



# Salud mental y existencia de Paridad en Estados Unidos, Irlanda, Inglaterra y Países Bajos.

## Autor

---

Marcela Cáceres Lara  
Email: [nombre@bcn.cl](mailto:nombre@bcn.cl)  
Tel.: (56) 32 226 3160

Nº SUP: 124717

## Resumen

---

Para la OMS, la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades”. No obstante, más de 264 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión. Los trastornos mentales y el consumo de sustancias con frecuencia se han descuidado en los programas mundiales de salud y desarrollo. Alrededor del 80% de las personas con trastornos mentales graves en los países de ingresos bajos y medios no reciben tratamiento. Frente a ello, a través de legislación o políticas, algunos países han ido avanzando hacia una paridad en las coberturas de salud física y salud mental o, adoptado un enfoque de más integralidad en la prestación de servicios, provisionando igual atención para trastornos mentales respecto otras patologías.

Como ejemplos de iniciativas sobre dicha paridad, el presente documento revisa la **Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (2008)**, en los **Estados Unidos**, que extendió la igualdad de cobertura a todos los aspectos de los planes de seguro médico. Así también, el **Proyecto de Ley, Mental Health Parity Bill 2017 en Irlanda**, que establecía la paridad en materia de salud mental, obligando al Ministro de Salud a promover un servicio de salud integral destinado a lograr mejoras en la salud física y mental, y en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales. Sin embargo, expiró recientemente. Por su parte, en **Inglaterra**, han surgido una serie de iniciativas para alcanzar la **Paridad de Estima o Parity of Esteem**, entendida como igualdad de acceso a la atención y el tratamiento más efectivo y seguro, iguales esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, y asignación de tiempo y recursos en función de las necesidades.

El caso de Países Bajos, igualmente, es ejemplo de otro país europeo, miembro de la OCDE que ha trazado planes y políticas en su esfuerzo por enfrentar los problemas de salud mental de su población.

## Introducción

---

Las enfermedades mentales pueden afectar a mujeres y hombres de distintas edades y orígenes. Sin una prevención y tratamientos eficaces, pueden afectar la capacidad de las personas para llevar a cabo su vida cotidiana y, asimismo perjudicar la salud física.

Los niños y adolescentes con una salud mental deficiente obtienen peores resultados educativos y oportunidades de empleo. Los adultos, son menos productivos en el trabajo y tienen más probabilidades de estar desempleados, mientras que los ancianos con esta condición, pueden estar aislados y ser menos activos en su comunidad<sup>1</sup>.

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 264 millones de personas en el mundo sufren depresión, según datos de la OMS. En este contexto, el 10 de octubre de cada año, OMS celebra el Día Mundial de la Salud Mental como una oportunidad para sensibilizar y movilizar a nivel internacional frente a la realidad y los efectos que generan los problemas de salud mental en los diversos ámbitos de la vida personal y social<sup>2</sup>.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad<sup>3</sup>.

No obstante, como señala Patricio Marquez, en *The Quest for Global Mental Parity Health* (2018), los trastornos mentales y el consumo de sustancias, con frecuencia se han descuidado en los programas mundiales de salud y desarrollo. Alrededor del 80% de las personas con trastornos mentales graves en los países de ingresos bajos y medios no reciben tratamiento. La cifra correspondiente a los países desarrollados es de alrededor del 40%. Al buscar servicios formales, los pacientes se enfrentan a enormes problemas de calidad de la atención y tratamiento. Específicamente, en los centros de atención primaria, la mayoría de los diagnósticos mentales no son considerados y el tratamiento es en su mayoría sintomático. El mismo autor señala que se necesita un nuevo enfoque para la prestación de servicios en el sistema de salud<sup>4</sup>.

Este enfoque debe tener como objetivo la integración de los trastornos mentales aprovechando el consenso en torno a una cobertura sanitaria universal; debería incluir servicios esenciales para la salud mental, la integración debe ser el principio rector de la organización, el financiamiento y la prestación. Además, las enfermedades mentales deben formar parte de los programas mundiales y

---

<sup>1</sup> OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Bruselas. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en)

<sup>2</sup> *Depression*. Organización Mundial de la Salud. 30 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

<sup>3</sup> Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=1154EC0602DB05655216C6BCAA93E521?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=1154EC0602DB05655216C6BCAA93E521?sequence=1)

<sup>4</sup> Marquez, Patricio. *The Quest for Global Mental Health*. 2 de Mayo de 2018. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/324918866\\_The\\_Quest\\_for\\_Global\\_Mental\\_Health\\_Parity](https://www.researchgate.net/publication/324918866_The_Quest_for_Global_Mental_Health_Parity)

locales relacionados con las enfermedades no transmisibles y ser tratadas con un enfoque integral en el tratamiento de estos desórdenes, que incluya medicación, psicoterapia y otros tipos de terapias<sup>5</sup>. Una cobertura equitativa en prestaciones o beneficios de salud mental, es decir, una paridad entre la salud mental y la salud física<sup>6</sup>.

El presente documento efectúa una revisión respecto de la existencia o no de legislación sobre paridad en salud mental versus la salud física en cuatro países, a saber, Estados Unidos (incluida legislación en el Estado de Alaska), Irlanda, Inglaterra y Holanda.

El documento se ha estructurado en tres capítulos. En el primero y segundo capítulos, se realiza una breve descripción de las acciones y trabajo de la OMS y la Unión Europea, en materia de salud mental, respectivamente. En un tercer y último capítulo, se efectúa una revisión de la existencia o no de legislación sobre paridad en salud mental en los países señalados. Previo a esto se entregan datos sobre el sistema de salud en cada uno de los países abordados, además de marcos regulatorios pertinentes al tema.

## I. Algunas acciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS, en salud mental

La salud mental es fundamental para la salud. Esto se ve reflejado en la definición de salud de la Constitución de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades”<sup>7</sup>.

La OMS trabaja para mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en conjunto y ello incluye fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con trastornos mentales<sup>8</sup>. Con esto objeto, ha impulsado una serie de acciones, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

Una de las principales metas del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es reducir la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. Así, publicó un documento sobre prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales en 1998. Complementariamente, con el objeto de suministrar información y evidencia a los Estados Miembros, a fin de ayudarlos a escoger e implementar políticas y programas adecuados que mejorasen la salud mundial, elaboró el **Informe Compendiado sobre Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas (2004)**, el cual se enfocó en la prevención primaria más que en la secundaria o terciaria. Describió los conceptos relacionados con la prevención; la relación entre la prevención de los

<sup>5</sup> *Ibíd.*

<sup>6</sup> Recursos Informativos acerca de la Ley de Paridad en la Salud Mental. Asociación Americana de Psicología (APA). Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/paridad-ley-recursos>

<sup>7</sup> La Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. 30 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<sup>8</sup> Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

trastornos mentales y la promoción de la salud mental; determinantes individuales, sociales y ambientales de los trastornos mentales; la evidencia emergente sobre la efectividad de las intervenciones preventivas; las implicaciones de las políticas y prácticas de salud pública; y las condiciones necesarias para la prevención efectiva<sup>9</sup>.

Este informe vino a complementar otro reporte de la OMS sobre **Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica (2004)**, que describió el concepto de la salud mental y su promoción. De esta manera, se trató de lograr un nivel de consenso sobre las características comunes de la salud mental así como en las variaciones que existen entre las diferentes culturas<sup>10</sup>.

Posteriormente, el año 2006, la OMS publicó un **Manual de Recursos sobre Salud mental, Derechos Humanos y Legislación**, con el objeto de asistir a los países en la redacción, adopción e implementación de legislación. Subrayó temas y principios que deben ser incorporados a la legislación<sup>11</sup>.

Asimismo, considerando que los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias han sido insuficientes, se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos, el año 2008 la OMS presentó el **Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, mhGAP (2008)**. Este se planteó como finalidad, ofrecer a los planificadores de salud, a las instancias normativas y a los donantes un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias coherentes. Identificó estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias especialmente en países con ingresos bajos y medios-bajos<sup>12</sup>.

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un **Plan de Acción Sobre Salud mental para el período 2013-2020**. En el marco de éste, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

El objetivo general del plan, apunta a promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, y discapacidad de personas con trastornos mentales. Está centrado en cuatro objetivos principales

---

<sup>9</sup> Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

<sup>10</sup> Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

<sup>11</sup> Manual de Recursos sobre Salud mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. 2006. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)

<sup>12</sup> Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, mhGAP. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)

orientados a reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en salud mental; proporcionar servicios de salud mental en el ámbito comunitario y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

El Plan de Acción busca que las personas con trastornos mentales puedan acceder más fácilmente a los servicios de salud mental y bienestar social; recibir tratamiento dispensado por personal sanitario debidamente calificado, en el marco de la atención de salud general; obtener mayor acceso a las prestaciones públicas de invalidez y a los programas de vivienda y medios de subsistencia, y participar más activamente en los trabajos y la vida de sus comunidades, así como en los asuntos cívicos<sup>13</sup>.

## II. Datos sobre salud mental en la Unión Europea y algunas acciones para enfrentar el tema

---

El informe sobre el estado de salud en Europa (*Health at a Glance: Europe 2018*), elaborado por la OCDE presenta análisis comparativos del estado de salud de los ciudadanos de la Unión Europea y el rendimiento de los sistemas de salud de sus 28 Estados miembros, identificando los puntos fuertes y oportunidades de mejora. El documento estructurado en dos partes, comprende dos capítulos temáticos, uno de los cuales está centrado en la necesidad de emprender esfuerzos para la promoción de una mejor salud mental<sup>14</sup>.

El informe estima que una de cada seis personas en los países de la UE había tenido un problema de salud mental en 2016, equivalente a unos 84 millones de personas y, en el 2015, las muertes de más de 84.000 personas en los países de la UE se atribuyeron a trastornos mentales y a suicidios.

Entre las conclusiones, se señala que los costos económicos y sociales derivados de los trastornos mentales, han sido considerables. Así, el costo total de los problemas de salud mental serían más del 4% del PIB, es decir, sobre 600.000 millones de euros, en los 28 países de la UE.

El informe establece que las pesadas cargas económicas y sociales de los trastornos mentales son evitables, y afirma que muchos países europeos han establecido políticas y programas para combatir los problemas de salud mental a distintas edades. Así, países como, por ejemplo, Bélgica, la República Checa, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, los Países Bajos, Eslovenia, España, Portugal y el Reino Unido, tienen un plan específico o documento de políticas que aborda la promoción

---

<sup>13</sup> Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. 30 de Marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<sup>14</sup> En la segunda parte del informe precitado se presentan las tendencias más recientes en indicadores clave del estado de salud, los factores de riesgo y el gasto sanitario, junto con un análisis de los progresos realizados en la mejora de la eficacia, la accesibilidad y la resiliencia de los sistemas sanitarios europeos.

y prevención de la salud mental. No obstante, se reconoce que aún se puede hacer mucho más para gestionar y fomentar la salud mental<sup>15</sup>.

La salud mental ha estado incluida en la política sanitaria de la Comunidad desde 1997, a través de iniciativas y también documentos estratégicos en los que se ha plasmado el deseo de los Estados miembros de aprovechar los cauces que brinda la UE para cooperar en el ámbito de la salud mental<sup>16</sup>.

El informe técnico de la Comisión de 2004 sobre las acciones contra la depresión analizó esta enfermedad y las implicaciones para la salud pública y los sistemas sociales y económicos, además de presentar diversas opciones de actuación. Por su parte, el Proyecto Internamiento Forzoso y Tratamiento No Voluntario de los Pacientes Psiquiátricos-Legislación y Prácticas en los Estados Miembros de la UE, "*Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*", puso de manifiesto que las normativas de los países de la UE eran muy heterogéneas y que estarían determinadas por las tradiciones y actitudes culturales, además de la estructura y calidad de los sistemas de asistencia psiquiátrica<sup>17</sup>.

Otras acciones de la Unión Europea en materia de salud mental, incluyen la publicación el año 2005 del **Libro Verde, titulado Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental**, como primera respuesta a la declaración de la OMS sobre Salud Mental en Europa, en el marco de la cual los Ministros de Salud de los Estados Miembros de la Región europea de la OMS, se comprometieron a apoyar el establecimiento de las medidas tales como, la responsabilidad de proporcionar recursos suficientes para la atención de salud mental, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, dedicando a la misma una parte identificable de los gastos de salud generales, a fin de que el nivel de inversión en este ámbito se equipare al alcanzado en otras áreas de atención<sup>18</sup>.

El propósito del Libro Verde, fue iniciar un debate con las instituciones europeas, los gobiernos, los profesionales de la sanidad, la sociedad civil, en particular las organizaciones de pacientes, y la comunidad investigadora sobre la importancia de la salud mental para la UE, la necesidad de una estrategia a escala y las posibles prioridades de tal estrategia<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle (Summary in Spanish)*, OECD Publishing, Paris. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018/summary/spanish\\_fd41e65f-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018/summary/spanish_fd41e65f-es)

<sup>16</sup> La Resolución del Consejo, de 18 de noviembre de 1999, sobre la promoción de la salud mental. Las conclusiones del Consejo del 15 de noviembre de 2001 sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión. Las conclusiones del Consejo sobre la lucha contra el estigma y la discriminación en relación con las enfermedades mentales, de 2 de junio de 2003, y, las conclusiones del Consejo sobre una acción comunitaria en materia de salud mental, de 3 de junio de 2005.

<sup>17</sup> Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Disponible en: 14 de Octubre de 2005. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)

<sup>18</sup> *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki, Finlandia. 12 al 15 de Enero de 2005. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1)

<sup>19</sup> Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Disponible en: 14 de Octubre de 2005. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)



Por su parte, la **Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI))**, en la cual se hace una serie de consideraciones y peticiones, subraya la necesidad de un proyecto claro y a largo plazo para la prestación de servicios de salud mental comunitarios y en régimen de internado de calidad, eficaces, accesibles y universales, así como la adopción de criterios de control por parte de organismos independientes; pide una mayor colaboración y comunicación entre los profesionales de la asistencia sanitaria primaria y de la salud mental para conseguir una gestión eficaz de los problemas de salud física y mental, mediante el fomento de un enfoque global que tenga en cuenta el perfil general de las personas desde el punto de vista de la salud física y mental<sup>20</sup>.

En 2013 se puso en marcha una **Acción Común sobre Salud Mental y Bienestar** (*Joint Action Mental Health and Wellbeing*), con el apoyo financiero de la *Consumers, Health and Food Executive Agency*. Se trató de una iniciativa de tres años de duración, que buscaba crear un marco de acción a escala europea. Esta abordó temas relacionados en cinco áreas: promover la salud mental en el lugar de trabajo y los centros escolares, aplicar medidas contra la depresión y el suicidio, poner en práctica la salud electrónica, desarrollar cuidados de salud mental socialmente inclusivos y comunitarios para las personas con trastornos mentales graves e integrar la salud mental en todas las políticas<sup>21</sup>.

En tanto, el **Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013-2020**, *The European Mental Health Action Plan*, propone un enfoque triple: a) Mejorar el bienestar mental de la población y reducir la carga de los trastornos mentales, prestando especial atención a los grupos vulnerables y la exposición a factores determinantes; b) Respetar los derechos de las personas con problemas de salud mental y ofrecer oportunidades equitativas para alcanzar la más alta calidad de vida, abordando el estigma y la discriminación; c) Establecer servicios accesibles, seguros y eficaces que satisfagan las necesidades mentales, físicas y sociales de las personas y las expectativas de aquellos con problemas de salud mental y sus familias<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI)). Disponible en: <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//ES>

<sup>21</sup> Joint Action Mental Health and Wellbeing. Disponible en: <https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/>

<sup>22</sup> *The European Mental Health Action Plan*. Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf)

### III. Políticas y marcos regulatorios en Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda y Países Bajos

---

A continuación se realiza una breve descripción del sistema de salud en cada uno de los países abordados para luego referirse al sistema de salud mental, incorporando datos como la situación mental existente en cada. Posteriormente, se efectúa una referencia a la ley o proyecto de ley de paridad si es que existen y otros marcos regulatorios en materia de salud mental.

#### a. Estados Unidos

##### 1. Sistema de salud

La **Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible**, *Patient protection and Affordable Care Act* (también Affordable Care Act, ACA), promulgada en 2010, estableció la responsabilidad compartida entre el gobierno, los empleadores y las personas para garantizar que todos los estadounidenses tuviesen acceso a un seguro de salud asequible y de buena calidad. Sin embargo, la cobertura de salud sigue siendo fragmentada, con numerosas fuentes privadas y públicas, así como amplias brechas en las tarifas aseguradas en toda la población de los Estados Unidos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran Medicare, un programa federal para adultos mayores de 65 años y algunas personas con discapacidades; y trabaja en colaboración con los gobiernos estatales para administrar Medicaid, un programa de seguro médico para personas de bajos ingresos; además del Programa de Seguro Médico para Niños.

En 2014, se establecieron mercados de seguros de salud administrados por el Estado y el gobierno federal para proporcionar acceso adicional a la cobertura de seguro privado, con subsidios de primas basados en los ingresos para personas de bajos y medianos ingresos.

La ACA requiere que todos los planes de salud ofrecidos en el mercado de seguros individuales y en el mercado de grupos pequeños (para empresas con 50 empleados o menos) cubran servicios en 10 categorías esenciales de beneficios de salud: servicios ambulatorios para pacientes; servicios de emergencia; hospitalización; cuidado de maternidad y recién nacido; servicios de salud mental y tratamiento de trastornos por uso de sustancias; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, que incluyen atención dental y de la vista<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> *The U.S. Healthcare System. The Commonwealth Fund.* Disponible en: [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)



Medicare requiere deducibles para las estancias en el hospital y la atención ambulatoria y copagos para las visitas al médico y otros servicios, mientras que Medicaid requiere una participación mínima en los costos.

Medicare se financia a través de una combinación de impuestos sobre la nómina, primas e ingresos generales federales. Medicaid, es financiado por impuestos y es administrado por los Estados. Estos reciben fondos equivalentes del gobierno federal para Medicaid.

El seguro de salud privado, en tanto, puede ser adquirido por individuos, pero generalmente se financia con primas voluntarias y exentas de impuestos, cuyo costo es compartido por empleadores y trabajadores según el empleador, y a veces varía según el tipo de empleado. Algunas personas están cubiertas por un seguro de salud público y privado. Por ejemplo, muchos beneficiarios de Medicare compran pólizas privadas complementarias de Medigap<sup>24</sup> para cubrir servicios adicionales y costos compartidos.

De acuerdo con la OCDE, los Estados Unidos gastan más en atención de la salud que cualquier otro país de la organización, tanto en proporción al PIB (16,9%) como por persona (10.586 dólares). Se espera que el gasto aumente con la asistencia sanitaria como proporción del PIB, que se prevé que alcance el 20% en 2030. Los altos niveles de gasto no se han traducido en que las personas vivan más tiempo. Existen desigualdades en el acceso a los servicios; por ejemplo, la proporción de adultos con necesidad de asistencia sanitaria que visitaron al médico fue la segunda más baja de los países de la OCDE<sup>25</sup>.

## 2. Situación de Estados Unidos en materia de salud mental

Millones de personas en los Estados Unidos se ven afectadas por enfermedades mentales cada año. De acuerdo con la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, (*National Alliance on Mental Illness*, NAMI, el año 2018 un 19.1% de los adultos de este país experimentaron enfermedades mentales (47.6 millones de personas) y, el 4,6% de los adultos tuvieron una enfermedad mental grave (11,4 millones de personas). Por su parte, recibieron tratamiento el 43.3% de los adultos con enfermedades mentales y el 64.1% de los adultos con enfermedades mentales graves<sup>26</sup>.

Además, Estados Unidos tiene la tasa de suicidio más alta de los países de la OCDE. Los elevados índices pueden indicar una alta carga de enfermedades mentales, aunque las variables socioeconómicas también son un factor, según un reporte de *The Commonwealth Fund* que cita datos de la OCDE. Además, en los últimos años se ha registrado un aumento de las muertes por

<sup>24</sup> Seguro complementario de Medicare.

<sup>25</sup> *United States. How does it compare? Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD. Disponible en: <https://www.oecd.org/unitedstates/health-at-a-glance-united-states-EN.pdf>

<sup>26</sup> *Mental Health By the Numbers. National Alliance on Mental Illness*, NAMI. Disponible en: <https://www.nami.org/mhstats>

desesperación que incluyen suicidios y muertes relacionadas con el uso de sustancias, incluidas las sobredosis<sup>27</sup>.

La salud mental en este país se administra a través de un sistema descentralizado en los cincuenta Estados. Existen diversas agencias que manejan el financiamiento de los programas de salud mental, como los Centros de Servicios de *Medicaid* y *Medicare*, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAHMSA), la Administración de Veteranos, el Departamento de Educación, el Departamento de Justicia y otros<sup>28</sup>.

La atención de salud mental, es proporcionada por una combinación de proveedores y profesionales con y sin fines de lucro, incluidos médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, y se paga a través de una variedad de métodos que varían según el tipo de proveedor. La mayoría de los planes de seguro cubren hospitalización, tratamiento ambulatorio, atención de emergencia y medicamentos recetados. Otros beneficios pueden incluir servicios de apoyo entre pares.

En materia de salud mental, la *Affordable Care Act*, ACA, buscaba mejorar el acceso a la atención de salud mental y abuso de sustancias al establecerlo como un beneficio de salud esencial, aplicando reglas federales de paridad para garantizar que la cobertura fuese comparable y aumentando el acceso al seguro de salud en general. Como resultado, la mayoría de los planes de salud ahora cubren servicios preventivos y no pueden negar la cobertura debido a una enfermedad mental<sup>29</sup>.

El presupuesto propuesto del Presidente para el año fiscal 2021 proporciona US\$5.700 millones de dólares para SAMHSA. El presupuesto da prioridad a la prevención y el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos, por consumo de metanfetaminas, enfermedades mentales graves, la prevención del suicidio y el apoyo a las necesidades de salud mental de los estudiantes<sup>30</sup>.

### 3. La Ley de Paridad entre la Salud Mental y Física y su implementación

Con el fin de abordar la discriminación en la cobertura de salud mental, el año 1996 el Congreso de los Estados Unidos Promulgó la **Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 (*Mental Health Parity Act, MHPA*)**, la cual exigió a las compañías de seguro que trataran la cobertura de los trastornos de salud mental y física de manera similar. Dispuso que un plan de salud de grupo, que aplicara un límite de por

<sup>27</sup> Tikkanen, Roosa y Abrams, Melinda. *U.S. Health Care from a Global Perspective, 2019: Higher Spending, Worse Outcomes? The Commonwealth Fund*. 30 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/us-health-care-global-perspective-2019>

<sup>28</sup> *Raising standards through sharing excellence*International Mental Health Comparisons 2019. *Child and Adolescent, Adult, Older Adult Services*. Uppdrag Psykisk Hälsa. 31 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/11/International-MH-report-31-October-2019.pdf>

<sup>29</sup> *The U.S. Healthcare System*. *The Commonwealth Fund*. Disponible en: [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)

<sup>30</sup> *asto en salud mental de los Estados unidos*, Pág. 64. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy-2021-budget-in-brief.pdf>

vida (o anual) para servicios médicos o quirúrgicos, que también proporcionara un beneficio de salud mental, debía incluir los pagos de salud mental en ese límite o establecer un límite total de por vida (o anual) separado para los servicios de salud mental, con el tope de salud mental no inferior al médico o quirúrgico<sup>31</sup>.

La *Mental Health Parity Act*, MHPA, fue sustituida por la **Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008** (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act*, MHPAEA), firmada por el Presidente Bush el año 2008, y que entró en vigor el primero de enero del 2010<sup>32</sup>.

La norma modificó la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), la Ley del Servicio de Salud Pública y el Código de Rentas Internas para exigir que un plan de salud grupal que brinde beneficios médicos y quirúrgicos y de salud mental o trastornos por abuso de sustancias garantice que:

1. Los requisitos financieros, como deducibles y copagos, aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias, no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan. Además, no hay requisitos de costo compartido separados que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias.

Las limitaciones de tratamiento aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias no sean más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominantes aplicadas a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan; y no existen limitaciones de tratamiento separadas que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias.

2. Requiere que el administrador del plan ponga a disposición los criterios para determinar la necesidad médica y la razón de cualquier denegación de reembolso o pago por servicios prestados en el marco del plan con respecto a los beneficios de salud mental o por abuso de sustancias.
3. Dispone que el plan proporcione cobertura fuera de la red para los beneficios de salud mental o de trastornos por uso de sustancias si el plan proporciona cobertura para los beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados por proveedores fuera de la red.
4. Exime de los requisitos de esta Ley a un plan de salud de grupo si la aplicación de esta ley resulta en un aumento para el año del plan de los costos totales reales de la cobertura con respecto a los beneficios médicos y quirúrgicos y a los beneficios de salud mental y de

<sup>31</sup> *Mental Health Parity Act of 1996*. H.R.4058 — 104th Congress (1995-1996). 26 de Septiembre de 1996. Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/104th-congress/house-bill/4058>

<sup>32</sup> Esta ley fue aprobada como una disposición adicional agregada a un proyecto de ley bajo la consideración de una legislatura que tiene poca conexión con el tema del proyecto de ley.

trastornos por uso de sustancias en una cantidad que exceda el 2% para el primer año del plan y el 1% para cada año del plan subsiguiente. Requiere que las determinaciones sobre los aumentos de los costos reales de un plan sean hechas y certificadas por un actuario calificado y autorizado.

5. Se establece que las determinaciones para dicha exención deben hacerse después de que dicho plan haya cumplido con esta ley durante los primeros seis meses del año del plan<sup>33</sup>.

Así, la MHPAEA preserva las protecciones de la MHPA y añade nuevas protecciones importantes, como la ampliación de los requisitos de paridad a los trastornos por uso de sustancias. No obstante, no exige que los planes de salud de grupos grandes o los emisores de seguros de salud cubran los beneficios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Los requisitos de la ley se aplican sólo a los planes de salud de grupo grande y a los emisores de seguros de salud que deciden incluir los beneficios de salud mental y por abuso de sustancias en sus paquetes de beneficios<sup>34</sup>.

La ley MHPAEA fue enmendada por la *Patient Protection and Affordable Care Act*, modificada por la Ley de conciliación de la atención médica y la educación de 2010, *Health Care and Education Reconciliation Act* (denominada colectivamente *Affordable Care Act*) para aplicarse también a la cobertura de seguro médico individual<sup>35</sup>.

Posteriormente, el 13 de noviembre de 2013 se publicó en el Registro Federal un reglamento definitivo de aplicación de la ley MHPAEA. Las disposiciones señalan que:

Los requisitos predominantes descritos en la ley deben aplicarse por separado a seis clasificaciones de beneficios: pacientes hospitalizados dentro de la red y pacientes hospitalizados fuera de la red; ambulatorio dentro de la red y ambulatorio fuera de la red; emergencia; y medicamentos recetados. Se permiten sub-clasificaciones para visitas al consultorio separadas de todos los demás servicios ambulatorios, así como para planes que utilicen múltiples niveles de proveedores dentro de la red. La regulación incluye ejemplos para cada clasificación. Además, aunque la regulación no requiere planes para cubrir los beneficios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias, si deben proporcionar beneficios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias en todas las clasificaciones en las que se otorgan beneficios médicos / quirúrgicos.

---

<sup>33</sup> Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act*). (Sec-511). Disponible en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Health-Insurance-Reform/HealthInsReformforConsume/downloads/MHPAEA.pdf>

<sup>34</sup> *Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008. The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Centers for Medicare and Medicaid Services*. Disponible en: [https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea\\_factsheet](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet)

<sup>35</sup> *Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008. The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Centers for Medicare and Medicaid Services*. Disponible en: [https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea\\_factsheet](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet)

La reglamentación distingue entre las limitaciones cuantitativas de tratamiento y las no cuantitativas. Las cuantitativas son numéricas, como los límites de las visitas y de días. Las no cuantitativas incluyen, entre otras, el tratamiento médico y la terapia escalonada<sup>36</sup>.

Por su parte, el proyecto de Ley de reforma de la salud mental de 2016, *Mental Health Reform Act*, y cuyas disposiciones fueron incorporadas en la **21st Century Cures Act**, firmada por el Presidente el 13 de diciembre de 2016, establece el cumplimiento de nuevas actividades para fortalecer la aplicación de la *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* de 2008. Así:

- Exige a los Secretarios del Trabajo, del Tesoro y de Salud y Servicios Humanos, HHS, que publiquen un documento guía del programa de cumplimiento de los requisitos de cobertura de salud mental y de los trastornos por uso de sustancias, incluyendo los de divulgación y las limitaciones de tratamiento no cuantitativo;
- Requiere que se emitan nuevos documentos de orientación para que los planes de salud y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud de grupo o individual cumplan con las leyes de paridad;
- Dispone que se abra un período de comentarios públicos enfocados en las formas de mejorar el acceso del público a los documentos que contienen información que los emisores de seguros médicos están obligados a divulgar, en virtud de la legislación federal o estatal a los participantes, beneficiarios, proveedores contratados o representantes autorizados para garantizar los beneficios de salud mental y equidad en materia de adicción;
- Se exige que se convoque una reunión pública para producir un plan de acción para mejorar la coordinación federal/estatal sobre el cumplimiento de la paridad (tomando en consideración el Grupo de Trabajo para la Paridad de la Salud Mental y los Trastornos por Uso de Sustancias);
- Aclara la autoridad de los Departamentos de Trabajo, Tesoro y HHS para auditar un plan de salud cuando se descubre un plan que ha violado la ley de paridad cinco veces.
- Requiere que los Centros de Servicios de *Medicare* y *Medicaid* publiquen un informe anual en cada uno de los próximos cinco años que resuma los resultados de las investigaciones federales cerradas en el año anterior sobre las violaciones graves del cumplimiento de los requisitos de paridad existentes;
- Establece que la Oficina de Responsabilidad del Gobierno (GAO) realice un estudio sobre el cumplimiento de la paridad, incluido el cumplimiento de las limitaciones de tratamiento no cuantitativas, un examen de la forma en que los organismos federales y estatales han mejorado el cumplimiento, y recomendaciones adicionales de cumplimiento, educación y coordinación que podrían garantizar un mayor cumplimiento de los requisitos de paridad existentes; y

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*

- Aclara la cobertura de los beneficios de los trastornos alimenticios bajo la ley de paridad y permite que el HHS difunda recursos de información sobre los mismos<sup>37</sup>.

### Paridad en el Estado de Alaska

Uno de los Estados que cuenta con una ley particular de paridad mental en los Estados Unidos, es Alaska. De acuerdo con los **Estatutos de ese Estado, Sección 21.54.151, sobre Beneficios para la Salud Mental o Trastornos por el Uso de Sustancias**, un plan de seguro de atención médica vendido en el mercado de grandes grupos de empleadores que brinde beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental tiene que cumplir con ciertos requisitos. De este modo:

1. Si el plan incluye un límite de por vida en prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos, éste debe incluir los beneficios de salud mental dentro del límite de por vida y no puede distinguir en la aplicación del límite entre beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental; o proporcionar un límite de por vida para los beneficios de salud mental que sea menor que el tope de por vida para los beneficios médicos y quirúrgicos;
2. Si el plan incluye diferentes límites de por vida o ninguno en diferentes categorías de beneficios médicos y quirúrgicos, también debe establecer límites de por vida sobre los beneficios de salud mental consistentes con la ley federal;
3. Si el plan no incluye un límite anual para prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos, puede no establecer un límite anual para los beneficios de salud mental;
4. Si el plan incluye un límite anual para prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos, el plan debe comprender los beneficios de salud mental con el límite anual y no puede distinguir en la aplicación del límite entre los beneficios médicos y quirúrgicos y los beneficios de salud mental; o proporcionar un límite anual para beneficios de salud mental que no sea menor que el tope anual para beneficios médicos y quirúrgicos; y
5. Si el plan incluye diferentes límites anuales o ninguno en diferentes categorías de beneficios médicos y quirúrgicos, el plan debe establecer límites anuales para los beneficios de salud mental de conformidad con la ley federal<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> H.R.34. 21st Century Cures Act. 13 de Diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/BILLS-114hr34enr/pdf/BILLS-114hr34enr.pdf>

<sup>38</sup> *Alaska Statutes. Mental Health or Substance Use Disorder Benefit. Sec. 21.54.151.* Disponible en: <http://www.legis.state.ak.us/basis/folioproxy.asp?url=http://www.jnu01.legis.state.ak.us/cgi-bin/folioisa.dll/stattx06/query=21!2E54!2E151/doc/%7b@9817%7d>



## b. Irlanda

### 1. Sistema de salud.

De acuerdo con *Ireland: Country Profile 2019*, documento elaborado por la OCDE que otorga una visión general sobre el sistema de salud del país europeo, el Departamento de Salud se encarga de la dirección de políticas, la gobernanza y la supervisión del desempeño del sector. El Ejecutivo de Servicios de Salud, *Health Service Executive (HSE)*<sup>39</sup>, un organismo gubernamental bajo el Departamento de Salud, es responsable de la gestión y la prestación de servicios de atención sanitaria y social. La mayor parte de los gastos de salud se financian mediante impuestos generales y una carga social universal que se cobra a los empleados y a los trabajadores autónomos.

En Irlanda no existe un derecho universal a la atención de salud pública, y los requisitos varían según la residencia, edad y la situación socioeconómica. Sin embargo, existe un sistema de dos niveles, ya que muchas personas adquieren un seguro privado para evitar las largas listas de espera en el sistema público y obtener un acceso más rápido a la atención hospitalaria y los diagnósticos. Los residentes con un ingreso inferior a un umbral definido o con ciertas condiciones médicas (el 32 % de la población en marzo de 2019) son elegibles para una Tarjeta Médica, que proporciona acceso a la atención primaria y a los servicios hospitalarios de forma gratuita, además de los medicamentos con copagos limitados. Otro grupo de población (10%) tiene acceso a una Tarjeta de Visita al médico general que cubre los gastos del profesional, pero no los de los medicamentos o del hospital. El resto de la población (58%), que no posee tarjeta médica ni tarjeta de visita al médico general, debe cubrir por sí misma los gastos de acceso a los servicios del médico general<sup>40</sup>.

El seguro médico privado desempeña un papel más importante que en todos los demás países de la UE, excepto Eslovenia. El gobierno subvenciona la adopción del seguro privado con un crédito fiscal. Dado que los pacientes con cobertura privada tienen un acceso más rápido a la atención, la forma en que se subvenciona la cobertura del seguro privado agrava las desigualdades en el acceso a la atención. Respecto de los copagos, estos son un componente importante de la financiación de la atención de salud en Irlanda y se aplica de forma extensiva a las personas sin tarjeta médica.

Como se mencionó, Irlanda sigue siendo el único país de Europa occidental que no tiene cobertura universal para la atención primaria. Para quienes dependen del sistema público, los largos tiempos de espera para las citas con los especialistas y la cirugía electiva en los hospitales siguen siendo una importante fuente de insatisfacción de los pacientes.

---

<sup>39</sup> El Ejecutivo de Servicios de Salud se rige por la Ley de Salud de 2004.

<sup>40</sup> OECD/ *European Observatory on Health Systems and Policies. Ireland: Country Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/ *European Observatory on Health Systems and Policies*. Bruselas. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/2393fd0a-en.pdf?expires=1588085864&id=id&accname=quest&checksum=1C8BAB8547C8AF52FF3817FC38C153EC>

Cabe destacar que el Comité del Oireachtas (Parlamento) sobre el futuro de la atención de salud elaboró el Informe Sláintecare<sup>41</sup> que fue adoptado por el gobierno y publicado en mayo de 2017. Su visión: lograr un sistema universal de atención sanitaria y social de un solo nivel, en el que todos tengan igual acceso a los servicios en función de las necesidades y no por la capacidad de pago. El gobierno irlandés aprobó la Estrategia de Implementación de Sláintecare el 17 de julio de 2018<sup>42</sup>. La Oficina de Implementación del Programa Sláintecare, se estableció en septiembre de 2018 con la tarea inicial de revisar y perfeccionar la estrategia en un Plan de Acción para 2019<sup>43 y 44</sup>.

## 2. Situación de Irlanda en materia de salud mental

Se estima que una de cada cuatro personas en Irlanda experimentará algunos problemas de salud mental a lo largo de su vida y el gobierno se enfoca en lograr y mantener una salud mental óptima<sup>45</sup>.

La **Ley de Salud Mental de 2001, *Mental health Act***<sup>46</sup>, que entró en vigor en su totalidad el 1 de noviembre de 2006, con el objeto de proteger los derechos de todas las personas que utilizan los servicios de salud mental, estableció los procedimientos legales para los ingresos y el tratamiento en los centros autorizados. El propósito de la norma que sustituyó a la Ley de salud mental de 1945, es proporcionar una estructura moderna en el que las personas con trastornos mentales y que necesiten tratamiento o protección, ya sea en su propio interés o en el de otros, puedan ser atendidas y tratadas. También dispone mecanismos por el cual los estándares de atención y tratamiento de los servicios de salud mental pudieran ser supervisados, inspeccionados y regulados<sup>47</sup>.

La mayoría de las personas con problemas de salud mental pueden ser tratadas por su médico de cabecera, y son remitidas a los Servicios de Salud Mental, *Health Service Executive* (HSE). Este ofrece una amplia gama de servicios de salud mental comunitarios y hospitalarios en Irlanda, los que

<sup>41</sup> El informe *Sláintecare* constó de cinco secciones: Perfil de salud de la población; derechos y acceso; atención integrada, financiación; implementación.

<sup>42</sup> *Sláintecare Report. Oireachtas Committee on the Future of Healthcare*. Mayo de 2018. Disponible en: <https://www.gov.ie/en/publication/b14b24-about-slaintecare/>

<sup>43</sup> Este organismo estructuró el Plan de Acción en cuatro líneas de trabajo: Rediseño de servicios e infraestructura de apoyo (*Service Redesign & Supporting Infrastructure*), Cuidado seguro, gobernanza coordinada y valor por dinero (*Safe Care, Co-ordinated Governance & Value for Money*); Equipos del futuro (*Teams of the Future*); y Compartir el progreso (*Sharing Process*). Cada corriente de trabajo tiene cinco Programas principales y cada uno de ellos tiene un número de proyectos específicos. Bajo la primera línea de trabajo hay 5 programas, *Data, Research and Evaluation Programme; Population-based Planning Programme; Service ReDesign Framework Programme, Capital Planning Implementation Programme y eHealth Programme*.

<sup>44</sup> *Sláintecare Action Plan 2019. Department of Health*. Disponible en: <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/36008/90f113681eb74b2d80339879ba33c582.pdf#page=1>

<sup>45</sup> *Mental Health. Department of Health*. 25 de Julio de 2019. Disponible en: <https://www.gov.ie/en/policy-information/3aa528-mental-health/>

<sup>46</sup> *Mental Health Act 2001*. 25 de Noviembre de 2001. (Actualizada al 30 de Marzo de 2020). Disponible en: <http://revisedacts.lawreform.ie/eli/2001/act/25/revised/en/html>

<sup>47</sup> Latif, Zahid y Malik, Mansoor A. *Mental Health Legislation in Ireland: A Lot Done, More To Do. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. Abril 2012. Disponible en: <http://jaapl.org/content/40/2/266.long>

han experimentado cambios en los últimos años. Se ha pasado del modelo hospitalario a proporcionar más atención en las comunidades y en los propios hogares de los pacientes<sup>48</sup>.

Respecto de los recursos para la salud mental, de acuerdo con la coalición de salud *Mental Health Reform*, el presupuesto global de salud para 2019 fue de 16.000 millones de euros. Esto supuso un aumento del 5,6% (848 millones de euros) sobre el presupuesto de salud en 2018. El presupuesto de salud mental para 2019, fue de 987 millones de euros y el presupuesto de salud mental equivaldría al 6,15% del presupuesto total de salud. Esto es similar a la salud mental como proporción del presupuesto total de salud en 2017 y 2018<sup>49</sup>.

### 3. Políticas nacionales y programas específicos en salud mental

En cuanto a las políticas nacionales en materia de salud mental, cabe destacar “Una Visión para el Cambio”, (*A Vision for Change*), en vigor desde 2006 y que establece la dirección de los servicios de salud mental. Describe un marco para construir y fomentar la salud mental positiva, así como para proporcionar servicios especializados, accesibles y de base comunitaria para personas con enfermedades mentales<sup>50</sup>.

También se puede citar la estrategia nacional de Irlanda para reducir el suicidio 2015-2020, “Conectando por la vida” (*Connecting for Life*), es intersectorial con 69 acciones bajo siete objetivos estratégicos, los cuales son mejor comprensión de la conducta suicida, apoyo a las comunidades para prevenir y responder a los comportamientos suicidas, enfoques específicos para las personas vulnerables al suicidio, mejora del acceso, la coherencia y la integración de los servicios, servicios seguros y de alta calidad, reducir el acceso a los medios y mejores datos e investigaciones<sup>51</sup>

Por su parte, el Plan Nacional de Servicios de 2018 (NSP 2018) estableció el tipo y el volumen de los servicios de atención sanitaria y social que prestaría el Ejecutivo de Servicios de Salud en 2018. Entre las prioridades de salud mental, se planteaba promover la salud mental de la población en colaboración con otros servicios y organismos, incluida la reducción de la pérdida de vidas por suicidio; prestar servicios de salud mental oportunos, clínicamente eficaces y seguros estandarizados y; asegurar que las opiniones de los usuarios de los servicios, los miembros de la familia y los cuidadores sean fundamentales para el diseño y la prestación de los servicios de salud mental<sup>52</sup>.

<sup>48</sup> *Mental Health Services. Health Service Executive, HSE.* Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/>

<sup>49</sup> *HSE National Service Plan 2019. Snapshot Analysis: Mental Health Highlights. Mental Health Reform.* Enero 2019. Disponible en: <https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2019/01/Mental-Health-Reform-Snapshot-HSE-National-Service-Plan-2019-PDF.pdf>

<sup>50</sup> *A Vision for Health-Mental Health Services. Health Service Executive, HSE.* Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/visionforchange/>

<sup>51</sup> *Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020.* HSE. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/>

<sup>52</sup> *National Service Plan 2018.* HSE. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/serviceplans/national-service-plan-2018.pdf>

En tanto, en el marco del Plan de Acción para 2019 de *Sláintecare* y de una de sus líneas de trabajo “*Service ReDesign Framework Programme*”, centrada en el desarrollo de las vías de apoyo, se trazaron algunos programas con el objeto de implementarlos a nivel nacional, tales como la Estrategia Nacional de Demencia, además de revisar las recomendaciones de la Ley de salud mental de 2001. También para el año 2019, se preveía publicar la estrategia de salud mental “Una visión para el cambio”<sup>53</sup>.

#### 4. Mental Health Parity Bill 2017: el Proyecto de Paridad en salud mental interrumpido

Con el objeto mejorar la prestación de servicios de salud mental; aumentar la calidad de la atención de las personas que reciben cuidados de salud mental; y disposiciones sobre cuestiones conexas, el 26 de septiembre de 2017, se presentó en el *Dáil Éireann*, Cámara Baja del Oireachtas, el Parlamento de Irlanda, el **Proyecto de Ley** titulado **Ley de Equiparación de la Salud Mental con la Salud Física de 2017** o *Mental Health Parity Bill 2017*<sup>54</sup>.

En el texto del proyecto de ley, se establecía la paridad en materia de salud mental, señalando que el Ministro de Salud promoverá un servicio de salud integral destinado a lograr mejoras en la salud física y mental, y en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales<sup>55</sup>.

Si bien, el proyecto alcanzó la Etapa de Reporte dentro de su tramitación donde se consideran las enmiendas que surgen de la Etapa de Comité, expiró por la disolución del *Dáil* y el *Seanad* (Senado) por elecciones.

### c. Inglaterra

#### 1. Sistema de salud

La responsabilidad de la legislación sanitaria y la política general en Inglaterra recae en el Parlamento, el Secretario de Estado de Salud y el Departamento de Salud<sup>1</sup>. Según la Ley de Salud de 2006, *Health Act*, el Secretario de Estado tiene el deber legal de promover un servicio integral de salud que brinde atención gratuita, además de los servicios con pagos ya establecidos. Si bien el Departamento de Salud lleva a cabo la administración del sistema de salud en general, la responsabilidad diaria de

<sup>53</sup> *Sláintecare Action Plan 2019. Department of Health.* Disponible en: <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/36008/90f113681eb74b2d80339879ba33c582.pdf#page=1>

<sup>54</sup> *Mental Health Parity Bill 2017. (Bill 112 de 2017). 26 de Septiembre de 2017.* Disponible en: <https://www.oireachtas.ie/en/bills/bill/2017/112/>

<sup>55</sup> *Mental Health Parity Bill 2017. Houses of the Oireachtas.* Disponible en: <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/bill/2017/112/eng/initiated/b11217d.pdf>

administrar el Servicio Nacional de Salud, *National Health System*, NHS, recae en un organismo público separado, el NHS *England*.

NHS *England* gestiona el presupuesto del NHS, supervisa múltiples Grupos de Comisionamiento Clínico<sup>56</sup> (*Clinical Commissioning Groups*, CCG) locales y garantiza que se cumplan los objetivos establecidos en un mandato anual del Secretario de Salud. Los presupuestos para la salud pública están en manos de las autoridades del gobierno local, que deben organizar juntas de salud y bienestar para mejorar la coordinación de los servicios locales y reducir las disparidades de salud.

La mayoría de los fondos para el NHS proviene de los impuestos generales, y una proporción menor del seguro nacional (un impuesto sobre la nómina). Respecto de la cobertura, todos los residentes en Inglaterra tienen derecho automáticamente a la atención del NHS, en gran parte gratis, al igual que los no residentes con una Tarjeta Europea de Seguro de Salud<sup>57</sup>.

El seguro privado ofrece un acceso más rápido y conveniente a la atención, especialmente para los procedimientos hospitalarios electivos, pero la mayoría de las políticas excluyen la salud mental, los servicios de maternidad, la atención de emergencia y la medicina general<sup>58</sup>.

Respecto del alcance de los servicios del NHS, no existe un derecho absoluto para que los pacientes reciban un tratamiento en particular. Sin embargo, el deber legal del Secretario de Salud es garantizar una cobertura integral. En la práctica, el NHS brinda o paga servicios preventivos, que incluyen programas de detección, inmunización y vacunación; atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios; servicios médicos; medicamentos para pacientes hospitalizados y ambulatorios; atención dental clínicamente necesaria; atención oftalmológica; atención de salud mental, incluida aquella para personas con discapacidades de aprendizaje; cuidados paliativos; entre otros<sup>59</sup>.

La atención primaria se brinda principalmente a través de médicos generales. Las prácticas o consultorios generales son normalmente el primer punto de contacto de los pacientes, y se requiere que las personas se registren en un consultorio local de su elección; sin embargo, la elección a veces es limitada porque muchas de estas, están completas y no aceptan nuevos pacientes<sup>60</sup>.

---

<sup>56</sup> Son organizaciones del Servicio de Salud establecidas por la *Health and Social Care Act 2012* para organizar la entrega o provisión de servicios de salud en Inglaterra.

<sup>57</sup> Para otras personas, como visitantes no europeos o inmigrantes indocumentados, solo el tratamiento en un departamento de emergencias y para ciertas enfermedades infecciosas es gratuito.

<sup>58</sup> Thorlby, Ruth y Arora, Sandeepa. *The English Healthcare System. The Commonwealth Fund*. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>

<sup>59</sup> También se incluyen algunos cuidados a largo plazo; rehabilitación, incluida la fisioterapia (p. ej., atención posterior al accidente cerebrovascular) y visitas domiciliarias de enfermeras comunitarias. La constitución del NHS también establece que los pacientes tienen derecho a medicamentos o tratamientos aprobados en evaluaciones tecnológicas realizadas por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE), si lo recomienda su médico.

<sup>60</sup> Thorlby, Ruth y Arora, Sandeepa. *The English Healthcare System. The Commonwealth Fund*. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>

Los hospitales de propiedad pública están organizados como fideicomisos del NHS que responden directamente al Departamento de Salud o como *Foundation Trusts*<sup>61</sup>, algo así como fideicomisos de confianza regulados por *NHS Improvement*<sup>62</sup>, cuyas funciones incluyen la regulación económica de los proveedores públicos y privados. Tanto los hospitales de fideicomiso del NHS como los de las otras fundaciones contratan a los CCG locales para la prestación de servicios. Se les reembolsa principalmente según las tarifas determinadas de los grupos relacionados con el diagnóstico (GDR) a nivel nacional, que incluyen los gastos de personal médico y representan alrededor del 60% de los ingresos, y el resto proviene de actividades no cubiertas por los GDR, como la salud mental, la educación y los fondos de investigación y capacitación<sup>63</sup>.

## 2. Salud mental en Inglaterra

La atención de salud mental es una parte integral del *National Health Service* y cubre una variedad de servicios. Las enfermedades menos graves, como los trastornos depresivos y de ansiedad leves, por lo general, son tratadas por médicos generales. Aquellos que requieren un tratamiento más avanzado, incluida la atención hospitalaria, son tratados por fideicomisos de salud mental y hospitalarios. Alrededor de una cuarta parte de los servicios de salud mental en hospitales financiados por el NHS son otorgados por el sector privado.

Durante la última década, la política se ha centrado en aumentar el acceso a las terapias psicológicas para problemas de salud mental de leves a moderados, aunque todavía se aprecian largos tiempos de espera. Las políticas para mejorar la atención de las afecciones más graves en la comunidad se han centrado en la divulgación y la intervención temprana, y existe un objetivo general para garantizar la "**paridad de estima o *Parity of Esteem***" entre la salud mental y otros tipos de servicios de salud. Una revisión realizada en 2012 sugirió que el tratamiento de la salud mental, en comparación con el de las enfermedades físicas, no ha tenido suficiente financiamiento<sup>64</sup>.

El sistema es apoyado principalmente por las organizaciones proveedoras del NHS, aunque el sector privado también contribuye y proporciona alrededor del 20% de las 25.000 camas de salud mental y discapacidad de aprendizaje disponibles en Inglaterra. Además, alrededor de 700.000 adultos reciben apoyo de los servicios especializados de salud mental.

Hay sobre 50 organizaciones proveedoras de servicios de atención secundaria de salud mental del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra, cada una de las cuales atiende a una población promedio de

---

<sup>61</sup> Los *Foundations Trusts*, fueron creados para delegar la toma de decisiones del gobierno central a las organizaciones y comunidades locales, permitiéndoles responder a las necesidades y deseos de la población local.

<sup>62</sup> *NHS Improvement*, es responsable de supervisar los *Foundation Trusts*, los fideicomisos del NHS y a los proveedores independientes, ayudándoles a otorgar a los pacientes una atención segura, de alta calidad y compasiva dentro de los sistemas de salud locales, financieramente sostenibles.

<sup>63</sup> Thorlby, Ruth y Arora, Sandeepa. *The English Healthcare System. The Commonwealth Fund*. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>

<sup>64</sup> *Ibíd.*



1 millón de personas. Alrededor del 2% de la población está inscrita en los servicios de salud mental secundarios. El NHS también tiene un sistema de atención primaria bien desarrollado gratuito. Los médicos generales ofrecen una respuesta de primera línea para las afecciones mentales comunes y remiten a los servicios de atención secundaria para que tengan acceso a una atención de salud mental especializada.

Un elemento de la estrategia de salud mental de Inglaterra es la iniciativa de mejora del acceso a las terapias psicológicas, *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) a gran escala, que para 2018 había apoyado a un total anual de 1,1 millones de personas en el acceso al apoyo psicológico para problemas comunes de salud mental<sup>65</sup>.

### 3. Parity of Esteem

Según el informe “*Raising standards through sharing excellence International. Mental Health Comparisons*”, años de inversión insuficiente han significado que las personas con problemas de salud mental tengan un acceso más deficiente a los servicios y una calidad de atención inferior a la de las personas con problemas de salud física. Por ejemplo, los largos tiempos de espera siguen siendo comunes para la terapia psicológica; muchas personas reciben atención en centros fuera de su zona de residencia porque no pueden obtener la atención adecuada a nivel local; y los servicios para niños y jóvenes se consideran en general inadecuados<sup>66</sup>.

No obstante lo anterior, ha surgido planes para alcanzar la "**paridad de estima**" (igual valoración entre la salud física y mental) y asegurar de este modo que las personas puedan mantener su bienestar tanto físico como mental.

De acuerdo con el *Royal College of Psychiatrist* (2013), la **Paridad de Estima** significa igualdad de acceso a la atención y el tratamiento más efectivo y seguro, iguales esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, asignación de tiempo, esfuerzo y recursos en función de las necesidades, igualdad de condiciones dentro de la educación y la práctica sanitaria, aspiraciones igualmente elevadas para los usuarios del servicio; e igual condición en la medición de los resultados de salud<sup>67</sup>.

Entre las iniciativas para alcanzar la Paridad de Estima, se pueden citar *Time to Change*, en 2007, campaña para reducir el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental; *Healthy Lives, Healthy People*, en 2010, fue la primera estrategia de salud pública que dio igual importancia a la salud

<sup>65</sup> *Raising standards through sharing excellence International Mental Health Comparisons* 2019. *Child and Adolescent, Adult, Older Adult Services. Uppdrag Psykisk Hälsa*. 31 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/11/International-MH-report-31-October-2019.pdf>

<sup>66</sup> *Ibíd.*

<sup>67</sup> *Is there parity of esteem between mental and physical health? big election questions*. 19 de Mayo de 2017. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/big-election-questions-parity-mental-physical-health>

física y mental<sup>68</sup>, *No Health Without Mental Health: Delivering Better Mental Health Outcomes for People Of All Ages* en 2011, una estrategia intergubernamental sobre salud mental que establecía seis objetivos compartidos para mejorar la salud mental y el bienestar de la nación, y las perspectivas para las personas con problemas de salud mental a través de servicios de alta calidad<sup>69</sup>.

En respuesta a esto, la posterior **Ley de Salud y Atención Social de 2012**, *Health and Social Care Act*, consagró en su sección 1 obligaciones para el Secretario de Estado en relación con la mejora de los servicios de salud física y mental. Así, éste debe promover un servicio de salud integral en Inglaterra, diseñado para asegurar la mejora en la salud física y mental de la gente de Inglaterra, y de la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas y mentales. Los servicios prestados como parte del servicio de salud en Inglaterra deben ser gratuitos, salvo en la medida en que la formulación y la recuperación de los cargos estén expresamente previstos por o en virtud de cualquier ley, siempre que se apruebe<sup>70</sup>.

Desde 2013, la Constitución del NHS en Inglaterra contiene un compromiso para mejorar, prevenir, diagnosticar y tratar los problemas de salud física y mental con igual consideración. Los mandatos sucesivos del NHS han establecido objetivos para la paridad. Por ejemplo, el Mandato NHS 2018-19 establece que debe haber un progreso medible, particularmente para aquellos en situaciones vulnerables. La visión a cinco años del NHS 2014 incluía un compromiso para lograr la paridad para 2020<sup>71</sup>.

En febrero del año 2016, el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental publicó la visión quinquenal de la salud mental, *The Five Year Forward View for Mental Health*<sup>72</sup> para el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra que abarcó el acceso, la elección de tratamientos y la prevención y elevó la salud mental a una prioridad clave en los nuevos planes de sostenibilidad y transformación de todas las áreas. Además, identificó claramente la necesidad de mejorar la salud física de los pacientes con enfermedades mentales severas. Se planteó que para 2020/21, al menos 280.000 personas que viven con graves problemas de salud mental deberían tener cubiertas sus necesidades de salud física. Se les debería ofrecer la posibilidad de someterse a pruebas de detección y a una prevención secundaria que reflejara su mayor riesgo de tener una salud física deficiente. Esto reduciría la brecha de las desigualdades en materia de salud<sup>73</sup>.

<sup>68</sup> Panday, Sohrab. *Parity of Esteem. Improving the Physical Health of People with Serious Mental Illness in the East Midlands*. Noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/mids-east/wp-content/uploads/sites/7/2018/03/parity-report.pdf>

<sup>69</sup> *No Health without Mental Health: A Cross-Government Outcomes Strategy*. Department of Health and Social Care. 2 de Febrero de 2011. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/no-health-without-mental-health-a-cross-government-outcomes-strategy>

<sup>70</sup> *Health and Social Care Act 2012*. Section 1. Disponible en: [http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga\\_20120007\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf)

<sup>71</sup> Baker, Carl y Gheera, Manjit. *Mental Health: Achieving Parity of Esteem*. House of Commons Library. Enero 16, 2020. Disponible en: <https://commonslibrary.parliament.uk/insights/mental-health-achieving-parity-of-esteem/>

<sup>72</sup> *The Five Year Forward View for Mental Health. The Five Year Forward View for Mental Health. A Report From the Independent Mental Health Taskforce to the NHS in England*. Febrero 2016. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>

<sup>73</sup> Panday, Sohrab. *Parity of Esteem. Improving the Physical Health of People with Serious Mental Illness in the East Midlands*. Noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/mids-east/wp-content/uploads/sites/7/2018/03/parity-report.pdf>

En julio de 2016, el NHS de Inglaterra publicó el documento “**Implementing the Five Year Forward View for Mental Health**”. En él se estableció como compromiso el financiamiento de los controles de salud física para las personas con enfermedades mentales graves que permitiría a los grupos de comisionamiento clínico ofrecer los exámenes recomendados por el NICE<sup>74</sup> y el acceso a las intervenciones de atención física para cubrir el 30% de la población con enfermedades mentales severas en el registro de médicos generales en 2017/18, pasando al 60% de la población a partir del año siguiente<sup>75</sup>.

El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra aceptó todas las recomendaciones del informe y se acordó con el Gobierno que para apoyar esta transformación, los servicios de salud mental se beneficiarán de una inversión adicional de 1.000 millones de libras esterlinas anuales para 2020/21.

Este plan de implementación se centra principalmente en el papel del NHS en el cumplimiento de sus compromisos y está dirigido a los comisionados y proveedores de salud para que apoyen e influyan en sus propios planes locales. Además, da una clara indicación a las personas que utilizan los servicios de lo que deben esperar. Se establecen muchos objetivos y compromisos que permiten mejorar el acceso a una atención de alta calidad, a servicios más integrados y a intervenciones más tempranas. Un tema común, es la creación de capacidad dentro de los servicios de base comunitaria para reducir la demanda y liberar la capacidad y las camas de pacientes hospitalizados, mientras al mismo tiempo se mueve el modelo de puesta en servicio de camas de pacientes internos en salud mental hacia un enfoque integrado basado en el lugar para que las vías e incentivos estén mejor alineados.

### **Algunos de los objetivos del plan esgrimidos para el 2020-2021:**

Se espera que el objetivo nacional del Servicio Nacional de Salud de llegar a por lo menos 70.000 niños y jóvenes más cada año a partir de 2020/21 permita un mayor acceso, al pasar de atender a alrededor del 25% de las personas con una afección diagnosticable a nivel local, sobre la base de las estimaciones actuales, a por lo menos el 35%. Estos niños y jóvenes adicionales serán tratados por los servicios comunitarios financiados por el NHS. Para llevar a cabo esta expansión, los grupos de comisionamiento clínico, deberían lograr un mejor acceso a los servicios de resolución de crisis y de enlace de salud mental, de modo que estén disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y apropiados para los niños y los jóvenes.

Se establecerán servicios comunitarios de trastornos de la alimentación para niños y jóvenes en todas las zonas, asegurando que el 95% de los niños que lo necesiten reciban tratamiento en el plazo de una semana en el caso de los casos urgentes, y en el plazo de cuatro semanas en el caso de los casos rutinarios.

---

<sup>74</sup> NICE, es *National Institute for Health and Care Excellence*.

<sup>75</sup> Panday, Sohrab. *Parity of Esteem. Improving the Physical Health of People with Serious Mental Illness in the East Midlands*. Noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/mids-east/wp-content/uploads/sites/7/2018/03/parity-report.pdf>

Para el año 2020/21, debe disponerse de servicios especializados de salud mental perinatal para satisfacer las necesidades de las mujeres en todos los ámbitos. Esto requerirá cerrar la brecha en la gran mayoría (85%) de las localidades que se estima que tienen un servicio que no cumple con las directrices del NICE, o que no tienen ningún servicio existente. La consecución de este objetivo requerirá el desarrollo y la integración tanto de equipos comunitarios especializados como de unidades materno-infantiles, que trabajarán a través de una geografía definida.

Habrá un mayor acceso a las terapias psicológicas, de modo que al menos el 25% de las personas (o 1,5 millones) con problemas comunes de salud mental accedan a los servicios cada año. La mayoría de los nuevos servicios se integrarán con la atención médica física. Como parte de esta expansión, 3.000 nuevos terapeutas de salud mental serán ubicados en la atención primaria. La expansión de los servicios de terapias psicológicas requerirá el desarrollo de habilidades y capacidades en la fuerza laboral. Esto incluye la capacitación complementaria en nuevas competencias para las condiciones a largo plazo y los síntomas médicamente inexplicados para el personal actual, la capacitación específica para trabajar con personas mayores y la capacitación del nuevo personal para aumentar la capacidad general.

Los servicios comunitarios de salud mental para adultos proporcionarán oportunamente una atención centrada en la persona, enfocada en la recuperación e integrada en la atención primaria y social y otros sectores. Ello permitirá que al menos el 60% de las personas con un primer episodio de psicosis comiencen el tratamiento con un paquete de atención recomendado por el NICE con un servicio especializado de intervención temprana en psicosis (EIP) en las dos semanas siguientes a la derivación; una reducción de la mortalidad prematura de las personas que viven con enfermedades mentales graves (SMI); un mayor acceso a las terapias psicológicas para las personas con psicosis, trastorno bipolar y trastorno de la personalidad.

El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra debería dirigir un programa de trabajo integral para aumentar el acceso a una atención de alta calidad que prevenga los ingresos evitables y apoye la recuperación de las personas que tienen problemas graves de salud mental y un riesgo significativo o problemas de seguridad en el entorno menos restrictivo, lo más cerca posible del hogar. Esto buscaría abordar las vías fragmentadas existentes en la atención segura, aumentar la prestación de servicios de base comunitaria.

Establecer la ambición de que el número de personas que se quitan la vida se reduzca en un 10% a nivel nacional en comparación con los niveles de 2016/17. La prevención del suicidio requerirá un trabajo estrecho entre los diferentes NHS y organizaciones asociadas para construir sobre las prioridades establecidas en la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio y la evidencia existente y emergente en torno al suicidio, como la de la Investigación Nacional Confidencial sobre el Suicidio y Homicidio de Personas con Enfermedades Mentales. Los planes deben incluir un fuerte enfoque en la atención primaria, el alcohol y el uso de drogas. Cada plan debe demostrar cómo las áreas implementarán intervenciones preventivas basadas en la evidencia que se dirijan a lugares de alto

riesgo y apoyen a los grupos de alto riesgo (incluyendo a los jóvenes que se autolesionan) dentro de su población, basándose en datos localizados en tiempo real<sup>76</sup>.

Por su parte, el **Plan a largo plazo del Servicio Nacional de Salud o NHS Long Term Plan**, publicado el 7 de enero de 2019, traza un programa de inversión nacional para seguir mejorando la capacidad de los servicios de salud mental y ampliar el acceso a la atención especializada. Entre las esferas prioritarias figuran los compromisos de seguir ampliando el acceso a los servicios para los problemas comunes de salud mental mediante la mejora en el acceso a las terapias psicológicas (hasta 1,9 millones de personas al año para 2024), ampliar los servicios de salud mental perinatal, mejorar el acceso a la atención de crisis, ampliar los servicios específicos para las personas que sufren el primer episodio de psicosis, seguir mejorando el nivel de atención especializada disponible en la comunidad y garantizar el rápido acceso a los servicios para los niños y los jóvenes. El Plan está respaldado por uno de aplicación detallado para la salud mental que esboza los detalles de la fuerza de trabajo y los requisitos de aptitudes para garantizar la prestación de servicios nacionales integrales<sup>77</sup>.

Para apoyar las ambiciones del Plan, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra renovó su compromiso de que el gasto en servicios de salud mental crecerá más rápidamente que el presupuesto general del Servicio Nacional de Salud, creando un nuevo fondo de inversión local con un valor mínimo de 2.300 millones de libras esterlinas al año para 2023/24<sup>78</sup>.

## d. Países Bajos

### 1. Sistema de salud

El sistema de salud de los Países Bajos se rige por cinco leyes básicas relacionadas con la atención de la salud: la **Ley del Seguro de Salud** (*The Health Insurance Act-Zorgverzekeringswet*), la **Ley de Cuidados a Largo Plazo** (*Long-Term Care Act -Wet langdurige zorg*), la **Ley de Apoyo Social** (*Social Support Act-Wet maatschappelijke ondersteuning*), la **Ley de Salud pública** (*Public Health Act-Wet publieke gezondheid*) y la **Ley de la Juventud** (*Youth Act -Jeugdwet*).

En 2006 entró en vigor la **Ley del Seguro de Salud** (*The Health Insurance Act-Zorgverzekeringswet*), en virtud de la cual todos los residentes de los Países Bajos tienen derecho a un amplio paquete de seguro de salud básico. El gobierno central está involucrado en la aplicación de

<sup>76</sup> *Implementation Plan for the Mental Health Five Year Forward View*. NHS. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf>

<sup>77</sup> *Raising standards through sharing excellence International. Mental Health Comparisons 2019. Child and Adolescent, Adult, Older Adult Services*. Uppdrag Psykisk Hälsa. 31 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/11/International-MH-report-31-October-2019.pdf>

<sup>78</sup> *Mental Health Policy in England*. House of Commons Library. 7 de Junio de 2020. Disponible en: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7547/>

esta norma y ha establecido una serie de requisitos públicos que garantizan la naturaleza social del seguro de salud: los particulares están obligados a adquirir un seguro médico básico y son libres de elegir su propia aseguradora; las aseguradoras están obligados a aceptar a estos particulares en su póliza, independientemente, de su edad o estado de salud; las primas de una póliza ofrecida son iguales para todos los asegurados, independientemente de su estado de salud, edad o antecedentes; los aseguradores médicos tienen un deber de asistencia, o sea, deben proporcionar y/o reembolsar los cuidados y servicios que el asegurado necesita; deben garantizar que la atención sanitaria está disponible en el paquete básico para todos sus asegurados.

El paquete básico del seguro de salud incluye la atención médica proporcionada por los médicos de cabecera, los especialistas médicos y los obstetras; enfermería; hospitalización; servicios de salud mental, incluida la atención hospitalaria relacionada con ésta, hasta un máximo de tres años; y medicamentos; entre otros<sup>79</sup>.

Por su parte, la **Ley de Salud Pública (*Public Health Act-Wet publieke gezondheid*)** que data de 2007, se centra en la prevención y la promoción de la salud y permite responder rápidamente en caso de amenazas y en lo que respecta a la gestión de las crisis de enfermedades infecciosas.

La **Ley de Cuidados a Largo Plazo (*Long-Term Care Act -Wet langdurige zorg*)** que entró en vigor el 1º de enero de 2015, sustituye a la Ley general de gastos médicos excepcionales y abarca los cuidados para aquellas personas que necesiten atención permanente o de 24 horas en el hogar. Su objetivo son los grupos más vulnerables de la sociedad, tales como, los ancianos en etapas avanzadas de demencia, las personas con graves discapacidades físicas o intelectuales y las personas con trastornos psiquiátricos de larga duración<sup>80</sup>.

En tanto, en virtud de la **Ley de Apoyo Social de 2015 (*Social Support Act-Wet maatschappelijke ondersteuning*)**, las autoridades locales<sup>81</sup> se encargan de prestar apoyo a las personas con discapacidad<sup>82</sup>. Mientras la **Ley de la Juventud (*Youth Act –Jeugdwet*)**, dispone la descentralización del apoyo, la asistencia y la atención a niños y adolescentes.

Los servicios de salud en Holanda son proporcionados en su mayoría por proveedores privados sin fines de lucro, y los médicos en general trabajan por cuenta propia. Los servicios de salud pública son

<sup>79</sup> También están incluidas la atención dental hasta los 18 años; servicios proporcionados por diversos terapeutas; atención nutricional/dietética; ayudas médicas; transporte médico en ambulancia; fisioterapia para personas con enfermedades crónicas.

<sup>80</sup> Para la entrega de atención de salud, la Agencia de Evaluación de la Atención, *Care Assessment Agency*, hace un diagnóstico de las necesidades especiales de las personas basadas en un formato nacional y estandarizado. Aquellos que ya han recibido una evaluación pueden recibir atención en su casa o en un centro de atención o disposición similar. Entre los tipos de cuidados más comunes están la atención personal: ayuda para lavarse, vestirse, y beber; la atención que aumenta la autosuficiencia; la atención de enfermería, ej: atención de heridas o administración de inyecciones.

<sup>81</sup> El gobierno central determina cuánto dinero recibe cada autoridad local en este fondo. El Ejecutivo municipal es responsable ante el ayuntamiento por sus gastos. El servicio o soporte contratado lo paga la autoridad local directamente al proveedor con el que se ha celebrado un contrato.

<sup>82</sup> *Healthcare in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport*. Noviembre 2018. Disponible en: <http://bcn.cl/2dv36>



principalmente responsabilidad de los municipios e incluyen la promoción de la salud, exámenes, vacunación y asistencia médica a los jóvenes. Los Países Bajos aplican un estricto sistema de control de acceso, por lo cual los pacientes deben ser referidos por un médico general para visitar el hospital y la atención de especialistas. Tanto los servicios de atención a largo plazo como los de atención mental se otorgan cada vez más en entornos ambulatorios.

Según el Ministerio de Salud, con las regulaciones existentes se garantiza el acceso universal e igualitario a una atención de calidad, asegurando que todos los residentes puedan pagar la cobertura. El sistema holandés cubre alrededor del 99,9% de la población, y la proporción de la población que declara necesidades médicas no satisfechas de examen o tratamiento médico es la más baja de la UE, con poca diferencia entre los grupos de ingresos. El sistema de salud holandés mantiene una densa red de proveedores, lo que garantiza una buena disponibilidad geográfica de los servicios<sup>83</sup>.

Con aproximadamente 17 millones de habitantes, el gasto de Holanda en salud son cerca de 77 mil millones de euros que corresponde al 10% de su PIB, según de la cartera de Salud al 2018.

## 2. Situación de los Países Bajos en materia de salud mental

De acuerdo con el informe sobre el estado de salud en Europa (*Health at a Glance: Europe 2018*), elaborado por la OCDE, la prevalencia estimada de los trastornos de salud mental es mayor en Finlandia, los Países Bajos, y Francia, con tasas del 18,5% o más de la población con al menos un trastorno el año 2016<sup>84</sup>.

Respecto a la provisión de salud mental, desde el año 2014, se pueden distinguir tres niveles. De este modo, las personas con problemas de salud mental primero tienen que visitar a su médico de cabecera (nivel 1), donde su condición es tratada por éste profesional, a menudo con la ayuda de una enfermera especializada en la práctica de la atención mental. Si el médico no puede tratar al paciente y sospecha la existencia de un desorden del DSM-IV<sup>85</sup>, el paciente es referido a cuidados mentales básicos (nivel 2) para un tratamiento a corto plazo en forma de sesiones y/o e-Salud. Para los complejos condiciones mentales (nivel 3), los pacientes son remitidos a atención mental especializada, preferentemente en atención ambulatoria y, de ser necesario, en atención hospitalaria. Siempre que sea posible, el paciente es remitido de nuevo al médico general.

<sup>83</sup> ECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *The Netherlands: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9ac45ee0-en.pdf?expires=1588187180&id=id&accname=quest&checksum=28E0E7252440D94FF058FC1C24B38175>

<sup>84</sup> OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle (Summary in Spanish)*, OECD Publishing, Paris. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health\\_glance\\_eur-2018-4-en/index.html?itemId=/content/component/health\\_glance\\_eur-2018-4-en](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance_eur-2018-4-en/index.html?itemId=/content/component/health_glance_eur-2018-4-en)

<sup>85</sup> DSM-IV, se refiere a un síndrome o patrón de comportamiento o psicológico clínicamente significativo que ocurre en un individuo.

Los proveedores de atención mental básica (nivel 2) son, por ejemplo, psicólogos, psiquiatras o psicoterapeutas en régimen ambulatorio. Los tratamientos pueden ser cortos, medianos, intensivos o crónicos. Los tratamientos breves (300 minutos) se destinan a pacientes con problemas leves que entrañan un riesgo bajo de abandono, suicidio o violencia para el paciente y su entorno, con una complejidad baja (otros problemas o la comorbilidad no interfieren con el tratamiento). Los tratamientos medios (500 minutos) se destinan a pacientes de gravedad moderada con una complejidad baja y un riesgo de bajo a moderado. El tratamiento intensivo (750 minutos) está destinado a pacientes con problemas graves, con un riesgo bajo a moderado y con una complejidad baja. El tratamiento crónico es para pacientes con problemas crónicos estables o inestables, con un riesgo bajo a moderado.

La atención básica de la salud mental está cubierta por la **Ley del seguro médico** y, por lo tanto, se aplica el deducible obligatorio. Existe una lista de tratamientos (entre otros, el neurofeedback<sup>86</sup> y la terapia gestalt) y trastornos (como los trastornos de adaptación y los problemas interpersonales) que no forman parte del conjunto de prestaciones básicas y, por lo tanto, deben pagarse íntegramente. La atención mental especializada (nivel 3) está destinada a los pacientes que padecen un presunto trastorno del DSM-IV, combinado con problemas de gran complejidad, y/o que constituyen un alto riesgo para ellos mismos o su entorno. El paciente es tratado por un equipo multidisciplinario y en un ambiente ambulatorio, tanto como sea posible. Una vez completado el tratamiento, el paciente es remitido de nuevo al médico de cabecera, quien puede decidir tratar al paciente más adelante dentro de la consulta o remitirlo a cuidados mentales básicos. En el caso de la atención hospitalaria, los tres primeros años están cubiertos por la Ley del seguro médico y, por lo tanto, se aplica el deducible obligatorio; después de tres años, la atención está cubierta por la Ley de atención a largo plazo y se aplican los copagos de acuerdo con las normas de esta ley<sup>87</sup>.

En virtud de la **Ley de Cuidados a Largo Plazo**, los ciudadanos tienen acceso al alojamiento en un centro de atención: alojamiento designado y protegido para personas con discapacidades mentales.

La **Ley de apoyo social de 2015**, encarga a las autoridades locales de entregar ayuda a las personas con discapacidades físicas, mentales o psicológicas, con el objeto de aumentar la autosuficiencia de las mismas y asegurar que éstas puedan seguir siendo miembros productivos de la sociedad y que puedan seguir viviendo en sus hogares. Este apoyo puede ser por ejemplo, alojamiento protegido<sup>88</sup>.

En tanto, en razón de la **Ley de la Juventud**, las autoridades locales brindan apoyo a los niños y adolescentes (hasta los 18 años de edad, que en algunos casos puede ampliarse hasta los 23 años) y sus padres para hacer frente a los problemas y trastornos de desarrollo, de crianza y psicológicos. Las

---

<sup>86</sup> El neurofeedback (NF), también llamado EEG neurofeedback o EEG biofeedback, es un tratamiento no invasivo y no farmacológico utilizado para tratar pacientes con problemas neurológicos. En una sesión de NF, el objetivo es recopilar información sobre el funcionamiento cerebral; para ello, se ha desarrollado un método que extrae datos importantes de la actividad eléctrica del cerebro por medio de sensores localizados en el cuero cabelludo.

<sup>87</sup> Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). *The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition*. 2016; 18(2):1–239. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf)

<sup>88</sup> *Healthcare in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport*. Noviembre 2018. Disponible en: <http://bcn.cl/2dv36>

autoridades locales son libres de determinar la forma en que entregan el apoyo y el tipo de servicios otorgados<sup>89</sup>.

En cuanto a políticas de salud mental, no existe una estrategia nacional general que aborde la salud mental de los jóvenes. Sin embargo, el gobierno declaró dos puntos focales en el campo de la salud mental, a saber, el suicidio y la depresión. La depresión también se menciona en la política nacional de salud 2016-2019 como punto central para los próximos años, con el fin de reducir su prevalencia en el país. En cuanto a las estrategias nacionales sobre salud mental para toda la población, hay dos documentos del Gobierno nacional, un programa nacional de prevención del suicidio (2014-2017 y 2018-2021) y un programa plurianual de prevención de la depresión (2017).

Junto con los profesionales del sector, el Ministro de Salud, Bienestar y Deportes elaboró una agenda nacional sobre la prevención del suicidio para el período de 2014 a 2017, una agenda nacional general sin grupos destinatarios específicos, cuyo objetivo era frenar el aumento de la prevalencia de los suicidios y diseñar acciones para lograr ese objetivo. Hay una nueva agenda para el período de 2018 a 2021, que es una continuación de la anterior. De acuerdo con la agenda, el suicidio era la primera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 25 años.

A finales de 2016, el Ministerio presentó el Programa Plurianual de Prevención de la Depresión. El programa se inició oficialmente en febrero de 2017 y tendrá una duración mínima de 5 años. El objetivo es reducir la incidencia y el impacto de la depresión, especialmente en los grupos de alto riesgo. Una disminución del 30% para 2030 es el objetivo que el gobierno holandés desea alcanzar en última instancia. Para ello es necesario que se llegue a más personas de los grupos de alto riesgo con actividades de prevención de la depresión. Para 2021, el Ministerio -responsable del financiamiento- evaluará si el programa tiene suficientes repercusiones y qué ajustes o adiciones se requieren.

113 Prevención del Suicidio es el centro nacional holandés de prevención del suicidio, financiado principalmente por el Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes. El 113 está dirigido a toda la población holandesa, no hay grupos objetivos específicos dentro de la población. La organización ha estado activa como un proveedor de atención independiente desde septiembre de 2009. Emplea a psicólogos y psiquiatras y a un gran grupo de voluntarios plenamente capacitados que permiten al 113 prestar apoyo confidencial las 24 horas del día mediante charlas y llamadas telefónicas. El 113 trabaja en estrecha colaboración con los centros de crisis de los institutos de salud mental<sup>90</sup>.

Cabe destacar que el gasto total en proveedores de atención de salud mental en los Países Bajos de 2007 a 2018, aumentó de 5.100 millones de euros a 6.600 millones de euros<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup> *Ibíd.*

<sup>90</sup> *Netherlands. Mental Health. European Commission.* 27 Agosto de 2018. Disponible en: <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-netherlands>

<sup>91</sup> Total expenditure on providers of mental health care in the Netherlands from 2007 to 2018. *Statista.* Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/544547/total-expenditure-on-providers-of-mental-health-care-in-the-netherlands/>

## Referencias

### Estados Unidos

S. 2680 (114th): *Mental Health Reform Act of 2016*. Govtrack. Disponible en: <https://www.govtrack.us/congress/bills/114/s2680>

H.R. 6983 (110th): *Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008*. Disponible en: <https://www.govtrack.us/congress/bills/110/hr6983/text>

*Final Rules Under the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008; Technical Amendment to External Review for Multi-State Plan Program*. National Archives. 13 de Noviembre de 2013. Disponible en: <https://www.federalregister.gov/documents/2013/11/13/2013-27086/final-rules-under-the-paul-wellstone-and-pete-domenici-mental-health-parity-and-addiction-equity-act>

### Irlanda

Ley de Salud de 2004. *Health Act*. Disponible en: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2004/act/42/enacted/en/html>

*Sláintecare Report*. Oireachtas Committee on the Future of Healthcare. Mayo de 2018. Disponible en: <https://www.gov.ie/en/publication/b14b24-about-slaintecare/>

### Inglaterra

*Foundation Trust*. Disponible en: <https://www.mcht.nhs.uk/members/what-is-a-foundation-trust/>

*NHS Improvement*. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/organisations/nhs-improvement>

### Países Bajos

*Where Can I Get Help for Mental Health Problems*. Government of Netherlands. Disponible en: <https://www.government.nl/topics/mental-health-services/question-and-answer/help-for-mental-health-problems>

### General

Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)

¿Qué es el Neurofeedback y por qué es terapéutico? Postgrados. Universidad Andrés Bello. Disponible en: <https://www.postgradounab.cl/noticias/que-es-el-neurofeedback-y-por-que-es-terapeutico/>

*What is a Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V*. 20 de Enero de 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101504/>

## Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)