

# LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EUROPA

## PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN EUROPE

### Autor:

Ricardo Guinea, MD.  
Presidente Electo WARP.

Hospital de Día Madrid.  
C/Manuel Marañón, 4. 28043, Madrid. España.  
e-mail: guinea@hdmadrid.org  
Año 2014; Volumen 11 número 1.

### RESUMEN

Este artículo aportará una visión sobre la situación actual de la Rehabilitación Psicosocial (RPS) de personas con enfermedad mental en Europa. Situará en dimensión histórica la RPS, hará una revisión de los principios rectores actuales de las políticas europeas en materia social y sanitaria, en la doble perspectiva de la Unión Europea y de la región europea de la OMS; aportará algunas ideas actuales sobre la desinstitucionalización y las reformas europeas en materia de salud mental, sobre la perspectiva de recuperación, los determinantes sociales de la salud mental y los derechos humanos contemplados desde el punto de vista de la RPS.

**Palabras clave:** Rehabilitación Psicosocial, Europa, Políticas europeas, Sanidad, Derechos humanos.

### ABSTRACT

This article will provide an overview on the current status of Psychosocial Rehabilitation (PSR) of people with mental illness in Europe. It will place the PSR in the historical dimension, will review the current guiding principles of European policies on social and health issues in the dual perspective of the European Union and the European Region of WHO; will provide some current ideas about institutionalization and European reforms on mental health, on the prospect of recovery, the social determinants of mental health and human rights viewed from the point of view of the PSR.

**Keywords:** Psychosocial Rehabilitation, Europe, European Policy, Health, Human Rights.



## INTRODUCCIÓN

Europa es un concepto complejo. Podemos considerarla como un proyecto, como una tradición histórica, una referencia cultural y de valores, un espacio geográfico, o un concepto político.

Para la OMS, Europa engloba 52 países del continente europeo, desde Groenlandia hasta el norte de China. Sin embargo, al referirnos a Europa en este artículo, nos referiremos casi siempre al bloque de la Unión Europea como entidad política, en su composición actual de 28 países, porque constituye un espacio definido con iniciativas de política sanitaria y social conjuntas, algunas de ellas orientativas y otras legalmente vinculantes. Este concepto político de Europa agrupa países que han estado en formas diversas cultural, política y científicamente alejados de la Europa central durante buena parte del siglo XX, lo que introduce heterogeneidad y diversidad. Sin embargo, aportará cierta vertebración a nuestra visión, desde el importante punto de vista de las normas, derechos y regulaciones que afectan a la salud mental en general y la RPS en particular como campo especial prioritario integrado en ella.

Respecto al concepto de Rehabilitación Psicosocial (RPS), dos observaciones previas.

En el gran dibujo europeo, las grandes líneas de prácticas y políticas esenciales de la RPS (como prestar ayuda a las personas afectadas, combatir el estigma, atender la discapacidad o proteger los Derechos Humanos) aparecen en los documentos europeos como prácticas transversales. Aunque en los sistemas comunitarios de atención de los países europeos existan servicios o sub-redes de servicios especializadas en RPS, a partir del material documental disponible no resulta sencillo ver la RPS como un sistema de servicios claramente separado o delimitado de los demás dentro de los sistemas de atención comunitarios. Lo que si se observa es que las prácticas y servicios de RPS aparecen incluidos clara y prioritariamente en el conjunto de las grandes tareas en salud mental de los Estados europeos, con una visión amplia y asumiendo que su campo no se circumscribe a un único sistema de atención formal, sino que concierne de manera simultánea a varios: el sanitario, el social, el legislativo y judicial, el laboral.

Nos parece que la filosofía de la RPS en la actualidad también evoluciona de manera que sus límites se desdibujan. Si inicialmente se refería estrechamente a los problemas especiales de personas con enfermedad mental crónica plenamente establecida (tipo esquizofrenia y trastorno bipolar), la noción de RPS aparece cada vez más conexa con otros grupos diagnósticos<sup>1</sup> (como los trastornos de comienzo infantil, el daño cerebral, o ciertos trastornos de la personalidad), o con fases de los trastornos en las que las tareas preventivas o de atención precoz se revelan muy importantes. A ello se añade el creciente escepticismo de que las actuales clasificaciones diagnósticas sean epistemológicamente consistentes<sup>2</sup>.

Para estudiar la RPS, su evolución y sus avatares, en este artículo adoptaremos algunos puntos de vista. Consideraremos primero Europa como una tradición histórica dotada de una filosofía político social de gran personalidad, que se conoce como el Estado de Bienestar. Consideraremos luego Europa como un espacio político donde operan normas vinculantes a todos los Estados miembros, y donde se proponen orientaciones comunes en diversos campos (incluido el de la salud). Consideraremos después Europa

como un espacio de tradición técnica con efecto sobre las prácticas médicas y sociales. Y por último consideraremos Europa como un espacio en evolución donde la RPS evoluciona teórica y técnicamente de acuerdo con contingencias históricas comunes.

### La tradición histórica europea y la RPS

Para que una presentación sobre la RPS en Europa no dé la impresión de obviedad, debería comenzar presentándola en comparación con la percepción del problema en otras regiones y culturas. Europa ha sido y es un referente global en muchos sentidos, y eso puede dar la impresión de que todos en el mundo ven las cosas de la misma manera que nosotros. Pero esta impresión es engañosa.

Al compararla con otras regiones, Europa es un espacio económicamente desarrollado, con potentes infraestructuras sociales y sanitarias. En esas condiciones los problemas que afronta como prioritarios no coinciden con otras regiones. En muchos países de África, por ejemplo, plantear de manera específica el problema de las personas con enfermedad mental resulta irreal en regiones o poblaciones con altísimas tasas de VIH o de malaria, la amenaza permanente de hambrunas, las enormes bolsas de pobreza, o situaciones crónicas de violencia. No es que el problema no exista, es que es relativamente invisible en el contexto. Lo que no quiere decir que no haya instituciones monográficas en muchos países pendientes de un proceso de reforma.

En otras regiones, aunque la percepción del problema específico existe, las prioridades o soluciones europeas no parecen realistas debido a diferencias culturales o al enorme desnivel de recursos. Algunos profesionales asiáticos<sup>3</sup> perciben la RPS también conectada con la recuperación de poblaciones enteras después de desastres naturales (frecuentes, de efectos devastadores sobre la salud mental de las poblaciones), y con las estrategias comunitarias de intervención. En situaciones de gran penuria de medios materiales, dirigen las intervenciones comunitarias a la recuperación de la moral de supervivencia (pasar de sentirse víctimas a supervivientes) y a activar los mecanismos colectivos de autoayuda por medio de la detección y el apoyo a líderes comunitarios con capacidad de organización. Adoptan una visión de la intervención psicológica que incluye la aceptación espiritual de la adversidad como parte de la vida, pero de una manera que no conduzca a la pasividad y permita la resiliencia. Para ellos, la queja occidental de falta medios materiales no es realista.

Si nos centramos en la visión de la enfermedad mental, de manera acorde con nuestra cultura profesional occidental, la visión arcaica de la locura en Europa tiene paralelismos antropológicos con otras culturas (el pensamiento mágico, la idea de la influencia de las fuerzas sobrenaturales propias de cada cultura), con algunas diferencias. La idea espiritual religiosa de la locura como una de las posibles consecuencias punitivas de una intervención demoníaca es común a las tradiciones hebrea, hindú, mesopotámica, y greco-cristiana europea. Sin embargo, en la tradición china, aparece interpretada más plausiblemente como un fenómeno relacional social (consecuencia de no respetar las tradiciones de los antepasados)<sup>4</sup>.

En los días presentes, aunque en este mundo global la formación de los profesionales se ha homogeneizado mucho, es curioso que persistan diferencias culturales a la hora de percibir la enfermedad mental y su tratamiento. Por ejemplo, los profesionales asiáticos se suelen mostrar dis-

tantes de algunos tópicos propios de la cultura profesional europea y occidental (como puedan ser las psicoterapias de tipo analítico) y tienen una percepción diferente de su quehacer, más acorde con la tradición budista, donde se considera esencial la espiritualidad, la armonía en la conexión mente cuerpo, la escasa trascendencia de la muerte, la inevitabilidad del dolor o la importancia de la armonía con el entorno<sup>5</sup>. Cuando se han implantado sistemas de salud mental al estilo occidental – como ha sucedido por ejemplo en India, con un sistema orientado a la cobertura universal- los resultados tras algún tiempo parecen ambiguos<sup>6</sup>. Muchos recomiendan cautela en la traslación directa de las ideas occidentales sobre estrategias farmacológicas u organizativas a países culturalmente distantes<sup>7</sup>.

La tradición arcaica europea del pensamiento sobre la Locura se puede rastrear hasta la civilización griega y romana<sup>8</sup>. Aparece a la luz del pensamiento de cada época, mezclando ideas filosóficas materialistas con concepciones mágicas y religiosas. Para los antiguos griegos, junto con las concepciones mágicas/religiosas, ya existen nociones fisiológicas del psiquismo. También aparecen las primeras concepciones psicológicas del tratamiento mediante el teatro y su función catártica. Hipócrates la concibe como una perturbación de los humores. En Roma, Galeno describe la melancolía y otras perturbaciones (como la epilepsia) y los tribunales romanos preveían la necesidad de administrar los bienes de los alienados. En la tradición cristiana dominante en Europa durante la edad media, coexistieron una interpretación mágica religiosa y una versión del pensamiento hipocrático, con ideas fisiológicas de Hipócrates. Tomás de Aquino la concebía como posible efecto del exceso pasional, o intoxicación, en un tiempo en que aún se la consideraba posesión demoníaca, brujería o herejía.

El Renacimiento, con la figura conspicua de Luis Vives, y su "Tratado del Socorro a los Pobres"<sup>9</sup>, inicia un viraje hacia una mirada humanista y racionalista. Concibe el interés en organizar la asistencia a los excluidos por medio de los primeros asilos (donde se mezclaban en la práctica toda clase de desventurados). En la Ilustración podemos observar ya tentativas reformadoras de los asilos (es todo un símbolo Pinel en Francia, que libera a los alienados de sus cadenas). La generalización del paradigma científico-técnico se desarrolla rápidamente en un cuerpo heterogéneo de teoría científica sobre la locura, que alumbra figuras como Freud, Kraepelin, Luria y otros, que han generado ideas influyentes, dispares, y curiosamente, relativamente impermeables entre si durante buena parte del siglo XX.

En un informe de OMS Europa, Shorter<sup>10</sup> relata como comienza a organizarse la psiquiatría institucional desde principios del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. A lo largo de toda Europa, se creó una red de hospitales psiquiátricos públicos (manicomios) de ámbito regional y también aparecieron balnearios y sanatorios privados que se convirtieron en los lugares preferidos para el tratamiento de las enfermedades nerviosas entre las clases socioeconómicas media y alta.

Las reformas comenzaron de manera multifocal en Europa. En Reino Unido, se encuentran ya al principio del siglo XX antecedentes de aproximaciones rehabilitadoras, (la tendencia a la desinstitucionalización allí se observa prácticamente desde el principio del siglo XX). Las ideas renovadoras antipsiquiátricas de Laing, Cooper o Maxwell Jones, populares en los años 60, inspiraron la Mental Health Act de 1959, que equiparaba por ley los derechos de los pacientes mentales a los demás. En Italia, Franco Basaglia li-

deró un movimiento muy cargado de ideología desde su puesto de Director del Hospital Psiquiátrico de Trieste en 1961, que culmina con la promulgación en 1978 de la ley 180 que bloqueó el ingreso a los manicomios. En Francia, la "psicoterapia institucional" de F. Tosquelles tenía referencias en parte libertarias, en parte psicoanalíticas, y fue un movimiento profundamente innovador y anticipador de muchas de las ideas que se están desarrollando en RPS en la actualidad, como pueda ser la apertura de las instituciones a la comunidad, o el establecimiento de lazos con intelectuales y artistas que ventilaron y relativizaron el concepto social clásico de "la locura".

El final de la segunda guerra mundial hasta la década de 1970, marca en Europa el inicio de una creación progresiva de sistemas de atención psiquiátrica en forma de una importante red de psiquiatría, pública y privada, la introducción de medicamentos psicoactivos eficaces y el establecimiento de consultas ambulatorias en la mayor parte de los hospitales psiquiátricos. Este período representa realmente el inicio de la atención psiquiátrica de base comunitaria. Dos hitos de esta transición fueron la transferencia de responsabilidad en salud mental de las autoridades locales a organizaciones centrales (que incluían responsabilidad sobre la financiación de tratamientos para los insolventes), y el desarrollo de sistemas públicos de seguridad social. Es también el período en que Europa se escinde en dos bloques políticos, con importantes consecuencias socioeconómicas para sus habitantes.

En los 70 comienza a percibirse la influencia de la Organización Mundial de la salud, con el programa a largo plazo de su Oficina Regional para Europa, y una expansión sistemática de la asistencia; tanto en sentido vertical, en forma de sectorización y desinstitucionalización, como en sentido horizontal, en forma de una amplia expansión continental de los patrones asistenciales globales que se iniciaron tras la segunda guerra mundial. Es el período de la extensión de la preocupación por la desinstitucionalización y de la concepción de la atención por equipos multidisciplinares.

Los países ex soviéticos han compartido algunas características diferentes en la cultura psiquiátrica derivados de sus años de organización socialista. Tradicionalmente son países herederos de una doctrina política con fuerte conciencia teórica en temas de salud pública y de acceso universal al sistema sanitario, pero con modelos teóricos característicos y fuertemente biológicos. En un tiempo, su sistema de organización social causaba admiración a los intelectuales de izquierda europeos, pero luego se constató su masiva burocracia, su deficitaria gestión centralizada y un característico escaso interés ideológico en los factores psicológicos individuales y sociales<sup>11</sup>. Estos países se encuentran en la actualidad, tras la caída del Muro de Berlín, en un contexto político muy distinto, desconfiados de sus viejos modelos sociales, y buscan su desarrollo en el incremento de servicios de la iniciativa privada y en versiones de economía capitalista poco reguladas. Algunos observadores señalan que la transición hacia el modelo capitalista y las restricciones presupuestarias en sanidad y servicios sociales relacionadas con crisis económicas periódicas han deteriorado las condiciones y causado gran sufrimiento a las personas que viven en sus instituciones y en sus domicilios<sup>11</sup>.

Una idea de gran importancia en Europa, con gran trascendencia interna y global, es la del Estado de Bienestar<sup>12</sup>: un modelo de relación con el ciudadano en el que se espera que el Estado cuide a los desfavorecidos, que ha convertido a Europa en una de las regiones del mundo con mayor y

mejor tradición de desarrollo social y sanitario.

El modelo de Estado de Bienestar caracteriza la filosofía de la mayoría de estados de la UE en comparación con los de otras regiones del mundo. Al considerar que la pobreza no es tanto un problema del individuo sino del sistema<sup>13</sup>, el Estado asume responsabilidad sobre el ciudadano, lo que se expresa en la práctica mediante políticas de expansión de servicios sociales, sanitarios y educativos, de impuestos, de seguros obligatorios, protección del trabajo, pensiones, salario mínimo, protección a la vivienda, etc. Los servicios de RPS en Europa se inscriben y financian en esta perspectiva.

Se suele considerar<sup>14</sup> que coexisten en la UE variaciones conceptuales del modelo, (sobre el que reposa el acceso y la organización de los recursos de salud mental y de RPS). El modelo nórdico: basado en el concepto de ciudadanía, condición desde la cual el Estado se ocupa de algunas garantías básicas – educación, sanidad, atención social- para una sociedad inclusiva y con equidad en las oportunidades (son sociedades relativamente homogéneas, con alta protección y alta tributación).

El modelo continental, centrado en el concepto de solidaridad y de asistencia a determinadas poblaciones diana, identificadas por problemas comunes. El modelo anglosajón, basado en la idea de Estado como último recurso (reputado como el más eficiente en la reducción de la pobreza e incentivador del trabajo). El modelo mediterráneo (propio de países que se incorporan más tarde al modelo y lo hacen con menos recursos y menos tributación. Los países exsoviéticos de tradición europea deberían hoy ser incorporados como un nuevo grupo a estos modelos clásicos. Se trata de países que tienen en común su incorporación tardía a la Unión Europea, y que comparten circunstancias socioeconómicas derivadas de la crisis de la URSS, su disolución y posterior evolución hacia modelos capitalistas.

En cuanto a la financiación de servicios del Estado de Bienestar (que incluye los de salud mental y RPS), el modelo dominante en Europa es el modelo de Seguridad Social con 3 variantes<sup>15,16</sup>.

El Modelo Bismarck, aparece en Alemania en 1883, es una evolución de los “fondos de enfermedad” de los trabajadores. Inicialmente, en él los fondos se obtienen de las aportaciones por el trabajo. Da cobertura por accidente, enfermedad, invalidez y vejez, pero no fue creado para ofrecer cobertura universal. En él, los servicios son provistos por agencias acreditadas. Cada trabajador tiene una contribución mínima obligatoria y una parte voluntaria que permite el acceso a una gama de servicios diferentes. Se considera que es administrativamente costoso, ofrece calidad pero no garantiza servicios a todos a un coste razonable.

Otro sistema es el Modelo Beveridge, que aparece en Reino Unido en 1942. Es un sistema en que los fondos provienen de los impuestos generales, y apunta a la cobertura universal, basada en el concepto de ciudadanía, de manera que el acceso es universal. Los servicios son provistos por agencias acreditadas y son regulados centralmente por agencias públicas de calidad. Se considera que es un modelo popular entre políticos y ciudadanos, pero tiene problemas para mantener la calidad en los servicios y genera listas de espera.

Otro modelo es el Modelo Semashko, que se crea en la URSS en 1918 y fue adoptado por los países de la Unión Soviética. Es un modelo de acceso universal y gratuito. La

prestación de los servicios es monopolio estatal, completamente financiado y gestionado de manera central. En este modelo, el usuario no tiene margen de elección y debe asumir invariablemente los servicios que provee el estado.

La evolución de estos conceptos de organización y su financiación está actualmente a debate. Hoy día la protección social y sanitaria se tiende a considerar de manera uniforme<sup>17</sup> como un derecho personal relacionado con los conceptos de universalidad, cohesión social y solidaridad. La contribución obligatoria se considera, más que contribución por el trabajo, parte de los impuestos ciudadanos. Existe una clara convergencia de los modelos Bismarck y Beveridge, buscando modelos de cobertura universal que incentiven las virtudes (la calidad, la sostenibilidad) y reduzcan sus problemas (exclusión, inefficiencia, corrupción). Ambos modelos utilizan hoy la separación entre proveedor y asegurador en busca de mayor eficiencia. Pero a veces se hace con modelos que incluyen competencia entre agencias (como Alemania, Chequia, Holanda o Eslovaquia), con proveedores múltiples que no compiten entre sí o con proveedores únicos (como Estonia, Francia o Hungría). En la mayoría de países europeos se financia de este modo en torno al 70% de los servicios sanitarios prestados.

Se tiene en cuenta que los modelos de cobertura universal pueden ser también a la vez equitativos y poco accesibles, en el caso de que no estén dotados de medios suficientes, o que la responsabilidad de cada agencia no esté claramente asignada (por ejemplo cuando no se define con claridad cuáles son las prestaciones sociales y cuales las sanitarias). En este momento, se detecta en Europa una tendencia a deslizar responsabilidades del sector sanitario al social.

Dependiendo de los países, hay variaciones en el modelo, que afectan a si hay un fondo único para todas las prestaciones sociales y sanitarias, o fondos diversos relacionados específicamente con poblaciones diana o riesgos específicos.

Frente a esta idea de cobertura fundamental existen también fórmulas de aseguramiento voluntario complementario en tres modalidades<sup>16</sup>:

- como modo sustitutivo que cubre grupos de población excluidos del sistema público, o permitidos para salirse de él (opción preferida en Alemania por trabajadores de altos ingresos),
- como complemento al aseguramiento público que puede cubrir servicios excluidos del sistema (Bélgica), o de cargos al usuario por acceso a determinados servicios (como en Francia o Dinamarca y su sistema de copagos),
- o como suplemento al acceder a determinados servicios (como en Inglaterra, que permiten acceso más rápido y mayor elección de proveedores).

En estos sistemas que contemplan contribuciones voluntarias se puede considerar el pago en relación con el riesgo. De esa manera existe un problema: los grupos de alto riesgo (como es el caso de las personas con enfermedad mental) pueden ser incapaces de acceder y costearlo. El cargo de los servicios a los usuarios (el modelo de atención privada) es en Europa un sistema proporcionalmente menor. (A nivel global, se advierte que en general el pago directo es inversamente proporcional al desarrollo y organización sanitarios del país). También se describen modos que incluyen pagos informales por servicios que deberían

estar financiados de manera plena pero no lo están, especialmente en países de Europa central y oriental.

Existen asimismo diferencias importantes en el nivel de gasto en salud mental de los distintos países de Europa (entre el 3,5% de la Rep. Checa y el 13% de Inglaterra o Luxemburgo)<sup>15</sup>. Knapp considera que en la Europa actual predominan modelos de gestión mixta (con participación servicios públicos del Estado, proveedores privados con ánimo de lucro y ONGs), con variaciones nacionales características.

A fecha de hoy no podemos dejar de mencionar la actualidad de las discusiones sobre los problemas teóricos y prácticos de sostenibilidad del Estado de Bienestar que se desarrollan desde los años 70, y que cobran regularmente especial intensidad en los períodos de crisis económica<sup>17</sup>.

#### Unión Europea, características políticas e implicaciones sociales

La organización de la salud mental y de los servicios de RPS está regulado legislativamente. En la actualidad, la Unión Europea está desarrollando un cuerpo de normas supranacionales con a veces mayor rango que las nacionales.

Políticamente, la Unión Europea es una organización de derecho, con tratados supranacionales vinculantes para los países miembros que los han ratificado. Esto implica que la UE tiene normas de rango ejecutivo sobre los estados miembros en algunos temas. También produce directivas que carecen de fuerza legal, pero que marcan la orientación de la filosofía social y política que los estados dentro del espacio común, como los derechos ciudadanos, la gama de servicios que los ciudadanos pueden esperar y la forma de acceso.

Ello hace que haya documentos relevantes para la visión de la salud mental (y por ende de la RPS) en Europa. En ellos, la filosofía de la RPS y conceptos afines -como la lucha contra el estigma- no aparecen como un campo delimitado, pero sí claramente incluidos en el campo de la salud mental como una de las prioridades.

La Europa social, desde sus inicios en el tratado de Maastricht de 1992, a diferencia de la tradición norteamericana (más individualista que la europea), trata de responder a su tradición de compromiso del Estado con el bienestar de los ciudadanos, comenzando por construir legalmente la noción de ciudadanía en torno a derechos subjetivos.

El Tratado de Lisboa de 2007<sup>18</sup> confirió a la UE personalidad jurídica propia. En él se establecen las competencias en diversas materias. En el estado actual de la construcción europea, el grado de aplicación de las directivas está sujeto a sutiles matices legales que vienen determinados por el equilibrio entre la soberanía de los países y la de la UE.

Desde el punto de vista del estatuto del ciudadano europeo, que regula la relación, derechos y prerrogativas de cada ciudadano con la UE, incluyendo los derechos exigibles a los sistemas de atención sanitaria o social, el documento esencial es la Carta de Derechos Fundamentales de la UE<sup>19</sup>. Fue redactada en 2000 en Niza y suscrita en 2007 en Estrasburgo (en versión adaptada). Es vinculante en todos los países. Pero con un matiz: solo lo es en el ámbito de las competencias de la EU. Es decir que, en la alambicada arquitectura normativa europea, se advierte que no lo es en los actos realizados en competencias que, en razón del Tratado de Lisboa, son exclusivas de los países.

Según lo acordado en el Tratado de Lisboa, los temas sociales (los que afectan a la cohesión social) y los de salud pública (grandes políticas generales) son de competencia compartida. Esto quiere decir que la Unión y los estados miembros pueden legislar y adoptar actos vinculantes, pero los estados sólo ejercerán su competencia en la medida en que la Unión no lo haya hecho. En el terreno de protección y mejora de la salud, (esto es, la organización de los servicios de la asistencia sanitaria), la UE tiene competencia de apoyo. Esto quiere decir función de apoyar, coordinar, y complementar a la acción de los estados.

Debe notarse también que esta Carta de Derechos se superpone a la ratificación individual de cada uno de los Estados a la Carta de Derechos Humanos de la ONU. La Carta de Derechos Fundamentales de la UE establece derechos básicos a los ciudadanos de Europa (admitiendo algunas objeciones particulares de Reino Unido, Polonia y Rep. Checa), y contiene aspectos que están en relación directa o indirecta con la salud mental. Interesantemente, la objeción de Reino Unido a ratificar totalmente el artículo IV, relativo a Derechos a la Solidaridad deriva de la resistencia británica a contraer obligaciones con el ciudadano que puedan resultar imposibles de asumir en términos prácticos.

Respecto al acceso a servicios sociales o sanitarios, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE reconoce a los ciudadanos europeos, en el capítulo del derecho a la igualdad, el de integración de las personas discapacitadas, (art. 26); en el capítulo de solidaridad (Art. 34), el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y ayuda social, ayuda de vivienda, existencia digna, a quienes no tengan recursos suficientes, expresamente en casos como enfermedad o dependencia (...) de acuerdo con las legislaciones y prácticas nacionales; respecto a la protección a la salud (Art. 35), el derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.

En términos más generales, la Carta reconoce como principios los derechos a la dignidad (a no recibir tratos inhumanos o degradantes), a la libertad (seguridad, privacidad, educación, trabajo, propiedad), a la igualdad (en caso de discapacidad, a no discriminación, medidas que garanticen su autonomía, integración, participación), a la ciudadanía (a ser oída, confidencialidad, libre circulación), a la justicia (defensa, tutela judicial efectiva), todos ellos temas de la máxima relevancia para la RPS.

Notemos que, en la práctica, al menos actualmente, el papel de la UE en los aspectos sociales casi fundamentalmente orientativo, como se comprende del hecho fáctico de que la parte del presupuesto de la Unión para la Europa Social es de poco más del 1%, en comparación con la parte responsabilidad de los estados miembros, que según los estados oscila entre el 30 y el 50%<sup>12</sup>.

#### Unión Europea, orientaciones en salud mental

Los principios que inspiran la orientación de la UE en materia de salud (y salud mental) se recogen en una serie de documentos sin rango legal, pero que marcan orientación.

En general, tenemos los principios inspiradores de los modelos de atención en salud recogidos en 1996 en la Carta de Ljubljana de Reforma de la Asistencia Sanitaria<sup>20</sup> promovida y suscrita por los países de la Región Europea de OMS.

Frente a la idea clásica de enfermedad como falta de salud,

la Carta de Ljubljana refuerza la importancia positiva de la salud como bienestar, y los valores de dignidad, equidad, solidaridad y ética profesional, centrados en las necesidades de los ciudadanos y en la calidad, sostenibles, apoyados en la atención primaria, con políticas consensuadas nacionalmente, prácticas basadas en pruebas y evaluadas; la idea de servirse cuando sea apropiado de la competencia entre prestatarios de servicios para introducir mejoras, que permitan la elección del ciudadano, resulten integradoras (desde los autocuidados hasta toda la gama de cooperaciones intersectoriales), que incentiven la prevención, la calidad, la interdisciplinariedad y la formación continua, con adecuado desarrollo de gestión que incluya infraestructuras de sanidad pública, y autonomía de gestión.

En este contexto, otro documento interesante es la Carta de Derechos del Paciente de 2002<sup>21</sup>. Se trata de un documento no vinculante promovido por una organización civil europea supranacional, la Red de Ciudadanía Activa, que se acoge al concepto de ciudadanía activa recogida en la Carta de Niza para justificar su actividad. Nace al amparo del Tribunal de Derechos de los Pacientes italiano, y se generaliza después a nivel europeo en forma de una red de 11 organizaciones. El Documento aborda entre otros el problema de la accesibilidad a los servicios y enfatiza la aspiración de los firmantes de que los derechos que emanen de la Carta Europea se consideren personales de los residentes en Europa, y no derivados de la condición previa de ciudadano europeo. Subraya el problema de la limitación material de recursos para el cumplimiento de los derechos. Propone de manera específica el desarrollo de 14 derechos sanitarios (a medidas preventivas, acceso a la atención, a la información, al consentimiento, a la libre elección, a la privacidad y confidencialidad, a la adecuación temporal del tratamiento, calidad, seguridad, innovación, evitación de sufrimiento innecesario, tratamiento personalizado, reclamación y compensación). Desarrolla el concepto de ciudadanía activa en forma de derecho a participar en las políticas sanitarias de varias maneras (por ejemplo, a participar en el diseño de políticas sanitarias).

En el espacio más específico de la salud mental, en el momento de la construcción europea que vivimos, encontramos que las instituciones europeas se han hecho eco de la importancia fundamental de la salud mental de dos maneras: una concibiéndola como componente básico de la salud, en sintonía con las directrices de la OMS, que desde 2001 ha comenzado a destacar la importancia del papel de la salud mental como componente básico de la salud. Y dos, por influencia de las corrientes de Derechos Humanos, considerando que la salud mental y las condiciones adecuadas de respeto a los Derechos Humanos son temas interrelacionados.

En la estela abierta por la OMS en su informe de 2001 La Salud Mental en el Mundo<sup>22</sup>, en un espacio de intersección de la OMS-Europa y la EU, en enero de 2005 se formula la Declaración de Helsinki<sup>23</sup>. En ella, los Ministros de Salud de la UE y otros organismos europeos competentes, se comprometen formalmente con la necesidad de priorizar la atención en salud mental. Nótese de nuevo que, al igual que en otros documentos, en éste la rehabilitación psicosocial se menciona como un pilar principal de la atención en salud mental. Se constata el hecho de que muchas personas no reciben el tratamiento que necesitan. Se señala y reconoce asimismo que existe una enorme desproporción entre el impacto de las enfermedades mentales sobre la salud en general y el esfuerzo económico destinado a su remedio<sup>24</sup>.

Los documentos mencionados suscriben una visión abarcadora, que incluye: la importancia de las medidas de prevención; la promoción del bienestar como objetivo general (más allá de la lucha con la enfermedad); la lucha contra el estigma y la discriminación; la atención a las necesidades sanitarias con criterio general; la preocupación por la acreditación de la efectividad de las técnicas; la posibilidad de participación de usuarios y cuidadores, y de libre elección entre alternativas disponibles; y adopta expresamente la noción de recuperación. Es consciente de la dañina asociación entre la mala salud mental y factores sociales como la marginación, el desempleo, la vida en la calle o el abuso de sustancias, en la línea de consideración de los determinantes sociales. Estimula a continuar en la línea de la estrategia comunitaria, favoreciendo la inclusión social, la equidad, en medidas dirigidas a la población en general así como a las personas o grupos de riesgo. Hace referencia a la necesidad de investigar, y de monitorizar el estado de la salud mental de las poblaciones. Se compromete a evaluar el impacto sobre la salud de las medidas de los gobiernos.

Interesantemente para la RPS y la perspectiva de recuperación, los documentos incluyen referencias expresas a la pertinencia de la participación de ONGs, usuarios y cuidadores en diversos niveles de la organización y la atención, y a apoyar la creación de grupos de usuarios con finalidad de autoayuda y formación en actividades para la recuperación, y el apoyo al empleo como medio de inclusión social.

Como resultado del impulso iniciado en Helsinki, se elabora en octubre de 2005 el más detallado Libro Verde ("Green Paper")<sup>25</sup>. Es una continuación, elaboración y ampliación de la Declaración de Helsinki, un documento de debate para avanzar hacia la elaboración de una estrategia europea común, que considera que sus propuestas deberían ser ejecutivas en el futuro en virtud del Tratado de la Unión y en el ámbito de competencia de la UE sobre la Salud Pública.

El Libro Verde entiende la salud mental en la misma línea de Helsinki: comprometida con el concepto de bienestar, y el modelo bio-psico-social, e interrelacionada con los determinantes sociales. Dimensiona el problema a nivel europeo: toma nota de que una de cada cuatro europeos experimenta problemas cada año, que hay más de 58.000 fallecimientos por suicidio cada año, número mayor que los fallecimientos por HIV, o accidentes de tráfico, se espera que la depresión sea la primera causa de enfermedad del mundo desarrollado; destaca el impacto en el PIB de los enormes gastos derivados de no afrontar debidamente el problema, y los costes intangibles en términos de exclusión social, estigma, discriminación y falta de respeto a derechos y dignidad fundamentales.

Revisa iniciativas y programas pasados en materia de salud mental de la UE (legalmente basado en el Programa de Salud Pública de la UE 2003-08), que contiene iniciativas sobre política social y de empleo, combate la discriminación ante el empleo por discapacidad, y propone marcos comunes para la investigación con fondos de la UE.

Revisa datos sobre salud mental en Europa, en la línea de su preocupación con las políticas de igualdad entre estados miembros, señalando importantes desigualdades entre los distintos estados en los indicadores de salud como en los recursos destinados.

Como pilares de una estrategia común, el Libro Verde sugiere tres líneas de acción: crear un marco de intercambio internacional (por ejemplo, en investigación, o sobre cómo

usar los Fondos Estructurales para mejorar los dispositivos de larga estancia), mejorar la coherencia de las acciones de diferentes sectores (Ej. social-salud, empleo- discapacidad), y construir plataformas con usuarios, sociedad civil, y organizaciones para buscar soluciones.

Respecto a líneas específicas de acción, son numerosas y de diferentes áreas. El documento se esfuerza en plantear opciones realistas, acompañándolas de acciones exitosas ya implementadas.

Por último, mencionaremos el documento denominado "European Pact for Mental Health and Well Being" de 2008<sup>26</sup>, suscrito en Bruselas en 2008 en una conferencia internacional con participación de la OMS (que como otros documentos de este tipo, marca orientación de manera coherente con documentos anteriores, pero carece de efectividad normativa). En el documento se reitera el concepto de salud (mental) como bienestar y se delimitan cinco áreas de prioridad para futuras acciones: la intervención en depresión y suicidio, la prevención e intervención precoz en jóvenes, la importancia de la salud mental en el entorno laboral, salud mental de la tercera edad y la importancia de combatir el estigma social y la discriminación. Nótese de nuevo que aunque la RPS no es mencionada como tal, varios de sus valores y orientaciones actuales están perfectamente definidas (la idea de la intervención precoz, la importancia del suicidio y la depresión, la lucha contra la exclusión social). En 2011 se ha publicado un informe<sup>27</sup> sobre los primeros resultados de la implementación de este Pacto en Europa que de momento se centra en lograr un aumento del compromiso de los países y algunas evaluaciones de situación. Una de las informaciones más interesantes es un estudio realizado en Reino Unido que confirma que el dinero invertido en Salud Mental produce beneficios económicos cuantificables.

#### Cultura técnica e institucional

En general, Europa es una región que en términos de salud (y de salud mental) está a la vanguardia mundial. Junto con Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón, es donde existen los mejores indicadores en Expectativa de Vida<sup>28</sup> e Índice de Desarrollo Humano<sup>29</sup>.

Dentro de Europa sin embargo, hay una gran variabilidad de situaciones, ratios profesionales, de formación y también de datos sobre lo que sucede en diferentes áreas. La OMS ha hecho esfuerzos para aportar información adecuada y para diseñar políticas sobre bases de conocimiento. OMS-Europa realizó una investigación sistemática publicada en 2008 con el nombre Políticas y prácticas para la salud mental en Europa<sup>30</sup>. Usó un protocolo prefijado de recogida de datos sobre: políticas y legislación, políticas de prevención y de promoción de la salud, el papel de la atención primaria, de los servicios especializados (incluyendo toda la gama de servicios comunitarios), el personal, la financiación, la inclusión social, accesibilidad al empleo, derechos humanos, e investigación. Esta evaluación (en este caso, sobre los 42 países de la región europea de OMS, que incluye Groenlandia y todos los países ex soviéticos hasta el norte de China), está entre los más amplios y detallados informes sobre la situación de la salud mental en Europa.

Según el informe, la mayoría de países estudiados tiene legislación en salud mental y en protección social, si bien su implementación es muy desigual, con mayor grado de calidad y protección en los países del norte de Europa. Sin embargo, la desigualdad también se encuentra en cada país y

región. Se reconoce que algunos países de Europa lideran al mundo en concepto e implementación de políticas. La mayoría presentan políticas contra el estigma, con financiación de gobiernos y participación de ONGs y organizaciones profesionales. Poco más de un tercio tienen políticas de investigación sobre el impacto de los problemas de salud mental sobre la población. Una cuarta parte de países de la región europea de OMS (la mayoría de los de la Europa política) tiene programas de prevención (casi siempre centrados en suicidio y depresión). Existe sensibilidad hacia los problemas de niños y jóvenes, pero en contraste mucha menos sensibilidad hacia los de los mayores.

Más de la mitad de países informan de programas específicos para grupos vulnerables, aunque hay mucha variación respecto de cuáles son esos grupos, especialmente si captamos entre norte-oeste y sur-este (minorías étnicas, refugiados...). Se señala el problema de accesibilidad a cuidados de salud física de las personas con problemas mentales (SIDA, ETSS y salud reproductiva, abuso de sustancias...). Se indica la importancia y la diversidad de modos de lograr cooperación intersectorial (entre sistemas de salud, salud mental, educativo, de servicios sociales, o justicia). En algunos países existen políticas intersectoriales definidas, en otros queda al albur de las diferentes instituciones o de las ONGs, especialmente en Europa del Este, que a veces logra coordinaciones solo bajo la presión de las circunstancias.

Se informa que existen grandes variaciones en la formación de los profesionales, incluso dentro de los mismos países; falta regulación respecto de lo que debería ser la formación continua, y consenso respecto a cuáles son las habilidades profesionales que se deben potenciar; pocos países tienen guías claras de buenas prácticas. Todos los países monitorizan un mínimo de datos epidemiológicos de tipo hospitalario, pero pocos ofrecen indicadores útiles desde la perspectiva de salud mental comunitaria, y los datos recogidos son heterogéneos y no permiten comparaciones entre países; se señala que es necesario avanzar en la convergencia de sistemas de información.

Respecto de la financiación, se encuentra que en general el porcentaje de gasto en salud mental crece proporcionalmente con el PIB de los países; la proporción empleada en promoción de la salud mental o prevención es baja o inexistente; el acceso a medicamentos, que debería ser sencillo para las personas con enfermedad mental, con frecuencia no lo es, especialmente para los colectivos más vulnerables o excluidos; en algunos países se reporta incluso dificultad de suministro de medicamentos; es frecuente el copago de servicios psicosociales y pocos países financian los servicios considerando la equidad en el acceso a los servicios.

La mayoría de países tienen legislación que prohíbe los tratos inhumanos o degradantes, pero es mucho menos claro que esa legislación se aplique. El incremento de servicios comunitarios ha incrementado la posibilidad de elección de los usuarios. Sin embargo se mantienen informes de tratos degradantes en algunos países, especialmente en hospitales o residencias; relacionados con una combinación de tres factores: restricciones económicas, escasez de personal y factores culturales. Hay países en que la posibilidad de representación o protección legal ante abusos es muy pobre. Se indica que es necesario avanzar en las oportunidades de integración social; la mayoría de países protegen a las personas con EMG a través del sistema de protección general a la discapacidad, y ofrecen apoyo económico para alojamiento, o incentivos a las empresas para su empleo. En la Europa noroccidental ha habido grandes

progresos (en la línea de la perspectiva de la recuperación) en el reconocimiento de usuarios y cuidadores como socios del proceso, aunque no se cumplen aun las varias expectativas (por ejemplo, que los usuarios participen en la inspección de los servicios).

El estudio describe y aporta detalles superficiales del funcionamiento de la gama de servicios especializados de RPS existentes, aunque también es común (como pasa en España) que con la misma denominación se puedan referir a servicios bastante diferentes entre sí. Se describe y aporta detalles de: servicios ambulatorios de salud mental, hospitales de día, dispositivos comunitarios de crisis (de funcionamiento solo diurno o de 24 horas), teléfonos de asistencia, distintos sistemas de tratamiento en el domicilio (en algunos países), de tratamiento asertivo comunitario, de atención precoz. Se describen distintas modalidades de servicios residenciales comunitarios (pisos con distintos grados de supervisión, residencias, casas de transición, comunidades terapéuticas), que a veces dependen de los departamentos de salud y otras de bienestar social.

El informe señala que casi todos los países disponen de leyes, planes o políticas para implantar servicios diferenciados de rehabilitación psicosocial, pero solo 10 de los 42 informan de que posibilitan el acceso de todos o casi todos los usuarios que lo precisan.

En más de la mitad de los países hay unidades para personas con enfermedad mental con problemas judiciales (denominadas unidades forenses, unidades de seguridad o hospitales especiales) que, de nuevo, funcionan de manera diversa. En Italia, por ejemplo, solo son enviados por los tribunales, pero en Reino Unido en esos servicios se mezclan pacientes ingresados por orden judicial con otros pacientes con "conductas difíciles". En Dinamarca, las unidades forenses son parte de los hospitales generales, pero en otros (Bosnia-Herzegovina, Albania) están en dispositivos carcelarios.

También se informa de dispositivos para niños y adolescentes o para mayores.

Los informes se hacen eco de que a pesar de la conciencia de la necesidad de que las personas con EM detectadas por los dispositivos de tratamiento se mantengan en contacto con servicios de RPS (con atención psicológica y/o social), la mitad de los países no disponen de datos sobre la accesibilidad real. En algunos, se informa que esos servicios son inexistentes (Azerbaijan), en otros se asume que todos los pacientes teóricamente los reciben, o los deberían recibir (Holanda, Francia...).

Respecto de que los servicios sean lingüísticamente o culturalmente accesibles y apropiados (para inmigrantes, grupos étnicos o grupos vulnerables especiales), pocos países reportan acciones al respecto (sí, por ejemplo, Noruega, Reino Unido, o Eslovenia).

La Comisión Europea a través de sus grupos de trabajo (Sección de Salud Mental del Departamento de Salud Pública) realiza un seguimiento de la aplicación de las políticas comunitarias<sup>31</sup>.

#### Referencias teóricas y prácticas contemporáneas en los países europeos

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de ideas teóricas sobre la locura y el malestar psíquico, nos hemos preguntado si sería posible aportar aquí alguna indicación útil sobre por

donde se mueve hoy en Europa la teoría en este campo. Pero la respuesta no puede ser muy definida. La RPS no es el resultado de la aparición de una nueva tecnología o nuevos conocimientos sobre la locura. No en vano la RPS fue definida en sus inicios como una práctica en espera de una teoría. En realidad, la RPS hunde sus raíces en desarrollos ateóricos contemporáneos de la tradición intelectual humanista como reacción a la situación intolerable del manicomio.

Desde el punto de vista técnico, es importante hoy en los documentos sobre la cultura profesional de Europa que las prácticas sean acreditadas desde el punto de vista de la evaluación de su resultado (o como se dice también, que estén basadas en evidencia). Aunque sobre el cómo se establezca esa acreditación, es posible plantear muchos matices, especialmente entre los enfoques con pretensión de objetividad y los de sensibilidad más cualitativa o naturalista<sup>32</sup>.

Se considera que la validez de la información es un problema no solo para los profesionales, sino también para los responsables políticos que necesitan elementos sobre los que tomar sus decisiones sobre políticas, hasta el punto que se ha planteado un modo especializado de evaluación para efectos políticos (pp.120)<sup>32</sup>. Se considera que una evaluación así debería basarse en: la investigación de las necesidades, con instrumentos epidemiológicos, en un buen conocimiento de los recursos disponibles, y en una adecuada conciencia de los niveles de evidencia que aporta la información disponible (es decir, cuantitativa vs. cualitativa; macro vs. micro, de procedencia profesional, vs. opinión de usuarios). Se ha propuesto el Mental Health Country Profile<sup>33</sup> para producir esta información.

Respecto de la filosofía que informa la técnica concreta de intervención con los pacientes, se admite la complejidad y diversidad de prácticas<sup>34</sup>. En general, se asume el valor extendido y positivo de la introducción de los psicofármacos de los últimos 50 años, aunque la expectativa de que las intervenciones psicofarmacológicas por sí mismas puedan lograr la normalización de la vida del paciente o su retorno sin más a la vida comunitaria<sup>35</sup>, o la de encontrar explicaciones biológicas simples (identificación de genes o de mecanismos bioquímicos) de las enfermedades mentales, no se han cumplido hasta ahora, y algunos son escépticos de que se logren algún día<sup>36</sup>.

También se asume el interés de las intervenciones de tipo psicoterapéutico y psicosocial<sup>32</sup>. Respecto de las intervenciones psicoterapéuticas, suelen ser de aplicación individual (a veces de pareja o familiar). Se admite su alto interés por parte de los usuarios -en general, sienten mayor interés que por los medicamentos- y su probada eficacia en una gama de intervenciones que incluyen esquizofrenia, depresión y trastornos de personalidad. Pero hay que tener presente la considerable heterogeneidad de sus supuestos teóricos y de sus prácticas.

Las intervenciones psicosociales, concebidas para aplicarse en el contexto social en que el paciente vive (el paciente y su familia, por ejemplo), se han extendido en RPS en los últimos 30 años. No son en su teoría claramente diferenciables de las psicoterapias, y en cierto sentido, aún están en fase de formalización teórica. Una de sus características más salientes es la incorporación del grupo familiar en las intervenciones con personas con trastornos graves. Existen múltiples referencias publicadas en muchos formatos: se citan la Gestión de Casos, el Tratamiento Asertivo Comuni-

tario, el trabajo con familias en varios formatos (unifamiliares o multifamiliares), la psicoeducación, el apoyo a la vida independiente, la atención social domiciliaria, el apoyo laboral, etc.

Si pretendiéramos saber si podemos hablar de algún tipo de consenso europeo sobre el estado actual de la cuestión en las intervenciones específicas en RPS, la respuesta sería de nuevo difícil. Habría que buscar esas líneas comunes a través de múltiples documentos locales en una docena de idiomas.

Uno de los documentos de referencia sería seguramente la Guía del National Institute for Clinic Excellence del Reino Unido (la guía NICE de Core Interventions in the treatment and Management of schizophrenia in adults in primary and secondary care)<sup>37</sup>, que es una guía independiente de referencia para las empresas que gestionan servicios de rehabilitación. En ella encontraremos recomendaciones y guías profesionales en la línea de los documentos europeos específicamente aplicables a la RPS.

Haciendo un breve resumen, encontramos que, en la línea de la orientación para la recuperación, plantea que todas las intervenciones deben pensarse como centradas en la persona, es decir, acorde con sus deseos y preferencias. Plantea determinadas competencias profesionales: conocimientos, habilidad para moverse y fomentar la adherencia en diversos entornos étnicos, capacidad de negociación con familias, habilidades para resolución de conflictos. Los servicios deben trabajar en conexión con referentes comunitarios, incluyendo líderes étnicos. Los equipos deben identificar a un profesional de referencia en todas las intervenciones. Se deben ofrecer intervenciones psicológicas de eficacia acreditable, como la terapia cognitivo-conductual o las intervenciones familiares. Se debe tener un enfoque que contemple todas las fases de la enfermedad; intervenir precozmente, ofrecer esperanza y optimismo (en la línea de las intervenciones orientadas a la recuperación). La evaluación debe ser interdisciplinar, y contemplar todas las variables relevantes, incluyendo residencia, cultura y etnia, situación económica, riesgos, sexualidad o red social. Se debe evaluar rutinariamente la ansiedad y la depresión. Se debe trabajar en sociedad con los cuidadores. Debe ofrecer toda la información necesaria a usuarios y cuidadores. Los servicios deben incluir tratamiento de urgencia y en situaciones agudas, intervención precoz, farmacología, y tratamientos psicológicos protocolizados. Los servicios deben ser orientados a la recuperación a todos los niveles. Se debe ofrecer oportunidades de ocupación, empleo y formación.

En la actualidad, más que los debates sobre la filosofía teórica de las intervenciones, podríamos aventurar que en Europa los temas que dominan la bibliografía de los grandes documentos de consenso<sup>11,38</sup> son más bien la preocupación por la accesibilidad a los servicios, los modelos de organización y de financiación. Existe acuerdo general sobre la pertinencia del modelo comunitario de organización y de los modelos de tipo bio-psico-social en la atención.

Si tomáramos en cuenta como indicador las comunicaciones presentadas en el último Congreso Mundial de la WAPR de Milán, en 2012, concluiríamos que la heterogeneidad de referencias es notable. Junto a presentaciones de tipo cognitivo conductual que tratan de acogerse al prestigio de las ciencias empíricas, hubo al menos la misma proporción de presentaciones sostenidas en valores o referencias de tipo humanista con mucho interés por lo cualitativo<sup>39</sup>. Tras

unos primeros años de prestigio de técnicas orientadas por el modelo de modificación conductual y luego de tipo cognitivo-conductual, se advierte hoy con claridad la necesidad de desarrollar modelos de trabajo que permitan a los profesionales de los equipos entender su propia relación con los usuarios, lo que hace que los nuevos profesionales se interesen por modelos que trabajen con ese nivel de complejidad (como los modelos psicodinámicos). Aunque algunos autores señalan la preferencia de algunos países por un tipo u otro de orientación teórica, las referencias nos parecen débiles y a veces contradictorias.

Es interesante la observación de Shorter<sup>9</sup>, que se hace eco de un documento anterior (OMS, 1978), respecto de cómo cierta antipatía subyacente ha separado a las distintas filosofías de pensamiento psi durante buena parte del siglo XX, o como la formación psiquiátrica y los servicios de psiquiatría comunitarios son como barcos que se cruzan de noche, que no se comunican entre sí y que sólo tienen una percepción débil de la existencia del otro. Hoy día podrían estar comenzando a discutirse los fundamentos hacia una perspectiva más integrada, que al menos podría contribuir a aumentar el consenso sobre como pensar al enfermedad mental o como conducir y evaluar las intervenciones<sup>1,36</sup>.

#### La evolución del pensamiento en RPS en Europa

La filosofía de la RPS se expuso de manera explícita por primera vez en la Declaración de Consenso OMS-WAPR de 1986<sup>40</sup>. Desde entonces, las ideas prioritarias de la RPS en Europa han experimentado cierta matización en la evolución en sus prioridades. La idea inicial del principio de las reformas psiquiátricas desde el punto de vista particular de la RPS fue asociada a la idea de recolocación de los usuarios en dispositivos comunitarios procedentes de instituciones; posteriormente al diseño desarrollo de dispositivos y programas comunitarios, luego al desarrollo de la comprensión en profundidad de la visión del proceso de RPS personal en sí mismo, que es el proceso en el que en la actualidad estamos inmersos, y que se conoce como la perspectiva de la Recuperación, y más recientemente al análisis de circunstancias contextuales que afectan al proceso vital de la enfermedad mental (los determinantes sociales, o los derechos humanos).

#### Desinstitucionalización, trans-institucionalización y modelo comunitario

El primer problema que se encontró al afrontar procesos de RPS fue el de pensar y organizar la reubicación del usuario. Esa reubicación es a la vez física (contemplada como la transferencia de la residencia del usuario del asilo a un recurso residencial comunitario) y conceptual (contemplando que el modelo de asilo no es el lugar de las personas, por severas que puedan parecer sus disfunciones psicológicas o sociales). En una visión optimista, podría pensarse que este proceso habría sido ya debatido y resuelto a nivel intelectual, de manera que todos los sistemas europeos estarían orientados en ese sentido, y en cierto sentido así es. Los documentos europeos de referencia<sup>23,25</sup> convergen de manera inequívoca en el sentido de la ubicación comunitaria de los usuarios.

Pero la realidad, como sucede con frecuencia, se mueve a su manera. En realidad, de los países europeos solo Italia y Finlandia declaran haber completado un programa desinstitucionalizador y reportan 0 camas en hospitales psiquiátricos<sup>41</sup>, aunque otras fuentes citadas señalan que incluso esos datos deben ser tomados con cautela. En contraste,

13 países mantienen más de 10 camas por 10.000 en hospitales psiquiátricos monográficos, y otros 5 tienen más de 6.

En la práctica hay que conjugar en Europa el hecho de que no se han alcanzado los niveles de servicios comunitarios recomendados por la OMS, y que entre el 40 y el 80% de los pacientes crónicos viven al cuidado de sus familias, que soportan la mayor parte de la carga asistencial. El límite práctico de disponibilidad de servicios comunitarios de rehabilitación o de inserción social, y la consecuencia de potenciales usuarios excluidos se alivia en parte con iniciativas de todas clases, incluidas las de los propios usuarios a través de sus propias redes de ayuda mutua. Pero creemos que debe admitirse, con el Observatorio Europeo y otros portavoces, que los procesos de desinstitucionalización encuentran límites prácticos.

Ello se expresa de varias maneras. Un nuevo problema detectado es que sabemos ya que algunas personas desinstitucionalizadas vuelven a ser reinstitucionalizadas en otros lugares. (Este fenómeno se nombra a veces como transinstitucionalización). El riesgo de este proceso era conocido desde el principio de las reformas. Ya en 1983 se señalaba<sup>42</sup> que a veces la reubicación no parecía un proceso realista. Lo que no implicaba, se pensaba, que no tuviera sentido un proceso de RPS que mejorara la calidad de vida o el ajuste social de la persona. También se observó pronto que el proceso de reubicación podría no tener éxito si no se acompaña de un proceso de preparación suficiente de las personas.

Sea como fuere, si el proceso no tiene éxito, el resultado es la transferencia del usuario de un recurso institucional a una situación de alta vulnerabilidad social, que a menudo termina con su reingreso en otro dispositivo. A veces un dispositivo de tipo forense de alta seguridad, otras la vida en la calle, o su ingreso en prisión. Se considera que al menos el 35% de personas sin hogar son enfermos mentales<sup>43,44</sup>. El Observatorio Europeo<sup>41</sup> indica como factores de este problema la debilidad o falta de contención de los dispositivos comunitarios (cuando no la inexistencia), o la existencia de incentivos económicos sesgados para el desarrollo de recursos comunitarios, como el de vincular la financiación de un área a la ocupación de sus camas. Esta idea está presente en el Informe sobre salud mental elevado al Parlamento Europeo por la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria<sup>31</sup>.

Un documento de la Comisión del Reino Unido que monitorizan la aplicación de la Mental Health Act<sup>45</sup> indica que crece el número de personas institucionalizadas en nuevos dispositivos privados de seguridad concertados (parecería que el modo de gestión tras las reformas de la era Thatcher hace crecer el número de las unidades de seguridad y que la atención se sesga hacia ellos). También se observa allí que crece el número de pacientes que su primer contacto con la psiquiatría es un ingreso involuntario.

Fenómenos como estos son a veces interpretados como signos de la dificultad práctica de eliminar el tratamiento institucional. Se ha propuesto un modelo pragmático denominado Asistencia Equilibrada (Balanced Care Model)<sup>46,47</sup> que trata de resolver sin dogmatismos la discusión entre los partidarios de que los servicios comunitarios reemplacen completamente los servicios hospitalarios y los partidarios de que se sigan prestando servicios psiquiátricos apropiados desde los hospitales.

En todo caso, es indiscutible que en toda Europa se ha avanzado en el proceso desinstitucionalizador. Ha habido un desplazamiento del peso de la atención del manicomio al modelo comunitario, que se objetiva en la clara tendencia hacia la reducción de camas en hospitales psiquiátricos, que opera desde principio de siglo XX y todavía dura, aunque es una tendencia más lenta en los nuevos países de la UE<sup>41</sup>.

En sus comentarios sobre la vigencia del modelo comunitario, el Observatorio Europeo<sup>41</sup> sugiere reconocer la complejidad del funcionamiento del sistema, incluyendo la diversidad de fuentes de financiación, la reconceptualización de las necesidades con más énfasis en inclusión social y en derechos humanos y en establecer incentivos para que se facilite la accesibilidad al trabajo. Mantiene como retos la lucha contra la discriminación y el estigma (y la conciencia de sus profundas repercusiones), el desarrollo de verdaderas comunidades asistenciales, promoción de calidad de vida en términos prácticos (por ejemplo, mediante el acceso al trabajo), mejorar la capacidad de decisión de los usuarios, paliar la limitación de recursos, ser conscientes de las dificultades de coordinación intersectorial (incluso en los casos en que los recursos existen), ya que para muchos asuntos (salud, educación, acceso al empleo, prestaciones por discapacidad o dependencia) comparten servicios con el resto de ciudadanos de su área de adscripción. Solo en una gama de las necesidades más específicas directamente relacionadas con la gestión de su enfermedad, las personas con EM acceden a servicios especiales de RPS.

El Eurobarómetro<sup>48</sup> investigó en 2003 algunas variables sobre salud mental percibida en los distintos países europeos (en 2003 entonces 15 países) y sobre algunas variables comunitarias (como la percepción de apoyo social, datos sobre la red social o la facilidad de buscar ayuda) que pueden dar una idea de la percepción práctica del modelo comunitario por los ciudadanos.

#### RPS como orientación hacia la recuperación.

En los últimos años se ha venido imponiendo en Europa (y en el resto del mundo) la llamada perspectiva (orientación o modelo) de recuperación. Los documentos técnicos europeos se hacen eco entre sus líneas teóricas de esta orientación, que está presente en la Declaración de Helsinki<sup>23</sup>, en el Libro Verde<sup>25</sup>, e inspira los valores del Pacto Europeo por la Salud Mental<sup>26</sup>.

La perspectiva de recuperación<sup>49</sup> implica una ruptura con el tradicional pesimismo pronóstico hacia la enfermedad mental. Se apoya en pruebas disponibles de que en un porcentaje significativo las personas afectadas se recuperan funcionalmente en grado suficiente para poder hacer una vida con un nivel de síntomas tolerable, ser razonablemente independiente y participar de manera significativa en la comunidad. Extrae buena parte de su base empírica del análisis de la experiencia efectiva de usuarios recuperados. Implica cambios importantes en la conducta profesional, que implican una ruptura respecto del modelo profesional manicomial. El modelo de recuperación enfatiza la expectativa de mejoría de la vida de los pacientes y los modelos colaborativos donde el usuario tiene verdadera capacidad de elección.

Los documentos recientes sobre salud mental europeos de OMS y la UE mencionan de manera regular la Orientación hacia la Recuperación entre sus principios rectores. Ello es consistente con otras orientaciones ya mencionadas, como

por ejemplo, que los usuarios tengan ocasión de participar en el diseño y evaluación de políticas sanitarias. Implica que el modelo europeo se propone ir más allá de una orientación meramente asistencial (de tratamiento de la enfermedad) para una de reincorporación a la ciudadanía y a la participación. En sus documentos estratégicos, España también se hace eco de esa orientación<sup>50</sup>.

Reino Unido, por ejemplo, ha publicado en 2009 un ambicioso documento interministerial<sup>51</sup> que interpreta las implicaciones de la perspectiva de la recuperación en el sentido de inclusión social a través del acceso al trabajo.

Las implicaciones prácticas sugeridas de esta idea son variadas, casi siempre en la línea de aumentar la capacidad de la perspectiva de los usuarios de participar en todos los niveles del proceso (tratamiento, rehabilitación, investigación, evaluación, inspección). La visión del concepto en sus implicaciones prácticas está aún bajo discusión y se propone que será necesario un periodo de investigación sobre cómo la noción se aplica y desarrolla realmente<sup>52</sup>.

#### Enfermedad mental, determinantes sociales y prevención

En las líneas de trabajo actuales de OMS Europa hay dos ideas complementarias. Primero que la salud mental debe ser considerada como un factor de gran relevancia dentro del cuidado general de la salud<sup>38</sup>. Ello se argumenta con datos epidemiológicos de gran peso: el 13 % de la carga de discapacidad a nivel global y cinco de las 10 primeras causas de discapacidad se deben a trastornos neuropsiquiátricos<sup>53</sup>. Se enfatiza que las condiciones de salud mental están entre las que tienen más impacto sobre la vida de las personas, medida el impacto de la discapacidad sobre los años vividos. Y en segundo lugar, desde 2003<sup>54</sup> aparece la idea de que la que se alerta de la importancia sobre la salud de los determinantes sociales (y se exhorta a intervenir sobre ellos). Por determinantes sociales se entiende las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Y se llama la atención sobre los diversos factores de ese entorno que determinan la salud.

La OMS consideró dos áreas: la de condiciones de vida (que incluye entornos físicos saludables, trabajo decente, protección social a lo largo del ciclo vital, y acceso a atención sanitaria) y la distribución del poder, dinero y recursos (incluyendo la equidad en el acceso a los servicios, la equidad de género, el empoderamiento político y otros factores).

Al margen de que las consideraciones de este enfoque se superponen con muchas de las aspiraciones que se defienden desde nuestros tradicionales planteamientos de protección a las personas con EM, el interés de mencionar los determinantes sociales sobre la salud mental y la RPS deriva del hecho de que no se trata de abstractas aspiraciones humanísticas, sino que se enfocan como variables con impacto sobre la salud empíricamente demostrables y con consecuencias económicas evaluables.

Se afirma que actuar sobre los determinantes sociales sería la forma más coste efectiva de promover la salud mental y prevenir las enfermedades mentales<sup>55</sup>. Se indica como blancos estratégicos en ese sentido específico: invertir en programas para mejorar las condiciones de la gestación y el neurodesarrollo que combaten el uso de drogas durante el embarazo: promover hábitos saludables como la lactancia materna, apoyar a las embarazadas adolescentes o limitar la exposición de los niños a la violencia.

#### La perspectiva de los derechos humanos

Europa es reconocida como la región mundial con más alto nivel de implementación de DDHH<sup>56</sup>. Sin embargo, la potencia transformadora del concepto de derechos humanos en salud mental sigue siendo destacada.

El Observatorio Europeo también señala que al mismo tiempo que en una gran parte del continente europeo se ha producido un movimiento de alejamiento respecto a los servicios centrados en hospitales, especialmente en los países con mayores ingresos económicos, ha tenido lugar una «reconceptualización» gradual de las necesidades, con mayor hincapié en los derechos humanos y en la inclusión social.

En 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó una resolución por la que se establecía una lista de 30 derechos básicos, e inherentes a la condición humana. En derecho internacional, esta declaración inicial constituyó un documento orientativo que se concretó en Pactos Internacionales de Derechos Humanos, que se convirtieron en tratados internacionales al ser ratificados por los países y entonces adquirieron valor vinculante y eficacia jurídica.

Vasak<sup>57</sup> divide los DDHH en tres tipos: los vinculados al principio de libertad, como el derecho a la vida e integridad física, libre circulación, libertad de pensamiento, sufragio, etc.; los vinculados al principio de igualdad, como el derecho al trabajo, a la seguridad social, a la salud o la educación, y los vinculados al principio de solidaridad universal, como el derecho a la paz o a la calidad de vida, que requieren de esfuerzos coordinados y supranacionales.

Es interesante notar que los del primer tipo son derechos de tipo negativo que exigen la inhibición y no injerencia del poder público en la esfera privada de las personas. En cambio, para su realización efectiva, los de segundo tipo exigen intervenciones positivas de los poderes públicos a través de prestaciones y servicios. Por ejemplo, el derecho al mayor estándar alcanzable de salud física y mental, representa un deber afirmativo para los Estados firmantes de los Tratados Internacionales, que se comprometen a la implementación de programas y al aporte de medios. Es aquí obvio el límite que supone la limitación de recursos propia de cualquier actividad económica, la competición de estos objetivos con otros de los Estados y la necesidad de equidad y justicia en la administración de ese tema.

En Europa, el tratado Básico sobre derechos Humanos es la carta de Derechos Fundamentales de la UE (Charter of Fundamental Rights of the European Union)<sup>58</sup>, que entró en vigor como parte del tratado de Lisboa en 2009. Sobre esa base, en 2007 se ha creado una agencia especial (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA)<sup>59</sup> que tiene proyectos relacionados con salud mental en la línea expresa de la Convención de la ONU de Personas con Discapacidad<sup>60</sup>, y está monitorizando algunos parámetros (por ejemplo barreras en el acceso a servicios de salud a determinados colectivos, etc.)

La OMS y la ONU han trabajado en los últimos años en la dirección de examinar y proteger la situación de las personas con discapacidad, y de entre estos los que padecen problemas de salud mental.

La Asamblea General de la ONU aprobó en 1991 la resolución La Protección a las Personas con Enfermedad Mental y la mejora de la Atención en Salud Mental ("The Protection of persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care", los MI Principles)<sup>61</sup>, que no es vinculante para

los estados, pero representó un hito y una anticipación a reglas posteriores.

En 2006 se aprobó en Nueva York la Convención de Los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>60</sup>, poniendo de relieve los principios de dignidad, no discriminación, inclusión, respeto a la diferencia, igualdad de oportunidades, accesibilidad, igualdad de hombre y mujer, y respeto a la evolución de facultades de niños/as y a preservar su identidad.

Esta norma ha sido ratificada por muchos países y obviamente contiene implicaciones claras en el terreno de la RPS. Ha sido saludada con entusiasmo por las organizaciones de usuarios internacionales y europeos (en este caso representados por WNUSP)<sup>62</sup>, porque según entienden, representa un cambio de paradigma, del paternalismo a los DDHH, habla de autonomía y apoyo, de posibilidad de elegir el tratamiento (o el no tratamiento), de la necesidad de servicios de calidad (y el derecho a no recibirlas).

El terreno de salud mental es muy delicado en tema de DDHH debido a que con frecuencia se plantean situaciones que se considera demandan prácticas restrictivas temporales de determinados derechos individuales del paciente, que la psiquiatría asume y la legislación permite y regula.

Se considera<sup>63</sup> que la relación de los DDHH con la salud mental tiene tres perspectivas. Una, la de que las políticas coercitivas de salud mental pueden colisionar con los DDHH (y de hecho colisionan regularmente); dos, que las invasiones de los derechos afectan dañinamente la salud mental de las personas; tres, que las medidas positivas de promoción de los DDHH y de la salud mental pueden tener efectos sinérgicos, ya que la salud mental y el ejercicio de los derechos están inextricablemente unidos.

Respecto de la primera perspectiva, de hecho, se admite (como se venía haciendo) que en beneficio de la persona, y de la sociedad puede ser necesario el uso de medidas restrictivas y limitadoras de derechos básicos (de autonomía, libertad, propiedad, o privacidad), pero que entran en conflicto con los DDHH si en ese interés se toman medidas arbitrarias, discriminatorias, o en ausencia de un procedimiento adecuado.

En ese sentido, una reciente revisión<sup>64</sup> aporta datos importantes: las medidas cuestionables son relativamente frecuentes, especialmente en salas de urgencias o de agudos, (el aislamiento, entre el 0 y el 66% según diferentes informes; la contención física, del 0,4 al 9,0%). Los informantes se hacen eco de varias revisiones que reportan de una sorprendente falta de estudio sobre la eficacia de esas medidas, y de que tras una investigación sistemática federal en USA sobre la muerte de un adolescente sometido a restricción, se encontraron 152 casos más en la década anterior y estimaron la probabilidad de entre 50 y 150 casos anuales de mortalidad en EEUU asociada a esas medidas. Tras esos estudios (Informe Hartford), se emitieron recomendaciones de aumento de la regulación de esas situaciones y de la vigilancia durante ellas que lograron reducir las contenciones en un 50% y en un 40% su duración, sin menoscabo de la seguridad. El estudio encuentra que el uso de esas medidas correlaciona más con el tipo de centro donde se emplean que con grupos étnicos, o de diagnósticos. En el momento de la publicación, los autores señalaban la ausencia generalizada en Europa de suficiente regulación, en supuestos de contención o aislamiento.

La Unión Europea<sup>65</sup>, creo un grupo de trabajo con representantes de 12 países, para estudiar el tema y emitir recomendaciones. Su trabajo, en la misma línea, enfatiza la necesidad de estandarizar y regular los procesos, y recomienda un conjunto de directivas: mejorar la información al paciente de las razones de su internamiento y de su duración previsible; ser conscientes de los conflictos de DDHH posible durante el ingreso; estimular la participación de la familia en el proceso; mejorar la comunicación entre el hospital y los recursos comunitarios; organizar sobre el tema reuniones seminarios o grupos de trabajo con usuarios; y mejorar la formación de los profesionales sobre afrontamiento de conductas agresivas, aspectos clínicos de los cuadros severos, aspectos legislativos de los ingresos involuntarios y habilidades de comunicación.

Gostin<sup>66</sup> indica tres áreas sensibles que se debe garantizar: el respeto a derechos fundamentales en el internamiento involuntario (la representación legal, la de ser escuchado y la de poder elegir expertos independientes); el derecho a condiciones dignas de confinamiento (a no recibir trato abusivo o degradante, y a tratamientos suficientemente avalados); y a la protección de derechos cívicos (privacidad). Subraya también la perspectiva de la importancia de los derechos humanos de la mujer en la salud mental: situaciones de discriminación, violencia, restricciones en su libertad de elección o en el acceso a la propiedad, o en su rol sexual, tienen un impacto sobre su propia salud mental y potencialmente sobre su descendencia.

La OMS ha publicado recientemente un manual para los estados o ONGs, el WHO Quality Rights tool kit<sup>66</sup> diseñado para difundir y evaluar el nivel de calidad y cumplimiento de los DDHH enfocando expresamente para personas con problemas de salud mental (psiquiátricas, neurológicos o de retraso intelectual), que delimita cinco áreas: el derecho a un adecuado estándar de vida y protección social; al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; al ejercicio de la capacidad legal, libertad personal y seguridad; protección ante la tortura, trato cruel o degradante, castigo o explotación, violencia o abuso; y derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad. Cada área tiene un cuestionario detallado diseñando la evaluación objetiva a través de entrevistas estructuradas a usuarios, profesionales y familiares, informes procedentes de observación o revisiones de documentación, que se pueden usar desde para la evaluación de servicios individuales hasta a escala de un país. Es probablemente el documento práctico más completo y útil en este momento.

El Plan de Acción de la OMS 2013-20<sup>67</sup> se puede considerar una continuación de documentos anteriores, pero con una tendencia muy interesante. Como en documentos anteriores, sin centrarse en la RPS, se refiere de manera especial a los grupos más necesitados de tratamiento y protección, personas con esquizofrenia o trastorno bipolar, demencia, depresión, y también discapacidad intelectual, epilepsia o trastornos de comienzo en la infancia. Pero avanza de manera clara en situar en contexto a los trastornos mentales, relacionándolos con los determinantes sociales: la pobreza, la exposición a violencia o el no respeto a los derechos humanos. También se preocupa de la situación de los niños como una estrategia preventiva y otros grupos vulnerables (inmigrantes, indígenas, personas expuestas a desastres, condiciones abusivas de trabajo). Se hace eco del problema de la reinstitucionalización, o de la negación de los derechos sociales a las personas con enfermedad mental. Se basa en 6 principios y enfoques transversales: la cobertura sanitaria universal, los derechos humanos, la práctica basa-

da en evidencias, un enfoque que abarque el ciclo vital, el enfoque multisectorial, y la emancipación de las personas con enfermedad mental y discapacidades sensoriales.

#### A modo de conclusión

El camino que se abre en la segunda mitad del siglo XX bajo el nombre de rehabilitación psicosocial ha mantenido su vigencia en Europa hasta la actualidad. Sus principios aparecen claramente integrados en los documentos que marcan las expectativas de orientación política sanitaria y social europeas en el futuro. El ámbito de la Rehabilitación Psicosocial se ha ampliado e integrado de manera orgánica como una de las prioridades europeas en el campo de la salud mental. Partiendo de su principio crítico con el modelo de institucionalización dominante, comienza como modelo en que lo prioritario era la recolocación de los pacientes en la comunidad, y pasando por el de desarrollo de servicios y estrategias comunitarias que les aportaran soporte, la RPS ha evolucionado hacia una filosofía del apoyo a la recuperación, en que los usuarios puedan vivir una vida digna con los apoyos comunitarios que necesiten. Crece el interés hacia como los determinantes sociales puedan contribuir al desencadenamiento y cronificación de las enfermedades mentales así como de otras. Por último, la perspectiva de derechos humanos está viendo a reanalisar las relaciones de los usuarios con los servicios y con las estructuras del Estado. La Rehabilitación Psicosocial en Europa es un enfoque plenamente vigente y con perspectivas de desarrollo futuro

## BIBLIOGRAFÍA

1. Javed A. Discurso de clausura del XI Congreso de WAPR, Milán Italia. 2012.
2. Culthbert B, Insel T. New Directions in Diagnosis Research Domain Criteria and Global Mental Health. En Sorel E, coordinador. 21th Century Global Mental Health. Washington: Jones and Bartlet Learning; 2013.
3. Ladrido-Ignacio L. Gingawa, wellbeing in the aftermath of disasters. Manila: Philipine Psychiatrist Associations Ed; 2011.
4. Lain P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat; 1982.
5. Gong F. Budismo y Psicoterapia, una perspectiva. Disponible en <http://www.husuyum.org>
6. Salin A, Jain S. The 300 Ramayanas and the District Mental Health Programme. *Economic and Political Weekly*, June 22, vol XLVIII no 25.
7. Deva P. Mental Health and Mental Health Care in Asia. *World Psychiatry*. 2002;1:118-20.
8. Llorca V. El socorro de los pobres, libertad o regulación. El proyecto humanista de Luis Vives y la Crítica de Domingo Soto. Excerpta e Dissertationubus in Sacra Theologia Vol. XLII, n5.
9. Shorter E. Desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Europa. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
10. Tomov T. Los países del centro y del este de Europa. En Thornicroft G, Tansella M, coordinadores. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Tricasta; 2005.
11. Klein J. Prólogo. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp. XIV. Disponible en <http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
12. Baron E. Constitución y Modelo Social Europeo. *Estudios de Economía Aplicada*. 2009; 27(3): 599-608. Disponible en <http://www.revista-eea.net>
13. Nassar S. La Gran Busqueda. Sabadell: Debate; 2012.
14. Sapir A. Globalisation and the Reform of European Social Models. Bruselas: Bruegel; 2005.
15. Knapp M, McDaid D. Presupuestos y financiación de los servicios asistenciales en Salud Mental. Klein J. Prólogo. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp. 69 y sig.
16. Echeverri O. Sistemas de Servicios de Salud. Principales Modelos. Disponible en [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/oscar\\_echeverry.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/oscar_echeverry.pdf)
17. Ochando C. Estado de Bienestar, retos y opciones de reforma. *Quaderns de Política Económica*. 2005; 9. Disponible en <http://www.uv.es/~qpe/revista/num9/ochan-pre9.pdf>
18. Tratado de Lisboa, en Diario Oficial de la Unión Europea, de 17 de 12 de 2007. Disponible en [http://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ue/Trat\\_lisboa.pdf](http://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ue/Trat_lisboa.pdf)
19. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 18 de 12 de 2000. Disponible en [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
20. Carta de Ljubljana de Reforma de la Asistencia Sanitaria. Disponible en [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/13302/E55363.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/13302/E55363.pdf)
21. Carta de Derechos del Paciente. Disponible en [http://formacion.seguridaddelpaciente.es/docs/declaraciones/CART\\_A\\_EUROPEA\\_DE\\_LOS\\_DERECHOS\\_DE\\_LOS\\_PACIENTES.pdf](http://formacion.seguridaddelpaciente.es/docs/declaraciones/CART_A_EUROPEA_DE_LOS_DERECHOS_DE_LOS_PACIENTES.pdf)
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/>
23. Declaración de Helsinki. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe>
24. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2004. Changing History. Ginebra: World Health Organization; 2004.
25. European Commission. Directorate-General for Health & Consumer Protection: Green paper. Disponible en [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)
26. European Pact for Mental Health and Well Being. Disponible en [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/pact_en.pdf)
27. IMPACT Consortium. Mental Well-Being: For A Smart, Inclusive And Sustainable Europe. Disponible en [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/outcome\\_s\\_pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/outcome_s_pact_en.pdf)
28. Central Intelligence Agencie. The World Fact Book. Disponible en <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
29. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Informe sobre el desarrollo humano 2013. Disponible en [http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013\\_ES\\_Summary.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_ES_Summary.pdf)
30. WHO Regional Office for Europe. Policies and practices in Europe, meeting the challenges. 2008. Disponible en [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)
31. Tzampazi E. Informe de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Documento de Sesión de 28.01.2009 en el parlamento Europeo. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRefId=EP/NONSG-ML+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+PDF+V0//ES>
32. Jenkins R, et al. Base de evidencia en la política y la práctica de salud mental". En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp 114. Disponible en <http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
33. Jenkins R, et al. The Mental Health Country Profile: background, design and use of a systematic method of appraisal. *International Review of Psychiatry*. 2004; 16(1-2):31-47.
34. Lehtinen V, et al. Avances en el tratamiento de las enfermedades mentales. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp 141-61. Disponible en <http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
35. Rose N. Psicofármacos en Europa. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, pp 188. Disponible en <http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
36. Read J, Mosher L, Bentall R. Modelos de Locura. Barcelona: Herder; 2004.
37. National Institute for Clinic Excellence. Core Interventions in the treatment and Management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. UK. Marzo 2009.
38. Organización Mundial de la Salud Comisión Europea. Informe Sin Salud Mental no hay salud. Conclusiones del encuentro Balance de la Promoción y la Atención a la salud mental. Bruselas, 1999. Disponible en <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf/113/113info.pdf>
39. WAPR World Congress Milano 2012. Final Programme.
40. WHO-W APR. Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement. 1986. Disponible en [http://www.wapr.info/World\\_Association\\_for\\_Psychosocial\\_Rehabilitation\\_WAPR/Documents\\_files/WHO\\_WAPR\\_ConsensusStatement\\_96.pdf](http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf)
41. Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M. Reformas en Atención Comunitaria: equilibrio entre Atención Psiquiátrica Hospitalaria y Comunitaria. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en <http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
42. Watts F, Bennet D. Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y Práctica. México DC: Limusa; 1990.
43. Moyano E. Salud Mental en Indigentes. Jano. Octubre 2010. Disponible en [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1764/113/01130117\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1764/113/01130117_LR.pdf)
44. Muñoz M, et al. Características de las personas sin hogar en España. 30 años de estudios empíricos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2003;3(1):100-16.
45. Mental Health Act Commission. Coercion and Consent. Monitoring the Mental Health Act 2007-09.
46. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental Health. *Psychol Med*. 2013; 43: 849-63.
47. Knapp M, et al. Política y práctica de salud mental en Europa: panorámica general. En Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Las líneas futuras de Salud Mental. European Observatory on HealthCare Systems and Policies. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en <http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
48. Ver [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_eurobaro.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf)
49. Farkas M. The vision of Recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*. 2007;6: 4-10.
50. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007. Disponible en [http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRA\\_TEGLA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.mssi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRA_TEGLA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
51. Her Majesty Government. Work, recovery and Inclusion. Employment support for people in contact with secondary care mental Health Services. Disponible en <http://www.dwp.gov.uk/docs/work-choice-work-recovery-inclusion.pdf>
52. Slade, M., Hayward, M.: "Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric". *Acta Psychiatrica Scand*. 2007;116:81-3.
53. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de OMS, Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Prevención de los Trastornos mentales. Informe Compendiado. Ginebra. 2004. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
54. Wilkins R, Marmot M, editors. *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd ed. OMS-Europe; 2003.
55. Satcher D, et al. The social Determinants of mental Health. En Sorel E, coordinador. 21th Century Global Mental Health. Washington: Jones and Bartlet Learning; 2013.
56. Rosenthal E, Sundran C. La Importancia de los derechos humanos internacionales en la legislación nacional sobre salud mental. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/en/WHO\\_chapter\\_hr\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/WHO_chapter_hr_spanish.pdf)
57. Vasak K. Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights. UNESCO Courier 30:11, Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, November 1977.
58. European Union. Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of The European Communities, 18.12.2000. Disponible en [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf)
59. European Union Agency for Fundamental Rights. Disponible en <http://fra.europa.eu/en>
60. Organización de Naciones Unidas. Convención de Los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccrvns.pdf>
61. The Protection of persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care, los MI Principles. Disponible en <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.html>
62. WNUSP. Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2008. Disponible en [http://www.wnusp.net/documents/WNUSP\\_CRPD\\_Manual.pdf](http://www.wnusp.net/documents/WNUSP_CRPD_Manual.pdf)
63. Gostin L, Gable L. The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. 2010, Georgetown Law.
64. Mayoral F, Torres F. La utilización de medidas coercitivas en Psiquiatría. Grupo EUNOMIA. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(5):331-38.
65. Fiorillo A, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiatry*. 2011;26(4):201-7.
66. Organización Mundial de la Salud. WHO Quality Rights tool kit. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/publications/QualityRights\\_toolkit/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/)
67. Organización Mundial de la Salud. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-20. Disponible en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8_en.pdf)