



De la exclusión a la inclusión

**El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa**

Un análisis basado en los informes nacionales de los miembros de MHE en los 27 países de la UE

-Informe abreviado-



Traducción al Español a cargo de la Confederación FEAFFES:



**FEAFES**  
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE  
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y  
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Este informe ha sido publicado con el apoyo de la Comisión Europea, DG de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades – Unit E2 Inclusion, Social Policy aspects of Migration, Streamlining of Social Policies bajo el programa de Acción Comunitaria para Combatir la Exclusión Social 2002-2006. La información contenida en esta publicación no refleja necesariamente el posicionamiento u opinión de la Comisión Europea.

Título original: From Exclusion to Inclusion – The Way forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe, editado en 2008 por Mental Health Europe

Edición parcial en castellano:  
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) - 2009

Traductora:  
Elena Calafat Polo  
Revisión:  
María Jesús San Pío Tendero y Esther Navarro Rosinos



*Mental Health Europe – Santé Mentale Europe aisbl.*

### ***Socios de los países implicados:***

#### **pro mente austria/Austrian Federation for Mental Health**

Institute Mental Health Promotion  
Figulystrase 34  
A-4020 Linz  
Austria

#### **VVGG (Flemish mental health association)**

Tenderstraat 14  
B-9000 Gent  
Belgium

#### **Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM)**

Rue Henri Lemaitre, 78  
B-5000 Namur  
Belgium

#### **Public Health Association**

39 Dunav St. floor 3  
BY-1000 Sofia  
Bulgaria

#### **Kinisi Proaspisis Dikeomaton Psychika Asthenon (MI.PRO.DI.PS.A) (Advocacy**

Group for the Mentally Ill (A.G.M.I))  
Phidiou 12  
CY-6011 Larnaca

Cyprus

**Ceska asociace pro psychicke zdravi (Czech Association for Mental Health)**

Jeleni 194-5/9  
CZR-118 00 Prague 1  
Czech Republic

**Project Udenfor**

Ravnsborggade 2 - 4, 3. sal  
DK-2200 Copenhagen  
Denmark

**Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute (ERSI)**

Oie 39  
EE-11615 Tallinn  
Estonia

**Finnish Association for Mental Health**

Maistraatinportti 4A  
FIN-00240 Helsinki  
Finland

**Advocacy France**

5 Place des Fetes  
F-75019 Paris  
France

**Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.**

Am Michaelshof 4b  
D-53177 Bonn Bad-Godesberg  
Germany

**Society of Social Psychiatry and Mental Health**

Meletiou Piga Street 22  
GR-116 36 Athens  
Greece

**"Way Out" Psychiatric Self Help Association**

Jokai-u 24/a  
H-2092 Budakeszi  
Hungary

**Mental Health Ireland**

Mensana House, 6 Adelaide Street, Dun Laoghaire  
IRL-Co. Dublin  
Ireland

**AISMe (Associazione Italiana per la Salute Mentale)**

via Forianini 164  
I-50127 Firenze  
Italy

**Society Skalbes**

Kungu 34  
LV-1050 Riga  
Latvia

**State Mental Health Centre**

Parko -15  
LT-11205 Vilnius

Lithuania

**Réseau PSY-Centre "Oppen Dir"**

3, Rue de la Montagne  
L-4248 Esch-sur-Alzette  
Luxembourg

**Richmond Foundation**

433 St. Joseph High Street  
MT-HMR. 18 St. Venera  
Malta

**Stichting Pandora**

2e Const. Huygensstraat 77  
NL-1054 CS Amsterdam  
Netherlands

**Koalicja na rzecz Zdrowia Psychicznego (Coalition for Mental Health)**

Centrum Zdrowia Psychicznego  
ul. Sobieskiego 9  
PL-02 957 Warszawa  
Poland

**Portuguese Association for Mental Health**

Calçada Da Tapada, 155  
P-1300 Lisboa  
Portugal

**Romanian League for Mental Health**

Sos. Mihai Bravu 90  
96, bl. D17, ap.149  
RO-Bucharest, sector 2  
Romania

**Slovak League for Mental Health**

Sevcenkova 21  
SK-851 01 Bratislava  
Slovakia

**ŠENT – Slovenian Association for Mental Health**

Cigaletova ulica 5  
SI-1000 Ljubljana  
Slovenia

**Confederacion Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental - FEFES**

C/ Hernandez Mas 20-24  
E-28053 Madrid  
Spain

**Penumbra**

Norton Park, 57 Albion Road  
UK-EH7 5QY Edinburgh  
Scotland

# Índice

## Índice

<b>1. Introducción</b>	5
<b>2. Situación actual</b>	7
2.1. Sobre problemas de salud mental	7
2.2. Problemas mentales y exclusión social	8
2.2.1. Estigma, discriminación y auto-estigmatización	8
2.2.2. Exclusión social y desventajas sociales	9
2.2.2.1. Desempleo	9
2.2.2.2. Pobreza	10
2.2.2.3. Sinhogarismo/ Sin Hogar	11
2.3. Política de salud mental en Europa	11
2.3.1. El enfoque europeo para la inclusión social y salud mental	11
2.3.2. Otras políticas e iniciativas Europeas que tienen que ver con la Salud mental	12
2.3.3. Políticas dirigidas a la salud mental en países miembro europeos	14
<b>3. Informes nacionales sobre salud mental e inclusión</b>	14
3.1. Inclusión social de personas con problemas de salud mental	14
3.2. España	26
<b>4. Recomendaciones para fomentar la inclusión social en Europa</b>	30
<b>5. Sobre Mental Health Europe</b>	35
<b>Referencias</b>	36

## 1. Introducción

La salud mental y el bienestar personal son el resultado de la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos. Estos se ven alterados a veces por acontecimientos estresantes que suceden en nuestra vida personal o en nuestro entorno. El nivel de estrés que puede resultar de una alteración varía de un individuo a otro, y puede afectar nuestro bienestar, y la manera en la que nos enfrentamos a nuestras actividades diarias, y causar problemas de salud física.

Situaciones difíciles en nuestra vida personal pueden afectar a nuestro estado de salud mental: la pérdida de un ser querido, crisis o rupturas familiares y el desempleo. Situaciones estresantes que pueden estar ligadas a cambios rápidos en nuestra sociedad afectan también a nuestro estado mental. En la Europa de hoy en día, el desempleo, la inseguridad laboral, la pobreza, el sinhogarismo, la inestabilidad económica y política, afectan a la vida de muchas personas que no pueden ver sus necesidades básicas cubiertas. Muchas personas ven difícil alcanzar sus metas y objetivos y es cuando empieza la desesperación. Las oportunidades para el contacto interpersonal se ven reducidas debido a las nuevas formas y estilos de vida, trabajo y comunicación. Las nuevas tecnologías y el hecho de que en las familias vivan más separados los unos de los otros, hacen que nuestro sistema personal de apoyos se vea debilitado a la hora de enfrentarnos a los desafíos de la vida.

Sentir que uno tiene menos control sobre su propia vida puede conducir a no encontrarle un sentido a la misma, a una pérdida de implicación y a sentimientos de impotencia y desesperanza. Las personas que se ven en estas circunstancias pueden experimentar, en consecuencia, problemas de salud mental que pueden ir desde una depresión a una psicosis, esquizofrenia o trastorno bipolar. Estas enfermedades pueden llevar a la exclusión social y con ello a un empeoramiento de la enfermedad, convirtiéndose en un círculo del que es muy difícil salir.

Determinados factores sociales pueden prolongar esta situación. La pobreza y las privaciones sociales tienen como resultado altos índices de desempleo, unidos a vivienda precaria o al sinhogarismo, exponiendo a los individuos a un alto nivel de estrés con un gran riesgo de padecer un trastorno mental. Vivir en zonas rurales aisladas, de difícil acceso, comunicación y transporte limita a los habitantes de esas zonas a poder recibir los apoyos necesarios. La cantidad de papeles que las mujeres desempeñan en la actualidad hace que también aumente su vulnerabilidad a padecer un trastorno mental. Por otro lado, también a las personas que sufren racismo tienen más probabilidades de padecer algún problema de salud mental.

Los efectos de los trastornos mentales pueden dominar la vida de una persona. Pueden afectar su habilidad de interactuar con otros, de llevar a cabo tareas y de pensar con claridad. Determinadas formas de enfermedad mental pueden producir apatía, falta de interés y motivación, así como una reticencia a involucrarse con otros. Estos síntomas pueden hacer que para una persona sea muy difícil encontrar trabajo, presentarse a entrevistas o enfrentarse a las exigencias de su puesto de trabajo, lo que incluye mantener una buena relación con sus compañeros. Los síntomas generalmente también dificultan el desarrollo y mantenimiento de relaciones de amistad, por lo que aumenta el aislamiento social.

La introducción en la sociedad de una medicación efectiva para tratar trastornos mentales ha hecho que se puedan tratar y disminuir muchos de los síntomas y dolencias relacionadas. Sin embargo, a pesar de los resultados positivos de la medicación, se presentan efectos secundarios que afectan al movimiento y a algunos aspectos de la conducta del individuo, marcando de este modo a las personas

sometidas a un tratamiento como diferentes a sus compañeros de trabajo y vecinos, y creándoles así un estigma.

La estigmatización hacia las personas con enfermedad mental frecuentemente se traduce en la sociedad en un distanciamiento, con reticencia a trabajar junto a personas con enfermedad mental, casarse o tenerles como amigos, lo que les supone segregación y aislamiento social. Los medios de comunicación influyen mucho en la actitud de la gente hacia la enfermedad mental. Contribuyen a incrementar prejuicios en la opinión pública, a través de titulares y noticias y magnificando los pocos casos en los que un ciudadano ha sido agredido por una persona con problemas de salud mental.

Enfrentados a este estigma y a los prejuicios sociales, las personas con enfermedad mental, en muchos casos, se han visto a sí mismas como inferiores. La gran mayoría ha aceptado la imagen que los demás tienen de ellos, creándose sobre sí mismos una imagen desastrosa, lo que aumenta su aislamiento y falta de motivación para alcanzar sus objetivos.

La intención de este informe es resaltar algunos de los impactos que los problemas de salud mental tienen sobre la vida de las personas afectadas. En la primera parte, se expone el vínculo que se establece entre enfermedad mental y exclusión social, explicando algunos aspectos específicos de la exclusión social como pueden ser el desempleo, la pobreza y el sinhogarismo. Este informe también pone de manifiesto las iniciativas políticas que se llevan a cabo para abordar esta situación, en la Unión Europea, tanto a nivel europeo como en los países miembro, y cómo estas iniciativas podrían avanzar para tener un impacto más fuerte.

La segunda parte del informe trata sobre la situación de exclusión social de las personas con enfermedad mental en 27 estados miembro de la Unión Europea, basado en los informes nacionales de los miembros pertenecientes a Mental Health Europe (MHE). Se analizan los problemas y se destacan las buenas prácticas para promover la inclusión social de cada país europeo, así como en Europa en general. La contribución del Método Abierto de Coordinación y, en particular, los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social se evalúan como herramientas para abordar esta situación.

Finalmente, en la última parte del informe se extraen conclusiones y recomendaciones, dirigidas a los políticos y profesionales de este área, para que apoyen iniciativas encaminadas a mejorar la salud mental y el bienestar personal, así como a la inclusión social de todos en Europa.

## **2. Situación actual**

### **2.1. Sobre problemas de salud mental**

Hay diferentes formas de trastornos mentales. Algunos son leves y pueden durar unas semanas, mientras que otros pueden ser más severos y durar toda una vida. Algunos de estos trastornos apenas son perceptibles por los demás, sin embargo otros son muy visibles para el entorno social. Trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia ocasionan una carga importante en los individuos diagnosticados y en la comunidad en que se encuentran, lo que redundará en la mayoría de los casos en mayor estigma y exclusión social.

Se estima que más del 27% de los adultos en Europa experimentan alguna forma de enfermedad mental cada año<sup>1</sup>. La depresión y la esquizofrenia son las formas más comunes de trastornos mentales discapacitantes en la Unión Europea. Para el año 2020, se prevé que la depresión sea una de las principales causas de discapacidad en el mundo occidental<sup>2</sup>.

La depresión puede producir tristeza, pérdida de interés por actividades habituales y bajo nivel de energía. Además, pueden aparecer otro tipo de síntomas como: pérdida de confianza y autoestima, sentimientos de culpa, baja concentración, alteraciones del sueño y el apetito e, incluso, ideas de muerte y suicidio. El tener sentimientos depresivos es bastante común, sobre todo después de la muerte de un ser querido, rupturas familiares y desempleo. Sin embargo, cuando los síntomas persisten durante semanas, puede tratarse de un trastorno depresivo.

La depresión puede variar de leve a severa, como en el caso del trastorno bipolar. Algunas veces son episodios puntuales, pero en otras ocasiones pueden ser recurrentes o crónicos. Los síntomas de una depresión pueden manifestarse de diferente manera en hombres y en mujeres. La depresión puede afectar al individuo en cualquier edad o momento de su vida, aunque en la mayoría de los casos se da en una edad media, así como en la adolescencia y la juventud. Sin embargo, los actuales cambios demográficos han llevado a un aumento de la depresión en personas mayores.

La esquizofrenia es un trastorno severo que a menudo empieza en la adolescencia tardía o a principios de la vida adulta. Se caracteriza por significantes alteraciones del pensamiento y la realidad así como por emociones inapropiadas. El creer en ideas falsas (delirios) que no tienen una base real, lleva a actuar de manera inhabitual y con resultados negativos. La evolución de la esquizofrenia varía: hay un tercio de personas con esta enfermedad que se recuperan totalmente, pero también hay otras que pueden verse afectadas por episodios recurrentes o crónicos, que dificultan de algún modo una recuperación social completa.

Los avances en los tratamientos farmacológicos, terapias médicas y psicológicas hacen que muchas personas con esquizofrenia puedan lograr una recuperación duradera. Sin embargo, una vez que se han reducido los síntomas más agudos pueden perdurar otros síntomas como son: falta de interés e iniciativa personal para realizar actividades cotidianas y laborales, falta de habilidades sociales e incapacidad para disfrutar de actividades lúdicas. Estos síntomas que prevalecen, pueden llevar al individuo a tener una baja calidad de vida y suponer una carga para sus familias<sup>2</sup>.

## **2.2. Problemas mentales y exclusión social.**

Los problemas de salud mental pueden verse, en ambos casos, como causa y consecuencia de exclusión social. Existen una serie de factores de riesgo que influyen en el desarrollo de los problemas de salud mental. Estos pueden ser desventajas socio-económicas (pobreza), desempleo, condiciones de vida precarias o sinhogarismo, pertenecer a un grupo minoritario que experimente algún tipo de racismo o discriminación y ser madre adolescente o padre/madre soltero/a.

Una vez que el problema de salud mental se manifiesta puede haber un impacto negativo en el trabajo, en los ingresos, en adquirir una vivienda digna, en tener acceso a servicios sociales y en formar parte de una red social. Al verse apartadas de muchas necesidades básicas de la vida, las personas con enfermedad mental se enfrentan a una situación social y económica precaria, al aislamiento y a la exclusión social.

El estigma y la auto-estigmatización están entre los factores clave que contribuyen a la exclusión social de las personas que tienen problemas de salud mental. El vínculo entre salud mental enferma y exclusión social se hace evidente a través de tres factores principales de desventaja social: desempleo, pobreza, y sinhogarismo.

### **2.2.1. Estigma, discriminación y auto-estigmatización**

El concepto de estigma es fundamental para comprender las experiencias de exclusión social de las personas con problemas de salud mental. El estigma generalmente se refiere a cualquier característica, rasgo o trastorno que etiquete a una persona como diferente respecto a una "normal", provocando una intolerancia o incluso un castigo hacia ella por parte de la comunidad<sup>3</sup>. Las investigaciones relacionadas con la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental globalmente evidencian que, en la mayoría de los países, estas personas no son consideradas tan válidas como las demás personas.

Las experiencias principales relacionadas con el estigma son la culpabilización por parte de otros, así como, sentir vergüenza de uno mismo. El resultado, en la mayoría de los casos es rechazar y evitar a las personas con enfermedad mental<sup>4</sup>.

Según un estudio europeo del Eurobarometer en los 15 países miembro de la Unión Europea en 2003<sup>5</sup>, las personas con problemas de salud mental eran percibidas más frecuentemente como que no tienen "las mismas oportunidades de encontrar trabajo, mejorar su formación o su puesto de trabajo" que el resto de la población. El 87% creía que las personas con enfermedad mental tenían menos posibilidades que cualquier otra persona: Un índice mucho más alto que para las personas con una discapacidad física (un 77 %), para las personas mayores de 50 años (71%), y para las personas de una etnia minoritaria (62%). Porcentajes muchos más bajos que el que se refiere a las personas con enfermedad mental son para los que creían que personas jóvenes u homosexuales tendrían menos oportunidades.

La estigmatización de las personas con problemas de salud mental tiene lugar en muchas áreas de la vida: en la familia o el hogar, en las relaciones personales, en el trabajo o en actividades de ocio o tiempo libre, en viajes, seguros y servicios financieros, deudas y en los derechos propios de un ciudadano, como ejercer su derecho al voto o tener acceso a una atención sanitaria digna. El concepto abarca tres principales problemas: la ignorancia (por el poco o incorrecto conocimiento sobre la enfermedad mental), el prejuicio (miedo, ansiedad y rechazo ante estas personas) y la discriminación (en muchos aspectos de la vida familiar, personal y laboral)<sup>6</sup>.

Otra reacción común es que las personas con enfermedad mental que presienten este rechazo y discriminación se imponen a sí mismas una forma de auto-estigmatización. Esta reacción va frecuentemente ligada a sentimientos de vergüenza resultantes parcialmente de sentimientos de culpa, de fallo de moral, de debilidad y también como resultado de la discriminación de los otros. Sin embargo, incluso cuando no hay una conducta discriminatoria por parte de los otros, la sensación de que ha habido una decepción o un fallo por parte de la persona que experimenta el problema de salud mental, tiene un impacto aplastante. El resultado final es que las personas sufren de baja autoestima, inseguridad personal, depresión, baja satisfacción con la vida y falta de empleo.<sup>7</sup>

## 2.2.2. Exclusión social y desventajas sociales

La exclusión social es un problema multidimensional, y los diferentes aspectos que la componen, si no son superados, en la mayoría de los casos pueden provocar un empeoramiento de la enfermedad o también dificultar la recuperación. Las mayores fuentes de exclusión social y desventajas sociales son: el desempleo, la pobreza y el sinhogarismo. Para las personas con problemas de salud mental la recuperación va muy ligada a la oportunidad de acceder a un empleo, vivienda y poder optar a tratamientos y apoyos.

### 2.2.2.1. Desempleo

Las personas con problemas de salud mental tienen los índices más bajos de empleo en toda Europa. Los índices de desempleo de personas con una enfermedad mental leve como puede ser una ligera depresión es dos veces mayor que las personas que no sufren ninguna enfermedad o discapacidad. El índice de desempleo de personas con una enfermedad mental grave, como puede ser la esquizofrenia es tres veces mayor que las personas que no sufren ninguna enfermedad o discapacidad.

Incluso en los lugares dónde trabajan personas con problemas de salud mental, existen grandes diferencias retributivas entre las personas con y sin discapacidad. En Alemania, los ingresos económicos de personas con discapacidad son un 35% más bajos que para las personas sin discapacidad. En Irlanda el 20% menos, y el 6% menos en Suecia. Además, en Europa el 9% de las personas discapacitadas en edad de trabajar no poseen ningún ingreso, por trabajo o prestaciones económicas. Este 9% representa el 1.4 por ciento del total de europeos en edad de trabajar<sup>8</sup>.

En muchos casos, la exclusión se inicia en la infancia. En algunos países europeos, los niños con problemas de salud mental no asisten al colegio por la falta de infraestructura de los mismos colegios para atenderles. Un alto índice de jóvenes con enfermedad mental abandona los estudios sin obtener un título, son excluidos del colegio, son infravalorados y, como resultado de este continuo estigma y discriminación, no tienen aspiraciones para su futuro<sup>9</sup>. El desempleo aumenta dramáticamente en personas con problemas de salud mental de más de 50 años. En algunos Estados miembro, las barreras al empleo se traducen en índices de empleo de mujeres con alguna discapacidad física o psíquica mucho menores que los índices de mujeres sin ninguna discapacidad.

En la Unión Europea, un gran número de personas con problemas de salud mental son contratadas en puestos de trabajo protegidos. Estas iniciativas ofrecen una forma de ocupación pero los salarios son normalmente muy bajos, en muchos casos más bajos que el salario mínimo permitido. El empleo protegido ofrece escasas posibilidades de progresar al mercado laboral ordinario. En Bélgica, Francia, España,

Irlanda y Escocia menos del 3% empieza con un trabajo en el mercado laboral ordinario cada año.<sup>8</sup>

En lo referente a las prestaciones económicas asociadas al desempleo, la mayoría de países europeos proporcionan una protección social a modo de sustento económico a aquellos que no pueden trabajar. Las personas con problemas de salud mental reciben más a menudo una pensión de incapacidad por su enfermedad que el subsidio de desempleo. Sin embargo, esto clasifica a estas personas como económicamente inactivas en vez de desempleadas, lo cual dificulta que puedan acceder de nuevo al mundo laboral o beneficiarse de algún servicio social para encontrar trabajo.

Además, el solicitar y recibir estas pensiones normalmente es un proceso largo, para luego caer en el riesgo de la “trampa de la prestación”. En esta situación, las personas que obtienen un trabajo retribuido se vuelven económicamente vulnerables. Para las personas con problemas de salud mental, que debido a su enfermedad o la posibilidad de una recaída, tienen pocas posibilidades de volver a enfrentarse al estresante proceso de solicitar una ayuda financiera, la única opción que les queda es permanecer con estas prestaciones económicas.

#### 2.2.2.2. Pobreza

La pobreza y las desventajas económicas están frecuentemente asociadas a problemas de salud mental. En muchos casos, son fuente de estrés, que a su vez representan factores que contribuyen al desarrollo de una enfermedad mental grave. Y a la inversa, el tener un problema de salud mental puede convertirse en un obstáculo en la capacidad de las personas para cambiar sus ingresos o situación financiera. Las recaídas y crisis hacen que sea difícil mantener un puesto de trabajo, o también puede que se enfrenten al estigma y la discriminación, lo cual les impide poder incorporarse al mercado laboral.

Un estudio sobre trastornos mentales severos y pobreza, que se llevó a cabo en Gran Bretaña en el 2000<sup>10</sup>, encontró que un trastorno psicótico era 17 veces más común en aquellos que tenían unos ingresos entre 100 y 200 libras por semana, y 35 veces más común en aquellos que ganaban menos de 100 libras semanales, todo ello comparado con los que ganaban más de 500 libras por semana. Además, un tercio de los encuestados diagnosticados con un trastorno psicótico reconocían tener deudas. Entre esas deudas las más comunes eran: impuestos, teléfono, alquiler, electricidad, agua, pedidos por correo. Uno de cada diez encuestados (con trastorno psicótico) reconocía que le habían cortado el teléfono por no poder pagarlo, lo cual dificultaba su integración social.

La consecuencia de unos ingresos bajos, paro y una situación laboral poco estable hace que muchas personas con problemas de salud mental dependan de unas prestaciones sociales como únicos ingresos. Los problemas financieros que experimentan los padres y madres que dependen de subsidios económicos, por que no pueden, debido a la enfermedad incorporarse al mundo laboral, contribuyen a la pobreza de sus hijos<sup>11</sup>. Es incluso más duro para los hijos de familias monoparentales.

Un estudio realizado a 2000 familias viviendo en situaciones familiares precarias determinó que vecindarios desfavorecidos afectaban a la salud mental de los padres y viceversa, y en consecuencia a la pobreza y bienestar de los niños<sup>12</sup>.

### 2.2.2.3. Sinhogarismo.

El bienestar y la salud mental están también muy relacionados con el entorno físico. Vivir en viviendas inseguras y precarias, con problemas de sobrepoblación y ruido, puede constituir una fuente de estrés e incluso enfermedad física y mental. El índice de problemas de salud mental entre personas sin hogar, es especialmente elevado. Las formas más comunes de enfermedad mental entre personas sin hogar son: esquizofrenia, depresión y otros trastornos afectivos, alcoholismo y adicción a otras sustancias. Menos de un tercio de las personas sin hogar con trastorno mental, recibe tratamiento. Para las personas mayores, la enfermedad mental puede convertirse en una entrada al colectivo de personas sin hogar<sup>13</sup>.

Un estudio de casos-control de hombres sin hogar diagnosticados con esquizofrenia<sup>14</sup> descubrió que un tercio de ellos se quedó sin hogar tras el inicio de la psicosis. Este dato da algo de esperanza a la hora de prevenir el sinhogarismo de ese porcentaje de hombres con esquizofrenia.

Las historias de la infancia de personas sin hogar, revelan una alta prevalencia de cuidados institucionales. Un estudio realizado, que comparaba gente sin hogar con y sin enfermedad mental<sup>15</sup>, revelaba que ambos grupos eran similares en términos demográficos y en sus experiencias de pobreza infantil.

Sin embargo, las personas encuestadas sin hogar y con enfermedad mental reflejaban un mayor porcentaje de casos de tutela durante la infancia, de abusos físicos o sexuales o de haber tenido como principal cuidador a una persona con una discapacidad física o mental.

## **2.3. Política de salud mental en Europa**

En los últimos años, el bienestar y la salud mental tienen mayor presencia entre las áreas de interés de los políticos. Recientes políticas europeas han dado un paso importante. De un enfoque limitado, que veía los trastornos mentales como algo que sólo afectaba al ámbito de la psiquiatría, a reconocer la salud mental como un factor social crucial, con grandes y amplias implicaciones para los servicios socio-sanitarios, la vida familiar, el mercado laboral y para la comunidad en general. Las principales políticas y acciones europeas dirigidas a la salud mental y al bienestar, incluyen iniciativas en los campos de inclusión social, salud pública, derechos humanos e investigación.

### 2.3.1. El enfoque Europeo de la inclusión social y la salud mental

El consejo Europeo de Lisboa de Marzo de 2000, paralelo al desarrollo de la Estrategia de Lisboa de crecimiento y empleo, estableció a un nivel europeo el conocido Proceso de Inclusión Social con la intención de hacer un impacto decisivo a la hora de erradicar la pobreza y la exclusión social para el 2010.

Desde entonces, la Unión Europea ha establecido un proceso para el desarrollo de estrategias nacionales, así como una política de coordinación sobre los temas relacionados con la pobreza y la exclusión social entre todos los países miembro, conocida como el Método Abierto de Coordinación. Bajo este método, los Estados acuerdan unas metas u objetivos comunes que guíen todo el proceso. Acuerdan unos indicadores comunes para poder medir el progreso hacia los objetivos. Preparan

unos informes de las estrategias nacionales, en los que los países miembro especifican sus planes de acción y acuerdan el tiempo en que los llevarán a cabo para conseguir los objetivos comunes, y evalúan estas estrategias conjuntamente con la Comisión Europea.

Para apoyar las iniciativas que se llevaban a cabo bajo el Método Abierto de Coordinación, se estableció un Programa de Acción Comunitaria para combatir la exclusión social 2002-2006. Este programa proporcionaba un práctico marco común para el intercambio de buenas prácticas y también para un aprendizaje mutuo. El nuevo programa integrado europeo para el empleo y la solidaridad social, PROGRESS (2007-2013) apoya estos objetivos y contribuye a la Estrategia de Lisboa de concentrarse en proporcionar puestos de trabajo e igualdad de oportunidades para todos, asegurándose que los beneficios del crecimiento y empleo de Europa lleguen a todos en nuestra sociedad.

Desde que se estableció en el año 2000, el Método Abierto de Coordinación resaltó lo bien que lo hacían muchos países en ciertas áreas, a la vez que animaba a otros países a mejorar su situación. También sentó unas bases para el diseño de políticas que involucrasen a ONGs, autoridades locales y regionales y a aquellos que trabajan con personas que experimentan pobreza y exclusión social.

Una reciente iniciativa europea tiene como objetivo abordar la pobreza y promover la inclusión, más allá del mercado laboral, adoptando una nueva estrategia para “la inclusión activa”. Esta nueva propuesta combina tres elementos cruciales para asegurar la integración de las personas más desfavorecidas en el mercado laboral, adecuar unos ingresos de apoyo, un acceso a mercados laborales integrados y a una calidad en los servicios sociales<sup>16</sup>.

A pesar de todas estas iniciativas para combatir la exclusión social a nivel europeo, el enfoque de la Unión Europea que se ha adoptado para abordar la situación que viven las personas con enfermedad mental, es dirigirse a la categoría de personas discapacitadas, como la de un grupo vulnerable que se enfrenta a un mayor riesgo de pobreza, exclusión social y discriminación. La Unión Europea está trabajando en reducir la distancia en los índices de colocación laboral entre las personas con discapacidad y sin discapacidad, a través de la puesta en práctica de medidas activas para el empleo en el ámbito de cada Estado miembro.

Sin embargo, la enfermedad mental y la discapacidad, tanto la física como la intelectual, son muy diferentes. Las personas con enfermedad mental necesitan atención en salud mental y servicios sociales de apoyo, pero no tienen impedimento intelectual, por lo que pueden vivir, trabajar, y aprender de forma independiente cuando su problema de salud mental está controlado. Sólo reconociendo estas diferencias, estos grupos pueden disponer de los sistemas de apoyo adecuados.

### 2.3.2. Otras políticas e iniciativas Europeas que abordan la salud mental

En el área de salud pública, el primer Programa de Salud Pública de la Unión Europea 2003-2008 se estableció como el principal instrumento para la acción en el ámbito Comunitario en salud mental. Está basado en el artículo 152 del Tratado de la Comunidad Europea. El Segundo Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud (2008-2013) se constituye a partir de los logros del primer programa, para contribuir al alcance de un alto nivel de salud mental y una mayor equidad en materia sanitaria en la Unión Europea.

En el 2005, el Libro Verde de la Salud Mental de la Comisión Europea<sup>17</sup>, lanzó una extensa consulta. El documento remarcó la relevancia de la salud mental para algunos de los objetivos políticos estratégicos de la Unión Europea (prosperidad, solidaridad y justicia social y calidad de vida de los ciudadanos), propuso el desarrollo de una estrategia en el área de salud mental a nivel europeo e impulsó posibles prioridades y sugerencias para acciones futuras.

Según la decisión del Consejo de Ministros de Empleo, Asuntos Sociales, de Igualdad de Oportunidades, de Salud y Protección del Consumidor del 6 de diciembre del 2007, para el seguimiento del Libro Verde se organizaría una conferencia de alto nivel en materia de salud mental, poniendo especial atención en los temas de prevención del suicidio, salud mental en educación y en la juventud, salud mental en el lugar de trabajo y en las personas mayores. Se esperaba poder establecer a raíz de esta conferencia, un Pacto intersectorial Europeo en materia de salud mental<sup>18</sup>.

La Promoción de la Salud Mental y la prevención de problemas de salud mental están recogidos en la Estrategia Comunitaria 2007-2012 para salud y seguridad en el trabajo. Según esta estrategia, el lugar de trabajo puede ser un lugar apropiado dónde prevenir problemas psicológicos y fomentar una mejor salud mental<sup>19</sup>. Esta propuesta está respaldada por Directivas, guías y informes que se han elaborado sobre tiempos de trabajo, el estrés relacionado con el trabajo y la violencia en el trabajo, respectivamente<sup>20</sup>.

Bajo el Sexto Programa Marco de la Unión Europea para la Investigación 2002-2006, se fueron proporcionando oportunidades de financiación en salud mental y bienestar para proyectos que llevasen a cabo actividades de investigación en el campo de enfermedades y trastornos neurológicos; en ciencias de la vida y salud, políticas relacionadas con la salud pública y calidad de vida y mejoras en la calidad de vida<sup>21</sup>. El objetivo principal de investigación en la salud, bajo el Séptimo Programa Marco 2007-2013, es entre otros, mejorar la salud mental de los ciudadanos europeos, en particular, fomentando los cuidados en salud mental y la prevención de trastornos en la infancia y adolescencia, corregir las desigualdades en temas relacionados con la salud; evaluando las estrategias de prevención en el suicidio; y optimizar la asistencia sanitaria a los ciudadanos europeos<sup>22</sup>.

Los planes anuales del Segundo Programa de Acción Comunitaria en el Área de Salud, de la Estrategia de Seguridad y Salud Laboral, como también el Séptimo Programa Marco de Investigación, serán instrumentos claves para apoyar los objetivos de la recientemente adoptada estrategia europea **“Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”**. Basándose en trabajos actuales, esta estrategia pretende proporcionar, por primera vez, una estructura global en los temas comunes referentes a la salud, incluyendo los temas relacionados con salud mental<sup>23</sup>.

En el terreno de los derechos humanos, el principio general de la ley europea que se aplica a las personas con problemas de salud mental, es el principio de discapacidad, basado en la no discriminación. El artículo 21 (1) de la Carta de los Derechos Fundamentales -proclamada en diciembre de 2000, y ratificada por todos los países miembro del Tratado de Lisboa- prohíbe toda discriminación hacia cualquier persona por motivo de discapacidad.

El artículo 13 del Tratado de la Comisión Europea proporciona una base legal para una actuación apropiada a la hora de combatir la discriminación por motivos, entre otros, de discapacidad. Según dicho artículo, la Unión Europea instauró una estrategia para combatir la discriminación que incluye una Directiva que establece un marco de

referencia para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, entre otros, en cuestión de discapacidad y el Programa de Acción Comunitaria 2001-2006 para Combatir la Discriminación.

El programa PROGRESS 2007-2013 englobará un número de programas europeos existentes bajo un mismo enunciado, incluyendo el programa de no-discriminación<sup>24</sup>.

### 2.3.3. Políticas de Salud Mental en Estados miembro europeos.

Aunque existan numerosas políticas e iniciativas europeas dirigidas a la salud mental, de una forma más o menos directa, los objetivos de estas políticas no se implementan de igual manera en toda Europa, hay una gran variedad de planes de acción e iniciativas en salud mental en los diferentes estados miembros, lo que destaca la diversidad que existe en Europa y la importancia de intercambiar información, así como sistematizar y coordinar.

En todos los países europeos se lleva a cabo algún tipo de actividad para promover el bienestar y la salud mental de todos, a la vez que se apoya la inclusión social de aquellas personas con un problema de salud mental. Algunas acciones son coordinadas y económicamente sostenibles, mientras que otras se realizan *ad hoc* y requieren apoyo y sostenibilidad. Además, hay una gran variedad en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud mental como resultado de las diferentes circunstancias, tradiciones y culturas en los Estados miembro<sup>25</sup>.

La diversidad existente en el ámbito de la salud mental en los Estados miembro, dificulta el hecho de llegar a conclusiones o proponer soluciones uniformes. Sin embargo, las políticas nacionales en salud mental son vitales a la hora de cubrir las necesidades sociales y sanitarias de las personas con enfermedad mental.

## 3. Informes nacionales sobre salud mental e inclusión social

### 3.1. Inclusión social de personas con problemas de salud mental en Europa.

**Mental Health Europe** (Salud Mental Europa) es una red europea, que representa asociaciones, organizaciones e individuos de toda Europa que trabajan activamente en el área de la salud mental en Europa. Desde la adopción de la agenda política social europea en el 2000, en la que se expusieron unos objetivos comunes para combatir de igual manera la pobreza, y fomentar la inclusión social, la organización **Mental Health Europe** ha trabajado con intensidad para mejorar la inclusión de personas con problemas de salud mental, preparando unas recomendaciones, y proporcionando ideas de buenas prácticas. También ha apoyado a miembros a participar y hacer aportaciones en el diseño de las políticas a nivel nacional a través del Método Abierto de Coordinación.

En estos últimos años, se ha hecho evidente la necesidad de reconocer las necesidades de las personas con enfermedad mental, en lo que se refiere a su total integración en la sociedad. Sin embargo, para tomar decisiones y acciones adecuadas a todos los niveles administrativos y de la comunidad, es necesario tener una valoración de la actual situación en lo que a inclusión social se refiere. También resulta imprescindible obtener una evaluación de los desafíos y necesidades que todavía existen y deben cubrirse.

Una valoración general de la situación actual de la inclusión social de personas con enfermedad mental en los países miembro de la UE revela muchas similitudes a la vez que diferencias. Las similitudes tienen relación con cuestiones estructurales que aparecen en la mayoría de los países miembro cuando se trata de políticas y prácticas en el área de salud mental. Las diferencias entre los países miembro se hacen relevantes, en cuanto a las medidas que se adoptan para enfrentarse a los desafíos y necesidades existentes.

En el área **de salud y servicios sociales**, el tema más importante a destacar en este informe, que surge del análisis realizado en los diferentes países, es que prevalezca un modelo médico de las enfermedades psiquiátricas. Se enfoca casi exclusivamente en curar la enfermedad mental, sin prestar mucha atención a otras necesidades sociales. En algunos casos, el problema mental puede durar toda una vida, por tanto son imprescindibles unas soluciones que permitan mejorar la calidad de vida de la persona con problemas de salud mental y su reintegración en la sociedad. Sin embargo, en la mayoría de países hay una falta de sistemas alternativos en la comunidad para la atención en salud mental y rehabilitación psicosocial, como también una falta de legislación para apoyar tales iniciativas.

Otro punto que surgió en la mayoría de informes nacionales, era la falta de conexión entre el área de salud y el área social. Esto a menudo desemboca en una falta de estrategias coherentes y continuidad en proporcionar unos servicios adecuados a las personas con problemas de salud mental. Otros temas relacionados que deberían integrarse para asegurar el camino hacia la promoción de la inclusión social de personas con enfermedad mental es asegurar sistemas de pensiones, rehabilitación, educación-formación laboral y políticas de empleo.

En muchas ocasiones se ha descrito el área de salud y servicios sociales como un área que no ha tenido en cuenta la participación de los propios usuarios y familiares a la hora de diseñar políticas de mejora para dicha área. También parece haber una falta de comunicación e interacción, entre médicos de familia, psiquiatras y trabajadores sociales. Como también a otros niveles entre autoridades locales, regionales y nacionales.

Existen unas mejoras positivas por lo que a salud mental y área social se refiere, que deben ser mencionadas que incluyen los casos de Dinamarca y Estonia. Estas mejoras garantizan el acceso gratuito a la atención sanitaria a todos los niveles, de las personas con problemas de salud mental, que en la mayoría de los casos no tienen recursos económicos para costear su tratamiento. Se ha conseguido un mayor logro en estos países, donde la mayoría de unidades psiquiátricas están integradas en los hospitales.

En Alemania, también se ha completado con éxito el paso de los hospitales psiquiátricos a unidades psiquiátricas. Sin embargo, el proceso ha llevado a servicios muy especializados para personas con problemas de salud mental que mantienen la exclusión social en vez de estar más integrados en la comunidad. Un factor importante para asegurar las mejoras que van dirigidas a la inclusión social en la atención socio-sanitaria son las medidas legislativas, como se han conseguido en Escocia y Suecia, las cuales incluyen una agenda de inclusión social.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en los servicios de salud y sociales**

- Intensificar la comunicación e interacción entre el área de salud y el sector social y asegurar acciones integradas.
- Asegurar la implicación y participación de las personas con problemas de salud mental y sus familias en el diseño de políticas y procesos de decisión.
- Complementar el proceso de des-institucionalización, aumentando el desarrollo de soluciones alternativas en los servicios sociales y sanitarios en la comunidad.

En el área de **educación y formación**, el abandono de los estudios debido a la enfermedad mental, es uno de los problemas principales en la mayoría de los países. Los estudiantes con enfermedad mental, normalmente se ven forzados a dejar el colegio o la universidad, como resultado de varios factores; la intolerancia, el miedo/estigma, la falta de flexibilidad en los programas educativos o la inexperiencia del profesorado para tratar con este tipo de patologías. En la mayoría de los países, el apoyo que proporciona el centro educativo a las personas excluidas está centrado en la discapacidad. En Bélgica/ región de Valona, existen algunas escuelas especiales para alumnos con problemas de salud mental, sin embargo este tipo de escuelas segregan por naturaleza y fomentan más la exclusión.

En la mayoría de países, no existen políticas educativas específicas dirigidas a jóvenes y adultos con problemas de salud mental. El camino que se recorre desde los trabajos protegidos a la inserción al mundo laboral, depende mucho de la buena voluntad de los empresarios. Esta falta de oportunidades laborales lleva a una exclusión. Las iniciativas que existen en programas de formación profesional o programas de rehabilitación dirigidos a la inclusión social, son la mayoría ofrecidos por ONGs, que encuentran mucha dificultad para mantener económicamente dichos programas. En otros países, como por ejemplo en Chipre, no existe ningún tipo de programa de formación profesional o inserción laboral para personas con problemas de salud mental.

Las acciones que han ayudado a promover la inclusión social de alumnos que experimentan episodios de enfermedad mental incluyen la decisión que tomó el gobierno Belga/Flamenco, de tener en cuenta la enfermedad mental de estos alumnos a la hora de ser evaluados. En la misma región como también en Austria, se han creado iniciativas para la concienciación en bienestar y salud mental y, también para promover la prevención de trastornos mentales, en etapas tempranas en la educación. Sin embargo, estas iniciativas siempre se han visto limitadas por disponer de pocos o escasos recursos económicos. Con referencia a instituciones académicas, diez universidades se reunieron en Polonia y organizaron una red de asistencia e información de los servicios que podían disponer las personas con problemas de salud mental. Algo parecido ocurre en Eslovaquia, dónde existe un programa especial para estudiantes mayores de 25 años y que viven de una pensión. Este programa ha

permitido a muchos estudiantes con problemas de salud mental seguir con sus estudios.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en la educación y formación:**

- Promocionar la detección temprana y prevención de trastornos mentales en la escuela y desarrollar políticas específicas en educación, dirigidas a alumnos con problemas de salud mental.
- Crear servicios de información y apoyo tanto en las escuelas como en las universidades, para ayudar a alumnos con un problema de salud mental a completar su educación.
- Aumentar el apoyo (financiero) a las ONGs y a otros organismos para que puedan proporcionar formación profesional y rehabilitación a personas con problemas de salud mental.

En el área de **trabajo**, las personas con un problema de salud mental son el grupo más numeroso de desempleados en la mayoría de los países a pesar de sus enormes ganas de tener un puesto de trabajo. La situación es especialmente dura en jóvenes que experimentan una enfermedad mental y están al principio de su carrera laboral. En aquellos casos, en que las personas ya tienen un trabajo pero lo pierden debido a su enfermedad, la mayoría de las veces no encuentran la manera de defenderse (debido a la falta de recursos e información).

Coincide que en la mayoría de países hay una falta de oportunidades laborales para las personas con enfermedad mental. Existe mucho estigma y discriminación, y sobre todo hay muchos mitos extendidos, sobre la enfermedad mental entre los empresarios. La mayoría de esfuerzos dirigidos a grupos vulnerables están concentrados en el grupo de personas con discapacidades. Las agencias de empleo no saben cómo tratar las necesidades de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental.

En la mayoría de países la única fuente de ingresos segura es a través de pensiones no retributivas o de discapacidad, que siempre son muy bajas. El dilema para personas con enfermedad mental es siempre el mismo: una vez que encuentran un trabajo, pierden su pensión y, por lo tanto, las prestaciones económicas, debido a su estatus de discapacidad. Como resultado negativo de todo esto, en el caso de Bulgaria, las personas con enfermedad mental tienen que ir aceptando empleos de corta duración, a menudo sin un contrato legal, por tanto, sin una cobertura social. Otro problema añadido para las personas con problemas de salud mental al acceder al mercado laboral es la preparación en formación que requieren la mayoría de puestos de trabajo y también la falta de un asesoramiento a la hora de buscar un empleo.

En muchos países, existen empleos protegidos o adaptados. Aunque haya pocos, en la mayoría de los casos no reúnen el objetivo principal de reintegrar a las personas con problemas de salud mental al mercado laboral ordinario.

Se pueden encontrar avances en el área de empleo, como es el caso de la República Checa, dónde desde el año 2005, las personas con enfermedad mental pueden recibir simultáneamente su sueldo y su pensión de discapacidad. En Dinamarca, muchas empresas privadas han ampliado miras con la “responsabilidad social” proporcionando oportunidades laborales a grupos “vulnerables” y también a personas con problemas de salud mental. Una oportunidad laboral muy común, extendida en países como; Francia, Grecia, Italia, Polonia y Portugal, es la de trabajar en cooperativas, como empresas sociales que permitan a las personas con problemas de salud mental ser productivas, ganar un dinero, trabajar sin mucho estrés y hacerles sentir más seguros, capaces y motivados.

Malta ofrece otra buena práctica en el área de empleo. En este país la agencia nacional de empleo ha llegado a un acuerdo de colaboración con una ONG especializada en salud mental que proporciona formación, facilita empleo y servicios de apoyo a personas con problemas de salud mental que quieren acceder al mundo laboral.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en el área de empleo:**

- Concienciar a los empresarios del potencial laboral de las personas con problemas de salud mental
- Crear oportunidades laborales dignas en empleos protegidos o adaptados y también en empresas sociales o en el mercado laboral ordinario.
- Asegurar un salario mínimo digno para las personas con problemas de salud mental y una regulación justa de la compatibilidad entre el trabajo y las prestaciones sociales.

En el área de **vivienda**, hay un gran número de personas con problemas de salud mental que viven sin hogar, en la mayoría de países. Para este grupo de personas, es muy difícil encontrar una vivienda adecuada y asequible a sus posibilidades. En la mayoría de los casos, no pueden pagar un alquiler y se enfrentan al estigma y la discriminación. En muchos países no existen unas leyes que regulen y protejan a las personas con problemas de salud mental ante una discriminación directa o indirecta en el área de vivienda.

En Chipre, las personas con problemas de salud mental sin familia que les apoye son alojadas en residencias de ancianos debido a la falta de soluciones alternativas. En otros países, especialmente en los 15 países miembro, hay algunas viviendas protegidas ubicadas en entornos de la comunidad, las cuales están principalmente enfocadas hacia personas con problemas de salud mental. Esto es, relativamente, un nuevo concepto para la mayoría de los nuevos países de la Unión Europea. Sin embargo, en general, estas oportunidades son muy escasas, y son ofrecidas normalmente por ONGs, que se enfrentan a problemas de presupuesto.

Algunos países como Dinamarca, han podido desarrollar una variedad de alternativas de vivienda para personas con problemas de salud mental, como pisos en unidades residenciales especiales. Sin embargo, se plantea la pregunta de si estos servicios sociales especiales, crean barreras para la inclusión social. En Grecia y Malta, los gobiernos han ayudado a facilitar alojamiento a personas con problemas de salud mental, principalmente colaborando con ONGs, y también facilitando subvenciones para alquileres a fin de promover la independencia. En Polonia, la legislación en vivienda establece que hay una provisión de alojamiento para personas con enfermedad mental, entre otras.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en el área de vivienda:**

- Promover regulaciones legislativas del derecho a una vivienda digna para personas con problemas de salud mental y prohibiendo la discriminación
- Evitar que las personas con problemas de salud mental acaben sin hogar, apoyando el desarrollo de viviendas adecuadas y asequibles.
- Proporcionar apoyo (económico) a las ONGs y a otros proveedores de soluciones en temas de vivienda como las viviendas protegidas.

En el área de **transporte**, a menudo hacer uso del transporte público se presenta como una barrera para las personas con problemas de salud mental. En algunos casos, deciden no viajar (ej. para asistir a la terapia, hospitales de día o también para asistir a actividades de ocio) debido a la falta de dinero, o que en otros casos necesitan a alguien que les pueda acompañar. En algunos países se dispone de unos asistentes que pueden acompañar a personas con discapacidad pero no a personas con enfermedad mental. En la mayoría de países el hecho de poder acceder a los servicios sociales es a través de un transporte público, lo que es más difícil aún para aquellas personas con problemas de salud mental que viven en áreas rurales.

En la mayoría de los casos, las personas con enfermedad mental, no disponen de unos descuentos ni tampoco de unos servicios especiales. Sólo están disponibles para las personas con discapacidades. En algunos países las personas con problemas de salud mental pueden disponer de estos servicios si tienen reconocida una pensión de discapacidad.

Existen iniciativas positivas en Luxemburgo en el tema de transporte. Las personas con problemas de salud mental disponen de un pase que les permite utilizar el transporte público sin ningún cargo. En Estonia, se procura que las personas con enfermedad mental que participan en servicios externos, tengan estos servicios sociales lo más cercanos posible a su lugar de residencia para evitar los problemas de transporte. También en muchos países, organizaciones de atención en salud mental y atención social organizan el transporte para los usuarios de estos servicios a nivel voluntario.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en el área de transporte:**

- Proporcionar a las personas con problemas de salud mental, que dependan de una asistencia a unos servicios sociales, una reducción en el precio del transporte público y un apoyo para acceder al mismo.
- Prestar una especial atención a las personas que viven en áreas rurales con un limitado acceso al transporte público.

Con referencia a las **actividades de tiempo libre** en una comunidad, en la mayoría de países son demasiado caras para las posibilidades de las personas con enfermedad mental (cine, teatro...). Incluso, en algunos países el hecho de tener una discapacidad reconocida no implica ningún tipo de descuento en actividades culturales. Además, muchas personas con problemas de salud mental al salir de su ámbito temen el rechazo de otras personas.

En muchos países, las actividades de tiempo libre para personas con enfermedad mental son proporcionadas por ONGs o grupos de ayuda. Estas actividades, en la mayoría de los casos, se ven limitadas por falta de presupuesto o apoyo económico. Además, este tipo de actividades normalmente son muy excluyentes, ya que para que resultasen más integradoras deberían reunir a las personas con enfermedad mental con el resto de las personas de la sociedad.

Para finalizar, Bélgica ha conseguido una serie de programas con mucho éxito llamados "Buddy projects" (proyectos de compañerismo). Consisten en asignar un voluntario a una persona con enfermedad mental para que le acompañe en las actividades de tiempo libre. En Grecia, las iniciativas de vivienda aseguran que las personas con problemas de salud mental salgan, tengan vacaciones de verano y se socialicen en la comunidad. En cambio, en Eslovaquia, las actividades de tiempo libre son desarrolladas por organizaciones de personas con enfermedad mental que organizan actividades deportivas, viajes, clubes sociales y culturales. Además, las personas con discapacidad, incluyendo las personas con problemas de salud mental reciben unos beneficios en forma de descuentos en las entradas de teatro y cine.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en el área de tiempo libre:**

- Proveer concesiones y reducciones de precio a las personas con problemas de salud mental que precisen atención social, para poder asistir a eventos sociales o culturales.
- Apoyar el establecimiento y sostenibilidad de grupos de autoayuda y clubs sociales así como las iniciativas destinadas a reunir personas con problemas de salud mental con otras personas de la comunidad.

Desde el punto de vista de salvaguardar los **derechos civiles y humanos** de las personas con problemas de salud mental, la situación en Europa es muy diversa. En algunos países existe una legislación referente a los derechos de los pacientes psiquiátricos (que incluye derecho a la información y derecho de acceso e información de su historial clínico), mientras que en otros países esta legislación no existe. En Letonia, país que no dispone de una legislación específica en esta área, se conocen muchos ingresos involuntarios y violaciones de los derechos humanos en centros psiquiátricos, como también en centros de día, contenciones a nivel físico y farmacológico, coacciones físicas y emocionales e, incluso, el control de las pertenencias personales.

En la mayoría de países, las personas con problemas de salud mental no conocen sus derechos, y al ser particularmente vulnerables resulta muy difícil para ellos defenderse y reclamar sus derechos. En muchos países, existe una legislación no discriminatoria (en lo que a transporte público, educación o trabajo se refiere, por ejemplo). Sin embargo, la legislación está prácticamente enfocada a la discriminación en el terreno de la discapacidad. Por lo que, las personas con problemas de salud mental no tienen una legislación específica que garantice sus derechos.

Uno de los derechos específicos legales que más preocupan en algunos países son las sentencias a personas con enfermedad mental que han cometido un delito, que reciben el mismo trato y protección legal en los juicios que una persona sin enfermedad mental. También preocupa el problema de la tutela legal, por la que una persona con problemas de salud mental pierde todos los derechos como ciudadano y todo el control de su vida y es sometida al control de otra persona. Normalmente, esto se produce dentro de un complejo sistema que no tiene en cuenta las necesidades del individuo.

Un desarrollo positivo en este campo es el ejemplo de Grecia, donde se dispone de una ley específica que protege los derechos civiles y humanos de las personas con problemas de salud mental. Esto además se produce de forma conjunta con programas de concienciación social y civil, informando dentro de la comunidad a la población y a los servicios sociales, para proteger los derechos humanos de este grupo de personas. En Polonia, cabe destacar los estudios de post-grado en la universidad para personas con problemas de salud mental, así como también la instauración de centros de asesoramiento psicológico administradas por ONGs. Cabe también destacar la presencia de defensores/asesores de los pacientes psiquiátricos en los hospitales.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en los derechos civiles y humanos:**

- Asegurarse que las personas con problemas de salud mental están informadas sobre sus derechos
- Aplicar y hacer cumplir una legislación de no discriminación en todas las áreas.
- Apoyar la creación de lugares dónde haya un asesoramiento legal a personas con problemas de salud mental.

**Otras áreas importantes** que se han ido mencionando con respecto a su impacto en la inclusión social de personas con problemas de salud mental, son la participación de los usuarios en el diseño de las políticas de esta área. Existe una necesidad en todos los países de fomentar la evaluación por parte de los usuarios y sus representantes, en las políticas y en las buenas prácticas. Una participación en los procesos de iniciación, mejoraría la flexibilidad y sostenibilidad de las buenas prácticas a un nivel local. El papel de los medios de comunicación destaca como una herramienta poderosa para fomentar una imagen realista de las personas con problemas de salud mental y no denigrarla.

La soledad y el aislamiento social se reconocen como dos obstáculos importantes para la inclusión social en la mayoría de países. Aunque las familias de personas con problemas de salud mental son muy frecuentemente un gran apoyo y proporcionan la ayuda necesaria (por ejemplo, vivienda) también a menudo resultan ser sobreprotectoras y no animan a la persona con problemas de salud mental a trabajar e integrarse en la sociedad.

En algunos países, aspectos económicos de la inclusión social que tienen que ver con que las hospitalizaciones por enfermedad psiquiátrica no son cubiertas por los seguros médicos, así que las personas con problemas de salud mental no pueden recurrir a sus seguros para cubrir los gastos del hospital. Además, todos los países, sin ningún tipo de excepción, se enfrentan a bajos presupuestos para los servicios psiquiátricos en la comunidad.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en otras áreas importantes:**

- Asegurar la implicación de las personas con problemas de salud mental y sus familiares en el diseño de políticas y procesos decisorios importantes, así como también en la supervisión y evaluación de los servicios.
- Buscar colaboración con ONGs y otros organismos locales de los servicios de salud mental para asegurar una atención adecuada, flexible y sostenible en la comunidad.
- Proporcionar un adecuado marco financiero para el desarrollo sostenible de los servicios de salud mental en la comunidad.
- Garantizar un trato igualitario para las personas con enfermedad mental, en lo que se refiere a cobertura médica.

La situación particular de **grupos vulnerables** como pueden ser los de las mujeres, niños/adolescentes, inmigrantes y personas mayores que se enfrentan con problemas de estigma, discriminación y exclusión social simultáneamente, varía en los diferentes países de Europa. Sin embargo, coincide en la mayoría de países que el grupo con mayor riesgo de padecer enfermedad mental y exclusión es el de los inmigrantes, que se enfrentan a la vez a problemas relacionados con el acceso al trabajo, a una

vivienda digna, a tener una estabilidad financiera y legal, etc. Toda esta lucha por integrarse a veces puede verse agravada por la existencia de problemas mentales. Además, los emigrantes que experimentan algún trastorno mental, en la mayoría de los casos, no pueden acceder a servicios adecuados que sean culturalmente sensibles en etapas tempranas de la manifestación del problema.

Otro grupo vulnerable a la enfermedad mental y a la exclusión social son las mujeres. En un estudio por todos los países europeos concluye que no hay un enfoque de salud pública mental y servicios sociales, basado en el género. La impresión es que las personas con discapacidad pierden su condición sexual y sólo son reconocidas como discapacitadas.

La mayoría de iniciativas existentes dirigidas a grupos vulnerables incluyen aquellas que están centradas hacia niños en general y niños emigrantes en particular. Un aspecto delicado de estos programas es etiquetar a niños o jóvenes como “enfermos mentales”, para no aumentar el riesgo de exclusión social en un futuro. En el caso de los jóvenes, un problema que va en aumento en la mayoría de países, es el abuso y adicción a las drogas. La aparición de psicosis da como resultado un alto riesgo de exclusión.

Coincide que en la mayoría de países las personas mayores se enfrentan a problemas mentales. La causa o la consecuencia de esta situación en la mayoría de los casos, es la soledad. En muchos países no existe un apoyo socio sanitario suficiente para que las personas puedan permanecer en sus hogares. En general, va aumentando la demanda dentro de la comunidad de espacios habilitados para los mayores para reunirse y vivir.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en grupos vulnerables:**

- Prestar especial atención a las necesidades sociales y de salud mental de los inmigrantes e invertir en propuestas sensibilizadas con la diversidad cultural en salud mental y servicios sociales.
- Adoptar enfoques de salud pública en el área de salud mental y servicios sociales de apoyo basados en el género.
- Invertir en campañas de prevención de trastornos de salud mental en edades tempranas. Así como también en campañas de prevención del uso de las drogas en niños y jóvenes.
- Crear espacios dedicados a la gente mayor para socializarse y vivir en la comunidad y así luchar contra el aislamiento social

Las categorías generales de **buenas prácticas** para la mejora de la inclusión social de personas con problemas de salud mental, que coinciden en la mayoría de países incluyen todo tipo de asociaciones socio-sanitarias (centros de respiro, centros de atención psicológica, centros de día, diferentes alternativas de vivienda, programas de rehabilitación, etc). Los principios fundamentales necesarios para el éxito de las

prácticas integradoras son, centradas en la persona, independencia, empoderamiento y orientación dentro de la comunidad. La efectividad de estas iniciativas depende en gran medida de que se incluya la participación de las personas con problemas de salud mental en las comisiones y en el proceso de diseño de las políticas de esta área.

Otros ejemplos de buenas prácticas que se mencionaron en los diferentes países pueden clasificarse en tres grandes categorías:

Buenas prácticas con respecto a las actividades sociales, como pueden ser proyectos dirigidos a las necesidades sociales y de formación de personas con enfermedad mental (música, arte y otras habilidades), proyectos de voluntariado/compañerismo, que conecten a personas con y sin enfermedad mental. También pueden ser procesos de desinstitucionalización que vayan de la mano con el desarrollo de sistemas flexibles dentro de la comunidad para los cuidados de salud mental, rehabilitación, apoyo, y que incluyan los temas de oportunidades a viviendas alternativas.

Otra categoría tiene que ver con las buenas prácticas enfocadas hacia la integración en el mercado laboral de personas con problemas de salud mental, como por ejemplo a través de empleo protegido, iniciativas para la rehabilitación, empresas sociales, y ofertas de trabajo en la comunidad.

Finalmente, el tercer grupo de buenas prácticas son las dirigidas a la población en general como son las campañas antiestigma y, también, los esfuerzos a nivel político para incluir prácticas y políticas de salud mental positiva en todas las acciones destinadas a lograr la justicia social y la igualdad de oportunidades.

Debe remarcarse que la mayoría de estas buenas prácticas que se hacen por toda Europa son llevadas a cabo por las organizaciones no gubernamentales, como una iniciativa de voluntariado y con pocos recursos económicos.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en buenas prácticas:**

- Adoptar los principios de enfoque en el individuo, en su independencia, en su empoderamiento y orientación dentro de la comunidad.
- Invertir en actividades sociales en la comunidad como las iniciativas que promuevan la integración laboral de las personas con problemas de salud mental.
- Luchar contra el estigma y los prejuicios sociales en la sociedad a través de mensajes realistas en los medios de comunicación
- Apoyar a ONGs, organismos de voluntariado y de servicios sociales en el área de salud mental.

Para el periodo de 2006-2008, sólo 13 de los 27 **Planes Nacionales de Acción sobre Inclusión Social** que se han desarrollado como parte de los informes nacionales en estrategias para la protección social y la inclusión, hacen referencia a las necesidades de inclusión social de personas con problemas de salud mental. Mientras que el tema es recogido en sólo cinco países; Finlandia, Grecia, Lituania, Malta y Suecia, de una manera más extensiva centrándose en la necesidad de adoptar propuestas preventivas como pueden ser; proporcionar servicios no institucionales, cuidados de larga duración, soluciones y alternativas en los casos de vivienda para personas con problemas de salud mental y sobretodo centrándose en niños, jóvenes y familias con niños. Los ocho informes restantes mencionan los desafíos y necesidades de las personas con enfermedad mental, con una visión muy periférica, y principalmente en una sola frase.

En todos los otros planes de acción nacionales sobre inclusión social, las personas con problemas de salud mental no son para nada consideradas, o no se hace una distinción entre personas con problemas de salud mental y personas con una discapacidad o mentalmente discapacitadas- Dos grupos fundamentalmente diferentes. En la mayoría de países, no ha habido un compromiso sistemático de organizaciones de la sociedad civil, particularmente asociaciones de salud mental. La mayoría de países informó sobre la dificultad de identificar y ponerse en contacto con las unidades y oficiales que trataban el tema de los informes para poder participar en el proceso de inclusión social a un nivel nacional.

En varios países, las necesidades de personas con problemas de salud mental caen bajo la jurisdicción de los ministerios de salud y por lo tanto se recogían en las estrategias nacionales de la salud y cuidados de larga duración pero no en los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social. Esto ha tenido unas consecuencias negativas, ya que este grupo ha sido ignorado del área política que integra y coordina asuntos de inclusión social.

A fin de hacer que este instrumento sea más efectivo, la mayoría de países están de acuerdo con que los gobiernos nacionales deben adoptar enfoques serios y coherentes sobre el desarrollo del informe; así como también hacia la efectiva puesta en marcha de otros instrumentos en relación con el Método Abierto de Coordinación como puede ser el aprendizaje mutuo y los grupos o comisiones de evaluación.

**Recomendaciones para promover la inclusión social de personas con enfermedad mental en los planes de acción nacionales sobre inclusión social:**

- Incluir a las personas con problemas de salud mental a la hora de elaborar los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social en todos los países como un grupo a parte de las personas con otras discapacidades.
- Involucrar a las ONGs y otras organizaciones civiles, especialmente asociaciones de salud mental, en la discusión, diseño y puesta en marcha de los informes nacionales sobre estrategias para la protección e inclusión social.

- Aplicar un enfoque integrador para abordar las necesidades de las personas con enfermedad mental en todas las áreas de los Informes Nacionales, de Inclusión Social, de Salud y Cuidados de Larga duración y también en las Pensiones.
- Asumir y fomentar la participación y responsabilidad en los Informes Nacionales así como también para todos aquellos instrumentos que tengan que ver con el Método Abierto de Coordinación, como puede ser el aprendizaje mutuo y los grupos o comisiones de evaluación.
- Asegurar la puesta en marcha efectiva de las estrategias y acciones acordadas como se han establecido en los Informes Nacionales.

## 3.2. España

### Salud y servicios sociales

Como en muchos países del mundo, los temas de salud mental no reciben la atención necesaria. En 1986, la Ley General de Sanidad estableció la igualdad entre la salud mental y otras enfermedades físicas, lo que implicó el cierre de un gran número de hospitales psiquiátricos y la dotación de servicios de salud mental a nivel de comunidad. Sin embargo, los servicios socio-sanitarios para personas con problemas de salud mental son todavía insuficientes en la actualidad, incluso los que están basados en modelos estipulados no reciben los recursos necesarios.

A pesar de la reforma psiquiátrica, una encuesta publicada por el IMSERSO reveló que sólo el 4,34% de los encuestados con una enfermedad mental severa y permanente habían recibido atención sanitaria de un hospital de día (hospital general) y sólo el 6,88% había recibido cuidados socio-sanitarios en su domicilio, comparado con el 48,8% que había recibido servicios en hospitales psiquiátricos.

En los servicios de salud, las personas con enfermedad mental experimentan exclusión debido al estigma y a la insuficiencia de recursos. Además, en atención primaria y en especialidades médicas no psiquiátricas a menudo pasan por alto los problemas de salud física de las personas con enfermedad mental. Al mismo tiempo, las personas con una enfermedad aguda y crónica a menudo no reciben el tratamiento integral que precisan, porque los servicios no pueden asegurar el seguimiento necesario.

Se necesita una mejor coordinación con los servicios sociales a todos los niveles, aspecto que se reconoce como un tema pendiente en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Esto afecta especialmente a la provisión de servicios de rehabilitación, en los lugares donde no se proporcionan desde el sistema sanitario, así como al acceso a iniciativas de vivienda, empleo y prestaciones económicas sociales.

La enfermedad mental afecta, en diferentes grados, al funcionamiento social de la persona que la padece. Sin embargo, las personas que tienen reconocida una

discapacidad mayor de un 65% por enfermedad mental tienen acceso a una pensión, de importe insuficiente.

### Formación y educación

En general, las personas con una enfermedad mental severa y crónica no tienen muchas dificultades para seguir los estudios primarios en el colegio. En muchos casos, alcanzan niveles académicos más altos que otras personas con otras discapacidades. Sin embargo, en niveles universitarios, que es cuando la enfermedad suele aparecer, no existe un asesoramiento específico en estas instituciones para que puedan acomodarse a las necesidades de la persona.

Después de ser diagnosticado con un trastorno mental, sólo hay un número muy bajo de personas que siguen unos programas de formación. Por lo tanto, existe la necesidad de difundir información sobre las diferentes opciones académicas y de fomentar la acomodación de las necesidades específicas de las personas con enfermedad mental.

### Empleo.

En España, entre un 60% y un 90% de las personas afectadas con problemas de salud mental están en situación de desempleo. Según la encuesta llevada a cabo por el IMSERSO publicada en el 2003, sólo un 15% de las personas encuestadas con enfermedad mental estaban trabajando en ese momento o han trabajado anteriormente. Las personas con enfermedad mental encuentran trabajos esporádicos, mientras que las personas con otras discapacidades es más probable que tengan un trabajo más estable. Esta información revela una mayor inestabilidad y vulnerabilidad de las personas con problemas de salud mental en el mercado laboral. El trabajo que pueden encontrar es principalmente un tipo de trabajo que no requiere titulación, por ejemplo en el sector servicios, agricultura, pesca o en fábricas e industrias. Un porcentaje del 31,78% comentó que estaba dispuesto a hacer cualquier tipo de trabajo siempre y cuando tuviera un empleo.

Actualmente en España hay medidas específicas para promocionar el empleo de las personas con discapacidades. Sin embargo, las personas con enfermedad mental no se benefician de estas iniciativas de la misma manera que las personas con otras discapacidades. En la encuesta publicada por IMSERSO, las personas afectadas por una enfermedad mental severa y permanente no tenían acceso a estas medidas. Para las personas con una enfermedad mental más leve, las medidas más utilizadas son en Centros Especiales de Empleo 8.99%, servicios de intermediación laboral especializados en discapacidades 8.08%, plazas reservadas para personas con discapacidad en el sector privado 5,68%, contratos de formación y prácticas para las personas con discapacidad (6,75 %).

Se deben promover e implementar de forma eficiente medidas específicas de discriminación positiva para las personas con enfermedad mental, ya que comparten las mismas dificultades que las otras personas con discapacidad, pero experimentan como un agravante el factor estigma.

### Vivienda

Como consecuencia de los insuficientes servicios de apoyo que existen y que deberían haber acompañado al proceso de cierre de los psiquiátricos, la mayoría de personas con problemas de salud mental en España vive con sus familias. El 88% de

los cuidados que recibe una persona con problemas de salud mental es a través de su familia. Este hecho ha protegido a muchas personas de la exclusión social, pero han de implementarse otros medios para fomentar la autonomía y la independencia de las personas afectadas por una enfermedad mental. Además, un tema preocupante es que las familias, especialmente los progenitores, van envejeciendo y no podrán ofrecer cuidados por mucho tiempo.

En España, el acceso a una vivienda es un derecho constitucional. Aunque la mayoría de personas con enfermedad mental viven en una vivienda permanente (94,01%), alrededor de 10.000 personas en España todavía permanecen largas estancias en hospitales. Se necesitan iniciativas de vivienda en la comunidad enfocadas a desarrollar su autonomía y que puedan proporcionar también asistencia en la vivienda.

### Transporte

No se tiene mucha constancia sobre las necesidades especiales de las personas con enfermedad mental en lo que se refiere a transporte. Un asunto que salió a la luz fue el caso de un grupo de personas con enfermedad mental que tuvo problemas para viajar en avión. Necesitaron presentar un informe médico, donde constaba que podían viajar y que eran capaces de entender las instrucciones de la tripulación en caso de emergencia. Esta situación revela el desconocimiento y el estigma existente, pero por otro lado también puede verse como un requerimiento necesario para el establecimiento de derechos especiales para las personas con discapacidad a la hora de trasladarse y viajar.

### Actividades de tiempo libre

Generalmente, las personas con enfermedad mental tienen acceso a los servicios y actividades de tiempo libre. Sin embargo, de forma individual, las personas se tienen que enfrentar a la discriminación y al estigma como en otras áreas de su vida.

### Derechos civiles y humanos

Los temas que se han mencionado anteriormente son ejemplos de las dificultades que experimentan las personas con problemas de salud mental para ejercer su ciudadanía plena. El estigma es un tema importante que afecta a todas las áreas de la vida y que causa discriminación a la hora de recibir una protección legal, acceso a servicios, información en temas de salud y tratamiento, etc. A menudo se ignora el derecho a una protección sanitaria y las personas que reciben un tratamiento integral no lo reciben con la continuidad y calidad necesarias.

### La situación de las mujeres, niños/adolescentes, emigrantes y personas mayores

En España, las mujeres, personas con varias discapacidades, diagnósticos duales, niños y adolescentes, todos ellos tienen especiales dificultades para una total integración y para poder acceder a los ya insuficientes recursos existentes.

Las medidas especiales para poder atender a estas personas en estas situaciones han de incluir:

- Promover el empleo de las mujeres con enfermedad mental.
- Mejorar la coordinación entre los servicios.
- Reforzar los actuales servicios dirigidos a los niños y adolescentes y crear unos nuevos.

- Acomodar en los servicios actuales las necesidades especiales de los inmigrantes (adaptación cultural)

### Buenas prácticas para mejorar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental

Algunos ejemplos de buenas prácticas en inclusión social incluyen servicios de rehabilitación psicosocial, iniciativas de empleo (programas de empleo con apoyo, centros especiales de empleo, servicios de rehabilitación a través del empleo), iniciativas en viviendas tuteladas, actividades de tiempo libre, formación, programas de asistencia domiciliaria, equipos multidisciplinares y apoyo a las familias, entre otras.

Estas buenas prácticas se desarrollan en diferentes partes del país por instituciones públicas y privadas así como también por organizaciones no gubernamentales.

### Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2006-2008

El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (2006-2008) incluye la elaboración de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Esta es la única referencia directa hecha a la salud mental.

En el Informe de Inclusión Social (2005-2006) se mencionó la creación de un comité para redactar la Estrategia que hacía referencia a la cooperación entre asociaciones científicas y la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Sin embargo, en España el tema de salud mental es siempre un tema que se incluye en las diferentes acciones dirigidas a personas con discapacidad. El Gobierno de España colaboró sin embargo en ese periodo de otras formas con el área de Salud Mental (lanzando campañas de concienciación desde el Ministerio de Sanidad en 2005, incluyendo las necesidades de las personas con enfermedad mental en la Ley de Dependencia, etc.). Pero todavía, la salud mental debe hacerse más visible en las agendas políticas para así poder cambiar definitivamente el papel histórico de “cenicienta” que ha tenido siempre dentro de los sistemas sanitarios y sociales.

#### **4. Recomendaciones para promover la inclusión social en Europa**

En los últimos años, se han conseguido muchos logros en el terreno de la salud mental en la Unión Europea. Estos logros incluyen la apertura de hospitales psiquiátricos, el comienzo del proceso de desinstitucionalización, un mayor énfasis en la psiquiatría social, así como servicios sociosanitarios en la comunidad y un creciente reconocimiento de los desafíos de la inclusión social y de las necesidades de las personas con problemas de salud mental, entre otros. Sin embargo, a pesar de la mayor atención que se está prestando desde una perspectiva política y práctica, el bienestar, la salud mental y la promoción de la inclusión social de las personas con enfermedad mental, todavía no están recibiendo el reconocimiento merecido, dado el número de personas que experimentan o están en riesgo de tener un problema de salud mental, y dado el círculo de la enfermedad mental del que es muy difícil escapar: desempleo, pobreza, problemas de vivienda, y aislamiento social, empeoramiento de los problemas de salud mental...

En todos los países europeos, incluso en los que existen iniciativas para romper ese círculo, aparece un bajo nivel de apoyo a la hora de poner en marcha soluciones. Las principales razones son: la insuficiente comunicación e interacción que hay entre todos los niveles y sectores, una falta de presupuesto especialmente para las ONGs y los organismos de voluntariado que son los que proporcionan la mayoría de servicios, pero con recursos humanos y financieros muy limitados. A todo esto se une la reticencia a involucrar a las personas afectadas, es decir a las personas con enfermedad mental y a sus familiares, en el diseño de las políticas de esta área, lo que obstaculiza el pasar del interés político a la acción en toda Europa.

El objetivo de este informe es poner remedio a la situación, proporcionando información concreta sobre la enfermedad mental y el riesgo de exclusión social. Los informes nacionales de los 27 países miembro de la UE dan una detallada visión de los desafíos a los que se enfrenta cada país, y las recomendaciones que siguen a continuación se han basado también en el análisis de los informes nacionales. Estas recomendaciones van dirigidas a los responsables de diseñar las políticas y prácticas en esta área para que también apoyen las mejoras en el desarrollo de las mismas con la finalidad de conseguir una buena salud mental e inclusión social en toda Europa.

Los temas clave, que han sido repetidos y remarcados en todos los países e informes nacionales, incluyen la necesidad urgente de reforzar la comunicación e interacción entre la sanidad y el sector social. Hoy en día los temas relacionados con la salud mental son temas que aún se consideran desde un punto de vista sanitario, ignorando en gran parte los desafíos y necesidades sociales que deben enfrentar las personas con problemas de salud mental. Se deben aumentar los esfuerzos para desarrollar soluciones alternativas para la salud y los servicios sociales fuera de los hospitales y las unidades psiquiátricas y dentro de la comunidad. Unos ingresos mínimos dignos y una regulación entre la compatibilidad entre empleo y prestaciones económicas es clave para la integración en la sociedad de personas con problemas de salud mental. Sin embargo esto requiere una adecuada educación y formación, así como salvaguardar sus derechos civiles y humanos.

Las personas con problemas de salud mental deben por lo tanto estar incluidas en el marco de referencia para los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social de todos los países y en todas las otras políticas e iniciativas de inclusión social, como un grupo específico y separado de las otras discapacidades. Debe garantizarse un apoyo a las organizaciones de usuarios para facilitar la participación e implicación de las personas con problemas de salud mental y sus familias en el diseño de las políticas y los procesos de decisión relevantes en esta área.

Finalmente, deberíamos mencionar algunos ejemplos concretos de buenas prácticas sobre la inclusión social de personas con problemas de salud mental, que se han reconocido en el marco del proyecto de intercambio transnacional de salud mental en Europa “Good practices for Combating social exclusion of people with Mental Health Problems” (“Buenas prácticas para combatir la exclusión social de personas con problemas de salud mental”) 2005-2007. La intención es que estas buenas prácticas sirvan de fuente de inspiración para todas aquellas personas que quieran aprender sobre iniciativas y que puedan ayudar a promover la inclusión social. Esta información junto con las conclusiones y recomendaciones de Mental Health Europe pueden encontrarse en la base de datos de la página web [www.mentalhealth-socialinclusion.org](http://www.mentalhealth-socialinclusion.org).

## **Recomendaciones para promover la Inclusión Social de las Personas con Enfermedad Mental**

### **En los Servicios Sociales y Sanitarios**

- Intensificar la comunicación e interacción entre el área de salud y el sector social y asegurar acciones integradas.
- Asegurar la implicación y participación de las personas con problemas de salud mental y sus familias en el diseño de políticas y procesos de decisión.
- Complementar el proceso de des-institucionalización, aumentando el desarrollo de soluciones alternativas en los servicios sociales y sanitarios en la comunidad.

### **En la Educación y Formación**

- Promocionar la detección temprana y prevención de trastornos mentales en la escuela y desarrollar políticas específicas en educación, dirigidas a alumnos con problemas de salud mental.
- Crear servicios de información y apoyo tanto en las escuelas como en las universidades, para ayudar a alumnos con un problema de salud mental a completar su educación.
- Aumentar el apoyo (financiero) a las ONGs y a otros organismos para que puedan proporcionar formación profesional y rehabilitación a personas con problemas de salud mental.

### **En el Empleo**

- Concienciar a los empresarios del potencial laboral de las personas con problemas de salud mental
- Crear oportunidades laborales dignas en empleos protegidos o adaptados y también en empresas sociales o en el mercado laboral ordinario.
- Asegurar un salario mínimo digno para las personas con problemas de salud mental y una regulación justa de la compatibilidad entre el trabajo y las prestaciones sociales.

### **En la Vivienda**

- Promover regulaciones legislativas del derecho a una vivienda digna para personas con problemas de salud mental y prohibiendo la discriminación
- Evitar que las personas con problemas de salud mental acaben sin hogar, apoyando el desarrollo de viviendas adecuadas y asequibles.
- Proporcionar apoyo (económico) a las ONGs y a otros proveedores de soluciones en temas de vivienda como las viviendas protegidas.

### **En el Transporte**

- Proporcionar a las personas con problemas de salud mental, que dependan de una asistencia a unos servicios sociales, una reducción en el precio del transporte público y un apoyo para acceder al mismo.
- Prestar una especial atención a las personas que viven en áreas rurales con un limitado acceso al transporte público.

### **En las Actividades de Ocio**

- Proveer concesiones y reducciones de precio a las personas con problemas de salud mental que precisen atención social, para poder asistir a eventos sociales o culturales.
- Apoyar el establecimiento y sostenibilidad de grupos de autoayuda y clubs sociales así como las iniciativas destinadas a reunir personas con problemas de salud mental con otras personas de la comunidad.

### **En los Derechos Humanos y Civiles**

- Asegurarse que las personas con problemas de salud mental están informadas sobre sus derechos
- Aplicar y hacer cumplir una legislación de no discriminación en todas las áreas.
- Apoyar la creación de lugares dónde haya un asesoramiento legal a personas con problemas de salud mental.

### **En otras áreas importantes**

- Asegurar la implicación de las personas con problemas de salud mental y sus familiares en el diseño de políticas y procesos decisorios importantes, así como también en la supervisión y evaluación de los servicios.
- Buscar colaboración con ONGs y otros organismos locales de los servicios de salud mental para asegurar una atención adecuada, flexible y sostenible en la comunidad.
- Proporcionar un adecuado marco financiero para el desarrollo sostenible de los servicios de salud mental en la comunidad.
- Garantizar un trato igualitario para las personas con enfermedad mental, en lo que se refiere a cobertura médica.

### **En Grupos Vulnerables**

- Prestar especial atención a las necesidades sociales y de salud mental de los inmigrantes e invertir en propuestas sensibilizadas con la diversidad cultural en salud mental y servicios sociales.
- Adoptar enfoques de salud pública en el área de salud mental y servicios sociales de apoyo basados en el género.
- Invertir en campañas de prevención de trastornos de salud mental en edades tempranas. Así como también en campañas de prevención del uso de las drogas en niños y jóvenes.
- Crear espacios dedicados a la gente mayor para socializarse y vivir en la comunidad y así luchar contra el aislamiento social

### **En las Buenas Prácticas**

- Adoptar los principios de enfoque en el individuo, en su independencia, en su empoderamiento y orientación dentro de la comunidad.
- Invertir en actividades sociales en la comunidad como las iniciativas que promuevan la integración laboral de las personas con problemas de salud mental.
- Luchar contra el estigma y los prejuicios sociales en la sociedad a través de mensajes realistas en los medios de comunicación
- Apoyar a ONGs, organismos de voluntariado y de servicios sociales en el área de salud mental.

### **En los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social**

- Incluir a las personas con problemas de salud mental a la hora de elaborar los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social en todos los países como un grupo a parte de las personas con otras discapacidades.
- Involucrar a las ONGs y otras organizaciones civiles, especialmente asociaciones de salud mental, en la discusión, diseño y puesta en marcha de los informes nacionales sobre estrategias para la protección e inclusión social.
- Aplicar un enfoque integrador para abordar las necesidades de las personas con enfermedad mental en todas las áreas de los Informes Nacionales, de Inclusión Social, de Salud y Cuidados de Larga duración y también en las Pensiones.
- Asumir y fomentar la participación y responsabilidad en los Informes Nacionales así como también para todos aquellos instrumentos que tengan que ver con el Método Abierto de Coordinación, como puede ser el aprendizaje mutuo y los grupos o comisiones de evaluación.
- Asegurar la puesta en marcha efectiva de las estrategias y acciones acordadas como se han establecido en los Informes Nacionales.

## 5. Sobre Mental Health Europe

Mental Health Europe (MHE), Salud Mental Europa, es una organización no gubernamental europea y red comprometida con la promoción de la salud mental positiva y el bienestar, la prevención de los trastornos mentales, la mejora de la atención, la reivindicación para la inclusión social y la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental y sus familiares y cuidadores.

La visión de MHE es la de una Europa donde el bienestar y salud mental reciben alta prioridad desde el espectro político y en las agendas sociales y sanitarias europeas, donde los (ex) usuarios de servicios de salud mental viven como ciudadanos plenos con acceso a los servicios y apoyos apropiados cuando son necesarios, y donde una participación significativa es garantizada a todos los niveles de los procesos decisorios y de la administración. Los valores de MHE están basados en la dignidad y respeto, igualdad de oportunidades, libertad de elección, no-discriminación, inclusión social, democracia y participación.

La membresía de MHE está abierta a ONGs, personas individuales, profesionales, voluntarios y otros, incluyéndose las personas con problemas de salud mental, que son activos en el ámbito de la salud mental a nivel local, regional, y europeo y que comparten y apoyan la visión de MHE. MHE representa los intereses comunes de estas organizaciones y los reivindica y defiende en el ámbito europeo.

Para más información sobre MHE, por favor contacten el secretariado de MHE:

### **Mental Health Europe**

**Santé Mentale Europe** aisbl

Boulevard Clovis 7, B-1000 Brussels

Tel +32 2 280 04 68 – Fax + 32 2 280 16 04

E mail: [info@mhe-sme.org](mailto:info@mhe-sme.org)

Website: [www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org)

## REFERENCIAS

- (1) Wittchen H.U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies: *European Neuropsychopharmacology*, 15/4, 57-376.
- (2) WHO World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.
- (3) Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books.
- (4) Thornicroft, G. (2006). *Ignorance+Prejudice+Discrimination=Stigma*. London, Mental Health Foundation.
- (5) Eurobarometer (2003). *Discrimination in Europe. For diversity, against discrimination*. Brussels, European Commission.
- (6) Thornicroft, G. (2006). *Ignorance+Prejudice+Discrimination=Stigma*. London, Mental Health Foundation.
- (7) Thornicroft, G. (2006). Self-stigmatisation, avoidance and withdrawal. <http://www.mentalhealthcare.org.uk/content/?id=190>
- (8) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003). *Illness, disability and social inclusion*. Brussels, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- (9) Sayce, L.; Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: Knapp, M.; McDaid, D.; Mossialos, E.; Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe*. Berkshire, McGraw-Hill.
- (10) Leff, J., Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge, University Press.
- (11) Gould, N. (2006). *Mental health and child poverty*. Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/9781859354919.pdf>
- (12) Gbate, D., Hazel, N. (2002). *Parenting in poor environments: Stress, support and coping*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- (13) FEANTSA Contribution to the Consultation on the Commission Green Paper for Mental Health (2006). <http://www.feantsa.org/files/Health%20and%20Social%20Protection/Policy%20Statements/FEANTSA%20contribution%20to%20the%20Green%20paper%20on%20Mental%20Health.pdf>
- (14) Caton, C.L.M., Shrout, P.E., Eagle, P.F. et al. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. *American Journal of Public Health*, 84, 265-70.
- (15) Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 444-450.
- (16) European Commission. Employment and Social Affairs. *Social Inclusion*. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/poverty\\_social\\_exclusion\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/poverty_social_exclusion_en.htm)
- (17) European Commission Green Paper "Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental health for the European Union" (COM(2005) 484 final of 14 October 2005) [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)
- (18) European Commission. Health and Consumer Protection. *Public Health*. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/ev\\_20080613\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20080613_en.htm)
- (19) European Commission. *Community Strategy 2007-2012 on Health and Safety at Work* (COM(2007)62) [http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2007/feb/commstrat\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/feb/commstrat_en.pdf)
- (20) European Commission. Employment and Social Affairs. *Health and Safety at Work*. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/health\\_safety/activities\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/health_safety/activities_en.htm)
- (21) European Commission. Cordis: FP6. *Life Sciences, Genomics and Biotechnology for Health*. <http://cordis.europa.eu/lifescihealth/home.html>
- (22) European Commission. Cordis: FP7. *Cooperation Work Programme: Health*. [http://cordis.europa.eu/fp7/cooperation/health\\_en.html](http://cordis.europa.eu/fp7/cooperation/health_en.html)
- (23) European Commission White Paper "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013". (COM(2007) 630 final) [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)

(24) European Commission. Employment and Social Affairs. Action against discrimination, Civil Society.

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/fundamental\\_rights/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/index_en.htm)

(25) Jane-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds). (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: A collection of country stories. Luxembourg, European Communities.