C/2024/6868

28.11.2024

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo

Servicios comunitarios de salud mental

(Dictamen de iniciativa)

(C/2024/6868)

Ponente: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Asesora	Gisella TRINCAS (por el ponente)
Decisión de la Asamblea	18.1.2024
Procedimiento reglamentario	Artículo 52, apartado 2, del Reglamento interno
Sección competente	Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía
Aprobado en sección	4.9.2024
Resultado de la votación (a favor/en contra/abstenciones)	76/1/0
Aprobado en el pleno	18.9.2024
Pleno n.º	590
Resultado de la votación (a favor/en contra/abstenciones)	204/1/3

1. Conclusiones y recomendaciones

1.1. El CESE comparte las metas y los objetivos fijados en la Comunicación de la Comisión Europea sobre un enfoque global de salud mental, en particular las iniciativas emblemáticas que se proponen bajo cada uno de sus capítulos: la integración de la salud mental en todas las políticas, la promoción de la prevención y la intervención temprana frente a los problemas de salud mental, el impulso de la salud mental de los niños, los jóvenes y las personas mayores, la ayuda a los más necesitados, el tratamiento y la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, el fortalecimiento de los sistemas de salud mental y la mejora del acceso a tratamientos y cuidados, la lucha contra la estigmatización y el fomento de la salud mental a escala mundial.

1.2. El CESE considera necesario educar al conjunto de la sociedad en materia de salud mental. En efecto, las estrategias de prevención deben ser capaces de liberar todo su potencial para aumentar la sensibilización de la población y así luchar contra la estigmatización en comunidades abiertas y posibilitar en mayor medida la detección y el diagnóstico de los problemas de salud mental en una fase temprana, con el fin de procurar una intervención oportuna.

1.3. El CESE considera fundamental que los sectores de la educación, el empleo, la asistencia social y la salud mental cooperen para ayudar a las personas a vivir en plenitud. Las políticas deben aspirar a crear un sistema integrado de salud mental, ya que la vida de una persona no depende de una única especialidad. El objetivo es aprovechar todo el potencial de la persona con el fin de ayudarla a encontrar la felicidad, meta a la que aspira todo individuo.

1.4. El CESE secunda el carácter fundamental del empoderamiento y el apoyo a la autorrepresentación para garantizar la plena participación de los individuos en los asuntos que les atañen y para elaborar conjuntamente estrategias y programas en apoyo de las personas que padecen problemas de salud mental. Este planteamiento conlleva planificar, diseñar, prestar atención y evaluar la atención, lo que implicaría inevitablemente crear un programa de soporte técnico y financiero a las formas de autogestión, que normalmente se constituyen en organizaciones sin ánimo de lucro.

1.5. El CESE anima a los Estados miembros, las comunidades locales, los profesionales, las organizaciones de la sociedad civil —entre ellas los interlocutores sociales— y todos los agentes estatales y no estatales a crear un ecosistema de servicios comunitarios en apoyo de las personas que padecen problemas de salud mental en toda Europa. En particular, el CESE subraya las bases del entorno que debe crearse siguiendo las indicaciones que ya ha formulado la Organización Mundial de la Salud (OMS): reducir las hospitalizaciones en los hospitales psiquiátricos (como ya se ha hecho en Italia); abolir las prácticas coercitivas; subsanar los desequilibrios en el poder de los servicios; procurar la transformación de los servicios segregados en prácticas personalizadas; facilitar servicios y profesionales capaces de interpretar la necesidad de una transformación fundada en los derechos humanos partiendo de la dignidad de todo individuo; cambiar el destino de los miles de personas (y sus familias) que padecen problemas de salud mental; y luchar contra la estigmatización también para activar un mecanismo orientado a la inclusión social y la participación en la vida comunitaria.

1.6. El CESE considera fundamental basar el ecosistema en una serie de directrices precisas, entre las que figuran las siguientes: un presupuesto personal que estimule el gasto de los Estados y las comunidades; unos servicios de diagnóstico y tratamiento lo más próximos posible al lugar de residencia del paciente y que sean lugares agradables de visitar; el derecho del paciente a optar por vivir en entornos no segregados que no cuenten en ningún caso con más de tres a cinco camas; unos servicios de empleo, educación y aprendizaje permanente que utilicen estrategias y recursos adecuados y personalizados; unos profesionales que dispongan de formación suficiente y que contribuyan a las investigaciones más avanzadas; y unos servicios de asesoramiento entre iguales, ya que las personas aprenden más de quienes han vivido experiencias similares. A juicio del Comité, el objetivo de establecer unas directrices claras es esencial para fijar normas de referencia.

1.7. El CESE expresa su convencimiento respecto de la necesidad de obtener datos desagregados y estadísticas económicas que permitan a los Estados miembros y las comunidades efectuar una planificación nacional y comunitaria.

1.8. El capítulo sobre los recursos financieros encierra el mayor reto, porque debe tenerse en cuenta la eficiencia en términos de costes. En la actualidad, según la literatura internacional consolidada, la ausencia de medidas y la existencia de servicios segregados acarrean claramente costes muchos más elevados que el trabajo en pro de unos servicios inclusivos, un proceso este último arduo y prolongado que el CESE considera imprescindible emprender si se tiene en cuenta que la Carta de los Derechos Fundamentales es uno de los cimientos sobre los que se sustenta la Unión. Por ello, es necesario efectuar inversiones en todos los niveles para apoyar la adopción de enfoques comunitarios y proceder a la desinstitucionalización.

1.9. El CESE pide que las instituciones europeas e internacionales, los Estados miembros, las comunidades locales, las organizaciones de la sociedad civil organizada —entre ellas los interlocutores sociales— adopten medidas urgentes para organizar la transición. Es deseo del Comité apoyar todas las iniciativas que propicien un amplio consenso con el que superar la constante estigmatización de que adolece el proceso de toma de decisiones. Las personas que padecen problemas de salud mental y las organizaciones que las representan deben asumir todo el protagonismo. Es necesario trazar una vía estructurada propia de la conferencia de consenso que se extienda a las instituciones.

2. **Observaciones generales**

2.1. Los resultados de una encuesta reciente del Eurobarómetro ([1]) han mostrado el creciente grado de preocupación de la ciudadanía europea por los problemas de salud mental y en qué medida se ve cada vez más afectada por ellos: un 46 % de las personas encuestadas declaró haber sufrido problemas emocionales o psicosociales en los doce meses anteriores, mientras que un 89 % se mostró de acuerdo en la importancia de promover la salud mental. En torno a un 25 % afirmó que uno de sus familiares ha tenido problemas para acceder a servicios de salud mental.

2.2. En la Comunicación de la Comisión Europea sobre un enfoque global de la salud mental ([2]) se afirma lo siguiente:

— la salud mental forma parte integrante de la salud;

— se ve influenciada por varios factores (personales, medioambientales, sociales y económicos, así como por la pandemia de COVID-19, la guerra en Ucrania, la inflación y la crisis energética);

([1]) https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032.
([2]) https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_es.

— antes de la pandemia de COVID-19, los problemas de salud mental afectaban a una de cada seis personas en la UE, lo que representaba un coste superior al 4 % del PIB;

— este coste se debe tanto a las crisis mencionadas como a las decisiones políticas y organizativas de los gobiernos;

— afecta a las capas más vulnerables de la sociedad, en particular a la juventud, cuya segunda causa de muerte es el suicidio ([3]).

2.3. Los derechos a la protección de la salud y a acceder a la prevención sanitaria se consagran en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y en el pilar europeo de derechos sociales, en el que se estipula la necesidad de defender estos derechos mediante servicios de buena calidad que respeten los derechos humanos y que sean consensuados entre todas las personas directamente afectadas.

2.4. La Comunicación de la Comisión Europea se basa en tres principios rectores: la disponibilidad de una prevención adecuada y eficaz; el acceso a tratamientos y cuidados de alta calidad y asequibles, y la reinserción social tras la recuperación.

2.5. En su Dictamen «Medidas para mejorar la salud mental» ([4]), el CESE:

— pide que se lleve a cabo una reforma de los sistemas sanitarios de la UE para garantizar la prevención, la detección precoz, el cribado de problemas de salud mental y la aplicación de un enfoque centrado en la persona por parte de la comunidad;

— recomienda añadir un calendario al enfoque global de la salud mental de la UE y dotarlo de financiación suficiente, fijar responsabilidades e incluir indicadores para supervisar los avances, también en el marco del Semestre Europeo. Los planes nacionales de recuperación y resiliencia ([5]) han de incluir más inversiones directas dirigidas al sector sanitario y social;

— apoya el desarrollo de sistemas de salud mental comunitarios fundados en los derechos humanos, centrados en la persona y orientados a la recuperación, que den prioridad a la empoderamiento del individuo y a su participación activa en su propia recuperación, con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen problemas de salud mental y de conformidad con los principios de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), y que se centren en las necesidades de grupos específicos y vulnerables; y

— anima a los interlocutores sociales a que apoyen y promuevan iniciativas destinadas a mejorar las condiciones laborales con vistas a evaluar y eliminar los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo.

3. **Observaciones específicas**

3.1. Con este segundo Dictamen sobre el tema, el CESE pretende suscitar un debate y formular propuestas con miras a atenuar la desconexión entre la palabra y la auténtica acción respecto de la prestación de servicios sociales y de atención a la salud mental.

3.2. La «iniciativa europea de desarrollo de capacidades en materia de salud mental» es la primera de las iniciativas emblemáticas que figuran en la Comunicación sobre un enfoque global de la salud mental. A través de un proyecto de 11 millones EUR que se está ejecutando en cooperación con la OMS, la Comisión Europea apoyará a los Estados miembros en el desarrollo de capacidades con el fin de reforzar y reformar sus sistemas de salud mental.

3.3. En el marco de la novena iniciativa emblemática «Primera iniciativa emblemática de la juventud», la Comisión, en cooperación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), está colaborando con Chipre, Eslovenia, Italia y España (en concreto, Andalucía) para reforzar su capacidad administrativa y estrechar lazos de cooperación entre las administraciones públicas nacionales. Esta iniciativa aspira a mejorar la calidad general de los servicios de salud mental y cuenta con el apoyo del Instrumento de Apoyo Técnico.

([3]) *«The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice»*.

([4]) **Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre las «Medidas para mejorar la salud mental» (**DO C 349 de 29.9.2023, p. 100).

([5]) Planes nacionales de recuperación y resiliencia: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_es.

3.4. En la decimosexta iniciativa emblemática, la Comisión Europea manifiesta su intención de prestar apoyo técnico a los Estados miembros para ayudarles a emprender reformas en materia de salud mental en diversos sectores, destinadas a mejorar la disponibilidad de servicios de salud mental intersectoriales en toda la UE. Cinco proyectos de los Estados miembros han sido seleccionados en el marco de la convocatoria de 2024 del Instrumento de Apoyo Técnico para apoyar la aplicación de reformas en materia de salud mental. El CESE propone adoptar un enfoque de los servicios y varias soluciones basadas en la CDPD, con el fin de definir buenas prácticas que se recopilen y reproduzcan partiendo de un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.

3.5. La OMS subraya la necesidad de reformar toda la legislación que no se ajuste a estos principios. Aboga por revisar las políticas vigentes en materia de servicios sociales y de salud mental y la organización de los mismos para garantizar unos servicios de alta calidad y satisfacer las diversas necesidades de las personas que padecen problemas de salud mental.

3.6. La disponibilidad y calidad de los servicios comunitarios revisten gran importancia, por lo que deben abordarse con carácter de urgencia. Son elementos que a menudo se caracterizan por una desconexión ambigua entre la teoría y la práctica, entre los principios y los modelos organizativos y entre los recursos disponibles y las posibilidades reales de tratamiento y recuperación, lo que se traduce en cambios concretos en las condiciones vitales y el bienestar de las personas y en su vida cotidiana. Los servicios comunitarios deben planificarse a partir de datos estadísticos que deben estar disponibles.

3.7. Ante esta situación, hay que aspirar a empoderar a los usuarios de los servicios para que participen activamente en el diseño conjunto de los servicios y en su propio tratamiento, aumentando la sensibilización y la responsabilidad y supervisando constantemente las normas de calidad y el respeto de los derechos humanos en la prestación de los servicios (por ejemplo, a través del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS ([6]) o de un sistema de evaluación externa de la calidad, entre otros recursos).

3.8. El concepto de enfoque centrado en las personas y basado en las necesidades reales del individuo exige que los profesionales y los servicios apoyen a las personas, las ayuden a recuperar el control de sus vidas en la medida de lo posible según sus circunstancias personales, pero sin desarraigarlas de sus ciudades natales y de sus seres queridos, y las devuelvan al mundo real de los vínculos, las oportunidades y las alternativas, con el fin de contribuir a su recuperación plena. En sí mismo, un tratamiento no puede restituir realidades concretas, como una vivienda, unos ingresos, la posesión de enseres útiles o el propio cuerpo, los cuales, sin embargo, dan sentido, dirección y belleza a los tratamientos. Esto es lo que se conoce como «presupuesto personal» ([7]), que debe estimular el gasto público en salud mental.

3.9. Los servicios comunitarios de salud mental deben estar disponibles en cantidad suficiente, ser accesibles y asequibles, evitar el riesgo de organizarse como meras clínicas especializadas que se limitan a prestar atención en régimen ambulatorio, tienen largas listas de espera, abren solo durante unas pocas horas entre semana y están separadas del resto de la comunidad local, y promover una cultura de derechos humanos. Por otro lado, no deben articularse ni concebirse en torno a fines lucrativos ni caracterizarse por contar con espacios y mobiliarios austeros, a menudo descuidados, y con demasiada frecuencia vacíos, fríos y sin personalidad. Su diseño no debe evocar la sensación de estar en un centro hospitalario en el que se presta una atención superficial a personas «que apenas sufren dolencias» o donde no se atiende a los «pacientes que padecen enfermedades graves difíciles de tratar» que tienen complicaciones para acceder al tratamiento, a los que se deriva casi inmediatamente a centros privados autorizados.

3.10. Todo lo contrario, deben permanecer abiertos a diario y ser espacios accesibles, acogedores y hermosos, unos lugares en los que entablar amistades y meditar, con los que impulsar y guiar a las personas en sus tratamientos y hacia la inserción social en la comunidad local a través de recorridos únicos, personalizados y complejos para reconstruir el sentido, los vínculos y la capacidad de relacionarse y, con ello, recuperar el bienestar. Deben concebirse como instalaciones en las que se preste una atención respetuosa y digna; deben erigirse en «hogares», lugares que permanecen abiertos a diario y a todas horas, un punto de partida para trabajar en un lugar determinado, con una población destinataria definida que no exceda de 80 000 personas; espacios inmersos en las ciudades, cuyos grupos formales e informales puedan acceder a ellos y transformarlos; centros a los que las personas en situaciones de crisis puedan acudir en busca de respuestas y, en caso de necesidad, quedarse un tiempo e incluso pernoctar en ellos.

([6]) WHO QualityRights Tool Kit.
([7]) https://arts.units.it/handle/11368/3029760.

3.11. Con la crisis existe el riesgo de que proliferen las estructuras residenciales, lo que conllevaría la necesidad de disponer de una ingente cantidad de recursos financieros. Además, los modelos existentes parecen exceder sus capacidades de acogida, pues las ocupaciones ya superan las cuarenta plazas, y se encuentran muy alejados de la vida cotidiana de las ciudades y los barrios, pasan desapercibidos, carecen de mobiliario y siguen administrándose como hospitales psiquiátricos, con puertas cerradas y normas autoritarias. A menudo su funcionamiento está desvinculado del de los servicios locales de los lugares donde se encuentran; en ocasiones, operan con equipos totalmente separados y perfiles de trabajo poco apropiados, y dan la sensación de estar completamente aislados de su entorno. Son, en su mayoría, lugares de los que no es posible escapar para llevar estilos de vida o de convivencia más independientes en los que las personas puedan encontrar apoyo cuando lo necesiten y durante el tiempo que sea necesario e integrarse en la comunidad, como han demostrado muchas experiencias positivas, y con costes muy sostenibles.

3.12. Preocupa la excesiva importancia que se ha dado últimamente a las instituciones residenciales. Pareciera que psiquiatras, administradores y representantes políticos necesitaran constantemente disponer de lugares y espacios concretos en los que ejercer control y el poder de encerrar indefinidamente a las personas, en lugar de prestarles cuidados. La comunidad mundial de psiquiatría ha adoptado una posición clara al respecto en un documento específico ([8]).

3.13. Según investigaciones de la Red Social Europea ([9]), el 65 % de las comunidades locales asociadas a ella afirman que los recursos para la desinstitucionalización y la creación de servicios comunitarios no son suficientes. Se argumenta que el proceso es largo y caro y que hay diferencias en la forma en que las distintas comunidades locales deciden invertir recursos. Además, conviene subrayar que suele existir diversidad entre las zonas urbanas y las rurales.

3.14. Los sistemas de convivencia que ya se han probado y evaluado, entre los que se incluyen servicios generales como la vivienda social con un pequeño número de ocupantes que oscila de uno a cinco personas y los hogares colectivos de tres a cinco personas, según decida la persona afectada, deben establecerse cada vez más en instituciones residenciales dentro de ciudades o núcleos urbanos en los que las personas puedan llevar una vida cotidiana y sean libres de salir y participar en la vida comunitaria, donde gracias a la normalidad de la vida diaria puedan escribir su historia, ganar confianza, tener capacidad de elección, poseer bienes, recuperar tiempo y espacio y multiplicar sus posibilidades. es decir, vivir una vida corriente como la de cualquier otra persona. De este modo, también se fomentará el apoyo entre iguales, no solo como forma de posibilitar la convivencia, sino también para facilitar el intercambio de experiencias, impulsar y promover una implicación significativa y de calidad en la comunidad y la sociedad en su conjunto, y permitir a las personas participar en la medida de lo posible con sus propios recursos económicos.

3.15. Las «familias de acogida», que alojan a personas que padecen enfermedades mentales, son una de las experiencias de empoderamiento que figuran en la lista de patrimonio cultural inmaterial de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco).

3.16. Es necesario atender las necesidades específicas de la infancia y la adolescencia en las políticas de salud mental y abordar los retos y las presiones singulares que afrontan (cabe la posibilidad de proponer la creación de servicios especializados y de sistemas de apoyo en los centros educativos).

3.17. Debe promoverse la adopción de enfoques adaptados a distintos colectivos culturales y vulnerables, como las personas mayores, los refugiados, la comunidad LGBTQ+ y las personas con discapacidad, que satisfagan las necesidades específicas de los diferentes segmentos sociales.

3.18. Debe fomentarse la investigación continua sobre intervenciones eficaces en materia de salud mental y el desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas para garantizar que los servicios se basen en los datos científicos más actualizados. A este respecto, los profesionales implicados en la transición deben recibir una formación integral que guarde coherencia con los objetivos que se fijen.

3.19. Por otro lado, el CESE manifiesta su preocupación por la escasez de profesionales de la salud mental. Esta carencia puede solventarse mediante la creación de un sistema minucioso que implique a diversos profesionales en diferentes momentos, en función del estado del paciente, lo que supone un uso más eficaz y eficiente del personal disponible, el cual debe recibir un apoyo psicofísico continuo para prevenir el riesgo de que padezcan un síndrome de desgaste profesional.

([8]) https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_e2e8fbfb2d7a4a168f0df4726c528543.pdf.
([9]) https://socialserviceworkforce.org/wp-content/uploads/2024/03/Enhancing-Community-Care_0.pdf.

3.20. Es preciso seguir ahondando en el papel que desempeña la tecnología en la mejora de los servicios de salud mental, sobre todo en zonas alejadas y desatendidas (los servicios digitales no deben sustituir a los servicios en vivo, aunque sí facilitar su accesibilidad en determinadas circunstancias).

3.21. Es necesario adoptar un enfoque global de la salud mental, como parte de la experiencia vital ordinaria de una persona, que garantice la prevención, la protección, la promoción y el máximo nivel posible de salud mental y que vele por que las personas vivan en plenitud. Ante todo, es necesario educar al conjunto de la sociedad sobre la salud mental. En este sentido, resulta fundamental adoptar estrategias que prevean el apoyo a la autorrepresentación.

3.22. Es esencial elaborar directrices formuladas de manera conjunta que determinen normas claras fundadas en los derechos humanos y establezcan indicadores para todos los asuntos mencionados en el presente Dictamen. Debe preverse un proceso de revisión sistemático para evaluar y adaptar constantemente los servicios de salud mental en función de los resultados y de las necesidades sociales cambiantes.

3.23. Las estadísticas y los datos desagregados, así como los recursos que se inviertan, son fundamentales para destacar la homogeneidad del gasto en los distintos territorios y la coherencia en relación con el objetivo de desinstitucionalización y la creación de servicios comunitarios. En consecuencia, es necesario dotarse de un marco útil para que Estados miembros y comunidades locales puedan evaluar la eficiencia en términos de coste y posiblemente también la necesidad de recursos adicionales.

Bruselas, 18 de septiembre de 2024.

El Presidente
del Comité Económico y Social Europeo
Oliver RÖPKE