyendo los gastos en farmacia y una serie de gastos sociales como servicios de inserción, centros ocupacionales, y clubs psicosociales). Este gasto no es comparable con el señalado con otras CCAA como Navarra o Murcia donde los servicios sociales no están incluidos en el cómputo.

Asturias

En Asturias no constan en la web datos sobre financiación y gasto en salud mental. El plan de salud 2004-2007 sí señala los gastos en drogodependencias para ese periodo. El programa de Prevención, tratamiento y reinserción de personas con
Drogodependencias contaba con 2.358.389 euros para el año 2003. A ello debe sumarse 42.200 euros para los programas de prevención en drogodependencias. Según el informe del MSyC (2003), Asturias cuenta con un programa específico para los servicios de salud mental (cod 412I) con una financiación en 2001 de 19.67 millones de euros sobre un total de 1025,70 mill. euros (2.14% del total, sin contar gasto farmacéutico).

Baleares

En Baleares no constan datos sobre financiación y gasto en salud mental. El MSyC (2003) señalaba en 2001 un presupuesto total para los programas de salud de 678.7 millones de euros. Existiendo un programa sobre "Asistencia sanitaria y salud mental" (cod. 412C) dotado con 18.07 mill euros; y un programa del Plan Autonómico de drogas (cod. 413E) dotado con 1.77 mill euros.

Canarias

Canarias no cuenta con una información actualizada del gasto sanitario en salud mental. Sin embargo se ha efectuado un estudio de costes de la enfermedad mental con datos de esta CA (Lopez-Bastida et al, 2005). El informe del MSyC señala un programa específico de "Atención a drogodependencias" (cod 313A) dotado con 10,27 mill euros; sobre un gasto público total de 1.562,82 mill euros para el año 2001.

Cantabria

En Cantabria existen un programas específico de Salud mental y trastornos adictivos (cod. 412B) dotado con 6.81 millones de euros en 2001 (MSyC, 2003); otro con idéntico objetivo en la Fundación Marqués de Valdecilla (cod 411F) (1,07 millones de euros); y un tercero sobre el "Plan regional de drogas" dotado con 1.72 millones de euros; sobre un gasto público sanitario de 569.1 millones de euros (1.68% del total).

Castilla la Mancha

En Castilla la Mancha se solicitó un trámite especial para acceder a la información sobre financiación por lo que no ha podido incluirse en este análisis. Existe una fundación socio-sanitaria para salud mental: la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM). En el informe de la AEN se señala la existencia de un programa específico de salud mental.

Castilla y León

En Castilla y Leon no constan los datos de gasto sanitario en salud mental. Sin embargo el informe de la AEN señala una financiación específica de salud mental. El informe sobre la estrategia regional para 2002-2007 incluye un coste estimado de la atención en salud mental para este periodo de 1240 millones (206.6 millones de euros/año) pero no es

posible establecer el gasto anual con estos datos. Esta estimación de gastos incluye el gasto en asistencia primaria (22.5% del coste en atención primaria: 422,8 mill), atención especializada en salud mental (347,8 mill), gasto farmacéutico (460 mill), gasto social (hogares protegidos, inserción social, apoyo a movimiento asociativo) (11,3 mill). En función de estas estimaciones, el gasto medio anual de servicios especializados en salud mental en esta CA se estima en 57,9 millones de euros atención ambulatoria (Equipos de Salud Mental), unidades de agudos (en hospitales transferidos de INSALUD), unidades de media/larga estancia (en hospitales integrados en Sacyl antes de la transferencia), aportaciones a Diputaciones y Consorcios y concertación de centros de rehabilitación psicosocial. El informe del MSyC de 2003 no señala un programa específico de salud mental en esta CA, y sí un programa de Atención sociosanitaria –Intervención en drogodependencias (413A) de 0,99 mill euros (Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2004).

Cataluña

En Cataluña se ha constituido un Grupo de Trabajo para la Racionalización y la Financiación del Gasto Sanitario (Lopez-Casasnovas, 2005). Este grupo ha elaborado un excelente documento para fijar la situación actual del sistema sanitario aunque no aborda la sanidad de una forma específica. Se señala que el gasto sanitario público en Cataluña para el año 2003 era de 6.495 millones de euros (un 4.8% del PIB de Cataluña). En el estudio PSICOST, el gasto sanitario de salud mental se refiere al presupuesto de la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del CatSalut que incluye la salud mental, la psicogeriatría, las drogodependencias, las subvenciones y la formación (Tabla 39) (estos datos son similares a los señalados en el informe de la AEN pero existe una discrepancia en el gasto medio en euros por habitante: 37,69 y 43,87 respectivamente).

Tabla 41. Presupuesto de CatSalut – 2005: Total y para la categoria V de CIM-9-MC (trastornos mentales y demencia) (miles de euros) (elaboración sobre Informe SOIKOS, Departament de Sanitat, 2005)

					AE	AP	AF	Total
AE /	**AE**	**AP**	**AF**	**Total**	**% sobre la categoria**			
Agudos (hosp)	24.428		-	*24.428*				
Vida als Anys	61.575		-					
Salud Mental	142.285	65.128	-	*207.413*				
AP								
Equipos AP		79.124						
AF								
Psicotropos			253.382					
Subtotal SM	**228.288**	**144.251**	**253.382**	**625.921**	**36,5**	**23,0**	**40,5**	**100,0**
% sobre total	6,9%	10,1%	6,7%	**9,4%**				
Total Catsalut	**3.296.046**	**1.422.393**	**1.951.550**	**6.669.988**	**49,4**	**21,3**	**29,3**	**100,0**

AE: Asistencia especializada (hospitalización y atención residencial); AP: Asistencia primaria (ambulatoria primaria y especializada), AF: Asistencia Farmacológica

En el año 2005 el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya encargó un estudio específico de financiación de los programas del Departament a SOIKOS (Gisbert y Brossa, 2005). Hasta la fecha, se trata del estudio más completo efectuado sobre el sistema de financiación de una CA que incluye aspectos específicos de financiación en salud mental. Este estudio se refiere al ejercicio de 2005, y los resultados se muestran en la Tabla 41. El estudio refiere un porcentaje del gasto sanitario en Cataluña de salud mental de

625,921 millones de euros (9,4% sobre el gasto total de 6.669,988 millones euros). Debe tenerse en cuenta que el 40% de dicho gasto corresponde a gasto farmacéutico (en el que se asigna al gasto en salud mental cualquier consumo de psicofármacos en el territorio), y que en el mismo se incluyen programas para mayores destinados a demencias (programa Vida als Anys: 61,575 millones euros), y a otros servicios de asistencia ambulatoria (Equipos de atención primaria: 79,124 millones de euros). En el estudio no se menciona la atención a drogodependencias ni se efectúa una desagregación de la atención infanto-juvenil.
El gasto directo en atención de salud mental puede situarse en Cataluña en el 3.47% del gasto sanitario publico si se excluye el gasto en psicofármacos.

Comunidad Valenciana
En la Comunidad de Valencia existe un programa específico de Atención Socio-sanitaria y Salud Mental (cod. 412.28). Esta contaba en 2005 con un presupuesto de 56.7 millones de euros. En 2001 este programa contaba con 34,46 millones de euros (MSyC, 2003). El programa de "Drogodependencias y otras adicciones" cuenta con una dotación de 14.248,45 millones, por lo que la atención en salud mental incluyendo drogodependencias supone un 1.7% del total del gasto sanitario público (3.713,3 millones de euros).

Extremadura
No se han podido recabar datos de esta CA. En Extremadura existe un programa de Acciones públicas en materia de drogodependencia (codigo 412C) con un presupuesto de 4.83 mill euros sobre un total de presupuesto en programas de 1003,05 mill euros en 2001 (MSyC, 2003). El informe de la EAN señala un presupuesto anula de 15 millones de euros con un porcentaje del gasto en salud mental del 1,5%, con un gasto medio por habitante de 15 euros (Salvador, 2005).

Galicia
No se han encontrado datos de esta CA. El informe de la AEN señala una financiación específica de salud mental en esta CA, con un gasto anual de 107.709.374 euros. Esto supone un porcentaje sobre el gasto sanitario público total del 5,42%, y un gasto por habitante de 39,43 euros (Salvador, 2005).

Madrid
Madrid fue una de las 4 CCAA analizadas en el estudio PSICOST. Sin embargo, el dato sobre presupuesto sanitario para el 2002 no era completo, ya que durante ese año se estaban produciendo las transferencias de competencias sanitarias desde el Estado a la Comunidad. Así, la Ley 13/2001 de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2002 sólo recoge el gasto en los recursos dependientes de la Consejería de Sanidad, sin contar con los gastos de los recursos del INSALUD y del Ayuntamiento de Madrid. Por tanto, no es posible establecer comparaciones para este año con las otras 3 CCAA. El gasto en salud mental se refería al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y no incluía los recursos del Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD) ni del Ayuntamiento de Madrid. Además dicho dato se refirió al 2003 porque era el más próximo al periodo 2001-2002. Tampoco se pudo obtener el gasto en Psicofármacos, aunque el gasto total farmacéutico ha sido facilitado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo referido al año 2000. El MSyC señalaba un presupuesto sanitario público en la C. De Madrid para el año 2001 de 4.569,69 millones euros. Existía un programa específico de "Actuación en drogodependencias" (cod 770) dotado con 49.14 millones de euros. La información accesible en los portales de la CA es muy escasa (por ejemplo la última memoria de sanidad corresponde a 1999). En la

Comunidad de Madrid existe una excelente información sobre los gastos de salud mental en servicios sociales. Sin embargo estos datos no aparecen agregados a los de servicios sanitarios de salud mental.

Murcia

En Murcia los datos figuran en una memoria anual. El gasto sanitario en salud mental en 2004 se situó en el 3.4% del gasto sanitario total. La Red de Salud Mental, presupuestariamente depende de diferentes "Programas", que a su vez están divididos en diversos "Capítulos" presupuestarios. La mayor parte de esta Red está financiada por los "Programas 413A y 412D", aunque las unidades psiquiátricas hospitalarias y algunos recursos asistenciales extrahospitalarios no tienen presupuesto propio al estar contemplado y depender presupuestariamente de las Gerencias de Atención Especializada y/o de las de Atención Primaria (una mínima parte) de sus hospitales respectivos. No existen datos anuales sobre el gasto de servicios sociales que incorpora la "larga estancia psiquiátrica" o plazas "residenciales".

Navarra

En el estudio PSICOST, el presupuesto sanitario de Navarra se extrajo de la Ley Foral 19/2000 de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio del año 2001. Dicho presupuesto fue prorrogado para el año 2002. El gasto en salud mental aparecía en la Memoria 2001 de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud (Tabla 39). En este periodo el gasto publico en salud mental correspondía al 4,61% del total, con un gasto per per de 37,69 euros. El informe de la AEN da cifras algo superiores (42,5 euros por habitante). Los gastos farmacéuticos totales procedieron de la misma fuente que en las demás CCAA, mientras que el gasto en Psicofármacos, del tipo Neurolépticos y Antidepresivos, se obtuvieron del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas para el años 2000. En Navarra se han publicado memorias anuales hasta 2004. El coste de funcionamiento en 2003 era de 25.272.118 euros (Servicio Navarro de Salud, Memoria 2003). En 2004 esta cantidad fue de 25.933.253 euros (4.05% del gasto sanitario total). Esta CA participó en el estudio PSICOST señalado anteriormente. Existe un estudio en marcha sobre contabilidad ABC en salud mental en la Comunidad Foral de Navarra (Prof. H Robleda, informe técnico no publicado). Existe un programa de "Atención primaria y salud mental" (cod 547) dotado con 198,89 mill de euros sobre un presupuesto público para 2001 de 599,58 millones de euros (MSyC, 2003).

Pais Vasco

En el País Vasco se cuenta con informes anuales por cada territorio histórico y a nivel de CA. Existe un programa específico de financiación para "Hospitales psiquiátricos y salud mental extrahospitalaria". El sistema de contabilidad analítica y una base de datos integrada de uso de servicios en salud mental, actualmente en proceso de actualización (OSABIDE). Aun con sus carencias se trata del mejor sistema de información disponible en España. En 2002 el porcentaje del gasto sanitario total en asistencia psiquiátrica hospitalaria y ambulatoria (excluyendo servicios concertados, drogadicción y servicios sociales) fue del 4.25%. El informe de Osakidetza sobre el presupuesto de 2005 indica presupuesto para Hospitales psiquiátricos y salud mental extrahospitalaria de 77.210.623 euros (4.8% del presupuesto de sanidad de 1.614.133.607 para ese periodo). A esta partida debe añadirse la parte de asistencia hospitalaria en agudos. El coste incluyendo los servicios concertados se sitúa en el 7.6% (el informe AEN señala un 7,7% con un gasto por

habitante de 44,03 euros). Las inversiones en servicios de salud mental ese mismo periodo fueron de 2.124.335 euros (3.3% del total).

Rioja
No se han encontrado datos desagregados sobre salud mental. Existe un Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones.

5.3. Financiación de la salud mental en comparación con otros países europeos

a) El gasto de salud mental como indicador básico en la evaluación de los sistemas de salud

El análisis del gasto y la financiación es un aspecto clave de la planificación de salud, y constituye un indicador sanitario internacional de primer nivel (p.ej OECD, 2005). La Clasificación Internacional de Contabilidad Sanitaria (ICHA) (OECD, 2000), considera el gasto sanitario en salud mental como uno de los componentes que deben desagregarse del gasto sanitario total (ver Tabla 42). Así queda establecido en diversos indicadores como el gasto sanitario por persona en función de las agrupaciones de categorías de la CIE-10; y en varios códigos de clasificación. Así, entre las funciones de atención considera de forma separada los hospitales de salud mental y abuso de sustancias (HP.1.2), las Residencias para Discapacidad Intelectual, Salud Mental y Drogo-dependencias (HP.2.2), y la atención ambulatoria en salud mental y drogodependencias (HP.3.4.2), que se considera de forma independiente a otra atención ambulatoria especializada. El sistema de la OCDE señala también que la salud mental es un área frontera entre los servicios de salud y los servicios sociales (cuidado en domicilio, otras formas de atención institucional (p.ej atención penitenciaria), casas de acogida, empleo con apoyo, programas de rehabilitación para drogadicción) (OECD, 2000).

Tabla 42. Sugerencia de información desagregada de funciones de atención por parte de la OCDE (Sistema de Contabilidad de Salud –SHA) y Clasificación Internacional de Contabilidad Sanitaria (ICHA) (OECD, 2000)

ICHA-HC code	Description	Reporting dimensions
HC.1-HC.5	Personal health care	Expenditure by age and gender for major categories of health care
HC.1-HC.5	Personal health care	Expenditure by major disease groups (ICD) (as part of direct cost-of-illness calculations)
HC.1-HC.5	Personal health care	Private household (actual) consumption of health care by deciles of household income
HC.1-HC.5	Personal health care	Expenditure on mental and substance abuse therapy
		Expenditure on elderly patients by category of ADLreductions or similar measures
HC.1.1	In-patient curative care	Expenditure, discharge rates, and length of stay by DRG groups
HC.1.3.1.	Basic medical and diagnostic services	Number of patients and contacts with the primary care system
HC.5.1.1	Pharmaceuticals	Consumption of pharmaceuticals by major ATC-groups

La Organización Mundial de la Salud señala la financiación de los servicios de salud mental como uno de los indicadores básicos del sistema (WHO-AIMS: Faceta 1.5.: 1.5.1. Gasto en Salud Mental por el Ministerio de Salud / 1.5.2. Gasto en hospitales psiquiátricos) (WHO, 2005).

Igualmente las recomendaciones de STAKES para la Unión Europea señalan entre el listado de indicadores mínimos en salud mental el gasto sanitario en salud mental (STAKES 3.4.5. /ECHI 4.4.) (STAKES, 2000). En concreto relaciona una serie de indicadores de servicios sanitarios y sociales:

1) Gasto nacional total en servicios psiquiátricos y proporción del gasto nacional sanitario en salud mental (cod 33, incluye el gasto en servicios psiquiatricos especializados hospitalarios y ambulatorios)

2) Gasto per capita total en salud mental (cod 34, gasto en Euros/ total de población)

3) Gasto en menores (cod 35, incluye el gasto nacional en servicios psiquiatricos especializados para menores de 18 años)

4) Gasto en psicofármacos (cod 29: Gasto en dosis diaria definida (DDD)/ 1000 habitantes por día en cada grupo OMS – antidepresivos, antipsicoticos, ansiolíticos, hipnóticos)

5) Numero de pensiones de discapacidad debidas a trastornos mentales (Cod 30: número de pensiones de discapacidad al final del año de referencia debidas a trastorno mental –grupo F OMS-, en población entre 16 y 64 años

6) Gasto en discapacidad debido a salud mental (Cod 31: gasto en pensiones de discapacidad por salud mental en euros per capita y año)

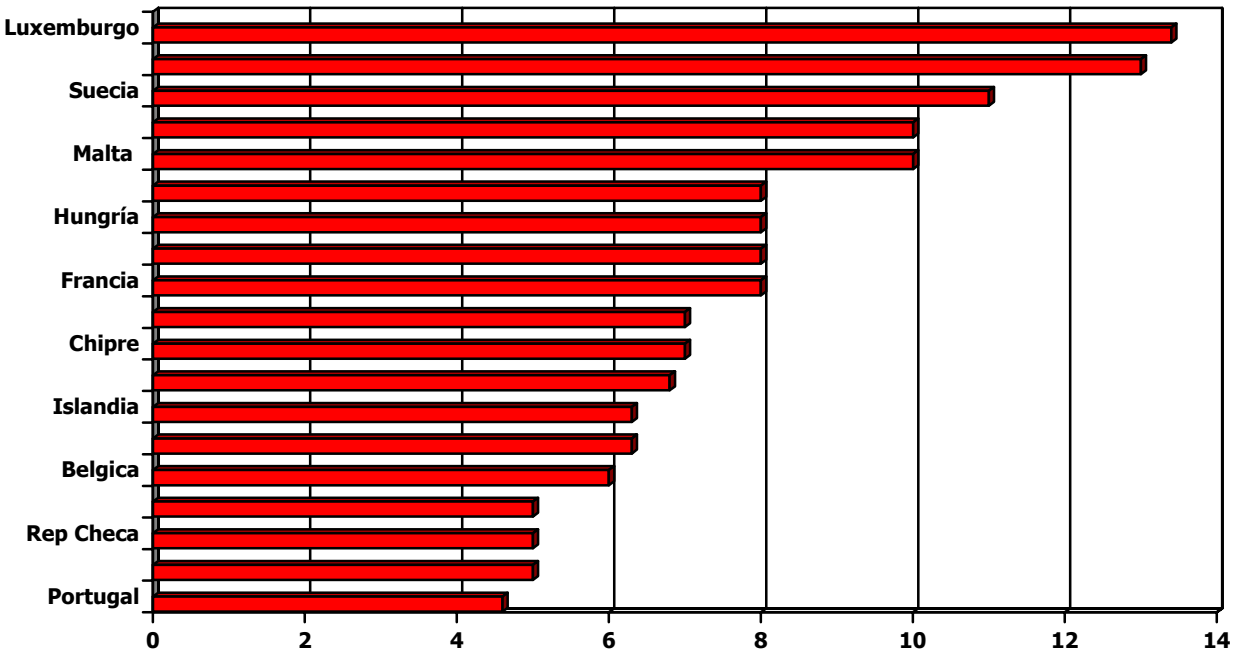
7) Bajas laborales por salud mental (cod 32)

b) Estudios de financiación de salud mental en Europa

Se han efectuado diversos estudios sobre el coste de las enfermedades mentales en Europa. Sin embargo existen pocos estudios sobre financiación. Merece especial atención el análisis de financiación efectuado en el contexto del estudio SOHO (Knapp et al, 2003) y el proyecto de la red europea MHEEN (Mental Health European Economic Network) (Mc Daid et al, 2005). En el año 2002 la Dirección General de Salud Publica de la UE subvencionó una red de europea de economía de la salud mental Este proyecto incluyó entre sus objetivos una comparación de los sistemas de financiación de la salud mental en la Europa de los 15 más Noruega e Islandia. Para ello el grupo MHEEN fijó unos estándares para la evaluación de la financiación de la salud mental en diferentes países europeos y desarrolló un cuestionario de evaluación que se aplicó en estos países, incluyendo España. En nuestro país el estudio fue coordinado por el autor (LS) (Salvador-Carulla et al, en prensa). En base a la revisión de datos existentes no fue posible establecer de una forma fiable el porcentaje del gasto sanitario destinado a salud mental en España en este estudio. Basándonos en la opinión de expertos y en la información parcial existente y

en los datos de la OMS se estimó un gasto sanitario en salud mental del 5% (Ilustración 2). Este porcentaje se halla por debajo de la media de la Unión Europea (EU-19) que se sitúa en el 7,74%.

Ilustración 2. Porcentaje del gasto sanitario total en salud mental en 19 países de la Unión Europea (Media EU-19: 7,74%) (Fuente MHEEN, D McDaid, elaboración con datos de MHEEN 2004 y OMS 2005)



5. Comentarios

La financiación de la salud mental es un indicador sanitario básico que no sólo debe tenerse en cuenta en la política sanitaria, sino que además debería ser accesible en las páginas electrónicas de las consejerías de salud y del Ministerio de Sanidad, con actualizaciones periódicas. Recientemente hemos revisado la importancia del análisis del contexto del sistema de financiación desde una perspectiva internacional (Salvador-Carulla et al, en prensa).

El estudio PSICOST (2004) señalaba en sus recomendaciones la necesidad de memorias anuales sobre salud mental en las diferentes CCAA que incorporaran datos sobre financiación con un conjunto mínimo comparable a nivel nacional. La revisión aquí efectuada corrobora este problema tanto a nivel nacional como en las CCAA. El análisis de financiación solo se ha abordado de forma sistemática en cinco CCAA: Aragón, Cataluña, Murcia, Navarra y País Vasco (según los datos recabados en este análisis). Solo en el caso de Aragón se facilita la información agregada con servicios sociales (aunque en este caso no es posible diferenciar adecuadamente ambos tipos de financiación). En ningún caso se efectúa una análisis desde la perspectiva de la sociedad (incluyendo el gasto privado o el de otros sectores implicados). Las fuentes de acceso a esta información no son fácilmente accesibles a través de la web o no están actualizadas en las CCAA. En muchos

casos, la información al respecto se encuentra en informes técnicos internos no accesibles a través de la red, o debe pedirse una autorización específica para acceder a la información.

Además, el sistema de contabilidad sanitaria internacional al que España se ha adherido (OECD, 2000), no se utiliza en ninguna CA, ni en los informes disponibles del MSyC. Ello es especialmente relevante en salud mental, ya que este sistema aporta códigos específicos para diversos servicios de salud mental y drogodependencias.

Los datos disponibles no son comparables entre sí. En ello influyen: 1) las diferentes categorías diagnósticas consideradas en el análisis (p.ej. drogadicción, discapacidad intelectual, salud mental infanto-juvenil, psicogeriatría); 2)la diferente cartera de recursos en distintas CCAA, en las que algunos servicios pueden depender de la Consejería de Sanidad o de Servicios Sociales, o incluso de otros sectores (p.ej educación, justicia); 3) las diferentes categorías de funciones consideradas en la agregación por falta de un sistema mínimo común; 4) los diferentes sistemas de cálculo debidos a la falta de un marco conceptual común para el análisis de la financiación, y la falta de una distinción adecuada entre el coste de la enfermedad y la financiación de la misma.

Algunos de estos puntos merecen una consideración más detenida a tenor de los datos encontrados en el análisis de la financiación en CCAA. Por ejemplo, el análisis del gasto sanitario en el plan estratégico de salud mental de Castilla y León incluye el gasto atribuible a salud mental en atención primaria, asignando a los gastos de salud mental un 22,5% del gasto de atención en asistencia primaria. Ello refleja un enfoque de coste de enfermedad, que al ser aplicado a la financiación determina una confusión en las cifras globales, lo que puede dar un consumo de recursos monetarios mayor en salud mental del real (Junta de Castilla y León, 2002). En el caso del estudio de la Generalitat (Gispert y Brossa, 2005) destaca la utilización de las agrupaciones CIE de la OMS, que incluye la demencia y los trastornos cognitivos en la agrupación V (salud mental). Ello determina una agregación de gastos en el programa de salud mental que en realidad corresponden a otros programas (demencia – programa Vida als Anys), lo que no permite una estimación real del gasto en salud mental en Cataluña. Tanto en este caso como en el análisis efectuado en Aragón (Gobierno de Aragón, 2002), se agrega al gasto en salud mental, el gasto total del consumo de psicotropos, independientemente de donde se halla efectuado el consumo (p.ej. se considera como gasto de salud mental la prescripción de un ansiolítico por un especialista de digestivo) (Gispert y Brossa, 2005). Esta estrategia puede estar parcialmente justificada en un estudio de coste-enfermedad pero no en un estudio de financiación de programas de atención. Ello lleva a sobreestimar el gasto total en algunas áreas (p.ej. salud mental) y subestimarlo en otras (p.ej neurología o gerontología), determinando sesgos importantes en la planificación sanitaria futura.

A pesar de los problemas señalados, es posible extraer algunas consideraciones de los datos sobre la proporción del gasto sanitario dedicado a salud mental recabados en este análisis. Si se excluye el gasto total en psicofármacos y gastos correspondientes a otros programas de atención (como en el caso de Aragón o de Cataluña), las tasas resultantes son inferiores a las señaladas en otros países de nuestro entorno; no llegando a la media europea de la EU señalada por MHEEN. Ello coincide con los estudios de comparación

entre España y otros países europeos en cuanto a provisión de servicios de salud mental (Salvador-Carulla et al, 2005), de necesidades (Salize et al, 1999; Meijer et al, 2004) y costes en salud mental (Haro et al, 1998; Knapp et al, 2002ii), efectuados hasta la fecha y apunta a una infradotación del sistema de salud mental en nuestro país que también queda reflejada en la finaciación del sistema de salud mental

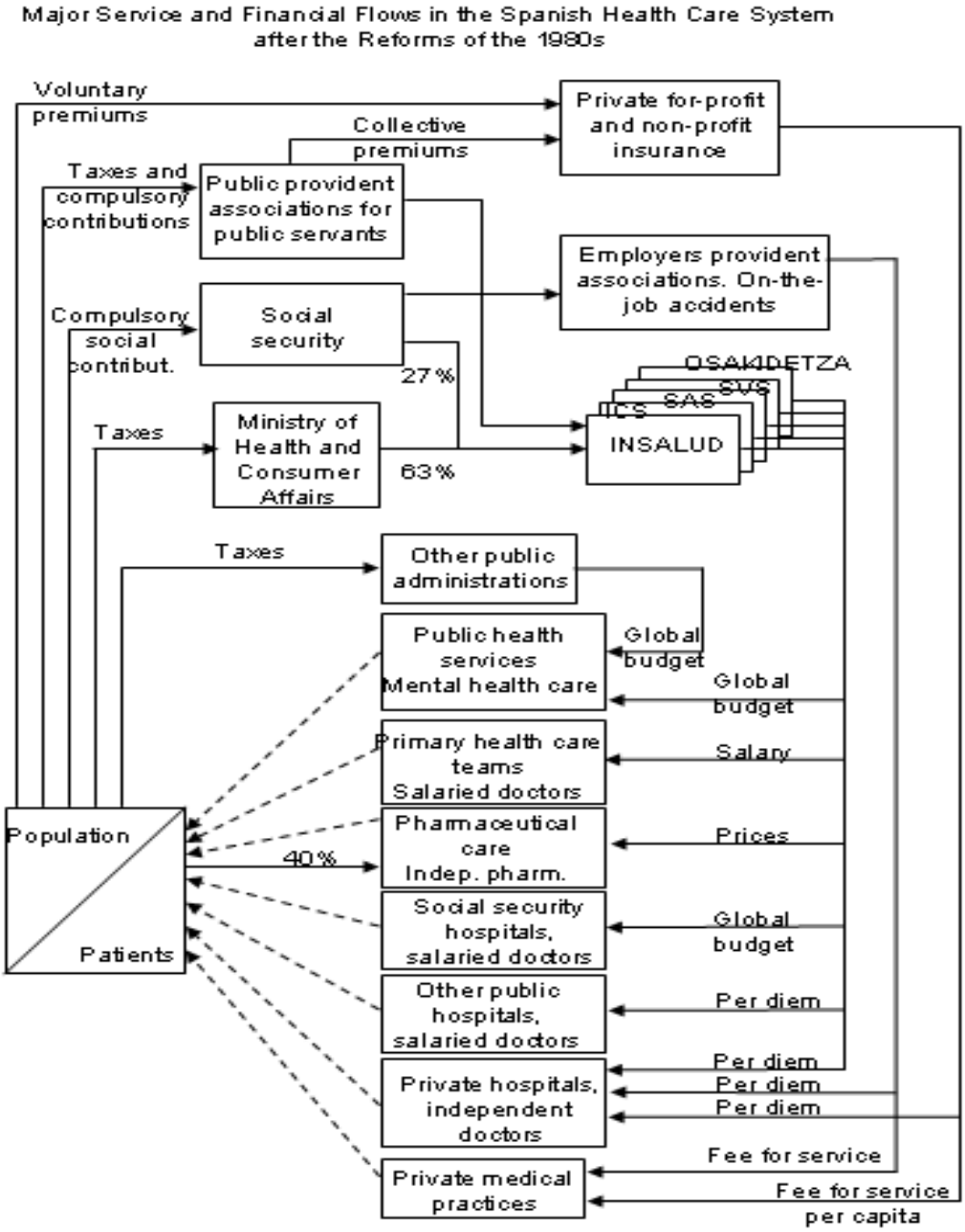
6. Recomendaciones

Para una planificación sanitaria basada en la eficiencia sería necesario efectuar un estudio sistemático de la financiación y del coste de enfermedad de la salud mental en España, tanto a nivel nacional como por CCAA. Igualmente es necesario llegar a un consenso en el sistema de recogida de información y de presentación de la misma en las diferentes CCAA, e incorporar la información sobre gasto en salud mental a las estadísticas anuales del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como a las memorias de salud de las CCAA, y aportar dicha información a los organismos internacionales que la requieren (OCDE, OMS).

El consenso en los sistemas de información entre CCAA puede basarse en criterios europeos ya disponibles (indicadores ECHI/Stakes) y en los sistemas de contabilidad internacional a los que se ha adscrito España (SHA-ICHA). Se trata de objetivos viables a corto plazo.

De igual forma sería aconsejable efectuar un estudio de los itinerarios de financiación en cada CA (para ello sirve de ejemplo el modelo elaborado en su día por el INSALUD – Ilustración 3); y de la financiación global de la salud mental que incorporara el gasto sanitario privado y el gasto público de los servicios sociales. La recogida de esta información es más compleja, como lo es la coordinación con las consejerías de servicios sociales para obtener el gasto público en salud mental por habitante. Esta tarea requiere un esfuerzo de coordinación que debe plantearse en el futuro.

Ilustración 3. Ejemplo de itinerarios/flujos financieros en el sistema sanitario español antes de la finalizacion de las transferencias sanitarias a las CCAA en el año 2001



Source: *The Reform of Health Care - A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies No. 2, OECD.

Esta revisión forma parte de una serie de trabajos efectuados y en curso para el Mental Health Economics European Network (MHEEN) (SPC.2002397).

7. Bibliografía

- Achútegui G (Coord). Informe de situación de salud mental. Observatorio SNS. Madrid: MSyC, 2002
- Andrews G, Hall W, Goldstein G, Lapsley H, Bartels R, Silove D. The economic costs of schizophrenia. Implications for public policy. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(6):537-43.
- Artells J (Dir). Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado. Análisis Prospectivo Delphi. Fundación Salud Innovación y Sociedad, y Fundación Abril Martorell, 2005
- Bloom JR, Hu TW, Wallace N, Cuffel B, Hausman JW, Sheu ML, Scheffler R. Mental health costs and access under alternative capitation systems in Colorado. Health Serv Res. 2002;37(2):315-40.
- Cantarero-Prieto, D. "Descentralización, transferencias y nueva financiación del sistema sanitario español", in J. M. Cabasés, R. Meneu, M. Rodríguez, and F. San Miguel (eds) La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud, 2002.
- Carles, M., Oliva, M. "Costes de sustitución en el mercado de seguros sanitarios privados en España", in J. M. Cabasés, R. Meneu, M. Rodríguez, and F. San Miguel (Dirs) La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud, 2002.
- Casado D, Lopez-Casasnovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación La Caixa, 2001
- Curtis L, Netten A. Unit Costs of Health and Social Care. Canterbury (Kent): PSSRU, 2004.
- Federacion de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras (FCAVN). Servicios Sociales. Informes sectoriales de la Comunidad Autónoma del Pais Vasco. Vitoria: FCAVN, 2005 http://www.fcavn.es/asp/cargarArchivo.asp?archivo=pdfs/sectoriales/65.pdf
- Gispert R., Brossa M. Estudi dels costos dels plans directors del Departament de Salut. Informe técnico para el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona: Soikos, 2005
- Gobierno de Aragón. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Dirección General de Planificación y Aseguramiento, Zaragoza: Consejería de Salud, 2002.
- IMSERSO. Libro Blanco de la Atención a las Personas con Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), IMSERSO, 2004.
- Junta de Castilla y León. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social Dirección General de Planificación Sociosanitaria, 2002.
- Knapp M, Novick D., Genkeer L, Curran M, McDaid D on behalf of the SOHO Study Group Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study. Financing health care in Europe. Context for the SOHO Study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2003, 416(Supp):30–40.
- Knapp M, Chisholm D, Leese M, Amaddeo F, Tansella M, Schene A, Thornicroft G, Vazquez-Barquero JL, Knudsen HC, Becker T; EPSILON. Comparing patterns

and costs of schizophrenia care in five European countries the EPSILON study. Acta Psychiatr Scand. 2002ii;105(1):42-54.

- Knapp M, McCrone P, Fombonne E, Beecham J, Wostear G. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. Br J Psychiatry. 2002i;180:19-23.
- López Bastida J. "Los costes socioeconómicos de los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) en España." Presentación en XXV Jornadas de Economía de Salud, Barcelona, 13 al 15 de julio, 2005.
- López-Casasnovas G. (Dir) Documento marco del Grupo de Trabajo para la Racionalización y la Financiación del Gasto Sanitario. Informe técnico para el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 3 de febrero de 2005
- López-Casasnovas G. (Dir) Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro. Barcelona: Caixa de Catalunya, 2005.
- López-Casasnovas, G. "The devolution of health care to the Spanish regions reaches and end-point", in J. M. Cabasés, R. Meneu, M. Rodríguez, and F. San Miguel (eds) La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud, 2002.
- Maynard A. Financing and paying for care in Schizophrenia. In Handbook of Mental Health Economics and Health Policy: Vol 1 Schizophrenia. M Moscarelli, A Rupp and N Sartorius (eds). Chichester: Wiley, 1996 (pp. 423-434).
- McDaid D, Knapp M, Curran C. Mental Health III. Funding mental health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005
- Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen HC, Becker T, Thornicroft G, Vazquez-Barquero JL, Tansella M; EPSILON Multi Centre Study on Schizophrenia. Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers- results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39(4):251-8.
- Mental Health Economics European Network (MHEEN): Mental healthcare financing in Europe: Spain. L. Salvador-Carulla y M Garrido. MHEEN/LSE. Technical report, 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Atlas de la Sanidad en España. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003i.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuentas satélite del gasto sanitario público 2002. Madrid: Estadística del Gasto Sanitario Público, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud Datos y Cifras 2003. Madrid: Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003ii.
- Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). OECD Health Data 2005. Statistics and Indicators for 30 Countries. Paris: OECD Publishing, 2005.
- OECD. A System of Health Accounts". Versión 1.0. París. OECD 2000. (Versión española: "Sistema de Cuentas de Salud". Banco Interamericano de Desarrollo – OCDE 2002).

- Ortun V, Meneu R, Peiro S. El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra. Economics Working Papers nº 752, 2004. http://ideas.repec.org/p/upf/upfgen/752.html (ultimo acceso 12.12.05)
- Relaño J, García-Calatayud ML (OECD). SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies. Spain. National Health Accounts 2001.. OECD Health Technical papers No. 11. Paris: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs 2004. http://www.oecd.org/dataoecd/33/20/33733745.pdf
- Rodríguez-Cabrero G, Montserrat Codorniu J. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: Observatorio de Mayores, IMSERSO, 2002.
- Rodríguez-Castedo A, Cobo P (Dirs). Libro Blanco de la Atención a las Personas con Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), IMSERSO, 2004.
- Rossenmöller M, McKee M, Baeten R (eds). Patient mobility in the European Union. Case studies. E4p case book. Barcelona: IESE, 2005.http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20050426_co05_en.pdf
- Ruiz, J. "El seguro de asistencia sanitaria privada en la Unión Europea", in J. M. Cabasés, R. Meneu, M. Rodríguez, and F. San Miguel (eds) La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud, 2002.
- Saldivia Borquez S, Torres Gonzalez F, Cabases Hita JM; PSICOST Group. Estimation of mental health care cost units for patients with schizophrenia.Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):280-5.
- Salize HJ, Kustner BM, Torres-Gonzalez F, Reinhard I, Estevez JF, Rossler W. Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada Acta Psychiatr Scand. 1999;100 (5):328-34.
- Salvador I (Coord.). El Observatorio de salud mental: Análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2005; 93: 3645- 3726.
- Salvador-Carulla L, Garrido M, McDaid D. Financing Mental Health Care in Spain: Context and critical issues. European Journal of Psychiatry (in press).
- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Jonson S, Scala E, Romero C, Munizza C (for the CSRP/RIRAG groups). Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain An investigation using the European Service Mapping Schedule. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005; 40 : 149–159
- Salvador-Carulla, L. Bulbena, A. Vázquez-Barquero, J.L. Muñoz, P.E. Gómez-Beneyto M. and Torres F. for the Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP) "La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?", in J.M. Cabasés, J.R. Villalba and C. Aibar (eds) Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud pública. Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002.
- Sánchez-Maldonado J, Cabases J. Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómico en el subsistema sanitario. Revista de la Academia de Ciencias Morales y Políticas (in press)

- Saxena, S., Sharan, P., Saraceno, B. "Budget and Financing of Mental Health Services: Baseline Information on 89 Countries from WHO's Project Atlas. The Journal of Mental Health Policy and Economics 2003; (6): 135-143
- Servicio Navarro de Salud. Memoria 2003 Salud Mental. Publicaciones Servicio Navarro de Salud http://www.cfnavarra.es/SALUD/SaludMental/mem_2003/MeSalMe2003.pdf
- Soto J. Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI Med Clin (Barc) 1999; 113: 655-657
- STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health). Establishment of a set of mental health indicators for European Union. Directorate-General Health and Consumer Protection. Final report project ref No SOC 98 201412 05F03 (98CVVF3-509-0). The European Union Online [en línea] 2001 [Ultimo acceso 20 Diciembre 2005]. URL available in: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_09_en.pdf)
- United Nations. Classifications of Expenditure According to Purpose (COFOG, COICOP, COPNI and COPP) . United Nations Statistics Division.1999
- Urdahl H, Knapp M, Edgell ET, Ghandi G, Haro JM; SOHO Study Group. Unit costs in international economic evaluations: resource costing of the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2003;(416):41-7.
- Vázquez Polo FJ, Negrín MA, Cabasés JM, Sánchez E, Haro JM, Salvador-Carulla L. and the SIG-RIRAG network. An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach. Journal of Mental Health Policy and Economics J Ment Health Policy Econ. 2005 Sep;8(3):153-65
- Vázquez-Barquero JL; García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1999; 249 :128–135
- World Health Organisation. Atlas. Mental health resources around the world. Geneva: World Health Organisation, 2005 (i).
- World Health Organisation. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organisation, 2001.
- World Health Organisation. WHO-AIMS: World Health Organisation Assessment Instrument for Mental Health Systems. Geneva: World Health Organisation, 2005 (ii).