

Presentación

La Reforma Psiquiátrica en Andalucía Cuatro Décadas de Transformaciones en los Servicios Públicos de Salud Mental

Marcelino López-Álvarez^{ID}

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, Sevilla (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 07/03/2023
Aceptado: 14/04/2023

Palabras clave:

Reforma psiquiátrica
Servicios públicos
Salud mental
Atención comunitaria
Desinstitucionalización
Andalucía (España)

RESUMEN

El artículo pretende presentar de manera resumida las características más destacadas del proceso de transformación de las estructuras públicas de atención a problemas de salud mental, iniciada oficialmente en Andalucía en junio de 1984, con la aprobación por el Parlamento de una ley específica sobre el tema.

A lo largo de estos ya casi 40 años, la arcaica estructura de servicios que caracterizaba la asistencia psiquiátrica se ha transformado en una red compleja de base y orientación comunitaria, superadora de los Hospitales Psiquiátricos y con un sector sanitario integrado en el Sistema Sanitario Público y otro intersectorial dependiente de la Fundación pública FAISEM.

El texto presenta las características previas, las líneas de trabajo desarrolladas y los principales resultados obtenidos, con una valoración positiva en relación con la situación de partida, pero también con importantes aspectos no adecuadamente resueltos y que necesitan desarrollos posteriores que, sin embargo, no se están abordando hoy por hoy.

The Psychiatric Reform in Andalusia (Spain) Four Decades of Transformations in Public Mental Health Services

ABSTRACT

The article aims to present in a summarized way the most outstanding characteristics of the process of transformation of public structures of attention to mental health problems, officially initiated in Andalusia in June 1984, with the approval by Parliament of law on the subject.

Throughout these almost 40 years the archaic structure of services that characterized psychiatric care has been transformed into a complex network of community orientation, surpassing the Psychiatric Hospitals and with a health sector integrated into the Public Health System and another intersectorial dependent on the FAISEM public Foundation. The text presents the previous characteristics, the lines of work developed, and the main results obtained, with a positive assessment in relation to the initial situation, but also with important aspects not adequately resolved and that need subsequent developments that, however, are not being addressed today.

Keywords:

Psychiatric reform
Public services
Mental health
Community care
Deinstitutionalization
Andalusia (Spain)

Presentación

Es difícil entender la situación de los servicios públicos de atención a problemas de salud mental en la Comunidad Autónoma de Andalucía sin tener en cuenta su evolución en las últimas cuatro décadas, es decir en tanto que resultado de un proceso complejo al que solemos referirnos con la expresión “reforma psiquiátrica andaluza” (Carmona et al., 2006; López-Álvarez, 2021).

El proceso se enmarca en uno más amplio, el de la creación y desarrollo de un sistema sanitario público general, tanto en Andalucía como en el conjunto del estado (Sabando-Suárez et al., 2020). Y, aunque comparte características no solo contextuales con el cambio producido en la totalidad del sistema sanitario, en lo relativo a la atención en salud mental, presenta en Andalucía características propias que suponen todavía hoy diferencias marcadas con la situación de otras comunidades autónomas (López-Álvarez, 2021).

Por ello, para que se comprenda lo singular de la reforma psiquiátrica andaluza, voy a tratar de ofrecer una información básica sobre el proceso. Pretendo, en ese sentido, hacer una breve referencia al contexto nacional y autonómico en el que surgió, describir las principales líneas de trabajo desarrolladas y sus resultados en estos años, para hacer finalmente una valoración general del conjunto.

Todo ello desde una perspectiva inevitablemente personal pero que intenta ser razonablemente objetiva. Aunque soy consciente de que la objetividad, en procesos sociales en los que uno ha estado estrechamente implicado, tiene muchas posibilidades de verse comprometida. Espero que otras contribuciones puedan completar, matizar o corregir los sesgos en que pueda caer en este empeño.

El Contexto Nacional e Internacional

El inicio oficial de la reforma psiquiátrica suele situarse en junio de 1984, cuando el Parlamento de Andalucía aprueba, por unanimidad de todos sus grupos políticos, la Ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), organismo autónomo este de carácter administrativo al que se le encarga la dirección de un proceso de sustitución de las arcaicas estructuras de asistencia psiquiátricas por una red de servicios de atención, integrados en el sistema sanitario público y orientados por los principios de la atención comunitaria (IASAM, 1989, López-Álvarez, 2021).

El proceso empieza así en un contexto nacional y regional peculiar, en la fase final de la llamada “transición democrática”, bajo el impulso de la llegada al poder en ambos casos de la izquierda socialdemócrata, es decir del Partido Socialista Obrero Español (Espino, 2006)

En lo que respecta al contexto nacional, hay al menos tres cambios que merece la pena reseñar.

1. El primero hace referencia a los cambios en la legislación básica, con la reforma, en 1983, de los Códigos Civil y Penal. Y ambos tienen implicaciones reseñables en lo relativo a personas con problemas de salud mental (Barrios-Flores, 2020).
 - a) En el caso de la legislación civil, la modificación afecta por un lado a la regulación de la figura histórica de la tutela, que experimenta alguna actualización, si bien mantiene hasta hace poco muchos de sus rasgos históricos, no siempre respetuosos con los derechos de las personas afectadas. Cabe mencionar que la reciente *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de*

su capacidad jurídica, suprime la incapacitación y la figura de la tutela, adaptando la legislación a la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad. Pese a algunas dudas sobre el texto y alguna prevención sobre el “periodo de transición”, la nueva regulación supone un nuevo y significativo avance (López-Álvarez y Laviana-Cuetos, 2023).

Pero, sobre todo, es importante el cambio relativo a los internamientos involuntarios de personas con problemas de salud mental que, en el sistema anterior, podían ser ordenados (tanto al ingreso como en el alta) por autoridades administrativas (policía, gobernadores civiles, etc.) y judiciales, sin que la persona hubiera cometido ningún delito y sin necesidad de considerar el criterio del personal sanitario (Berkowitz, 1976). A partir de 1983, un ingreso en contra de la voluntad de la persona solo puede ser decidido por el personal sanitario que debe, en cualquier caso, contar con la autorización de la autoridad judicial, a la que corresponde garantizar que el ingreso se realiza por razones sanitarias y no de otra índole, pero que pierde su posibilidad de decidir sobre el alta, lógicamente facultad del personal sanitario.

- b) Y en el caso del Código Penal, la modificación de 1983 afectó a la imposición de “medidas de seguridad” como alternativa al encarcelamiento de personas con problemas de salud mental que hubieran cometido un delito y fuesen considerados “no imputables” debido a su enfermedad. El tradicional ingreso, potencialmente indefinido, en una institución psiquiátrica por decisión de la autoridad judicial, única medida contemplada hasta entonces, se ampliaba con medidas alternativas. Y se completaba, ya en 1995 (Espino, 1997), con la prohibición de prolongar la medida más allá del tiempo que hubiera durado una pena de prisión por el delito cometido, si no se tratase de alguien con un problema de salud mental (Barrios-Flores, 2020).

Pero también, en paralelo al proceso andaluz, se registraron algunas iniciativas importantes del Ministerio de Sanidad. Este, bajo la dirección de Ernest Lluch, estaba empeñado en la creación del Sistema Nacional de Salud (Sabando-Suárez et al., 2020) y consideró imprescindible que en el mismo se integrasen unos nuevos servicios públicos de atención a problemas de salud mental. Así, en 1983 se creó una Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que, en abril de 1985, hizo público un Informe que establecía criterios y recomendaciones al respecto. Parte de ellas se recogieron, un año más tarde (abril de 1986) en el capítulo 20 de la Ley General de Sanidad (Espino, 2006).

En la norma, marco legal de carácter general todavía hoy vigente, se establecía la integración en el sistema sanitario general, la orientación comunitaria y la necesidad de servicios de rehabilitación en coordinación con los servicios sociales. Pero se dejaba de lado la apuesta explícita del informe de la Comisión por la superación de los hospitales psiquiátricos mediante un programa progresivo orientado a su completa sustitución por los nuevos servicios (López-Álvarez, 2021; López-Álvarez et al., 2006).

2. El carácter, más bien general y orientativo de la Ley (especialmente en el capítulo específico dedicado a la salud mental) y

la decisión de descentralizar la estructura del futuro Sistema Nacional de Salud, como suma de los servicios de salud de las comunidades autónomas (Sabando-Suárez et al., 2020), determinó una evolución asimétrica de las estructuras de atención en salud mental en dichas comunidades (López-Álvarez, 2021; Pérez, 2006). Así, encontramos hoy notables diferencias entre ellas en cuanto a aspectos como:

- a) El balance entre servicios sanitarios públicos y privados concertados, con alguna comunidad —como Cataluña— que optó explícitamente por los últimos.
- b) La política seguida en relación con los hospitales psiquiátricos, con comunidades autónomas que, como Cataluña y Euskadi, los mantienen, otras que como Asturias, Andalucía y Navarra optaron por cerrar al menos los públicos y el resto, en situaciones que cabe calificar de intermedias. Al respecto, aunque es imposible conocer con precisión a partir de información oficial la magnitud real de los restos de los hospitales psiquiátricos, dada la existencia de operaciones diversas de maquillaje administrativo (López-Álvarez et al., 2006; López-Álvarez, 2021), el Catálogo Nacional de Hospitales señalaba, en 2021, un total de 92 instituciones, con 12.014 camas (lo que supone el 39.2% de las que había en 1986) (Ministerio de Sanidad, 2022).
- c) El desarrollo de recursos alternativos de carácter sanitario es también desigual, insuficiente y habitualmente parcial, predominando los dispositivos o equipos ambulatorios y las unidades de corta estancia en hospitales generales.
- d) El personal disponible en estos servicios es igualmente insuficiente y es curioso que ni siquiera haya podido ser contabilizado por el Ministerio, que, en la recientemente aprobada nueva versión de la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS (Ministerio de Sanidad, 2021); ha podido contabilizar los profesionales de la psiquiatría (4.381, lo que representa 9,3 profesionales por cada 100.000 usuarios potenciales), pero no los restantes perfiles profesiones. En el caso de los de la psicología clínica, algún estudio más o menos riguroso, aunque un tanto artesanal, los cifraba en ese mismo año en 2.835 (es decir, 5,6 profesionales por cada 100.000 usuarios potenciales) (Duro-Martínez, 2021; Fernández-García, 2021).
- e) Y los recursos sociales y laborales, aún más escasos y diversos en estructura, dotación y calidad, con las excepciones (relativas) de Andalucía y Madrid (López-Álvarez y Laviana-Cuetos, 2016).

En conjunto, además de la excesiva diversidad, la insuficiencia general y la persistencia del sistema hospitalario monográfico, llama la atención la ausencia tanto de una estructura administrativa mínima de coordinación general, como la inexistencia de datos fiables, ni a nivel central (desde el Ministerio o el Sistema Nacional de Salud) ni desde las distintas comunidades autónomas, con datos comparables entre las mismas (López-Álvarez, 2021).

3. Finalmente, en paralelo a las reformas, desde el Ministerio se consagraba un nuevo sistema de formación sanitaria especializada que, por contraposición a las tradicionales escuelas dependientes de las universidades, establecía una formación dentro del propio sistema sanitario, práctica, con respon-

sabilidad progresiva y retribuida (Espino y Olabarria, 2003). En nuestro campo se empezó con la psiquiatría dentro del sistema MIR (Médicos Internos Residentes), extendiéndose posteriormente, no sin dificultades, a la psicología clínica (PIR) (Espino y Olabarria, 2003; Laviana-Cuetos, 1998), la enfermería especializada en salud mental (EIR) y, hace muy poco, la psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Queda pendiente, esperemos que no por mucho tiempo, la paralela a esta última, la psicología clínica de la infancia y la adolescencia.

En lo que respecta a la situación internacional hay que mencionar, dentro de la diversidad aún mayor de situaciones nacionales, la existencia de algunos procesos interesantes de reforma que, como los de USA en negativo y los de Italia, el Reino Unido y algunos países nórdicos, han desarrollado servicios basados en la atención comunitaria y alternativos a la asistencia psiquiátrica tradicional (López-Álvarez, 2021; López-Álvarez et al., 2006). Alternativas que empiezan a recibir atención favorable y cada vez más explícita de por la Organización Mundial de la Salud (López-Álvarez, 2012; OMS, 2001).

La Situación de Partida en Andalucía

La necesidad de una amplia reforma de las estructuras de atención a problemas de salud mental en Andalucía, que estaba en la base de la iniciativa de la Consejería de Salud y de la ley aprobada por el Parlamento, era evidente, teniendo en cuenta la situación existente, no muy diferente de la que presentaban las restantes comunidades autónomas.

Así, el diagnóstico de la situación que realizó la Consejería de Salud, contemplaba básicamente los siguientes grandes rasgos (IASAM, 1989; López-Álvarez, 2021):

1. Una absurda e ineficiente dispersión de competencias y servicios entre distintas administraciones públicas, en la mayoría de los casos separados del conjunto del sistema sanitario y sin ninguna estructura común de coordinación.
2. También señalaba la existencia de una estructura inadecuada e insuficiente de recursos en el sector público, basada en la superposición de cuatro tipos de servicios, incapaces de garantizar una cobertura mínima de las necesidades de atención de una población cifrada entonces en torno a los siete millones y medio de habitantes:
 - a) Ocho *hospitales psiquiátricos provinciales*, dependientes de las respectivas diputaciones provinciales, que disponían del volumen mayoritario de recursos públicos, con un total de 3.700 camas disponibles, pero en gran parte inmovilizadas y con escasa capacidad de atención por las largas estancias y sus distintas funciones extrasanitarias (sociales y de orden público), como se detalla en la [tabla 1](#).
 - b) Sesenta y nueve *Consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría* de la Seguridad Social, curiosa figura asistencial en la que una persona con la doble titulación (real o supuesta) de Neurología y Psiquiatría atendía durante dos horas a un número considerable de personas con problemas neurológicos y psiquiátricos. La cifra de 290.000 consultas realizadas en 1985 indica que lo habitual era atender a 20, 30 o 40 personas en esas dos horas, cifra que indica por sí misma la posible calidad de dicha atención.

Tabla 1

Los Hospitales Psiquiátricos Públicos Andaluces en 1985 (López-Álvarez et al., 2006)

Unidades de "corta estancia" (< 6 meses)
315 pacientes
Principales grupos diagnósticos:
Esquizofrenia y similares: 42%
Trastornos afectivos: 16%
Unidades de "larga estancia" (> 6 meses)
2.672 pacientes
Principales grupos diagnósticos:
Esquizofrenia y similares: 47%
Discapacidad intelectual: 29%
Estancia media: 13 años
Edad media: 54 años
Residentes mayores de 65 años: 30%
Situación clínica:
Síntomatología activa: 23%
Síntomatología residual: 59%
Asintomáticos: 17%
Patología somática moderada o grave: 29%

c) Doce pequeñas unidades o equipos ambulatorios (*Dispensarios de Salud Mental y Centros de diagnóstico y orientación terapéutica*) dependientes de la llamada Administración Institucional de Sanidad Nacional. En realidad, se trataba de dos tipos de servicios escasamente dotados de personal, unos dedicados a los problemas de alcoholismo y toxicomanías y el otro a diagnosticar y certificar discapacidades intelectuales.

Cabe destacar dos notables excepciones en el funcionamiento de estos dispositivos: el Dispensario de Salud Mental de Córdoba, que sirvió de base al trabajo de Carlos Castilla del Pino y el Centro de diagnóstico de Sevilla, donde Arturo Sanmartín creó el embrión de una unidad infanto-juvenil. En ambos casos, pese a las penurias de recursos y las trabas burocráticas, trabajando con un gran voluntarismo personal y la participación de un considerable volumen de personal voluntario atraído por las cualidades de quienes protagonizaron esas experiencias.

d) Y dos *Servicios de Psiquiatría* en sendos Hospitales Universitarios, el de Sevilla y el de Granada que, además de las tradicionales consultas externas, disponían de unidades de hospitalización con 52 y 34 camas respectivamente.

- Unos equipos humanos igualmente escasos y descompensados en su composición, con un mayor número de psiquiatras (aunque la mayoría de ellos con una muy limitada dedicación horaria) y auxiliares de enfermería, (en su mayoría con escasa o nula formación y con funciones estrictamente asistenciales). La presencia de otras categorías profesionales resultaba meramente testimonial, como puede verse en la [tabla 2 \(IASAM, 1989\)](#).
- Sin ningún tipo de recurso no sanitario o intersectorial específico, ni en el ámbito de los servicios sociales ni en el empleo.
- Sin una alternativa razonable en el sector privado, en el que, además de distintas consultas individuales de profesionales de la psiquiatría y la psicología, lo que había eran básicamente tres hospitales psiquiátricos privados (de órdenes

Tabla 2

Personal en Servicios Públicos de Salud Mental en Andalucía en 1985 (IASAM, 1989)

Principales categorías profesionales	n
Psiquiatría	246
Psicología	33
Enfermería Diplomada	117
Enfermería Auxiliar	1.318
Trabajo Social	41

religiosas) en la provincia de Málaga, con un total de 990 camas, en gran parte ocupadas por pacientes derivados desde la Comunidad de Madrid (IASAM, 1987).

- Y, finalmente, con el absoluto predominio de modelos de funcionamiento e intervención inadecuados. Aunque no hay datos cuantitativos al respecto, no es aventurado suponer ese negativo rasgo a partir de los datos que acabamos de ver. Con el tipo de servicios y la dotación de sus equipos profesionales cabe poco más que un cuidado meramente asilar de las pocas personas con trastornos mentales graves que se podían atender en sus hospitales psiquiátricos (la mayoría estaban de hecho en el abandono o bajo el casi exclusivo cuidado de su entorno familiar), y de una intervención casi exclusivamente farmacológica del conjunto de personas atendidas.

El Desarrollo del Proceso de Reforma

Ante este panorama y en el marco de construcción de un servicio público de salud (el futuro Servicio Andaluz de Salud), el objetivo fijado para la reforma fue claramente sustituir la asistencia psiquiátrica tradicional por una red compleja de atención comunitaria, como base estructural para el posterior desarrollo de la atención, dentro de ese servicio sanitario general (Carmona et al., 2006; IASAM, 1989; López-Álvarez 2021). Y, para ello, ya desde el IASAM, se enfocó el proceso a partir de cuatro líneas paralelas de actuación (IASAM, 1989):

- Unificar los recursos sanitarios públicos, hasta entonces dispersos entre las diferentes administraciones e integrarlos en el sistema sanitario general.
- Establecer un nuevo sistema de servicios públicos de salud mental, alternativo al entonces existente, con un componente sanitario y otro intersectorial (social, laboral, ...).
- Cerrar los hospitales psiquiátricos provinciales, buscando alternativas razonables a sus residentes.
- E impulsar un nuevo modelo de atención, basado en los principios de la atención comunitaria en salud mental.

El proceso trató de ir cubriendo su objetivo a través de esas distintas líneas de actuación, pasando por varias fases que pueden verse siguiendo las siguientes referencias temporales:

- En primer lugar, hay que reseñar la existencia de algunas experiencias de transformación previas al inicio oficial del proceso general (González-de-Chávez, 1980). Así, además de algunos movimientos anteriores en Huelva y Málaga, fue tras la constitución de las primeras diputaciones democráticas (1979), cuando las de Sevilla, Jaén y Málaga iniciaron experiencias de cambio de desiguales resultados (las dos primeras interrumpidas

- más que nada por interferencias políticas diversas) (López-Álvarez, 2021)
- b) Como ya vimos, el inicio oficial lo podemos situar en junio de 1984 con la aprobación parlamentaria de la ley de creación del IASAM, si bien éste no empezó a ser realmente operativo hasta un año más tarde (1985).
 - c) El primer objetivo del proceso, la unificación de recursos sanitarios públicos y su integración en el Servicio Andaluz de Salud tuvo lugar, con la excepción del Servicio de Salud Mental de la Diputación de Málaga que se retrasó algo más, en enero de 1990. Integración ésta que supuso la desaparición del IASAM, tal y como se preveía en la ley.
 - d) Tres años más tarde, en diciembre de 1993, el Parlamento aprobó, de nuevo por unanimidad, la creación de una estructura intersectorial, la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). Su función, como más adelante veremos, es precisamente desarrollar recursos de apoyo social y laboral complementarios de los sanitarios (FAISEM, 2012), dadas las dificultades encontradas hasta entonces para que las Administraciones de servicios sociales y empleo desarrollasen directamente ese tipo de recursos.
 - e) En 1999 podemos considerar acabada otra de las líneas de trabajo señaladas, con el cierre de los últimos restos del sistema manicomial (ver más adelante) (López-Álvarez, 2000).
 - f) Posteriormente hay que reseñar el desarrollo de tres sucesivos Planes Integrales de Salud Mental, que durante los años 2003-2007, 2008-2012 y 2016-2020 (Consejería de Salud, 2003, 2008, 2016), acometieron tareas de desarrollo de recursos y de impulso a la mejora de la calidad de los servicios, con desiguales resultados, especialmente el último, afectado por la crisis que se menciona más adelante.
 - g) Con anterioridad a estos planes específicos, en el año 2000, el I Plan de Calidad de la Consejería (Consejería de Salud, 2000) puso en marcha dos tipos de iniciativas que se reflejaron también en los servicios de salud mental. El primero es el establecimiento de los denominados Procesos Asistenciales Integrados (PAI), protocolos de atención a problemas de salud específicos, elaborados por consenso profesional y que en este campo incluyen los de Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006), Ansiedad/Depresión/Somatizaciones (Consejería de Salud, 2003/2011) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (Consejería de Salud, 2004/2018), entre otros. Y el segundo la organización de servicios, en este caso los de salud mental, como Unidades de Gestión Clínica, enfatizando la necesidad de tener en cuenta, junto al aspecto de atención, el de gestión de recursos públicos (Carmona y Del-Río, 2009)
 - h) Desgraciadamente, a partir de 2008, los servicios públicos sufren el efecto de la crisis económica, heredada de la piratería financiera norteamericana y agravada por las políticas restrictivas de los gobiernos de la UE y los nuestros. Y, de manera sucesiva, los de la pandemia y la guerra de Ucrania. En conjunto suponen un deterioro y retroceso importante, difícil de medir con precisión por la falta de información oficial, pero evidente en la capacidad de atención del conjunto del sistema sanitario público y especialmente notorio en la Atención Primaria y en Salud Mental (Vergara et al., 2021).

- i) Finalmente hay que mencionar el cambio de gobierno en Andalucía de enero de 2019, renovado ahora tras las últimas elecciones. Aunque algunas decisiones parlamentarias históricas se adoptaron como hemos visto por unanimidad, la verdad es que el conjunto del proceso se ha relacionado, en lo político, con gobiernos de izquierda. De ahí la sospecha de que la llegada al poder de la derecha, con los precedentes de otras Comunidades Autónomas (Madrid y Valencia, fundamentalmente), pudiera implicar cambios de dirección importantes, tanto hacia la privatización de servicios públicos como al retorno a formas más tradicionales de intervención (predominio hospitalario, refuerzo del tradicional poder psiquiátrico y de modelos reduccionistas de intervención, etc.). Aunque hasta ahora no ha habido un cambio radical de orientación, la verdad es que dichas tendencias han empezado a notarse de manera más o menos explícita en algunas de las decisiones tomadas, en general y en los servicios de salud mental (la última y más evidente es la reciente Orden de la Consejería de Salud sobre tarifas en conciertos públicos, que abre, entre otras cosas, la vía a la privatización incluso de servicios de atención primaria).

El Cierre de los Hospitales Psiquiátricos Provinciales

Probablemente la línea de actuación que generaba a priori más recelo y controversia y que fue objeto de críticas a distintos niveles, especialmente en sus primeros movimientos, fue la dirigida al cierre de los hospitales psiquiátricos provinciales. Tampoco ayudó mucho a vencer los recelos el título oficial del programa, apellidado asertivamente como “de desmantelamiento” (IASAM, 1989). Pero veamos con más detalle en que consistió y cuáles han sido sus resultados.

Con carácter general podemos calificar lo sucedido como el desarrollo de un proceso planificado y progresivo, extendiéndose a lo largo de 15 años, desde 1985 a 1999. A diferencia, por ejemplo, del proceso italiano (Barbui et al., 2018; Mezzina, 2014) que decidió cerrar la entrada en los hospitales de manera más inmediata mediante la famosa ley 180, pero dejó en el aire el proceso de salida de la población ya hospitalizada, bajo la responsabilidad de las diferentes regiones del país.

Aquí, desde el IASAM, se iniciaron las actuaciones con un primer estudio de la población hospitalizada (censo de enero de 1985, ver tabla 1), como base informativa para la programación del trabajo (IASAM, 1987).

Un aspecto importante consistió en la sustitución progresiva de las funciones necesarias de las instituciones, transferidas a las nuevas estructuras en proceso de creación. Así sucedió con la hospitalización de corta estancia, trasladada a unidades en hospitales generales, y con la atención ambulatoria, transferida a equipos de salud mental de distrito (hoy Unidades Comunitarias de Salud Mental). Y, a medida en que iban abriéndose esos nuevos servicios, fueron cerrándose los antiguos.

Pero el contenido central del trabajo consistió en encontrar alternativas de vida para los y las residentes de larga estancia que eran, como vimos, la mayoría de las personas hospitalizadas. Se desarrollaron intervenciones de rehabilitación y de búsqueda de alternativas fuera de las instituciones, lo que solemos denominar “desinstitucionalización”. Aunque, si vemos los datos recogidos en

Tabla 3

Evolución de la Población de Larga Estancia en los Hospitales Psiquiátricos Públicos en Andalucía, 1985-2001 (López-Álvarez et al., 2006)

Residentes enero 1985	2.672
Ingresos 1985-1999	315
Fallecimientos en el periodo	813
Altas totales en el periodo	2.174
Resultados del seguimiento de las altas (2001)	
• Domicilio propio o familiar	5.3%
• Residencias de tercera edad	37.4%
• Residencias para discapacitados psíquicos	26.8%
• Unidades de Servicios Sociales (antiguos hospitales)	5.6%
• Alojamientos específicos	18.4%
• Hospitales Psiquiátricos privados	0.6%
• Hospital psiquiátrico penitenciario	0.4%
• Sin domicilio	0.6%
• Otros	1.1%
• Desconocido	3.8%

la [tabla 3](#), como resultado de un estudio de seguimiento realizado al final del proceso (López-Álvarez et al., 2006), deberíamos hablar más de “transinsitucionalización”, es decir de traslado de una gran parte de las personas desde las viejas instituciones manicomiales a nuevas estructuras de atención residencial, es verdad que bastante más acordes con las necesidades específicas de los distintos grupos de personas y de mayor calidad que los viejos hospitales.

Como referencia previa hay que recordar (volver a la [tabla 1](#)) la composición por edades y grupos diagnósticos principales de la población que encontramos en dichas unidades al inicio del proceso. Especialmente hay que referirse a dos hechos que explican dos de los principales resultados del estudio. Uno es la asociación entre la elevada edad de la mayoría (más del 30% con más de 65 años) y el porcentaje de personas con graves problemas somáticos. Lo que explica el número de personas que fueron falleciendo a lo largo de los más de 15 años transcurridos hasta el estudio. Y el otro, que solo un 23% de los y las residentes tenían sintomatología activa, correspondiendo la mayoría de los casos a personas con necesidades de atención social y no sanitaria.

Así, vemos en la [tabla 3](#) que casi el 40% de las personas dadas de alta correspondían a personas mayores, que encontraron alojamiento en las residencias adaptadas para este tipo de población con y sin problemas de salud mental, solución lógica dada la edad elevada de la mayoría de los residentes y sus prolongadas estancias.

Otro tanto sucedió con las personas con discapacidad intelectual, inadecuadamente situadas en el entorno formalmente sanitario de los hospitales, ocupando casi un tercio de las camas. En este caso el acomodo residencial alternativo correspondió a pequeñas unidades gestionadas por el movimiento asociativo, aunque financiadas con fondos públicos de servicios sociales.

Para las personas con trastornos mentales graves hubo que recurrir a generar una nueva red, dada la inexistencia de recursos residenciales específicos para este tipo de problemas en los servicios sociales. La creación posterior de FAISEM facilitó el proceso acogiendo alrededor de un 20% del total de personas dadas de alta. Y el número real de personas que pudieron volver a sus hogares o con su familia representó poco más del 5% del total de dichas altas.

El resultado del proceso es que los ocho hospitales psiquiátricos provinciales están cerrados, con alguna utilización alternativa de los edificios (dependencias universitarias o de los servicios sociales)

solo en pocas ocasiones, dada la precaria situación arquitectónica de la mayoría de ellos.

El cierre no significó un aumento del uso de los recursos hospitalarios privados, que mantienen básicamente el mismo número de camas y una ocupación importante por parte de personas ajenas a la comunidad autónoma. Una de dichas instituciones (el Hospital San Juan de Dios, en Málaga) mantiene un concierto parcial con el SAS para una unidad activa de media estancia, de capacidad recientemente ampliada por el nuevo gobierno (de 40 a 80 camas).

Permanece, eso sí, un Hospital Psiquiátrico Penitenciario en Sevilla, dentro del complejo carcelario Sevilla 2, perteneciente a Instituciones Penitenciarias, con 178 camas, el 60% ocupadas por residentes en Andalucía (López-Álvarez, 2021)

El Despliegue de un Nuevo Modelo de Servicios

La alternativa al arcaico e inadecuado sistema de servicios, heredado de la dictadura franquista, consistió en un sistema nuevo, basado en principios de atención comunitaria y articulado en dos sectores, uno sanitario dentro del sistema sanitario público de Andalucía y otro intersectorial gestionado por una fundación pública, FAISEM. En conjunto y en ambos casos es esencial el carácter de red articulada y territorialmente distribuida. La [figura 1](#) permite ver un esquema de ese conjunto de servicios, en el cabe resaltar algunos aspectos que se mencionan a continuación.

- El ya reseñado carácter de *red*, articulando un conjunto ampliamente diversificado de estructuras de atención que permite, en contraposición al *sistema* anterior, múltiples posibilidades alternativas, adaptadas a las complejas y variadas necesidades de una gran parte de sus potenciales usuarios.
- La articulación intersectorial entre servicios estrictamente sanitarios, integrados orgánicamente en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía y servicios carácter no sanitario, organizados por la fundación pública FAISEM y con alternativas residenciales, laborales y de soporte diurno, mayoritariamente destinadas a atender necesidades de personas con trastornos mentales graves.
- Dentro del conjunto de servicios sanitarios, organizados territorialmente en Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, su articulación con la red generalista de Atención Primaria. Aquí, al igual que sucede con cualquier problema de salud, la entrada en el sistema sanitario pasa, salvo en algunas situaciones de urgencia, por esa red no especializada en patologías, que debe tratar de dar una primera respuesta unificada a las necesidades de las personas con problemas de salud mental, igual que lo hace con las afectadas por otros tipos de problemas de salud. Y que, en el caso de problemas específicos de salud mental, debe recibir el apoyo de los servicios especializados para facilitar una intervención conjunta o separada según vaya siendo necesario en cada caso.

En referencia a estos servicios sanitarios y según los últimos datos oficiales disponibles, los publicados en 2018, la [tabla 4](#) presenta el número de dispositivos y las plazas o camas disponibles en cada uno de ellos, en tanto que la [tabla 5](#) detalla el número y la tasa por cada 100.000 habitantes de cada uno de los perfiles profesionales integrados en los diferentes servicios del sistema sanitario público de Andalucía.

Figura 1
El Modelo Funcional de los Servicios de Salud Mental en Andalucía

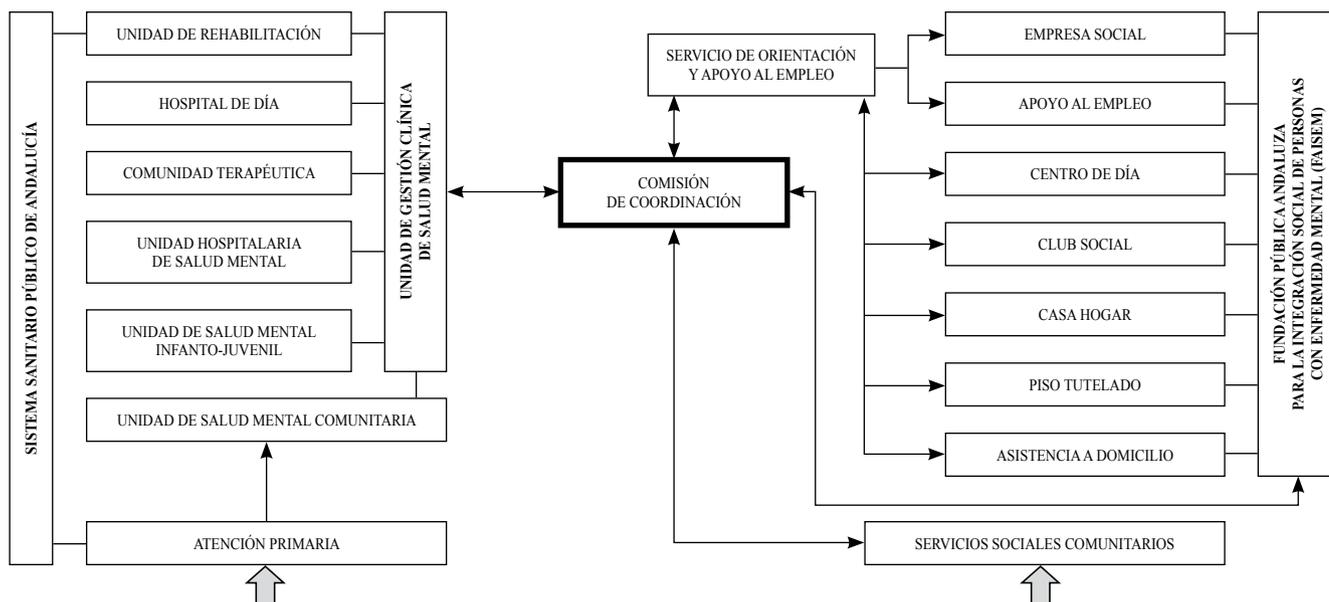


Tabla 4
Los Servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público en Andalucía (Datos de 2018)

Servicios	n	Plazas/Camas
Unidades de Gestión Clínica	26	
Unidades Comunitarias	78	
Unidades Hospitalarias	20	535
Unidades de SM Infanto-Juven.	14	34 (263*)
Centros de Día	17	350
Unidades de Rehabilitación	9	270
Comunidades Terapéuticas	15	255 (375*)
ETIC		18

* Plazas de día

Tabla 5
Profesionales en Servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público en Andalucía. Totales y Tasa por 100.000 habitantes (Datos de 2018)

	Total	Tasa/100.000
Psiquiatría	524	6.16
Psicología Clínica	269	3.16
Enfermería	633	7.45
Enfermería Auxiliar	738	8.68
Trabajo Social	117	1.38
Terapia Ocupacional	28	0.68
Monitores	87	1.02
Total	2736	32.19

La comparación con los datos que vimos al inicio del proceso, muestra el crecimiento, diversificación y cambio de estructura, en lo relativo al sistema sanitario.

Pero, además de los recursos específicamente sanitarios, el nuevo modelo de servicios incluye un conjunto de recursos que denominamos “de apoyo social” porque tratan de apoyar la vida en la comunidad, favoreciendo la inclusión social y la ciudadanía de personas con trastornos mentales graves, complementando la atención sanitaria (FAISEM, 2012; López-Álvarez y Laviana-Cuetos, 2007).

Como ya vimos, este tipo de recursos, inexistentes al inicio del proceso, dependen en Andalucía de una fundación, de carácter público e intersectorial, la ya mencionada Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Problemas de Salud Mental (FAISEM). La tabla 6 muestra los datos de recursos de que dispone, según su última memoria publicada, de 2022.

Creada a finales de 1993, la Fundación viene dependiendo de las Consejerías de Salud, Servicios Sociales y Empleo (en la actualidad Salud y consumo, Inclusión social, familias e igualdad y Empleo, empresa y trabajo autónomo). Y tienen una

estructura descentralizada a nivel provincial, así como una estrecha coordinación con los servicios de salud mental, dado que FAISEM no dispone de personal sanitario, como muestra a su vez la tabla 7.

Aunque es fácil comparar datos de antes y de ahora, la tabla 8 ofrece algunas de las comparaciones que resultan especialmente significativas, si queremos valorar el cambio experimentado en la disponibilidad de recursos para atender las necesidades de la población (López-Álvarez, 2021).

Como puede verse en la tabla, los recursos hospitalarios han perdido peso en el conjunto, al caer de manera importante las camas en unidades de larga estancia y aumentar ligeramente las de corta estancia, en ambos casos de carácter activo y situadas en el conjunto del sistema sanitario general, las segundas siempre en hospitales generales y las primeras (comunidades terapéuticas de no más de 20 camas y con disponibilidad de plazas diurnas adicionales) habitualmente en entornos comunitarios (Laviana-Cuetos, 2016).

Además, se han desarrollado plazas de día de carácter sanitario y plazas residenciales, de empleo y de soporte no sanitario en la comunidad, ninguna de las cuales existía en el sistema anterior.

Tabla 6

Recursos de Apoyo Social Dependientes de FAISEM (2021) (FAISEM, 2022)

Programas	Recursos	n	Plazas	T/100.000
Programa residencial	Casas Hogar	57	955	11,20
	Viviendas supervisadas	176	651	7,60
	Apoyo domiciliario		170	2,00
Programa de empleo	Servicios de Orientación y Apoyo	8	3.593 (968)	44,72
	Empresas Sociales (UNEI)	2	480	5,29
Programa de soporte diurno	Centros de día	27	1.160	13,70
	Centros sociales	50	1.600	18,90
Programas específicos (riesgo de exclusión)	Atención a personas sin hogar		110	1,30
	Atención en Instituc. penitenciarias		74	0,87
Colaboración con entidades de apoyos	Fundaciones Provinciales de apoyos	8	2.641	31,17

Tabla 7

Personal de FAISEM (2021) (FAISEM, 2022)

Categorías de personal	n
Dirección	4
Mando intermedio	91
Técnico	50
Monitor de programas	922
Administrativo /Auxiliar	90
Total	1.167

Tabla 8

Algunos Cambios Significativos en la Estructura y Dotación de Recursos de los Servicios de Salud Mental en Andalucía entre 1985 y 2021

	1985	2021
Camas en unidades hospitalarias de corta estancia	401 (5,3/100.000)	569 (6,7/100.000)
Camas en unidades de larga estancia		
Hospitalaria	2.672 (35,6/100.000)	255 (3,0/100.000)
Residencial	(1.100)* (14,7/100.000)	1.606 (18,9/100.000)
Servicios de atención ambulatoria		
Nº de dispositivos	81	92
Profesionales (jornada completa)		
Psiquiatría	49	331
Psicología Clínica	12	177
Enfermería diplomada	7	195
Enfermería auxiliar	7	87
Servicios de atención de día (Número y plazas)	-	26 / 620 (+ 648)
Recursos de apoyo social (residencial, laboral, resocializador...)	-	1.776/4.073/2.760

* La cifra de 1.100 corresponde al número de camas ocupado por personas con trastornos mentales graves menores de 65 años.

Pero quizás el cambio más significativo, dentro del entorno sanitario, corresponde a lo que podemos considerar como recursos de carácter ambulatorio, aunque sería más acertado hablar, en el caso de los nuevos servicios, de carácter comunitario. El cambio, que condiciona las posibilidades de atención, implica pasar de disponer por cada 100.000 habitantes de un o una profesional única (neuropsiquiatría de zona) con dos horas de dedicación diaria, a contar con un equipo pluriprofesional (psiquiatría, psicología

clínica, enfermería, trabajo social, etc.) con más de diez personas a tiempo completo.

¿Un Nuevo Modelo de Trabajo en Salud Mental?

La comparación presentada en la [tabla 8](#) permite apreciar, efectivamente, que los nuevos servicios están en bastante mejores condiciones de atender las necesidades de la población, tanto en relación con los trastornos mentales comunes (mediante la cooperación entre atención primaria y las unidades comunitarias) como en los trastornos mentales graves (en cooperación, en este caso, entre los servicios sanitarios de salud mental y los recursos de apoyo social de FAISEM).

Lo que enlaza con la cuarta línea de trabajo señalada al inicio del proceso, la de impulsar un nuevo modelo de atención, basado en los principios de la atención comunitaria en salud mental (López-Álvarez y Laviana-Cuetos, 2007; López-Álvarez y Laviana-Cuetos, 2017). Éste constituía el objetivo final del proceso, ya que la atención a las necesidades de las personas depende básicamente de las intervenciones del personal, más allá de la estructura de los servicios desde las que actúan.

Desgraciadamente este es, en mi opinión y desgraciadamente, el aspecto menos desarrollado del proceso, aunque tampoco ahora es fácil encontrar datos objetivos al respecto.

Es verdad que es más difícil abordar este tema desde una instancia organizativa, como sucedió con el peso mayoritario de la reforma, ya que su desarrollo depende además de los mecanismos de formación, de experimentación y de liderazgo profesional (López-Álvarez, 2021).

Y aquí los esfuerzos realizados en la formación continuada y especializada, en la protocolización de actuaciones (con los ya mencionados procesos asistenciales integrados) o el énfasis en la calidad de los planes integrales, solo han permitido avanzar a medias en este importante terreno, dejando demasiado espacio al reduccionismo biomédico tradicional (López-Álvarez, 2021). Además de que las importantes experiencias de trabajo comunitario desarrolladas en algunas unidades de gestión clínica, han tenido escasa difusión por la reticencia a difundirlas de muchos y muchas de sus protagonistas (Carmona y Del-Río, 2009; Carmona et al., 2009; Iáñez-Domínguez et al., 2019; Laviana-Cuetos, 2016).

La Valoración del Proceso

Como conclusión de esta presentación del proceso de reforma, es necesario hacer alguna valoración general de sus resultados. Y para ello hay dos tipos generales de criterios de comparación.

El primero, que en gran medida hemos podido ir viendo hasta ahora, es el de la situación de partida, es decir que se trataría de comparar lo que hay con lo que había antes. Y ésta es, como hemos podido ver, una comparación claramente positiva. Resumiendo un poco más, la reforma:

- a) Ha conseguido acabar con un sistema inadecuado y sus dos lamentables figuras históricas: los manicomios y las consultas ambulatorias de neuropsiquiatría.
- b) Ha establecido un nuevo sistema de atención, con una estructura útil para su desarrollo posterior, tanto en la vertiente sanitaria, integrada en el sistema sanitario general, como en la intersectorial en FAISEM.
- c) Ha incrementado de manera significativa el número, la composición y la capacidad de atención de los recursos disponibles
- d) Ha desarrollado, aunque en menor medida, procedimientos y modelos de atención más adecuados tanto en lo relativo a los trastornos mentales graves como a los trastornos mentales comunes.
- e) Ha contribuido a generar una dinámica que amplía el número de agentes con movimientos asociativos de Familiares (Federación Salud Mental Andalucía, antes FEAFES) y usuarios y usuarias (En Primera Persona).
- f) Parece haber mejorado relativamente la tolerancia de la población (López et al., 2012).

Pero hay otra referencia para comparar, relacionando, en este caso, lo que hay con lo que debería haber, aunque tampoco esto último es fácil de operativizar, ni recurriendo a la situación en otros territorios (nacionales o internacionales) que pudieran servir de referencia (por las diferencias de contexto social y de servicios). Ni a lo que podríamos considerar óptimo dependiendo de los conocimientos científicos y tecnológicos sobre el tema (López-Álvarez, 2021).

Pero, en cualquier caso y a pesar de estas dudas, no es difícil hacer un balance más ajustado, complementando el anterior con la identificación de algunas áreas importante y no resueltas. Básicamente estas incluyen, en mi opinión (López-Álvarez, 2021) al menos a los siguientes aspectos:

- a) En lo *organizativo*, hay problemas importantes que afectan tanto a lo que se suele denominar gobernanza del sistema, como a la coordinación de sus distintas unidades operativas. En lo primero, por un lado, en lo que respecta a la coordinación del conjunto de la red sanitaria, cuya dirección está en manos de las direcciones médicas de los hospitales generales de que dependen las distintas unidades de gestión clínica de salud mental, sin un contrapeso específico razonable desde la dirección del Plan Andaluz de Salud Mental, de escasa capacidad de actuación. Pero también en lo relativo a las distintas unidades que la componen, con mecanismos de selección poco rigurosos. Y también en la coordinación interna (entre las distintas unidades de cada unidad de gestión clínica) y externa (con atención primaria y con FAISEM), necesitadas en ambos casos de modelos de cooperación y no meramente de derivación entre ellas (Carmona et al., 2006; López-Álvarez y Laviana-Cuetos, 2016).

- b) En la *capacidad de atención de los y las profesionales*, que sigue necesitando generalizar modelos biopsicosociales y no reduccionistas, tanto el caso de los trastornos mentales comunes como en el de los trastornos mentales graves, aumentando en ambos casos las intervenciones psicológicas y psicosociales, de rehabilitación y de apoyo social, profesional y no profesional.
- c) En la *cobertura de algunos sectores especialmente precarios*, como son las personas en riesgo de exclusión social, en la calle y en instituciones penitenciarias. En este caso, tanto mejorando la atención a las prisiones como planteando una alternativa al hospital psiquiátrico penitenciario (López et al., 2012; López et al., 2021)
- d) En la *dotación de profesionales*, en que es patente la necesidad de un incremento general y especialmente de los de la psicología clínica, la enfermería especializada en salud mental y la terapia ocupacional.
- e) En la *formación del personal*, tanto en la formación continuada y especializada propia de los servicios, como en la conexión con las instituciones universitarias, otra asignatura pendiente del proceso, con responsabilidades en ambas partes.
- f) Y en la *investigación* propiamente dicha, así como en la difusión de resultados de las experiencias innovadoras, existentes, pero insuficientemente conocidas.

Como conclusión general cabe decir, por tanto, que el proceso de reforma ha mejorado notablemente la situación de partida, pero está aún lejos de garantizar una cobertura razonable de las necesidades de la población andaluza. Y que, desgraciadamente, no parece que las modificaciones necesarias se estén emprendiendo, ni actualmente, ni en la perspectiva de los actuales responsables de nuestra sanidad.

Conflicto de Intereses

El autor, actualmente jubilado, ha sido Director de Ordenación Asistencial del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) entre 1985 y 1990, Director del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud entre 1991 y 1999 y Director de programas, evaluación e intervención en la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) entre 1999.

Referencias

- Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 43. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>
- Barrios-Flores, L.F. (2020). Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SEESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.011>
- Berkowitz, R. (1976). *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid, Taurus.
- Carmona, J., & Del-Río, F. (Coords.) (2009). *Gestión clínica en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Carmona, J., Gay, E., Del-Río, F., & Tesoro, A. (2006). Análisis histórico crítico de la reforma psiquiátrica andaluza. En F. Pérez (Coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (pp. 145-198). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Carmona, J., Gutiérrez, A., Maqueda, T., De-Osma, F., & Tejero, M. (2009). Hacia un modelo de cooperación. En A. Retolaza (Coord.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación* (pp. 109-145). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Consejería de Salud (2000). *Plan de Calidad del Sistema sanitario Público de Andalucía. 2000-2004*. Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud (2003). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007*. Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud (2003/2011). Proceso Asistencial Integrado. Ansiedad, depresión, somatizaciones (2ª Ed.). Consejería de Salud. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d163e3_ansiedad_depresion_somatizacion.pdf
- Consejería de Salud (2004/2018). Proceso Asistencial Integrado. Trastornos de la conducta alimentaria (2ª Ed.). Consejería de Salud. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957159122_trastornos_alimentarios_2018_new.pdf
- Consejería de Salud (2006). *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Junta de Andalucía.
- Duro-Martínez, J.C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud Español? *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 81-93. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>
- Espino, A. (Coord.) (2006). *La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Espino, A., & Olabarria, B. (Coords.) (2003). *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Espinosa, J. (1997). El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(64), 607-625.
- FAISEM (2012). *Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía*. FAISEM.
- FAISEM (2022). *Memoria de actividades 2021*. FAISEM.
- Fernández-García, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*, 27, 31-40. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>
- González-de-Chávez, M. (Coord.) (1980). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Iáñez-Domínguez, A., Álvarez-Pérez, R., García-Cubillana-de-la-Cruz, P., Luque-Ribelles, V., Morales-Marente, E., & Palacios-Gálvez, M.S. (2019). La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el sistema sanitario público andaluz. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 398-400. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.014>
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1987). *La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo de 1985*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Instituto Andaluz de Salud Mental - IASAM (1989). *La reforma psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Laviana-Cuetos, M. (1998). Los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público. *Papeles del Psicólogo*, 69, 48-52. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=773>
- Laviana-Cuetos, M. (2016). Una comunidad terapéutica de salud mental como espacio para la recuperación. El papel de una unidad de media y larga estancia en una red comunitaria pública. *XXI Curso Anual de Esquizofrenia*. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- López-Álvarez, M. (2000). Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hypatia*, 7: 4-10.
- López-Álvarez, M. (2012). Políticas de salud mental en la Organización Mundial de la Salud. En A. Anseán (Ed.), *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental* (37-51). Edicomplet.
- López-Álvarez, M. (2021). *Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental*. Herder.
- López-Álvarez, M., & Laviana-Cuetos, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99, 187-223. <http://revistaen.es/index.php/aen/article/view/15993>
- López-Álvarez, M., & Laviana-Cuetos, M. (2016). La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastornos mentales graves. *Enfermería Clínica*, 26(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.006>
- López-Álvarez, M., & Laviana-Cuetos, M. (2017). Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 257-276.
- López-Álvarez, M., & Laviana-Cuetos, M. (2023). *La protección de personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*. Fundación Hispalense de Apoyos (en prensa)
- López-Álvarez, M., Laviana-Cuetos, M., & García-Cubillana, P. (2006). Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En F. Pérez (Coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (pp. 239-276). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- López, M., Laviana, M., Saavedra, F.J., & López, A. (2021). Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 87-111. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000200005>
- López, M., Saavedra, F.J., Laviana, M., & López, A. (2012). Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 151-168.
- Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond: An “open door-no restraint” system of care for recovery and citizenship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 440-445. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000142>
- Ministerio de Sanidad (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Catálogo Nacional de Hospitales. 2022*. Ministerio de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, OMS.
- Pérez, F. (Coord.) (2006). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sabando-Suárez, P., Torres-González, F., & Lamata-Cotanda, F. (Coords.) (2020). *El Sistema Nacional de Salud. Pasado, presente y desafíos de futuro*. Díaz de Santos.
- Vergara, A., Brieva, J.A., & Martín-Recio, S. (2021). Crónica de una muerte anunciada. El deterioro de la sanidad pública andaluza. *elDiario.es*, 3 de febrero de 2021. https://www.eldiario.es/andalucia/en-abierto/cronica-muerte-anunciada-deterioro-sanidad-publica-andaluza_132_7191847.html