

TITULO REDUCIDO: SALUD MENTAL EN EUROPA



Universidad de Zaragoza
Facultad de Economía y Empresa
Master Sociología de las Políticas Públicas y Sociales
Zaragoza, 2016

TRABAJO FIN DE MASTER

**Aproximación al fenómeno de la salud mental en 10 Países Europeos desde el año
2005 hasta el 2014**

Alumno
Sergio Lacamara Cano

Director/as:
Marta Gil Lacruz
Ana I. Gil Lacruz



**Facultad de
Economía y Empresa
Universidad Zaragoza**



**Universidad
Zaragoza**

1542

No se puede aceptar la vida sino a condición de ser grande, de sentirse origen de los fenómenos, al menos de cierto número de ellos. Sin poder de expansión, sin cierta dominación sobre las cosas, la vida es indefendible.

Antonin Artaud

La salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón.

Erich Fromm

Resumen

El presente estudio aborda los fenómenos de la salud y la salud mental desde un prisma sociológico a nivel paneuropeo. El objetivo general es evaluar como afectan las políticas de salud a aspectos subjetivos de la salud. En este sentido, se ha analizado el impacto y las relaciones en la salud auto-percibida, las tasas de patología, el número de psiquiatras y el número de psicoterapeutas. Para ello se ha realizado un análisis descriptivo y comparativo utilizando el programa estadístico SPSS *statistics*, utilizando datos macro de las bases de datos EUROSTAT, Observatorio Mundial de la Salud (GHO) y de la OCDE. Los países europeos utilizados para el estudio han sido: Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, España, Suiza y Reino Unido; del año 2005 al 2014.

Palabras Clave: salud, salud mental, paneuropeo, políticas de salud, salud auto-percibida, tasa patología.

Abstract

This study addresses the phenomenon of health and mental health from a sociological prism with a pan-European view. The overall objective is to assess how affect health policies to aspects subjective of health. In this sense, this study analyzed the impact and relationships in self-perceived health, disease rates, the number of psychiatrists and psychotherapists number. For it has been made a descriptive and comparative analysis using SPSS statistics using macro data bases EUROSTAT, World Health Observatory (GHO) and OECD data. European countries used for the study were: Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Italy, Spain, Switzerland and the United Kingdom; from 2005 to 2014.

Keywords: health, mental health, pan-European health policies, self-perceived health, disease rate.

Abordar el fenómeno de la salud desde un prisma sociológico se torna complicado tanto por la amplitud de este concepto como por las diferentes taxonomías que la intentan explicar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: " *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"(OMS, 1948). Aunque ambiciosa, esta definición nos permite hacernos una idea de lo complejo de aproximarse a este constructo. En el terreno sociológico existen diferentes enfoques a través de los cuales se puede entender la salud (Moragas, 1976): a) la concepción somático-fisiológica que considera la salud como ausencia de enfermedad tratando de alcanzar la objetividad, b) la concepción psíquica que hace hincapié en el aspecto subjetivo, c) la sanitaria que define la salud como un estado positivo y colectivo y se fundamenta en la prevención, d) la político-legal que considera la salud como un derecho y obligación universal, e) la económica que la relaciona con la productividad y mide el precio de la salud y el coste de la enfermedad, f) la social que explica la salud en términos de participación social y relatividad cultural y g) la ideal, que considera la salud como estado utópico no alcanzable. Se podría decir que el objetivo general de la sociología de la salud es analizar y reflexionar sobre la relación existente entre la Salud y la Sociedad desde diferentes perspectivas y considerando la interacción entre varias de las concepciones anteriormente descritas. Es decir, factores sociales, culturales, económicos, políticos, médicos, etc. del entorno.

En el año 1974, en Canadá, Marc Lalonde publicó un revolucionario informe de Salud pública. Lalonde destacaba el papel socio-económico en el desarrollo de enfermedades; llegó a la conclusión de que el estado de salud individual y colectivo está muy poco influenciado por las intervenciones biomédicas (farmacéutica, servicios, hospitales, etc.) y se debe más a factores como: la contaminación, el tipo de vida en la ciudad, los hábitos de los ciudadanos, el abuso de sustancias, etc. (Lalonde, 1974). En este sentido, Ivan Illich apuntaba que "*El análisis de las tendencias patológicas muestra que el ambiente es el determinante primordial del estado de salud general de cualquier población*" (pág. 161, 1975).

En esta línea, Amartya Sen, premio nobel de Economía en 1998, publicó en el año 2002 un estudio con el título “*Salud: Percepción versus observación*” mostrando que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria en detrimento de la inversión en prevención y promoción de la salud, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se sientan enfermos. La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental del desarrollo social (Sen, 2002). Por tanto, tenemos motivos para valorarla. En este sentido, ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura (Sen, 2002). Por tanto, la salud no es algo únicamente biológico sino que incluye aspectos más amplios como por ejemplo los relacionados con la posibilidad de lograr una buena salud, la justicia de los procesos, la distribución de la atención sanitaria, versatilidad de los recursos, etc. (Sen, 2002). Es decir la equidad en salud no se puede entender en términos de distribución de la atención sanitaria dada por un Estado (Solar, Irwin y Navarro, 2010). Y de hecho una mayor inversión en el sistema sanitario no es garante de equidad en salud ni siquiera de una mayor salud por parte de sus ciudadanos (Sen, 2002). Para afrontar la salud desde un punto de vista holístico, un Estado no puede preocuparse exclusivamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria sino que debe tomar en consideración como se relaciona la salud con otras variables a través de la asignación de recursos y los acuerdos sociales para no caer en la simplificación ya que la dosis de evidencia empírica camina hacia la flexibilidad de variables, la prevención en diferentes ámbitos y el enfoque comunitario (OMS, 1978).

Contextualizando el enfoque comunitario, en el año 1978 la Organización Mundial de la Salud organizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en salud (APS, Alma Ata) defendiendo un concepto de atención primaria de salud que promovía “*la autonomía y la participación individual y comunitaria máximas en la planificación, en la organización, en la operación y el control*”(OMS,1978). La declaración popularizó varios conceptos innovadores en salud pública, relacionados con un enfoque comunitario. Sin embargo diversos autores han descrito como las tendencias principales de la economía mundial y el ambiente político no han sido favorables para los principios de Alma Ata (Baum, 2007 y IGHW, 2008 cit. por De vos, et al 2009).

Poco tiempo después de la conferencia del Alma Ata, la promoción de la APS Selectiva (iniciada por la fundación Rockefeller), marcó el comienzo del contra ataque vendiéndose como una alternativa más rentable al supuestamente caro y poco realista modelo de la OMS; criticando el enfoque comunitario, su compromiso con un cambio social más amplio y su visión redistributiva (De vos, et al 2009). El contexto socioeconómico de los principios de los años 80 reforzó esta tendencia a minimizar los aspectos integrales y radicales del Alma Ata. La crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural del fondo Monetario Internacional hicieron que para muchos países del sur los ochenta fueran una década perdida aumentando la dependencia a los prestamos extranjeros y la carga de la deuda internacional. (Leal y Opp 1998 cit. por De vos, et al 2009) Estos acontecimientos históricos jugaron en contra de la perspectiva adoptada por la OMS. Después de la caída de la Unión Soviética y del Bloque del Este, El Banco Mundial asumió el protagonismo imponiendo su visión neoliberal que implicaban privatización y liberación. En un informe para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS representantes de la sociedad civil señalaron que: *“en el contexto mundial actual que está dominado por el paradigma neoliberal, las luchas por salud, desarrollo y justicia social (incluso en un poblado o en barrio lejano) no pueden ser separadas de la lucha mundial por un orden mundial económico y social más justo”*(OMS, citado por De vos, et al 2009).

A pesar de saber que la salud y la calidad de vida son un resultado social y que están directamente relacionados con las condiciones de vida de las personas y con la forma de vivir (Palomino, Grande y Linares, 2013); los cuidados sanitarios pertenecen por derecho de mercado al modelo biomédico (Gallende, 2008). Para mejorar la salud de las poblaciones y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que amplíen la concepción biomédica y cortoplacista de salud: salud mental, estilos de vida, redes sociales y de comunidad, condiciones de vida y trabajo, etc. Lo que corresponde con el modelo de los determinantes sociales de la salud (Dahlgren y Whitehead, 1991).

Una variable que no podemos olvidar a la hora de analizar el nivel en el que la sociedad ejerce su influencia es el tipo de régimen o estructura política. En Europa podemos diferenciar 4 tipos de regímenes sociales de bienestar (Moreno, 2013): a) el Régimen Continental propio de países como Alemania, Austria, Francia o Bélgica; caracterizado por la intervención del Estado ligada a las contribuciones y los bajos niveles de redistribución; la del mercado, en la medida en que se encuentra en un nivel

medio de desmercantilización; y de la familia debido a que no en todos los países con este tipo de régimen se promueven leyes que favorezcan la conciliación familiar. b) el Régimen Liberal propio de países como Inglaterra, con carácter residual y se caracteriza por responder al alivio de la pobreza; el Estado estimula el mercado, garantizando un mínimo a los subsidiados o bien potenciando planes privados de protección social c) el Régimen Nórdico que lo encontramos en Finlandia, Dinamarca enfocado a la provisión de servicios públicos universales orientados a la igualdad, así como, por haberse construido en torno a una gobernanza consensual. El objetivo de este régimen es facilitar la igualdad de oportunidades y alcanzar el pleno empleo y d) el Régimen Mediterráneo con España, Grecia e Italia fundamentado por la relevancia de la familia y sociedad civil frente a la intervención subsidiaria del Estado. Cada una de estas lógicas responde de manera diferente ante el capitalismo de bienestar y tienen diferentes enfoques de actuación en cuanto a los derechos sociales, las estructuras sociales y los mercados productivos. Para hacer un correcto análisis se deben tener en cuenta las diferencias estructurales en lo referente a la gestión en Salud.

Muchos temas quedan por resolver en el ámbito de la salud pública. En el ámbito de la salud mental es dónde más se puede hacer patente la baja eficacia de las políticas de salud. ¿Cuál es la proporción de “enfermos mentales” en los diversos países del mundo occidental? Es curioso que no haya datos claros para responder a esa pregunta. Los datos hacen referencia al número de pacientes en sanatorios mentales y nos resultan insuficientes para hacernos una idea de la frecuencia relativa de patologías mentales.

No tiene sentido hablar de salud sin tener en cuenta la parte mental/subjetiva del individuo. Se podría decir que *“No hay salud sin salud mental”* (Plan de Salud Mental, pág. 6, 2013). La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países (Plan de Salud Mental, OMS, 2013). Los trastornos mentales son frecuentes, están en aumento, cuestan mucho y causan una elevada discapacidad. La OMS (pág. 7, 2012) concibe la salud mental como: *“un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad.”* El trastorno mental se encontraría en el polo opuesto, suponiendo una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o conductual que

dificulta a la persona la adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (FEAFES, 2008).

En el año 2013, la OMS publicó el Plan de Acción sobre Salud Mental (PASM), haciendo patente la necesidad de cambios mundiales en las políticas de salud. Dicho plan reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. El plan está enfocado desde cuatro objetivos: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación. El plan destaca el hecho de que los sistemas de salud todavía no han sido capaces de dar una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales. La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. No obstante, en la actualidad los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países, con lo que resulta difícil aprehender las necesidades de las poblaciones locales y planificar (PASM, 2013).

El plan propone cambios sustanciales en materia de salud mental, que deben ser tomados en cuenta, ya que como apunta un informe detallado el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de 16,3 billones de Dólares entre 2011 y 2030 (World Economic Forum, 2011). Incluso desde la rentabilidad económica es una cuestión importante para las políticas públicas que necesita ser repensada y abordada desde perspectivas holísticas.

En esta línea, el Atlas de Salud Mental (2011) de la OMS aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de dichos recursos. Por ejemplo, según dicho informe el gasto mundial anual en salud mental es inferior a 2 dólares por persona. El 67 % de estos recursos económicos se asigna exclusivamente a hospitales psiquiátricos, pese a que: “*se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de derechos humanos*” (pág. 9, 2011).

En un interesante artículo a título “*la enfermedad abandonada (The abandoned Illness)*” realizado por La Comisión sobre Esquizofrenia del Reino Unido se califica la atención sanitaria en materia de salud mental como vergonzosa, testimoniando en el prologo del documento: “*Lo que hemos encontrado es un sistema de atención defectuoso y desmoralizador, incapaz de proporcionar un tratamiento de calidad que*

garantice la recuperación de estas personas. Esto es claramente inaceptable en una Inglaterra del siglo XXI” (Murray, 2011 cit. por Schizophrenia Commission, 2011)

A esto se añade, la precaria formación de los médicos de Atención Primaria en salud mental y la deficiente implementación de programas de intervención temprana. Esto viene acompañado de escasez de implementación de programas eficaces de prevención de trastorno mental grave en jóvenes y profesionales (Schizophrenia Commission, 2011).

Todavía hoy la psiquiatría es la principal encargada de abordar los problemas asociados a los “trastornos mentales” y aún con apoyo de las neurociencias se muestra incapaz de establecer una etiología clara ni un modelo clasificatorio estadísticamente válido (Andrews, 2001; Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Conell, 2008). Pese a que no hay que olvidar que los manuales diagnósticos ha demostrado relevancia en la investigación epidemiológica comparativa, así como forma de facilitar la comunicación entre profesionales (Alanen, 2003); los índices de concordancia entre profesionales de la salud mental a la hora de hacer un diagnóstico son muy bajos siendo los prejuicios del terapeuta determinantes (Kingdon y Young, 2007).

El exceso de confianza en la farmacología como la respuesta primaria a los problemas de salud ha creado las condiciones para una ceguera hacia los graves efectos adversos de algunos fármacos psiquiátricos (Kendall, 2009) que muchas veces son contraproducentes (Angermeyer, Holzinger, Carta y Schomerus, 2011) como por ejemplo, el caso del antipsicótico Zyprexa (clozapina) que produce grave deterioro cognitivo y diabetes en muy corto periodo de tiempo (Whitaker, 2001). Este uso de psicofármacos ha sido relacionado significativamente con la disminución de la esperanza de vida de personas con trastorno mental (Thornicroft, 2011). La recopilación de estudios científicos sobre de eficacia del tratamiento de trastornos mentales han puesto de manifiesto que los datos acerca del tratamiento de los trastornos mentales son inconsistentes (Timimi, 2013).

Los psicofármacos se han convertido en una de las soluciones más utilizadas para neutralizar el desanimo generalizado y los problemas derivados de factores sociales. Cabría preguntarse: ¿Cuánto gasta un país en fármacos? ¿Influye esto realmente en la mejora del bienestar de sus ciudadanos?

La relación entre psiquiatría y sociología ha sido convulsa, y en numerosas ocasiones la sociología ha dotado a la psiquiatría de un marco de verdad epistemológica incuestionable (Moreno, 2015) otorgándole así, en términos de Foucault, un enorme poder de realidad. Este autor, apuntó que las prácticas disciplinarias de la psiquiatría no conllevaron ningún avance epistemológico, solo funcionaron como la imposición de normas sociales encubiertas bajo ciencia (Foucault, 1999). En palabras de Foucault: *“los conceptos científicos dependen de un conjunto histórico y la locura jamás podemos aprehenderla en su realidad “salvaje”, la psiquiatría nos ofrece algo institucionalmente modificado”* (pág. 56, 1999). La aproximación psiquiátrica para dar cuenta de las variaciones clínicas en la expresión de la patología mental se centra en las enfermedades, sus expresiones y su evolución en el seno de un universo cultural concreto. Esta aproximación es esencialmente nosológica, y se encuentra centrada en la patología desde un punto de vista biomédico. Por ende, los indicadores propios de los manuales diagnósticos, establecen categorías discretas para sancionar comportamientos que, en su inserción concreta, no muestran ningún comportamiento enajenado. Sólo la lucha por el monopolio profesional de ciertas disciplinas movida por el tratamiento farmacológico del malestar en la cultura, ha conducido a la psiquiatría a elaborar una serie de diagnósticos que no resisten al análisis científico (Moreno, 2008).

Existen muchos imaginarios sociales relacionados con los comportamientos humanos extraños o fuera de lugar que podríamos encuadrar alrededor de la locura y los trastornos mentales; entendiendo locura en un sentido amplio. Dado que por definición se trata de algo incomprensible, fuera de lo normal, el sistema social a generado abundantes esquemas interpretativos para percibirlo, comprenderlo y actuar al respecto (Torres,2012).

De acuerdo con Thomas Szasz (1994), la idea de que una persona tiene una “enfermedad mental” es nociva desde el prisma científico, pues otorga apoyo profesional a una racionalización popular. Dice textualmente: *“La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal”*(pág. 177, 1994). Puesto que los trastornos mentales suelen ser manifestaciones de bloqueos en el orden de las estructuras sociales de comunicación ¿no corresponde a las disciplinas sociales el estudio de sus remedios eventuales?

En el orden social, la locura es mejor discernida que la razón, mientras que en el orden biológico la salud es mejor determinada que la naturaleza de la enfermedad (Canguilhem, 2004). En este sentido, el alcoholismo, el homicidio y el suicidio son males sociales sobre los que gira la atención colectiva y a cuyo respecto el sentimiento general no encuentra obstáculos. Estos indicadores son los únicos que pueden proporcionarnos una idea de salud mental sin caer en la taxonomía propia de la psiquiatría (Fromm, 1974).

Es indudable que el suicidio es sumamente complejo, y que no puede señalarse como la causa del mismo único factor (Durkheim, 1982). Durkheim define el suicidio como: *“todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”* (pág. 5. 1982). Es una suposición fundada que una proporción elevada de suicidios en una población dada manifiesta una falta de estabilidad y de salud mental.

De un estudio comparativo en varias sociedades europeas, Durkheim infirió tres categorías de suicidios (Durkheim, 1982): a) Suicidio egoísta que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. b) Suicidio altruista, que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes en sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. c) Suicidio anómico que se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. En este sentido, definió la anomia como una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomia es un estado de sociedad en el que los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza (Durkheim, 1982). Es decir, la anomia es una manifestación anormal o patológica del sistema social, que se traduce en desajustes. Se podría añadir, que la anomia es un factor común en nuestras sociedades posmodernas de la información y el goce. La anomia es el reflejo de la posmodernidad (Maffesoli, 2000).

Si se entiende por el suicidio un acto de destrucción, también el homicidio podía ser una proyección de dicha ansia de destrucción. Ambos juntos nos permiten hacernos una idea correcta de la salud mental de una sociedad dada (Fromm, 1974). No obstante, los móviles del homicidio probablemente sean menos patológicos que los del suicidio. El propio Durkheim diría que no hay fenómeno que represente de manera más irrefutable todos los síntomas de la normalidad que el homicidio, dado que aparece ligado a las condiciones de cualquier vida colectiva, además lo vincula a la anomia como una forma de liberar las tensiones socialmente estructuradas (Durkheim, 1895).

El alcoholismo también es un síntoma de inestabilidad mental y emocional, autores como Fromm, Parsons, Merton y Guiden han considerado el Alcoholismo como un problema de salud social. La raíz del alcoholismo está sobre todo en la enajenación de la personalidad y tiene un impacto considerable en las vidas de una parte importante de la población (Ramirez, 2010).

Una de las motivaciones humanas básicas para hacer frente a la accidentalidad y pasividad de su existencia es la necesidad de trascender (Fromm 1977); tanto la creación y la destrucción (*Eros y Tánatos*) son formas que toma esta necesidad de trascendencia. Podemos asumir que el amor, el arte, la religión y la producción material son actos creativos y sin embargo, el suicidio, el homicidio y el alcoholismo actos destructivos. Destruir la vida también es trascenderla. Creación y destrucción no son dos instintos que existan independientemente; si no que son soluciones de la misma necesidad de trascendencia (Fromm, 1977). Entonces, una sociedad sana desarrollará la capacidad para amar a sus prójimos, trabajar creativamente y una insana es aquella que crea hostilidad mutua y recelo, en definitiva, que potencia las ansias destructoras. Cualquier sociedad desempeñará ambas funciones (Freud, 1970) la pregunta es: ¿En qué grado y en qué dirección ejercen su influencia creadora y su influencia destructora? Se entiende que homicidio, alcoholismo y suicidio son indicadores para medir en qué grado una sociedad presenta estas tendencias destructivas.

También, al tomar en cuenta estos indicadores, se está de acuerdo con Durkheim que definía el hecho mórbido de la siguiente manera: *“Si convenimos en llamar tipo medio al ser esquemático que se constituiría reuniendo en un mismo todo, en una suerte de universalidad abstracta, los caracteres más frecuentes de la especie [...], podríamos decir que todo lo que se aparte de ese patrón de la salud es un fenómeno mórbido”* (pág. 101, 1985).

En términos generales el objetivo del trabajo es evaluar cómo afectan las inversiones en el sistema sanitario en aspectos subjetivos de la salud así como analizar el impacto de la diversidad de políticas de salud europeas en la salud auto-percibida y en las tasas de patología. Para ello se realizará un análisis descriptivo y comparativo entre variables que tienen que ver con la salud y el gasto sanitario y farmacéutico de los diferentes países europeos que se han seleccionado para el estudio.

Método

Participantes.

Se han utilizado datos de 10 países europeos: Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, España, Suiza y Reino Unido. Durante 10 años consecutivos desde 2005 hasta 2014 (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014) en 3 bases de datos: Eurostat, Global Health Observatory y OCDE. En todos los casos hemos considerado datos “macro” de carácter nacional para la construcción de una serie temporal de 100 observaciones correspondientes a 10 países durante 10 años. Se ha considerado países europeos por tratarse de países próximos geográficamente que comparten rasgos comunes pero que también cuentan con particularidades propias. El hecho de tener características parecidas facilita el análisis de las diferencias.

Medidas

Para llevar a cabo el presente estudio se han utilizado principalmente datos de tres bases de datos:

- La base de datos del observatorio mundial de la salud (GHO) de la World Health Organization que proporciona acceso a las estadísticas de homicidio, suicidio y alcoholismo en sus países miembros. Para más información ver (<http://www.who.int/gho/es/>). La base de datos de alcoholismo nos informa: de el alcohol total consumido per cápita en mayores de 15 años, el alcohol total destilado consumido per cápita en mayores de 15 años, y lo mismo con el consumo de vino y cerveza. La de homicidio nos informa de las tasas de mortalidad por homicidio registradas para cada 100.000 personas e Idem para las de suicidio.

- Las bases de datos Eurostat, que es la oficina estadística oficial de la Unión Europea cuyo objetivo es dotar de estadísticas para permitir comparaciones entre países y regiones, se puede ver más detalladamente en (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>). De aquí se ha recogido la variable salud autopercebida, que a su vez ha sido extraída de la encuesta paneuropea EU-SILC sobre el estado de salud y las necesidades insatisfechas en atención a la salud.

- La base de datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de la que se ha obtenido: a) el gasto en salud: mide el consumo final de bienes y servicios de salud (es decir, los gastos de salud actual), incluyendo el cuidado personal de la salud (atención curativa, rehabilitación, cuidados a largo plazo, los servicios auxiliares y productos médicos) y los servicios colectivos (prevención y los servicios de salud públicos, así como la administración de la salud). Esta cuantificado como proporción del PIB, b) el gasto farmacéutico: cubre los gastos de medicamentos con receta y la automedicación, a menudo referida como el exceso de productos de venta libre. Éste indicador mide en euros per cápita c) Consumo farmacéutico: de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos medido en la dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes por día. Y d) Número de psiquiatras y psicólogos por 100.000 habitantes en el sistema sanitario. Y e) Número de Consultas realizadas en Salud Mental por cada 100.000 habitantes.

Base de datos	Variables
EUROSTAT	Salud auto-percibida.
Observatorio Mundial de la Salud (GHO)	Homicidio, Alcoholismo, Suicidio.
Organización para la cooperación y el desarrollo (OCDE)	Gasto en salud, Gasto Farmacéutico, Consumo Farmacéutico (Antidepresivos, Ansiolíticos y Hipnótico-Sedantes), N° de psiquiatras, N° de psicoterapeutas, N° Consultas en Salud Mental.

Procedimiento

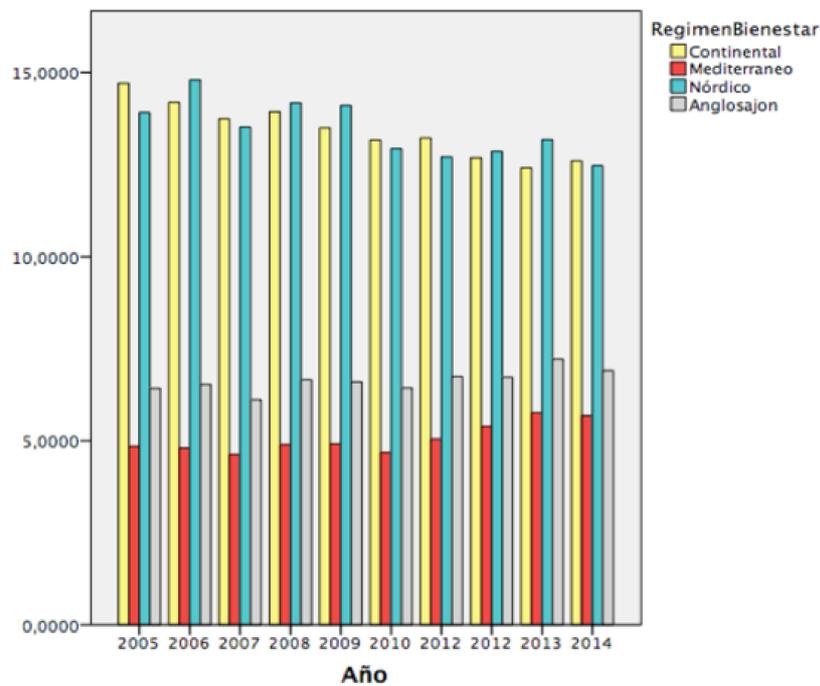
En primer lugar se procedió a encontrar las variables de interés en las bases de datos mencionadas (EUROSTAT, OCDE y GHO) para después codificar todas las variables en una misma base de datos. Para los análisis se ha utilizado el programa estadístico *IBM SPSS statistics*. En primer lugar, se crearon las variables: *Régimen del bienestar y Tasa de Patología* ([Tasa de Suicidio + Tasa de Homicidio]/2). Después, se realizaron los análisis oportunos con las pruebas: ANOVA y r_{xy} de Pearson. El análisis ANOVA es un análisis de varianza que prueba la hipótesis de que las medias de dos o más conjuntos de datos son iguales. La prueba ANOVA evalúa la importancia de uno o más factores al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles de los factores. La hipótesis nula establece que todas las medias del conjunto de datos (medias de los niveles de los factores) son iguales mientras que la hipótesis alternativa establece que al menos una es diferente. Resulta conveniente por que nos permite comparar las medias con independencia del número de niveles de dichas variables. La prueba r_{xy} de Pearson es una medida de la relación lineal entre dos variables cuantitativas, nos resulta conveniente por que es independiente de la escala de medida de las variables.

Resultados

En primer lugar, se realizó un estudio comparativo de las principales variables dependientes, utilizando como variables independientes: el régimen del bienestar, el año y el país. Para ello se empleó la prueba ANOVA asumiendo igualdad de varianzas. El estadístico para comparar las medias fue HSD de Tukey.

En lo referente a la Tasa de suicidio, a nivel general, las diferencias resultaron ser significativas $F(99) = 81.3, p < 0.01$. Las medias obtenidas fueron: régimen continental: 13.42, régimen mediterráneo: 5.07, régimen nórdico: 13.46 y régimen anglosajón: 6.63. No existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre el régimen continental y el r. nórdico, ni entre el r. mediterráneo y el r. anglosajón.

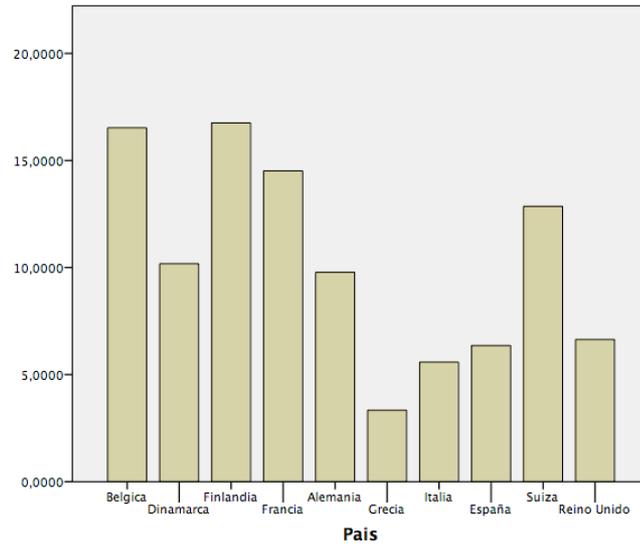
Gráfico 1: Niveles de Suicidio según régimen del bienestar.



Podemos observar, a nivel descriptivo que el régimen continental y el nórdico se comportan de forma similar, diferenciándose del régimen mediterráneo y el anglosajón, que se parecen más entre ellos y siendo el régimen mediterráneo el que obtiene los valores más bajos.

Las diferencias también resultaron significativas entre países $F(99) = 247,473$, $p < 0.01$.

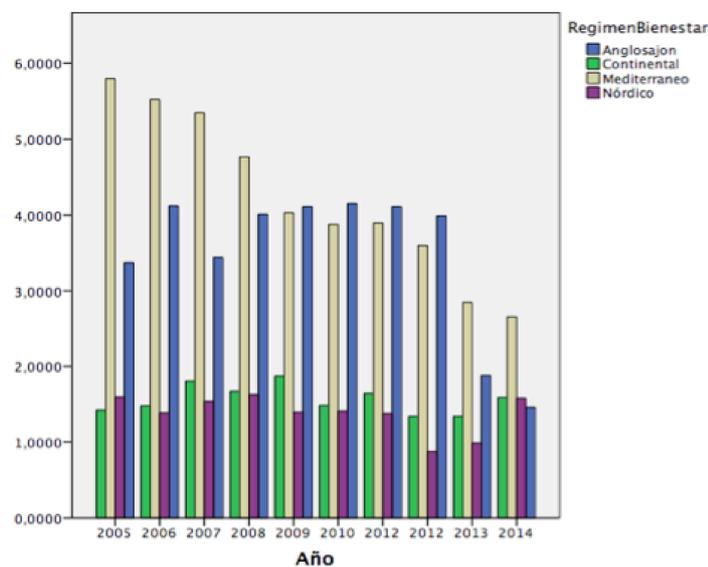
Gráfico 2. Tasa de Suicidio por País.



Podemos observar, como Finlandia, Bélgica obtienen las puntuaciones más altas, mientras que Grecia, España e Italia las puntuaciones más bajas. Reino Unido se parece más a los países mediterráneos que a los otros regímenes.

En lo referente al homicidio, se encuentran diferencias significativas $F(99) = 6.96$, $p < 0.01$. Obteniéndose como medias: régimen continental: 1.56, régimen mediterráneo: 4.23, régimen nórdico: 1.36 y régimen anglosajón: 3.46. Mostrando diferencias significativas sólo en las comparaciones del r. mediterráneo con los regímenes Nórdico y Continental ($p < 0.05$).

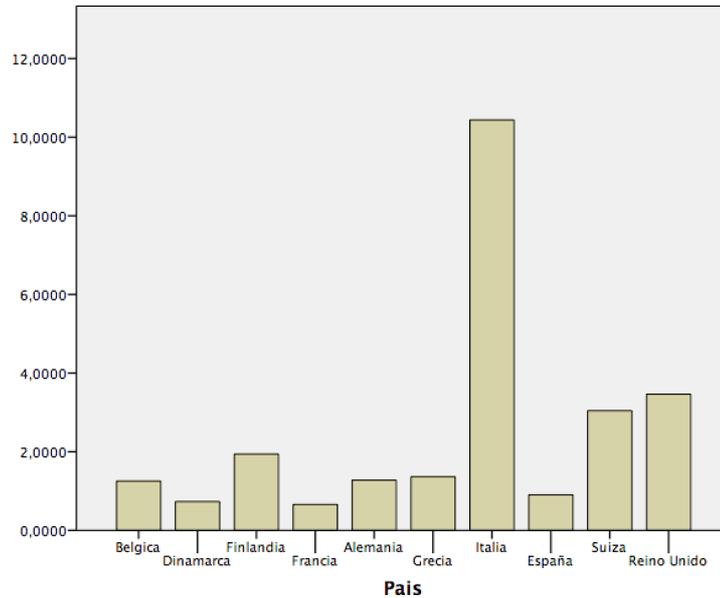
Gráfico 3. Niveles de Homicidio según régimen del bienestar.



En el Gráfico 4 se invierte el orden (con respecto al Gráfico 3), siendo el régimen mediterráneo el que obtiene puntuaciones mayores para todos los años y continua pareciéndose al régimen liberal.

Para la comparación entre países también hubo diferencias significativas $F(99) = 81,092$, $p < 0.01$. Obteniéndose el siguiente gráfico.

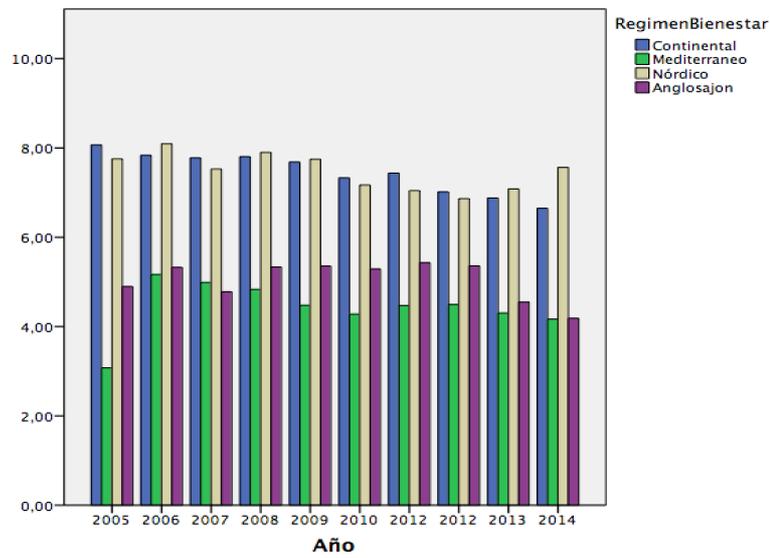
Gráfico 4. Niveles de Homicidio por País



Cabe destacar la puntuación elevada que se da en Italia, comportándose de forma diferente al resto de los países pertenecientes a su régimen.

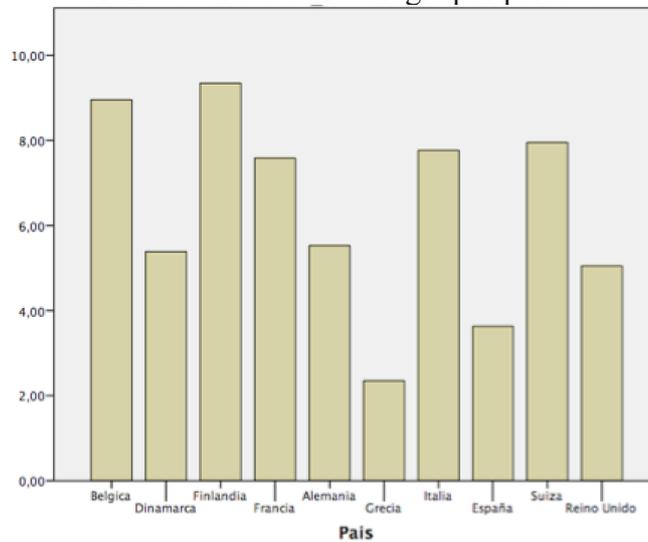
En la Tasa de Patología, según régimen del bienestar hay diferencias significativas $F(97) = 18,49$, $p < 0.01$. Siendo medias de régimen: continental 7.46, mediterráneo 4.47, nórdico 7.47 y anglosajón 6.32. No existiendo diferencias significativas entre el régimen mediterráneo y el anglosajón ($p > 0.10$), ni entre el régimen nórdico y el continental ($p > 0.10$).

Gráfico 5. Tasa de Patología según Régimen del Bienestar.



A nivel general se encuentran diferencias estadísticamente significativas $F(97) = 124,3, p < 0.01$. Destacar que tampoco se encuentran diferencias significativas para esta variable según el año. $F(97) = 0.252, p > 0.10$. Ni tampoco para el suicidio y el homicidio respectivamente ($p > 0.10$).

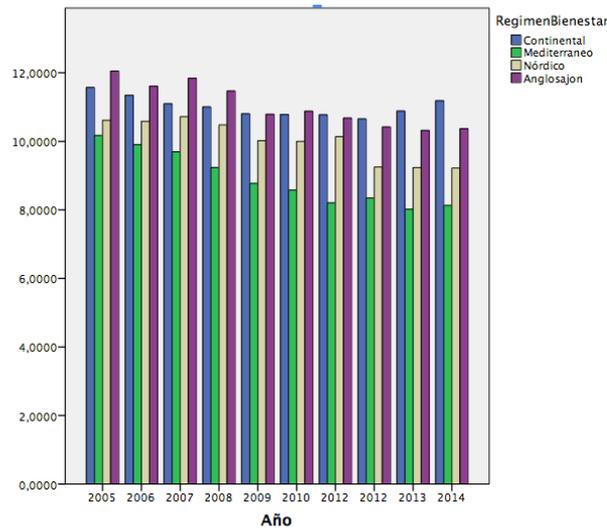
Gráfico 6. Tasa de Patología por países.



Aquí es Grecia el país que obtiene una puntuación muy baja, comportándose de forma diferente al resto de países pertenecientes al régimen mediterráneo.

Para el caso del alcoholismo, se encuentran diferencias significativas $F(99) = 28.88, p < 0.01$. En todos los casos menos en la comparación del régimen anglosajón con el régimen continental ($p > 0.05$). No se encuentran diferencias significativas para el alcoholismo según año, $F(99) = 1.440, p > 0.10$.

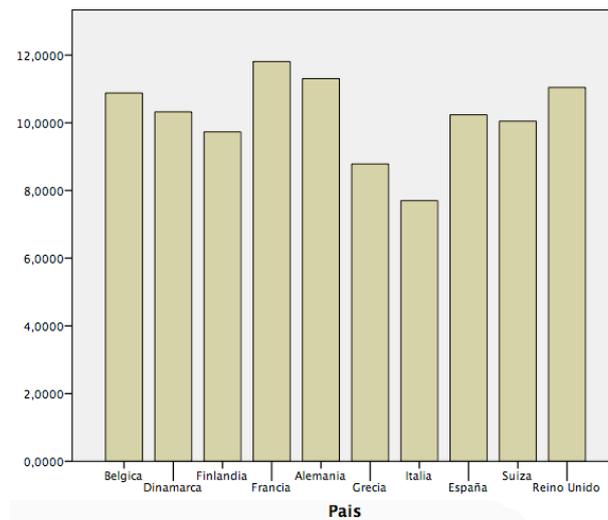
Gráfico 7. Alcoholismo según régimen del bienestar.



Aquí el régimen continental y el anglosajón son los que obtienen puntuaciones elevadas al resto de regímenes, seguidos por el régimen nórdico y con el régimen mediterráneo en último lugar.

Pero si se encuentran diferencias evaluando las diferencias según país $F(99) = 31,852, p < 0.01$.

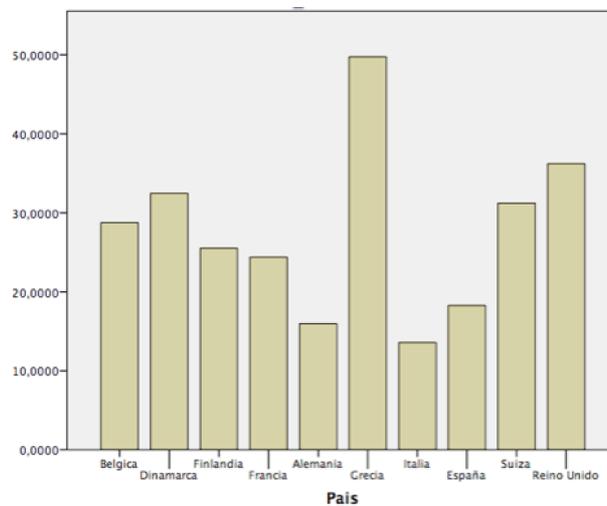
Gráfico 8. Alcoholismo según País.



Todos los países obtienen puntuaciones elevadas destacando que España se comporta de forma similar a Suiza y Finlandia, mientras que Reino Unido se asemeja más a Francia, Dinamarca y Bélgica.

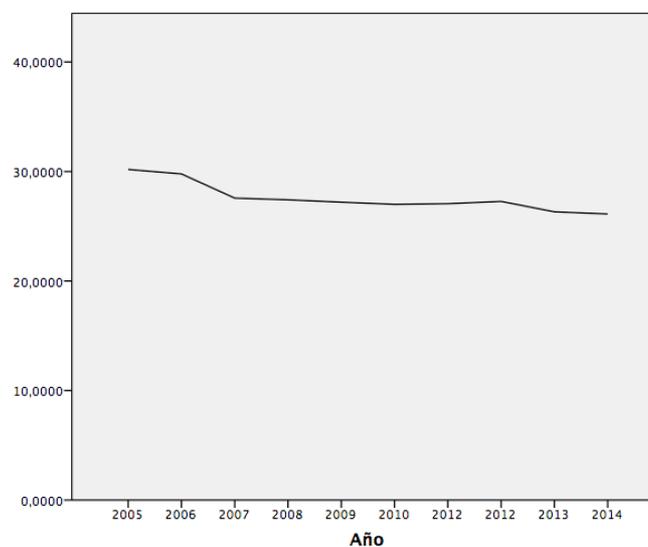
Para la variable salud auto-percibida, las diferencias resultaron ser significativas $F(98) = 3.16, p < 0.05$. Con las siguientes medias: régimen continental: 24.7, régimen mediterráneo: 27.2, régimen nórdico: 28.9 y régimen anglosajón: 36.22 y sólo encontrándose diferencias significativas entre el régimen continental y el anglosajón ($p < 0.05$). También se han realizado las comparaciones entre la variable país. Encontrándose también diferencias significativas $F(98) = 63.815, p < 0.05$. No obstante, para dicha variable no se encuentran diferencias significativas para la variable año, $F(99) = 0.913, p > 0.10$. Obteniéndose una media general en la variable de 27,54 que podía ser calificada de baja puesto que el estadístico recoge valores del 0 al 100.

Gráfico 5. Salud Auto-percibida por País.



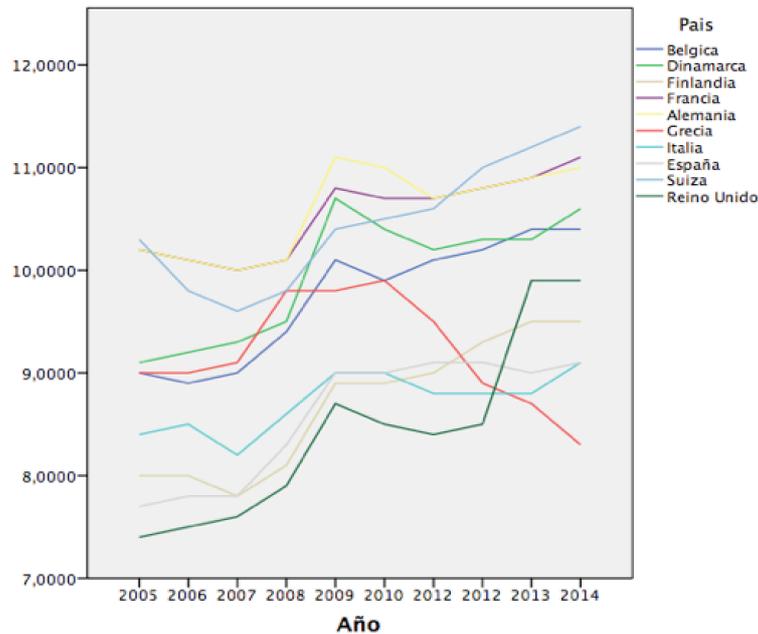
En el Gráfico 5 es Grecia la que obtiene las puntuaciones más elevadas pareciéndose más a países como a Reino Unido y Dinamarca que los de su mismo régimen.

Gráfico 6. Salud auto-percibida por año.



El gasto en salud se valoró según régimen: encontrándose diferencias significativas $F(99) = 36,86$, $p < 0.01$, Con medias: r. continental 10.33, r. mediterráneo 8.83, r. nórdico 9.33, r. anglosajón 8.43. Encontrándose diferencias en todos los casos excepto entre el régimen mediterráneo y el nórdico ni entre el régimen mediterráneo y el anglosajón. También hubo diferencias notables en la comparación por países siendo significativas, $F(99) = 21.7$, $p < 0.01$.

Gráfico 6. Gasto en Salud en el tiempo según país.



Podemos observar que para los años comparados todos los países han sufrido un incremento de su gasto en salud exceptuando Grecia, siendo Bélgica, Alemania y Francia los que más porcentaje de su P.I.B. han invertido en los últimos años.

Después se evaluaron las relaciones entre las principales variables obteniéndose la tabla 1.

Tabla 1. Correlaciones.

	Alcoholismo	Licores	Vino	Cerveza	Salud Auto-percibida	Suicidio	Homicidio	Ansiolíticos	Hipnóticos	Antidepresivos	NºPsiquiatras	Nº Psicoterapeutas	Gasto Salud	Gasto Farma
Licores	,585**													
Vino	0,128	-,266**												
Cerveza	,534**	,277**	-,644**											
Salud Auto-percibida	0,005	0,058	0,144	-,201*										
Suicidio	,410**	0,121	-0,042	,308**	-0,19									
Homicidio	-,527**	-,566**	,218*	-,452**	-,305**	-,305**								
Ansiolíticos	-0,16	,404**	0,011	-,355**	-,316**	-0,106	0,069							
Hipnóticos	-,238*	0,15	-0,105	-,312**	0,07	,388**	0,068	,384**						
Antidepresivos	0,109	0,104	-0,205	0,171	,444**	,281*	-,485**	-,237*	0,134					
NºPsiquiatras	-,557**	-0,155	,222*	-,499**	,431**	-,609**	-0,127	0,203	-0,039	-,295*				
Nº Psicoterapeutas	0,063	-0,093	-,353**	,417**	-,350**	,761**	-0,168	-0,222	,393**	0,122	-,319**			
Gasto Salud	,218*	-0,097	,342**	0,019	-0,087	,296**	-,351**	-,384**	-0,05	0,217	0,143	,309**		
Gasto Farma.	-0,119	-,536**	,470**	-,294**	,515**	0,152	0,081	-,531**	0,074	,379**	0,198	0,211	,427**	
Nº Consultas S.M.	0,131	0,062	-,425**	,473**	-0,171	,414**	-0,194	-,388**	,298**	-0,049	-0,087	,784**	,320**	-0,086

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

De la presente tabla podemos destacar que la Tasa de Suicidio se relaciona: de forma significativa, negativa y con intensidad baja con la Tasa de Homicidios ($r_{xy} = -0.305$, $p < 0.01$); con el alcoholismo de forma significativa, positiva y con intensidad media ($r_{xy} = 0.4108$ $p < 0.01$); significativa, positiva y con intensidad baja con el consumo de hipnóticos ($r_{xy} = 0.388$ $p < 0.01$); significativa, positiva y baja con el consumo de Antidepresivos ($r_{xy} = 0.281$ $p < 0.05$); significativa, negativa y con intensidad alta con el número de psiquiatras ($r_{xy} = -0.609$ $p < 0.01$); significativa, positiva y de intensidad alta con el número de psicoterapeutas ($r_{xy} = 0.761$ $p < 0.01$); de forma significativa, positiva y baja con el Gasto en salud ($r_{xy} = 0.296$ $p < 0.01$); y por último con el número de consultas en salud mental de forma significativa, positiva y de intensidad media ($r_{xy} = 0.414$ $p < 0.01$).

Que la tasa de Homicidio se relaciona significativamente con: la variable alcoholismo de forma negativa y con intensidad media ($r_{xy} = -0.527$ $p < 0.01$); la salud auto-percibida negativamente y con intensidad baja ($r_{xy} = -0.305$ $p < 0.01$); con el consumo de antidepresivos de forma negativa y con intensidad media ($r_{xy} = -0.486$ $p < 0.01$); y con el gasto en salud negativamente y con intensidad baja ($r_{xy} = -0.351$ $p < 0.01$);

La salud auto-percibida se relaciona significativamente con: el consumo de ansiolíticos de forma negativa y con baja intensidad ($r_{xy} = -0.316$ $p < 0.01$); el consumo de antidepresivos de forma positiva, y con media intensidad ($r_{xy} = 0.444$ $p < 0.01$); el número de psiquiatras de forma positiva y media ($r_{xy} = 0.431$ $p < 0.01$); con el número de psicoterapeutas de forma negativa y baja ($r_{xy} = -0.350$ $p < 0.01$); destacar que no se relaciona de forma significativa con el gasto en salud; y por último, que se correlaciona de forma positiva y media con el gasto farmacéutico ($r_{xy} = 0.515$ $p < 0.01$);

El gasto en salud se relaciona significativamente con las siguientes variables: Alcoholismo de forma positiva y baja ($r_{xy} = 0.218$ $p < 0.01$); de forma positiva y baja con el número de psicoterapeutas ($r_{xy} = 0.309$ $p < 0.01$); el número de consultas en salud mental de forma positiva y baja ($r_{xy} = 0.320$ $p < 0.01$); y por último de forma positiva y media con el gasto farmacológico ($r_{xy} = 0.427$ $p < 0.01$).

A partir de las relaciones, se procedió a comprobar mediante un análisis de regresión si alguna de las variables (las que han obtenido significaciones más relevantes) eran buenas predictoras de las variables con las que se relacionaban. Para ello se empleó una regresión lineal. Se realizó una regresión para establecer si las variables nº de psiquiatras y nº de psicoterapeutas nos permitían predecir el nivel de suicidios. La predicción resultó ser significativa $p < 0.01$. El valor fue de R^2 corregida fue de 0.785. No obstante la variable que aportaba más valor a la predicción era la del número de psicoterapeutas (la variable nº de psiquiatras sólo produce un cambio en R^2 de 0.34).

Se intentó predecir la salud auto-percibida a través del gasto farmacéutico y del nº de psiquiatras, el gasto farmacéutico resultó no ser significativo ($p > 0.05$). La Tasa de Patología si que nos permite predecir de forma significativa la salud auto-percibida ($p < 0.01$) pero con un nivel de R^2 corregida bajo 0.246. No se logró construir modelos predictivos relevantes para la salud auto-percibida con niveles R^2 relevantes.

Por último, se realizó una regresión múltiple por bloques, para predecir la tasa de patología obteniendo como resultado que podía ser explicada con un nivel R^2 corregida de 0.788, $p < 0.01$, a través de el gasto farmacéutico, el número de psiquiatras y el número de psicoterapeutas en los centros de salud.

Discusión

La presente discusión, será dividida en torno a cuatro partes. La parte primera, se centra en los resultados. La segunda parte está enfocada al aspecto reflexivo del fenómeno de la salud (mental). La tercera parte, aproxima los problemas y críticas del presente trabajo. Y la cuarta y última parte, expone propuestas y nuevas líneas de investigación para trabajos futuros.

Con respecto a la primera parte, analizando los resultados podemos observar lo siguiente:

El gasto en salud no se correlaciona significativamente con la salud-auto-percibida, se podría inferir que el estado de salud individual y colectivo está poco influenciado por las intervenciones biomédicas (Lalonde, 1974; Sen, 2002). Las diferencias oscilan siendo el régimen anglosajón el que menos gasta y el régimen continental el que más. No obstante, todos invierten un gran porcentaje de su PIB en intervenciones biomédicas que no parecen estar relacionadas, de facto, con la salud auto-percibida de sus ciudadanos. Es destacable, a nivel general, la escasa salud auto-percibida de los ciudadanos europeos. ¿Estamos seguros de no haber generado una enfermedad obsesiva por la propia salud, una suerte de hipocondría generalizada? Si la salud es un resultado social (Palomino, et al., 2013) ¿Cuál es el resultado de las sociedades Europeas? Parece que el enfoque neoliberal del Banco Mundial, en detrimento del enfoque de la OMS (De vos, et al., 2009) de carácter más comunitario, no ha ejercido una influencia positiva en la salud auto-percibida. Se hace patente de nuevo la necesidad de nuevas estrategias de acción (Dahlgren et al., 1991) y una mayor atención a la perspectiva sociológica de los determinantes sociales de la salud (Solar, Irwin y Navarro, 2010). Aplicar constantemente una misma solución sin analizar los resultados puede ser calificado de actitud infantil o neurótica. En este sentido, quien pretendiese abordar con pertinencia de la curación de un individuo, debería poder demostrar que, entendida como satisfacción a la expectativa del enfermo, esa curación es sin duda el efecto propio de la terapéutica prescrita, escrupulosamente aplicada (Canguilhém, 2004) y aquí las políticas de salud europeas cometen un error al no profundizar en el rigor metodológico que requiere dicha demostración (Plan de Salud Mental, OMS, 2013)

A pesar de que el gasto en salud no se relaciona con la salud auto-percibida, si que lo hace el gasto farmacéutico. ¿Se habrá convertido ya toda esperanza de estar más sano en el consumo de un fármaco milagroso que nos libre del mal? Europa parece presentar una fe farmacológica ajena a variables de otra índole. Esta correlación puede representar la profunda dependencia de la salud propia hacia la industria farmacéutica, la creencia de que la salud depende del acceso a determinado fármaco. Si analizamos más detenidamente el consumo de psicofármacos, resulta curioso que sea el consumo de antidepresivos es el que mejor se relaciona con la salud auto-percibida. La creencia en el saber establecido de la farmacología es tranquilizadora, creer que el especialista cuenta con un saber para mi sufrimiento, y por lo mismo conoce su remedio, exime de cualquier esfuerzo y responsabilidad individual de mi malestar. Cualquier explicación es mejor que tener que afrontar la incertidumbre. Así, en esta tesitura, los rasgos culturales característicos de la posmodernidad (la velocidad de la existencia, la inmediatez de toda experiencia, el dominio de la imagen, la utilidad que tienen el pensamiento y la palabra, la figura del consumidor y la anomia) se encuentran con la oferta de la solución del mercado para los síntomas del malestar que producen (Galende, 2008). La pugna por una sociedad rápida y eficaz debería plantearse ¿Quién y cómo podrá distinguir entre lo correcto y lo incorrecto de este consumo farmacéutico lanzado a escala europea? No obstante, objetivamente los países gastan mucho dinero en fármacos y estos tienen una influencia notable y positiva sobre su salud auto-percibida.

El hecho de que las principales variables analizadas no dependan de la variable temporal puede hacernos pensar que los problemas de salud y patología valorados son ciertamente ajenas a las intervenciones realizadas, en dicho tiempo, para atajarlas. No parece notarse influencia (significativa) de la crisis económica ni de los cambios en el gasto sanitario en el conjunto de países analizados. Parece que efectivamente y de acuerdo con Freud (1977) las sociedades presentan inevitablemente tendencias destructivas, pero a diferencia de lo que él creía no forman un índice invariable. Si no que hay sociedades que se muestran capaces de presentar menos tendencias destructivas, es decir, de sublimarlas hacia aspectos más positivos.

Una rápida ojeada nos permite observar que Finlandia, Bélgica y Francia son los países con el índice de suicidios más elevado y los más altos de tasa de patología son Finlandia, Bélgica, Italia y Suiza. Las cifras de alcoholismo revelan que estos mismos países tienen un índice elevado de consumo de alcohol. Aunque dudásemos de que la

frecuencia de suicidios por si sola indique una falta de salud mental de una población, el hecho de que en general coincidan las cifras de suicidios y alcoholismo parece mostrar con claridad que nos hallamos ante síntomas de desequilibrio mental (Fromm, 1974). Son los países más prósperos los que presentan un elevado índice de patología, reitero la pregunta ya lugar común del pensamiento: ¿habrá algo equivocado en el modo de vida occidental? ¿Puede ser una sociedad patológica? Parece que se hace patente la falta de dirección propia del estado anómico (Durkheim, 1982; Maffesoli, 2000)

El suicidio y homicidio se correlacionan negativamente como si fueran diferentes formas de paliar esas ansias de trascendencia destructiva (Fromm, 1974) que sirven para liberar tensiones socialmente estructuradas (Durkheim, 1895). Sin embargo el alcoholismo se relaciona de forma positiva con el suicidio y negativa con el homicidio. Por lo que quizás no tiene el sentido dado al principio de una tendencia destructiva por sí misma sino que adquiere una complejidad mayor dependiendo del tipo de alcohol consumido. Además, con el alcohol, muchas veces las políticas pueden ser contrapuestas, por ejemplo el consumo de vino se favorece a nivel político para que sea un producto competitivo frente a países externos cuando puede tener efectos no deseados sobre la salud. En este sentido, las políticas públicas de cualquier índole deberían ser coherentes con las políticas de sanidad.

Que la correlación entre el número de psicoterapeutas en hospitales y la tasa de patología sea positiva es notable, podría pensarse que a más demanda de problemas mentales mayor necesidad de asistencia, pero entonces tendría sentido que también se correlacionará con el número de psiquiatras, y no lo hace. Quizás la psicoterapia este tan fuera del ámbito biomédico que su implantación forzosa no tiene mucho sentido, se hace patente que la diferencia entre las intervenciones comunicacionales del psicoterapéutico y las actividades fisicoquímicas del médico (psiquiatra) presentan un abismo instrumental tal, que ninguna semejanza institucional salva de modo convincente (Szasz, 1994). Entre la psicología y el ámbito médico existe una relación tal y un desequilibrio tan fundamental que hacen vano todo esfuerzo por tratar la totalidad de los procesos mórbidos, lo que se llama enfermedad mental no es sino la locura alienada, alienada en esa psicología que ella misma hizo posible (Foucault, 2016). Foucault, está de acuerdo con Szasz al afirmar que la patología mental exige métodos de análisis diferentes a los utilizados en la patología orgánica y que equipararlos entra en el orden del mito. Es decir, la dialéctica de las relaciones del individuo con su medio no puede plantearse siguiendo un mismo estilo en fisiología

patológica y en psicología patológica (Foucault, 2016). Thomas Szasz es tajante con las ciencias “psique” apuntando que más un interés terapéutico tienen un interés es balsámico :

“El concepto de enfermedad mental y las acciones sociales asumidas en su nombre sirven a los intereses egoístas de los médicos y psiquiátricos, del mismo modo que el concepto de hechicería sirvió a los intereses de los teólogos que actuaban en nombre de Dios. Así como el juego teológico fue opio del pueblo en el pasado, el juego médico psiquiátrico es el opio de los pueblos modernos. Al actuar como drenaje de las tensiones interpersonales y grupales, cada juego cumple la función de tranquilizar la sociedad” (pág. 181, 1994).

No encontrar diferencias significativas entre el régimen anglosajón y el mediterráneo, ni entre el nórdico y el continental para variables como la tasa de patología, y la salud auto-percibida nos podría indicar también que quizás sean variables cuya influencia no tienen tanto que ver con el tipo de políticas públicas en materia de régimen del bienestar y cuya comprensión radique en otro tipo de cuestiones. Para casi ninguna variable los países que comparten régimen de bienestar se comportan de la misma manera y también se encuentran comportamientos similares en países de distinto régimen. Debe reconocerse que los sistemas de salud son, muchas veces, parte misma del problema y que ellos y las nuevas estrategias son imprescindibles para abatir las inequidades en salud (Olivero, 2013). Aún a sabiendas de la diversidad de modelos, “lo saludable” no anda demasiado lejos de aquellos discursos que, al margen o a pesar de las angustias producidas por no dar con el sistema adecuado, se empeñan en tratar de describir y dar cuenta de aquella vieja aspiración de alcanzar una vida sana, buena o feliz, como explicitación de una realización con sentido.

En segundo lugar, el aspecto reflexivo , empieza por la anécdota de Euclides diciéndole a Ptolomeo: *“No existe ningún camino real para llegar a la geometría.”* Tampoco está claro que exista un camino real para evaluar las políticas de salud. Una lección que podemos aprender de la fenomenología es que no hay objetivo alguno que lo sea por sí mismo y por tanto no hay objetivo alguno tal que se lo pueda suponer universalmente. Esto representa un problema filosófico básico, mostrando la dificultad epistemológica que representa universalizar el fenómeno de la salud (mental). No obstante, lo que se ha venido a construir, en el sentido de constructo, es un revelador particularmente sensible al orden social y político de una formación social determinada.

Las relaciones sociales se inscriben en los cuerpos produciendo desigualdades de salud y las instituciones políticas organizan la protección, prevención, atención sanitaria; como la salud, no deja de ser manifestación de las relaciones de poder entre heterogeneidades, cabe analizar los efectos de la estructura social, las prácticas sociales y la legislación (Fassin, 1997). O ¿acaso es un posible abandonar el proceso de medicalización cultural?

La presencia de patología es un permanente en la existencia humana. Canguilhem se refería a la vida humana como una existencia, un ser ahí, para un devenir no preordenado, obsesionado por su fin. Así pues, de acuerdo con este autor el hombre está abierto a la patología no por una condena o por un destino, sino por su simple presencia en el mundo. Desde este aspecto, la salud no es un absoluto, es la unidad espontánea de las condiciones de ejercicio de la vida (2004). Por tanto, el cuerpo vivido no es un objeto, ya que para el hombre vivir es también conocer. Se podría decir que yo estoy sano en la medida en que soy (o me siento) capaz de portar la responsabilidad de mis actos, de llevar cosas a la existencia y de crear entre las cosas relaciones que no alcanzarían sin mí, pero que no serían lo que son sin ellas (Canguilhem, 2004). Y por tanto, necesito conocer lo que las cosas son, para cambiarlas. La idea de Canguilhem es vinculable con la idea de desarrollo de Amartya Sen: “*un proceso de crecimiento de las capacidades de las personas de manera que tengan autonomía en la definición de su propio proyecto vital*” (pág. 124, 2000)

La existencia de sociedades, de sus trastornos y de cómo encontrar soluciones ha sido uno de los problemas capitales de la vida humana. Lo que domina la asimilación de trastornos de la propia sociedad es la idea de la terapéutica social, la idea de remedios para los males sociales (Canguilhem, 2004). En este sentido, ¿cuál es la posición adecuada para afrontar las políticas de salud? Esta pregunta se puede responder con esta otra: ¿A través de qué vías las inequidades sociales producen patología?

Cuando el ser humano no puede reconocerle significación humana y vital a las producciones de su actividad, y cuando las determinaciones económicas y políticas lo aprietan surge la patología, las consecuencias de naturalizar todo comportamiento deja de lado aspectos de carácter social ¿no es favorable está lógica neutralizadora al régimen neoliberal? El hombre en lugar de dirigir su agresividad hacia el cambio la dirige hacia la destrucción de sí mismo o del otro. El único camino posible a la salud (mental) es encontrar de una vez la posibilidad de dar coherencia epistemológica y

metodológica integrando los saberes y las prácticas en juego en salud (mental); para caminar hacia la utópica propuesta de Fromm: “*Mens sana in a societate sana*”.

Con respecto a la tercera parte, centrada en los problemas y defectos del presente informe podemos destacar lo siguiente:

En primer lugar, la dificultad para encontrar datos referentes a patología y enfermedad mental dentro de la lógica psiquiátrica ha dificultado tener indicadores globales de patología. Mientras con facilidad se pueden encontrar datos sobre recurso materiales, desempleo, nacimientos o muertes no hay información suficiente sobre patología mental. Hubiera sido útil para abordar el trabajo tener indicadores como: el número de personas con trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno de ansiedad generalizado y otras patologías a modo CIE-10 o DSM V. No obstante, se considera que los indicadores utilizados podrían servirnos de buena variable proxy a lo que se ha construido teóricamente como patología mental. No obstante estos indicadores son muy criticables y su complejidad es tal que al agruparlos así se comete un error epistemológico. También, se han pasado por alto problemas fisiológicos y anatomopatológicos que conciernen la patología mental.

Es cierto que las cifras del presente trabajo no dicen nada por si solas, ya que se trata de correlaciones y tendencias descriptivas, no obstante nos pueden dar una aproximación útil para reflexionar sobre el campo de las políticas de salud europeas.

El análisis social de la patología, ha pasado por la consideración de que la sociedad como tal puede presentar patologías; como si fuera un organismo cuando la sociedad no es tal cosa, sino más bien una maquina o una herramienta cultural para garantizar la supervivencia de los individuos. Esto podría significar asumir que dicha herramienta pudiese funcionar de forma equilibrada y se podría considerar que el estado normal de una sociedad es el desorden y la crisis más que el orden y la armonía. Pero igualmente, se podría defender la tesis de que una sociedad menos desordenada funciona mejor que una más desordenada. El objetivo del presente trabajo no era tanto profundizar sobre los aspectos filosóficos del organicismo sino más bien intentar dar una visión paneuropea de salud y salud mental.

El empleo de datos macro ha dificultado el análisis siendo estadísticamente mas apropiado utilizar datos micro para sacar conclusiones macro o hacerlo a modo de metanálisis. El haber tenido acceso a las bases de datos europeas ha hecho que se tenga un número de datos reducido lo que dificulta encontrar relaciones significativas relevantes (10 años por 10 países para cada variable).

¿Por qué considerar la salud auto-percibida como indicador de la salud?

Teóricamente, se ha utilizado en varias investigaciones como variable proxy de aquello que llamamos salud. Si bien es cierto, que la salud es un concepto diferente de la salud auto-percibida (de carácter subjetivo) es muy difícil tener acceso a algo así como una salud objetiva. La salud tiene un componente subjetivo muy importante que pasa por el ¿cómo me siento? Por ejemplo, una persona podría tener buenos resultados en todas las pruebas médicas y sin embargo sentir un dolor tan desgarrador que le impida llevar su vida con normalidad.

Existen muchas variables que no se han tenido en cuenta por las características del presente informe: o bien por que no se ha podido tener acceso o bien por que se salían de los objetivos valorados. Además, existen variables intermedias o contaminadoras que actuarían como explicación de las relaciones aquí elaboradas. Por ejemplo desglosar el gasto en salud en gasto en subvariables (gasto médico, gasto en prevención, gasto en infraestructura, etc.) y conseguir estadísticas para los años de interés en gasto en salud mental (sólo se encontraron para dos años por lo que se decidió no utilizarlas).

La cuarta y última parte, aborda posibles líneas de investigación y propuestas a raíz del presente trabajo:

A pesar de las trabas epistemológicas de abordar un fenómeno como la salud, resulta innegable su profunda implicación en el orden social (Sen, 2002; Fassin, 1997). Por esto me parece relevante recuperar la institución ya olvidada en la Francia del siglo XIX de un cuerpo de oficiales de la salud, apostando por algo bastante de moda: la transdisciplinariedad, que se salgan de la lógica médico/neoliberal y sean capaces de abordar el fenómeno de forma más profunda y humanista.

Si filosóficamente se pudiera definir algo así como esencia del hombre occidental (porque hacerlo con algo así como esencia universal me parece un imposible y estaría más cercano al proyecto heideggeriano de una “ontología fundamental”) podríamos aceptar que el desarrollo de los postulados de dicha esencia (con carácter empírico y contingente) se encuentran dentro de lo “saludable” y sin embargo lo que resulte contrario una enajenación. Sería interesante profundizar si existe algo así como esencia para el desarrollo sano del hombre occidental. Esto nos haría abordar el fenómeno de la salud con mucho más criterio. A este respecto, considero que es tarea de la ética (intersubjetiva) poner de manifiesto las diversas interpretaciones de la salud humana occidental y la crítica de los diversos modelos que se proponen con el objetivo

de formalizar unas condiciones “básicas” para el consenso. Para ello sería relevante recuperar el análisis filosófico de Emmanuel Lévinas como punto de partida.

Como investigación futura sería interesante, realizar un estudio para todos los países de Europa que recoja una gama temporal más amplia (diferentes décadas) utilizando variables tanto de carácter social (suicidio, alcoholismo, homicidios, índices de violencia familiar) como variables propias de la psiquiatría (esquizofrenia, depresión, ansiedad, etc.) pero utilizando datos micro y macro de forma simultánea. En este sentido se podrían utilizar encuestas como: la European Social Survey, la European Mental Health Survey, la Encuesta nacional de Salud, la encuesta WHOQOL de calidad de vida, la encuesta SHARE, etc. La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un correcto análisis del fenómeno de la salud.

Referencias

- Adorno, T. & Horkheimer, M. (1998). *Dialéctica de la ilustración: Fragmentos filosóficos*.
- Alanen, Y. (2003) *La Esquizofrenia: Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las Necesidades del paciente*. Londres: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Andrews, G. (2001). Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 192-194.
- Angermeyer, M., Holzinger, A., Carta, M. & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness. *Systematic review of population studies*, 199 (5), 367-372.
- Baum, F. (2007). Health for All Now! Reviving the Spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine*, 2, 34-41.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2008). Madrid: CIRSA.
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefèvre, P. y Stuyft, P. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social*, 4 (2), 127-134.
- Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Madrid: Ediciones Akal.
- Durkheim, E. (1987). *La División del Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Akal.
- Durkheim, E. (1985). *Las Reglas del Método Sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fassin, D. (1997). *La santé en souffrance*. Paris: La Découverte.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso del Collège de France (1973-1974)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad Mental y psicología*. Madrid: PAIDÓS Básica.
- Freud, S. (1970). *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza editorial.
- Fromm, E. (1974). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1977). *Ética y psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral editores.
- Italian Global Health Watch (2008). From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy. *Social Medicine*, 3, 36-48.
- Kendall, T. (2009). The spurious advance of antipsychotic drug therapy. *The lancet*, 373, 4-5.
- Kingdom, D. & Young, A. (2007). Research into putative biological mechanisms of mental disorder has been of no value to clinical psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 295-290.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. *Minister of National Health and Welfare*.
- Leal, P. & Opp, R. (1998). *Participation and Development in the Age of Globalization*. Ottawa: CIDA.
- Mafesoli, M. (2000) El tiempo de las tribus: el individualismo en las sociedades posmodernas. Siglo XXI: México.
- Marmot G., Shipley M. & Rose, G. (1984). Inequalities in death specific explanations of a general pattern. *The Lancet*, 8384, 1003-1006.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasa, revista de Filosofía*, 8 (2), 65-86.
- Moragas, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Revista de Sociología*, 5, 31-54.
- Moreno, J.L. (2008). Merleau-Ponty y el sentido de la enfermedad mental. <<La locura en el lugar>> o la destrucción de los hábitos compartidos. *Revista de Filosofía*, 44, 143-154.
- Olivero, I. (2013) *Manual básico de salud, alimentación y nutrición pública*. San Luis: Nueva editorial Universitaria.
- Palomino, P., Grande, L. & Linares, M. (2013). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72, 71-91.
- Ramirez, L. (2010). *Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social*. Granada: Fundación de Antropología Sociocultural.
- Sen, A. (2002). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Ed. Planeta.

- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Pan Am J Public Health* 11, 302-309.
- Sen, A. (2002) Health: perception versus observation. *BMJ* 324, 860-861.
- Stiles, B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Conell, J. (2008) Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in Uk primary-care routine practice: replication in a large simple. *Psychological Medicine*, 38, 677-688.
- Szasz, T. (1961). The myth of mental illness. *The American Psychology*, 15 (2), 113-118.
- Szasz, T. (1994). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 199 (6), 441-442.
- Timimi, S. (2013). Methylphenidate for moderate ADHD. *BMJ*, 347, 21-66.
- Torres, M. (2012). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas (RIPS)*, 12(2), 101-113.
- Whitaker, R. (2011). Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. Crown.
- WHO (1978). Alma Ata Declaration on Primary Health Care.
- World Economic Forum (2011). The Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases. Ginebra: Foro Económico mundial.