BOLETIN OFICIAL

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

V Legislatura | Pamplona, 14 de junio de 2003 | NUM. 57-1

S U M A R I O

SERIE G:

Informes, Convocatorias e Información Parlamentaria:

—Informe especial sobre “La Atención a la Salud Mental en Navarra”, elaborado por la Oficina de la Defensora del Pueblo de Navarra (Pág. 2).

(El Informe se publica en dos volúmenes del Boletín Oficial, números 57-1 y 57-2)

Serie G:
INFORMES, CONVOCATORIAS E INFORMACIÓN PARLAMENTARIA

Informe especial sobre "La Atención a la Salud Mental en Navarra", elaborado por la Oficina de la Defensora del Pueblo de Navarra

En sesión celebrada el día 10 de marzo de 2003, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

1.º Darse por enterada del informe especial sobre "La Atención a la Salud Mental en Navarra", elaborado por la Oficina de la Defensora del Pueblo de Navarra.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 12 de marzo de 2003

El Presidente: José Luis Castejón Garrués

Informe especial sobre "La Atención a la Salud Mental en Navarra", elaborado por la Oficina de la Defensora del Pueblo de Navarra

ÍNDICE NÚM. 57-1

1. INTRODUCCIÓN

2. ENFERMEDAD MENTAL: DEFINICIÓN

2.1.Un espacio de crisis

2.2. Enfermedad mental y población

2.3. Evolución histórica

2.3.1. Incidencia de la cronicidad en el tratamiento de la enfermedad mental

2.3.2. La reforma en Navarra

2.3.3. Riesgo de retroceso

3. EL ENFERMO Y SU ENTORNO

3.1. Perfil del enfermo mental en la Comunidad Foral de Navarra

3.1.1. Introducción

3.1.2. Trastornos mentales graves

3.1.3. Personas con problemas de deterioro cognitivo progresivo tipo demencial

3.1.4. Consumidores de drogas afectados por enfermedades graves (V.I.H.) seropositivos

3.1.5. Discapacitados psíquicos –retraso mental– con problemas comportamentales

3.1.6. Características demográficas

3.1.7. Características familiares

3.1.8. Características laborales y económicas

3.1.9. Características sociales

3.1.10. Características psiquiátricas

3.1.11. Enfermedad y marginación

3.1.12. Uso de la red pública de salud

Cuadro A. Actividad asistencial de la Red de Salud Mental de Navarra 1987 / 2000

Cuadro B. Distribución de los pacientes por tramo de edad

Cuadro C. Distribución de los pacientes por programas

Cuadro D. Pacientes de trastornos mentales menos graves

Cuadro E. Evolución de pacientes del programa infanto-juvenil, según diagnóstico

Cuadro F. Evolución de pacientes del programa de drogodependencias

3.1.13 Otros aspectos vinculados al perfil del enfermo/a de trastornos psiquiátricos

3.1.14. Conclusión sobre el perfil del enfermo de trastornos psiquiátricos

3.2. La atención a la cronicidad

3.2.1. Crónicos

3.2.2. El cruce con la realidad

Cuadro: Niveles de actuación para la integración de los enfermos mentales crónicos. Recursos y objetivos de los diferentes dispositivos

3.3. La atención en el ámbito familiar

3.3.1. Quién cuida al enfermo

3.3.2. Perfil del cuidador/a

3.3.3. Servicios públicos y asociaciones de autoayuda

3.4. Organización del nuevo sistema. Enfermedad y recursos

3.4.1. El espacio sociosanitario

3.4.2. El Plan Sociosanitario de Navarra

3.4.3. La actuación en el ámbito sociosanitario

3.4.4. Discrepancias y coincidencias competenciales

3.4.5. Planteamientos de reforma en la atención psiquiátrica a los enfermos mentales: Bases para el Plan de Salud Mental 2000

3.4.5.1. Los servicios sanitarios de la Red de Salud Mental

Cuadro A. Evolución de usuarios y consultas en los Centros de Salud

Gráfico A. Clasificación de los usuarios de Salud Mental desde 1988 por grupo de diagnóstico

3.4.5.2 La reforma de Salud

4. ASPECTOS JURÍDICOS DEL DERECHO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL CRÓNICO

4.1. Introducción: El marco legal sobre salud mental

4.1.1. Marco legal estatal y foral

4.1.2. Marco legal internacional

4.2. Situación civil

4.2.1. Incapacitación

4.2.2. Capacidad jurídica y de obrar

4.2.3. Causas de incapacitación

4.2.4. Legitimación activa y pasiva

4.2.5. Procedimiento

4.2.6. Sentencia

4.2.7. Mecanismos de protección

4.2.8. Modificación de incapacidad

4.2.9. Consentimiento informado

4.2.10. Internamiento psiquiátrico

4.3. Situación penal

4.3.1. Imputabilidad e inimputabilidad

4.3.2. Circunstancias modificativas de la responsabilidad

4.3.3. Trastorno mental transitorio

4.4. Situación laboral

4.4.1. Marco legal

4.4.2. Discapacidades: concepto

4.4.3 Grado de incapacidad y valoración de las minusvalías

4.4.4. Pensiones contributivas y no contributivas

4.4.5. Ley de Integración Social de Minusválidos

5. NECESIDADES SOBRE RECURSOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS

5.1. Necesidades respecto de la atención comunitaria

5.2. Necesidades planteadas por las cuidadoras en enmiendas al Plan Foral de Atención Sociosanitaria

5.2.1. Área residencial

5.2.2. Área laboral-ocupacional

5.2.3. Área de ocio y tiempo libre

5.3. Necesidades respecto de la actuación sanitaria

5.3.1. Necesidades respecto de la actuación sanitaria

5.3.2. Actuaciones sanitarias

5.4. Los recursos según el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud

5.4.1. Recursos y actividad económica de los servicios sociales respecto de enfermos mentales

5.4.2. Movimiento asociativo en el ámbito de la salud mental

5.4.3. Evolución de recursos 2000/2002

5.4.4. Beneficiarios

5.4.5. Subvenciones concedidas en 2002

Cuadro 1: Recursos año 2000

Cuadro 2: Recursos año 2001

Cuadro 3: Recursos año 2002

5.5 Los recursos, según el Departamento de Salud

5.5.1. Consideraciones previas

5.5.2. Recursos destinados a salud mental dentro de los últimos cinco años

5.5.3. Salud mental Infanto-Juvenil

Cuadro 1: Evolución de actividad por tipo de centros

Cuadro 2: Recursos humanos hospital psiquiátrico

Gráfico 1: Gastos de personal. Datos globales período 85-88

Gráfico 2: Gastos de funcionamiento. Datos globales período 85-88

Gráfico 3: Transferencias corrientes. Datos globales período 85-88

Gráfico 4: Activos financieros. Datos globales período 85-88

Gráfico 5: Inversiones. Datos globales período 85-88

Gráfico 6: Total presupuestos período 85-88

Gráfico 7: Evolución de gastos en salud mental

Gráfico 8: Evolución del número de pacientes nuevos atendidos en los Centros Salud Mental, por programas

Gráfico 9: Evolución del número total de pacientes atendidos en los Centros Salud Mental, por programas

Gráfico 10: Presupuestos iniciales período 85-88

Gráfico 11: Presupuestos ejecutados período 85-88

5.6. Recursos que atiende actualmente Elkarkide, S.L.

5.7. Los recursos destinados a la atención de los enfermos mentales

5.7.1. Introducción

5.7.2. Recursos: Realidad y necesidades

5.7.2.1. Naturaleza de los servicios

5.7.2.2. Aproximación cuantitativa y priorización

5.7.3. Área residencial. Necesidades y recursos

5.7.4. Área tutelar

5.7.5. Área de apoyo a domicilio

5.7.5.1. Servicios

5.7.5.2. Aproximación cuantitativa: Recursos

5.7.6. Área ocupacional

5.7.7. Área vocacional/laboral

5.7.7.1. Servicios

5.7.7.2. Aproximación cuantitativa: Recursos

5.7.8. Área de ocio y tiempo libre

5.7.9. Área de apoyo económico

5.7.10. Área de apoyo a la familia / cuidadores informales

5.7.11. Plan de Intervención Urgente en Área residencial (Departamento de Salud, febrero 2000)

5.7.12. Reordenación Área ocupacional / Laboral / Ocio / Atención a domicilio / Apoyo mutuo / Información / Sensibilización

5.7.13. Bases de un Plan plurianual de desarrollo de recursos sanitarios de apoyo a los enfermos mentales

5.7.14. Desarrollo de estrategias para la incorporación de enfermos mentales

5.7.15. Reordenación de la oferta sanitaria de la Red de Salud Mental

5.8. Crónicos agudos

Cuadro comparativo de recursos existentes y necesarios.

• Área residencial

• Área laboral ocupacional

• Lista de espera (año 2000) para los recursos existentes

• Programa de atención a domicilio

• Recursos de la empresas Elkarkide, S.L.

ÍNDICE NÚM. 57-2

6. ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS EN NAVARRA: LA VISIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS

6.1. Planteamiento del estudio y metodología

6.1.1. Planteamiento del estudio

6.1.1.1. Objetivos del estudio

6.1.1.2. El problema a estudiar: Análisis de los puntos críticos del sistema de salud mental de Navarra

6.1.2. Metodología

6.1.2.1. Perfil del cuidador que ha participado en las mesas del enfermo que cuida

6.1.2.2. El perfil del cuidador/cuidadora

6.1.2.3. El perfil de los enfermos

6.2. Sistema sanitario

6.2.1. La complejidad del mundo de los enfermos mentales

6.2.2. Grado de satisfacción con la atención sanitaria

6.2.2.1.Saturación del cupo de psiquiatras y psicoterapeutas

6.2.2.2. La información a la familia y al enfermo

6.2.2.3. Los primeros síntomas y su tratamiento

6.2.2.4. El período de análisis, diagnóstico y estabilización del enfermo

6.2.3. El período de enfermo crónico

6.2.4. Los internamientos de las personas con enfermedad mental momentos de crisis

6.2.5. El proceso de internamiento forzoso

6.2.6. Necesidad de coordinar los diferentes recursos y servicios en los internamientos

6.2.7. Asistencia complementaria: espectro de las necesidades del enfermo mental

6.2.8. El seguimiento del enfermo después de la hospitalización

6.3. Asistencia sociosanitaria

6.3.1. Introducción

6.3.2. La experiencia cotidiana de discriminación social

6.3.3. Unidad de Agudos

6.3.4. Residencias para enfermos severos

6.3.5. Pisos semitutelados desde la familia o desde el sistema sociosanitario

6.3.6. Ventajas de los pisos tutelados y semitutelados

6.3.7. Carencia de pisos disponibles para estos pacientes

6.4. Enfermo/a mental y familia

6.4.1. Introducción

6.4.2. El enfermo y la familia

6.4.3. La perspectiva de la familia: el enfermo/a como carga pesada

6.4.4. La imposibilidad de disponer de tiempo para organizar la propia vida

6.4.5. El deterioro psíquico de la cuidadora

6.4.6. El deterioro de las relaciones en la familia

6.4.7. La angustia por el futuro del familiar enfermo

6.4.8. La soledad de la familia

6.4.9. El problema económico

6.5. Integración social de los enfermos mentales: Trabajo, ocio y tiempo libre

6.5.1. Introducción

6.5.2. El trabajo

6.5.2.1. Las ventajas del trabajo para el enfermo/a mental

6.5.2.2. Las oportunidades de trabajo que la sociedad ofrece enfermo/a mental

6.5.3. El ocio y tiempo libre

6.5.3.1. El estado anímico de los enfermos/as mentales

6.5.3.2. Experiencia de rechazo social

6.5.3.3. Las expectativas de la familia, de las actividades de ocio y tiempo libre

6.5.3.4. El papel de las asociaciones

6.6. Información y formación

6.6.1. Introducción

6.6.2. La información

6.6.2.1. Necesidades de la información

6.6.2.2. Contenido de la información

6.6.3. La formación

6.6.3.1. Necesidad de la formación

6.6.3.2. El contenido de la formación del cuidador/a

6.6.3.3. Los agentes de la formación

6.7. La Administración

6.7.1. Introducción.

6.7.2. La Administración se desentiende del problema de los enfermos mentales

6.7.3. La descoordinación entre servicios

6.7.4. Creación de puestos de trabajo dentro de la Administración adaptados las posibilidades de estas personas

6.7.5. El problema de las pensiones de invalidez

6.7.6. La Administración y la asistencia a las familias

6.7.7. La Administración y el cambio de mentalidad de la sociedad

6.7.8. La descentralización de servicios y la aproximación de los mismos las comarcas

6.8. Conclusiones

7. SALUD MENTAL: INICIATIVAS EN EL PARLAMENTO DE NAVARRA

• Leyes forales

• Decretos forales

• Órdenes forales

• Acuerdos

• Resoluciones

• Interpelaciones

• Preguntas orales ante el Pleno

• Preguntas ante Comisión

• Preguntas por escrito

• Comparecencias del Gobierno ante las Comisiones

• Sesiones de trabajo de Comisiones

• Proposición de Ley foral

• Mociones

• Iniciativas parlamentarias rechazadas, retiradas o decaídas. Solicitudes de información. Cumplimientos de resoluciones y mociones

8. EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

• La enfermedad mental como generadora de exclusión

9. CONCLUSIONES

9.1. El modelo

9.2. La reforma del sistema. La organización a partir de la reforma

9.3. Coordinación administrativa

9.4. Competencias administrativas

9.5. Planificación

9.6. El enfermo mental

9.7. Enfermos crónicos agudos

9.8. La atención sanitaria a los enfermos mentales

9.9. Recursos

9.9.1. Generales

9.9.2. Equipos sanitarios

9.10. Enfermedad y marginación

9.11. Apoyo económico y ocupacional

9.12. La familia

9.13. Emergencia social y familiar

9.14. La formación de los/as cuidadores/as

9.15. Voluntariado y autoayuda

9.16. Nuevos y más servicios comunitarios

9.17. Control

9.18. El derecho a los servicios comunitarios en la atención de la enfermedad mental

9.19. Conclusión final

10. RECOMENDACIONES

11. REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

Un reciente informe sobre "Los costes invisibles de la enfermedad" y la carga familiar en la atención a los enfermos, cuantificaba en 88 de cada 100 las horas que la familia invierte en cuidados de salud, frente a las 12 que aporta el sistema sanitario español, contrastándolo con el hecho de que cada año en nuestro país 100.000 amas de casa deciden incorporarse al mercado laboral. Dicho informe considera que la estructura sanitaria tiene "pies de barro" por forjarse a partir de dos deficiencias: la escasez de los propios servicios públicos y una fuerte carencia de organizaciones de voluntariado. Estas dos razones han hecho que sea la familia la que asuma ese papel cuidador, cuando el propio concepto de familia está en clara evolución.

Las consideraciones económicas que supondrían modificar el actual sistema (con un incremento presupuestario del 70% sólo destinado a personal que pudiera atender los cuidados que ahora se prestan desde la familia) no deben hacer olvidar que, aunque una parte del mercado pueda asumir esas funciones, "es la peor solución para las personas mayores con menos recursos", sobre las que el citado informe tiene una visión negativa respecto del futuro: "el riesgo más caro no es morirnos, sino tener por delante 20 años de dependencia absoluta (…) porque el sistema de pensiones está basado en la idea de que con el dinero que a uno le van a dar podrá sobrevivir, una idea que es cierta si la persona está sana".

Probablemente, esta referencia constituya la mejor definición del marco en el que se desenvuelve la atención a los enfermos mentales en nuestra Comunidad Foral. Y cabría añadir que este informe, aplicable a nuestra Comunidad, hubiera sido igualmente válido hace diez años.

El primer Plan de Salud Mental de Navarra arrancaba en 1986 un proceso de reforma pionero, concreto en su definición y explícito en cuanto a objetivos y necesidades. Desde entonces, probablemente el colectivo social objeto de mayor número de estudios ha sido el de los enfermos mentales –características, necesidades, valoración de recursos…–. Desde diferentes ángulos, la "radiografía" de la realidad de la enfermedad mental en Navarra –como en otras Comunidades autónomas– ha sido testada de forma permanente con la perspectiva de las trabajadoras sociales de la red de Salud Mental, las asociaciones de familiares y enfermos, los estudios de expertos independientes o los trabajos de la propia Administración. Y es sintomático que sea, precisamente en el seno de la Administración foral –de forma especial, en el área de Salud–, donde mayor número de estudios, planes, anteproyectos, índices y organigramas se hayan efectuado durante estos años, la gran mayoría de ellos destinados a reconsiderar la organización de la atención a los enfermos mentales, la organización de los servicios comunitarios previstos en la reforma psiquiátrica y la organización de los recursos. Independientemente de la peculiar forma de entender la colaboración institucional que, con motivo de este Informe Especial, ha demostrado el Departamento de Salud –remisión de cajas con informes y una relación sucinta de citas a la página web del Departamento–, el conocimiento de diversos documentos remitidos ha permitido conocer en profundidad, no tanto los datos que se le habían solicitado el citado Departamento, como su continuada actividad en torno al mismo punto: cómo organizar las competencias y los recursos en materia de salud mental.

La visión general de la atención a los enfermos mentales en Navarra presenta una división crónica entre las necesidades de este numeroso colectivo de ciudadanos y la Administración foral, traducida en disparidad de criterios sobre necesidades de recursos, divergencias internas de la propia Administración sobre el eje competencial –quién y sobre qué aplicar la dirección de las actuaciones– y descoordinación en la atención a dichos pacientes, elaboración de diversos programas desde el área de Salud, desligados de los intereses y competencias e incluso reclamaciones de los ciudadanos frente a Bienestar Social, y un

Programa Foral de Atención Socio Sanitaria que nació con la urgencia de "poner orden en la casa", falto de credibilidad entre sus propios autores en cuanto a contenidos y futuro y, consiguientemente, falto de la dotación presupuestaria prevista hace ya casi dos años.

Ninguno de estos aspectos es nuevo entre los familiares, enfermos y/o profesionales que prestan su atención a la enfermedad mental. Pero creo que es preciso dejar constancia de ellos, porque constituyen el trasfondo real de los problemas existentes en la atención comunitaria a los enfermos mentales, el muro con el que se topan los ciudadanos en su deambular por el hilo de las competencias de uno u otro Departamento, la razón de la crisis familiar y social que se vive en el entorno del enfermo, el retroceso de la comprensión social sobre los trastornos psiquiátricos y la amenaza de retorno a un sistema asistencial que sería simplemente historia si no fuese porque aquel sistema inhumano de la institucionalización de los enfermos en hospitales psiquiátricos aparece de nuevo como referencia, como el horizonte que se vislumbra, por agotamiento, entre las personas encargadas de atender a dichos enfermos.

Podría incluso decirse que no era preciso elaborar un nuevo informe sobre la Salud Mental en Navarra: Los datos cuantitativos no han variado sustantivamente, si no fuese por el crecimiento permanente de enfermos atendidos en los Centros de Salud. Los aspectos cualitativos son los mismos, aunque agravados por el paso del tiempo. El esquema de atención previsto por la reforma sanitaria de 1986 permanece invariable, si no fuese porque las carencias en su aplicación merecen una valoración negativa de la sociedad afectada. El marco competencial no ha sufrido modificación alguna, aunque la base no clínica de la reforma –la provisión de recursos comunitarios– no ha merecido aún el compromiso político suficiente de la Administración foral. El papel ajustado de la familia diseñado por la reforma psiquiátrica permanece, salvo que la evolución social ha modificado su capacidad de carga y las demás carencias han convertido a estas familias en protagonistas no previstos, se podría decir que casi exclusivos en la atención al enfermo. La evolución de la enfermedad en sus aspectos sociales sigue la senda prevista hace dieciséis años –mayor complejidad, nueva población de enfermos crónicos, nuevas patologías, nuevos condicionantes socioeconómicos…– aunque, frente a esa evolución, no exista una planificación razonable.

Por todo ello, este informe especial de la Institución del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, pretendía de forma especial agrupar cuanta información de interés existe en torno a la atención extrahospitalaria de los enfermos mentales; ofrecer una visión de conjunto desde el interés por la defensa de los derechos de uno de los colectivos sociales más desprotegidos, en el afán de impulsar una nueva conciencia social, alentar el trabajo de los cuidadores y cuidadoras de estos pacientes y alertar a la Administración Pública de nuestra Comunidad de que la existencia y conocimientos de esa disparidad de informes no ha llevado hasta ahora a la adopción de medidas tendentes a paliar esa situación.

Las quejas llegadas hasta esta Institución nos hablaban ya de disparidad competencial, descoordinación entre Departamentos del Gobierno y carencia de recursos básicos en la atención a los enfermos mentales. Por ello, como segundo objetivo, este informe especial pretendía aportar alguna luz sobre las necesidades de actuar en determinados espacios de esa relación siempre viva y no siempre fácil entre las Administraciones y los ciudadanos necesitados de defender sus derechos.

Esa multiplicidad de estudios y/o informes, o el estudio en profundidad de las quejas llegadas, junto a la respuesta de la Administración foral, constituyen un material valioso y útil para plasmar con exactitud la gravedad real del problema. Y, por destacar algunas de las conclusiones finales del informe, creo preciso que se tome conciencia de la situación a que se ha llegado en la atención a los enfermos mentales, sin olvidar los esfuerzos puntuales realizados; porque existe un riesgo real de "no retroceso" en las condiciones de los enfermos y la eficacia de los tratamientos, como consecuencia de estos dieciséis años pasados de falta de iniciativa política, pese a los intensos y probablemente interesantes debates competenciales, poco productivos para los pacientes y familiares, por la falta de resultados palpables. Como considero igualmente necesario reflexionar sobre la puesta en riesgo del modelo asistencial iniciado en 1986 y, sobre todo, la quiebra del ámbito familiar y la ruptura entre la sociedad cercana a estos enfermos y la Administración responsable de cubrir sus necesidades, dando visos de verdad a la afirmación de que "respecto a la salud física, en salud mental llevamos cien años de retraso clínica y socialmente hablando".

Para enmarcar la gravedad de dicha situación, baste señalar que las enfermedades neuropsiquiátricas son las terceras en importancia, por delante de las enfermedades infecciosas, cardiovasculares y el cáncer; que son causa frecuente

de muerte prematura y discapacidad; que el 25/35% de la población sufre trastornos psíquicos en algún momento de su vida y que sólo el 22% de los pacientes reconocen su enfermedad. Son algunos datos previos, básicos, que alertan sobre aspectos del contenido de este Informe Especial, mera traslación de la realidad sobre la atención a estos enfermos y la responsabilidad de la Administración foral en el respeto y defensa de sus derechos más fundamentales.

El 25% - 35% de los miembros de la comunidad sufren trastornos psíquicos

Ingreso psiquiátrico	0,5%
Derivación a salud mental	4%
Detección por el médico	10%
El paciente reconoce su enfermedad	22%

Es necesaria una revisión del sistema de organización de la atención a los enfermos mentales, responsabilidad centralizada en los Centros de Salud Mental, saturados por la demanda, con dificultad para priorizar la atención, limitaciones para establecer programas concretos a determinados colectivos y una tendencia a atender preferentemente los casos menos conflictivos por la carencia de protocolos de actuación, en algunas ocasiones por la propia inercia de los especialistas.

El acceso a los recursos sociosanitarios es un derecho y, como tal, debe vigilarse el acceso igualitario de todos los enfermos de la Comunidad, no preferentemente en la capital, Pamplona, donde se concentra la mayor parte de tales servicios.

Al tradicional desencuentro entre lo social y lo sanitario se une la persistencia de la falta de recursos de carácter social, base del nuevo sistema nacido de la reforma psiquiátrica. La promoción de algunos recursos de esta índole recientemente no oculta la insuficiencia real que existe, la inadecuación de los mismos y la tendencia a que sean entidades privadas quienes desarrollen estas iniciativas, abriendo así y de manera lamentable el círculo que debería coordinar y acercar los servicios sanitarios –universales– y los sociales –graciables–.

El derecho de los ciudadanos, como base de la reforma y que la inspiró, exige una respuesta política decidida, valiente de la Administración foral, para desarrollar una red asistencial completa, integrada funcionalmente, que atienda los dos tipos de necesidades de esta población, favorezca la intervención de todos los entes y agentes implicados en esta atención, se garantice la responsabilidad pública, atienda todos los niveles del proceso, tanto de la enfermedad como las consecuencias que de ella se derivan, garantice la continuidad de los cuidados, personalice la atención y adapte el recurso a las necesidades y, definitivamente, rompa el escenario contrario: son las necesidades las que se adecuan forzosamente a los recursos existentes, lejos de la necesidad real, alejados del esquema organizativo, rentable y eficaz de todo sistema público.

Este Informe Especial al Parlamento de Navarra sobre “La atención a la salud mental en Navarra” ha requerido y contado en todo momento con la ayuda inestimable de cuantas entidades de iniciativa social trabajan con encomiable entusiasmo en la atención a los enfermos con trastornos psíquicos, bien en colaboración con la Administración foral o desde la simple iniciativa propia. Su escenario de actuación no por conocido es menos fácil, lo que les hace multiplicar sus esfuerzos, su sensibilidad y su análisis más profundo de la realidad cotidiana con la que conviven. Familiares, cuidadores/as, trabajadoras sociales, educadores, especialista todas y todos han colaborado en cuantas ocasiones se ha solicitado su información, capacidad de debate o criterio particular, bien desde la Institución de la Defensora del Pueblo o desde el equipo de investigación. Su presencia a lo largo del informe es constante, no como agradecimiento, sino como base misma del informe.

Para su elaboración se ha contado asimismo con el apoyo externo de la Universidad Pública de Navarra, que ha dirigido, a través del catedrático de Sociología, D. Luis Sarríes, lo que en su día se consideró como más conveniente en cuanto aportación de esta Institución a los múltiples documentos ya existentes, todos ellos igualmente enriquecedores si se desea profundizar en la atención a la salud mental en nuestra Comunidad. Así, el encargo a la UPNA fue la elaboración de un estudio cualitativo que, desde la objetividad de quienes elaboran dicho estudio, pero también desde la subjetividad libremente expresada de quienes participaban en las mesas de trabajo, nos permitiese tener una visión actualizada de las vivencias colectivas, de la carga añadida que soportan las familias y la valoración directa de los propios enfermos crónicos procedentes de la desinstitucionalización o nuevos.

El capítulo de conclusiones es, forzosamente, genérico. Metodológicamente, se ha preferido incluir las observaciones de la Institución junto a la multitud de datos e informaciones externas, de forma que dicho resumen de conclusiones aporta

la visión global sobre la problemática general de la atención a la salud mental en nuestra Comunidad, más allá de la casuística, por grave, dura socialmente hablando y a veces trágica como es para algunas familias.

Finalmente, el Informe Especial que se eleva al Parlamento recoge nueve recomendaciones centradas en lo que entiendo que constituye el centro neurálgico de la cuestión. Las carencias, además de cuantificables, porque también lo son las necesidades, tienen un origen superior al del puro dato o la situación emocional de la queja individual. El fracaso o acierto de la reforma ha de valorarse desde la secuencia de las decisiones políticas y económicas desde 1986, también desde los criterios aplicados cada año en los Presupuestos de la Comunidad Foral, que nacen, ante todo, de la determinada sensibilidad de los sucesivos Gobiernos, de diferente procedencia política, que desde aquel 1986 han tenido la responsabilidad de la salud mental de los ciudadanos. Pero, además, porque la información está sobradamente conocida, contrastada y asumida públicamente, y de este Informe Especial cabía esperar, especialmente, no un ejercicio de solidaridad, sino un aviso de responsabilidad a las administraciones, presentes y futuras, sobre la urgencia, sobre el ahora mismo, del drama familiar y el incierto escenario de la atención que se presta.

María Jesús Aranda Lasheras: Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra

2. ENFERMEDAD MENTAL: DEFINICIÓN

La evolución registrada por el propio concepto y las nuevas circunstancias que inciden en la razón de la enfermedad mental hace que, establecer a fecha de hoy una definición aproximada sobre ella sea, forzosamente, relativa. Desde los años 80, en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalase que por enfermedad mental había que entender "todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda ser identificado con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de adaptación social en un grado tal que determina una ausencia del trabajo o la aplicación de medicas judiciales y sociales", la evolución de la sociedad y de las circunstancias que provocan la aparición de la enfermedad relativiza esa misma definición, aunque ya sentara aspectos básicos que trascienden el tiempo como los de: patrón clínico, capacidad profesional, adaptación social, incidencia en la vida laboral del paciente… conceptos todos ellos que han ido dando durante los últimos años una nueva dimensión –y una nueva exigencia– a la atención a estos enfermos.

Técnicamente, la definición establecida en 1995 por la Asociación Psiquiátrica Americana del trastorno mental como "un síndrome o un patrón comportamental y psicológico de significación clínica, que aparece asociado (p. e.: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento) a un riesgo significativamente aumentado o de morir o de sufrir de dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. e.: la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. e.: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre los individuos y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción" avanzaba en las consecuencias de la enfermedad para el propio enfermo y hacía surgir conceptos éticos y sociales para una mejor compresión de la enfermedad y un menor riesgo de manipulación de su origen. El carácter personal de la enfermedad y su trascendencia social eran puestos de manifiesto por encima de aquel inicial y precavido criterio de la OMS que, fundamentalmente, tenía el valor básico de abrir un debate de trascendencia técnica, social y política que llevaría al comienzo de una amplia reforma conceptual y asistencial; un profundo debate aún abierto por estrictas razones políticas y competenciales.

El concepto de enfermedad mental ha evolucionado, como no podía ser menos, de la mano de la propia transformación social de cada país o región, pero, también, influenciado por el momento histórico y el estado médico de las personas afectadas.

Las características de la actual sociedad tienen una clara incidencia entre algunos sectores sociales –principalmente jóvenes–, que se ven impelidos hacia el desempleo o la inseguridad laboral del subempleo, con especial gravedad entre determinados colectivos, y la limitación de las expectativas de desarrollo personal y social anunciada y ensalzadas desde los medios de comunicación, convertidos en "nuevos valores" sociales de difícil consecución en ocasiones e imposible para algunos de estas personas. Cabría añadir en este mismo capítulo –por el origen de

esos supuestos valores y por las trascendencia social que se les concede– aspectos vinculados a la alimentación, el juego o la dependencia de sustancias legales e ilegales, sobre las que se dan a la vez la cínica dualidad de la provocación al consumo como nuevo estilo de vida y la represión o limitación de su uso.

Así, "la definición de la enfermedad mental no depende exclusivamente de la presencia de alguna anomalía, o de la existencia de un proceso biológico, sino de la predeterminación del propio grupo social, que decide quién de sus miembros está enfermo en función de unos factores previos"[1], lo que determina la existencia de un tercer factor –junto a la enfermedad misma y la capacidad asistencial– de radical importancia a la hora de abordar la situación de los enfermos mentales y su atención desde las administraciones públicas: el entorno social del enfermo, hasta el punto de que, incluso a la hora de establecer mecanismos de control de la eficacia del tratamiento de los enfermos, se habla de "impacto del programa en la comunidad"[2] (Actas de especialidad psiquiátrica, 2002).

2.1. UN ESPACIO DE CRISIS

Ajuriaguerra[3] señalaba "la enfermedad mental, misteriosa, considerada como castigo, maldición, posesión, más tarde como enfermedad vergonzosa por modificar la mente, característica humana diferenciada del animal y cuya regresión por descontrol le acerca a la animalidad" .

En este sentido, la percepción y atención de la sociedad a estos enfermos presenta dos características esenciales: de una parte, una actitud de pasividad conveniente frente al fenómeno de la enfermedad, sin la consideración de estigma histórico, pero inconveniente socialmente; y la voluntaria ignorancia sobre su situación, es decir, la ausencia de implicación, entendiendo que los poderes públicos son los responsables de su situación y mejora.

Sólo la reforma de la asistencia psiquiátrica en Navarra, como en otras comunidades pioneras de este proceso, rompió clichés claramente atentatorios a los derechos de la persona y dudosamente eficaces en los aspectos médicos y puso en marcha una revisión de doble valor sobre la enfermedad mental y, por ende, su definición y tratamiento: El propio esquema de la atención médica a la enfermedad y la incardinación del enfermo en su ámbito comunitario, como factores de más importancia. Los objetivos de esta reforma llevaban implícita una profunda revisión del concepto de enfermedad mental en su sentido más amplio –médico, asistencial, social, de autovaloración del enfermo–. Pese a los avances alcanzados en muchos de esos aspectos, otros han quedado en el camino y son la causa fundamental de esa falta de cierre del proceso en la atención de la enfermedad mental bajo un nuevo concepto de la misma. Las consecuencias derivadas de esa falta de conclusión en la aplicación del modelo han abierto nuevos espacios de crisis, especialmente de carácter familiar y social, que están impulsando a una nueva revisión, hacia criterios ya superados. Y sólo las consecuencias que para el entorno familiar han supuesto todo el proceso de reforma iniciado en los años 80 ha llevado a una mayor presencia pública –no expresamente un mayor interés social– de la enfermedad merced a algunas iniciativas políticas o, sobre todo, de las propias asociaciones de enfermos o familiares de enfermos, aglutinante único en estos momentos de todas las situaciones de reivindicación organización y asistencia a los enfermos, más allá de los aspectos médicos.

La no culminación de la reforma, el protagonismo del entorno familiar y la responsabilidad sustitutiva de las asociaciones frente a la responsabilidad incompleta de las administraciones enmarcan el espacio de atención a la enfermedad mental, ponen en duda su propia definición y la conveniencia de unos u otros medios para una enfermedad que, según la mayoría de los estudios, cerca del 30% de las personas del primer mundo han padecido a lo largo de su vida en alguna de sus acepciones.

2.2. ENFERMEDAD MENTAL Y POBLACIÓN

En términos generales se considera que un 2% de la población padece un trastorno mental severo y que entre un 10 y un 20% presenta algún trastorno psíquico[4], aunque estos porcentajes no son iguales para áreas rurales o urbanas, según se desprende de la mayoría de los estudios, orientados hacia la morbilidad; es decir, la

(1) Ararteko. Informe sobre "Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental". Mayo 2000.
(2) F. Torres González y otros.
(3) Ajuriaguerra.
(4) Mavreas y cols.,1986; Vázquez-barquero y cols., 1987; Seva y cols., 1991, citados en Ararteko, 2000.

proporción de personas que padecen una enfermedad en una población.

Los datos conocidos sobre tasa de enfermedades mentales respecto a las estimaciones de incidencia general de trastornos psíquicos es muy desigual, siendo muy superiores dichas estimaciones. Incluso se habla de que por cada paciente tratado existen otras 20 personas fuera de la atención asistencia. De hecho, se habla de "morbilidad psiquiátrica oculta"[1] para referirse a la multitud de pacientes que son atendidos en las consultas de medicina general por síntomas de cefalea u otros dolores, trastornos del sueño, nerviosismo, depresión, cansancio, etc. y que, sin embargo, no llegan hasta los servicios especializados. Aun así, los pacientes mayores de 14 años con trastornos mentales que asisten a los servicios de medicina general constituyen el 24%, si se excluyen los trastornos psicosomáticos. Incluyendo éstos, las cifras oscilan entre un 30 y un 50% de los problemas de salud atendidos en consultas por los equipos de atención primaria[2]. Es decir, al menos una cuarta parte de las personas que acuden a los centros de atención primaria lo hacen por algún malestar de carácter psíquico. En este sentido, los estudios elaborados por algunas Comunidades Autónomas indican que el 70/80% de los pacientes atendidos proceden de atención primaria. Con todo, los estudios epidemiológicos elaborados señalan que más de la mitad de los casos no tratados tendrían algún síntoma psiquiátrico severo.

A estos datos, que tienen una especial importancia para establecer los criterios más adecuados de cara a la atención de la sintomatología de este tipo de trastornos en el área de atención primaria, hay que añadir el hecho de que en los países que poseen servicios desarrollados, la población registrada en los servicios de información de salud mental sólo reflejan el 25% de la población real con problemas mentales[3]. Incluso la OMS cree que Europa registrará un considerable aumento de trastornos mentales por causas relacionadas con el envejecimiento, el estilo de vida (alcohol, conductas peligrosas, violencia, estrés, comportamientos sexuales de riesgo, etc.) y la exposición a situaciones psicosociales adversas, el debilitamiento de los vínculos sociofamiliares, el desempleo, la movilidad geográfica, las crecientes bolsas de exclusión social (marginales, sin techo, inmigrantes extranjeros, etc.), lo que advierte de la necesidad de prestar atención a la evolución de los casos de enfermedad mental y la necesidad de una atención nueva por mayor y por diversificada en cuanto a la oferta de servicios sanitarios y sociales, ya vinculados a la base misma de la reforma psiquiátrica.

2.3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

2.3.1. LA INCIDENCIA DE LA CRONICIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El proceso de desinstitucionalización, es decir, la ruptura con el esquema psiquiátrico predominante hasta bien avanzado el siglo XX, arranca en paralelo con la evolución que experimenta la visión sobre los trastornos mentales como enfermedad crónica, la génesis de la enfermedad y los factores que influían en ella.

De hecho, las condiciones que se registraban en la segunda mitad del siglo pasado sobre mayor calidad de vida general, avance de la investigación en quimioterapia y utilización de antibióticos, que han hecho desaparecer muchos trastornos agudos, no es incompatible con la otra realidad: el incremento notable de pacientes crónicos[4], que generan mayor doble uso y más prolongado de servicios sociales y sanitarios.

La evolución de la enfermedad, en cualquier caso, no es ajena tampoco a la de la propia sociedad y la incidencia de ésta en aquella adquiere nuevas facetas que tienden a una mayor cronicidad: la enfermedad crónica emerge en la sociedad no tanto como problema médico sino como problema socioeconómico[5], asociándose a los cambios sociales, a una actitud más benefactora de los Estados en el aspecto sanitario y al aumento de las bolsas de pobreza y marginación.

La explicación del proceso de reforma, que nos lleva hasta el día de hoy, debe tener en cuenta algunos condicionantes de carácter europeo[6]. Así, la salud mental figura entre los objetivos prioritarios a nivel europeo[7] y español[8]. Una prioridad

(1) Goldberg y Blackwell, 1970.
(2) Zuazo y otros, 1990; Padierna y cols., 1989; Markez, 1993; Pérez-Echevarría y cols., 1993.
(3) Kramer, 1986.
(4) Pequinitos, 1963; Espinosa y otros, 1986
(5) Ararteko, 2000.
(6) E. Muñoz y Torres y otros.
(7) McKee et al, 1999; McKee y Berman, 2000; Lehtinen et al, 2000.
(8) p. ej.Treserras et al, 2000; AEN, 2000.

que viene avalada por una serie de datos internacionales:

1. El enorme peso relativo de los trastornos mentales, tanto en el conjunto de los costes totales de enfermedad como en el coste directo para los sistemas nacionales de salud. Se ha estimado que el coste por trastornos mentales se aproxima al 3% del PNB en los países con una economía de mercado[1].

2. El peso de los trastornos mentales en el conjunto de la carga de enfermedad en el mundo. Cabe señalar que un único trastorno mental, la depresión, aparece como la segunda causa asociada a más Años de Vida Ajustados por Discapacidad en la estimación efectuada para el año 2020.

3. El impacto epidemiológico de esta agrupación de trastornos. Entre un 20 y un 30% de la población presenta trastornos mentales a lo largo de la vida. Estos se asocian a niveles significativos de discapacidad, elevado uso de servicios y a una alta carga familiar.

4. Las deficiencias crónicas de los servicios de salud mental se relacionan con una infrafinanciación histórica en comparación con los servicios sanitarios generales.

Considerada la psiquiatría por diferentes expertos como “la cenicienta” de la medicina, son sintomáticos los datos de un estudio clásico efectuado en Australia[2], quien mostró cómo, a similar carga de enfermedad, la esquizofrenia suponía nueve veces más costes directos que el infarto de miocardio pero recibía una menor inversión que esta otra enfermedad. Otro estudio revelaba cómo, cuando se inició la reforma psiquiátrica en el Reino Unido, los presupuestos y los dispositivos asistenciales de salud mental se habían mantenido casi invariables durante tres cuartos de siglo.

En los últimos años, un renovado interés por la salud mental se ha plasmado en su promoción a nivel europeo[3] e importantes inversiones tanto en servicios como en programas de evaluación de los sistemas asistenciales en algunos países, cambios que han coincidido con una presión importante de las asociaciones de familiares y usuarios y con un aumento significativo de los fondos para investigación en salud mental.

De este trasfondo surge un replanteamiento en los años 60 y 70 de la institución psiquiátrica, con diferentes ópticas pero en la coincidencia de sustituir un sistema centrado en la atención psiquiátrica hospitalaria por otro que hace más hincapié en los servicios de la comunidad. La generación de nuevos recursos y redes comunitarias de salud mental suficientes persiguen el objetivo de evitar el ingreso hospitalario. Más allá de las diferentes visiones que desde el criterio psiquiátrico se plantean, el deseo de reforma y sus basamentos contienen una fuerte carga ideológica que se enfrenta abiertamente, incluso en etapas de represión informativa y administrativa, al modelo existente, alimentado desde décadas anteriores por posiciones rígidamente conservadoras: una confrontación que llega hasta nuestros días y subyace en el trasfondo de algunas de las preocupaciones de los profesionales y los principales afectados: enfermos y familiares.

Ese proceso presentó algunas características comunes a nivel internacional, además de su fuerte carga ideológica:

1. En tanto que la reforma psiquiátrica parte de la obsolescencia del sistema de salud mental, anclado en modelos del siglo XIX, con los mismos servicios institucionales de entonces y con inversiones muy por debajo de las necesidades reales de esta población, el proceso de reforma psiquiátrica no implicó en realidad la sustitución de unos servicios por otros, sino la creación de unos servicios comunitarios imprescindibles donde antes no los había. Para algunos expertos[4] si este proceso ha venido acompañado del cierre completo o de la transformación de los hospitales psiquiátricos es en realidad un hecho secundario al hecho nuclear: creación de un sistema comunitario de salud mental.

2. Así, se ha procedido al cierre de los servicios residenciales hospitalarios antes de la implantación plena de una red asistencial comunitaria alternativa, lo que demuestra que el proceso ha carecido de una secuencia lógica de planificación temporal.

3. El modelo de reforma se ha centrado en un subgrupo restringido de pacientes –pacientes psi-

(1) Lehtinen et al, 2000.
(2) Gavin Andrews (1985).
(3) Lehtinen et al, 2000.
(4) E. Muñoz, y Torres y otros.

cóticos institucionalizados – que no se considera representativo del conjunto de enfermos mentales, ni refleja las necesidades o las demandas del conjunto de enfermos mentales graves (p. ej.: trastornos graves de personalidad, trastornos afectivos, retraso mental, drogodependencias). De hecho, los servicios para el subgrupo de pacientes psicóticos crónicos desinstitucionalizados no cubren siquiera las necesidades de los nuevos crónicos.

4. El proceso se ha acompañado del trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos o un estudio de los costes y de la carga asociada desde una perspectiva de la sociedad. Este trasvase se ha efectuado fundamentalmente a:

a. Servicios sociales. Los servicios sociales cuentan, en general, con menos financiación y capacidad logística para hacer frente a las necesidades y demandas de esta población.

b. Sector privado. Los datos preliminares del estudio GNP en Italia indican un aumento de la atención psiquiátrica residencial privada con estándares de calidad cuestionables coincidiendo con el proceso de reforma en este país. Este proceso es contrario al experimentado en otras enfermedades médicas[1].

c. Familias. Los estudios de carga familiar indican que un peso considerable de la atención se trasvasa a las familias sin una dotación de sistemas de apoyo para este colectivo.

El núcleo de la reforma es la implantación de un nuevo modelo asistencial de trabajo comunitario[2] que reconoce la necesidad de la atención individualizada del paciente; continuidad de cuidados a través de una red con diferentes dispositivos bien coordinados, trabajo en equipo e integración de las distintas intervenciones; la asignación a la familia de un mayor protagonismo como soporte clave y ayuda de los especialistas, y el reconocimiento de la importancia del soporte social como factor de protección frente a los trastornos psíquicos. Este nuevo esquema de atención incide en la labor de los grupos de autoayuda y las organizaciones paraprofesionales. Y, especialmente, adquiere una vital importancia la atención diurna a través de servicios ad hoc, como piedra angular del dispositivo asistencial para pacientes crónicos en la comunidad[3].

Asimismo, se cree imprescindible la provisión de otras formas de alojamiento con distinto grado de supervisión (pisos protegidos o pequeñas residencias para programas de rehabilitación) y un esfuerzo claro en materia de reinserción laboral a través de iniciativas de empleo protegido y capacitación laboral para algunos colectivos con dificultades en este sentido.

En definitiva, promover la salud mental de la comunidad, bajo su control, impulsando su responsabilidad en el mantenimiento y mejora de su propia salud.

Se podría decir que existe una nueva “visión social” de la enfermedad mental. De una parte, porque no es viable un modelo comunitario de atención a los trastornos psíquicos sin la participación social en el esquema de atención al paciente. Como afirman los expertos, la no institucionalización del paciente mental no solo depende de la cobertura y apoyo familiar, sino también de la tolerancia del grupo social en el que convive y de la riqueza de la red social en que se haya inserto[4], quienes ponen así el acento en dos aspectos que subyacen en éste u otros informes sobre salud mental elaborados en nuestra Comunidad: Participación social, desde el punto de vista de la implicación colectiva y, especialmente del impulso de las administraciones públicas para avanzar en este objetivo –actitud activa en cuanto a difusión, mentalización social y colaboración–, y red de medios.

A esta necesidad de una nueva visión de la enfermedad mental por parte de la sociedad y, por delante de ella, de las Administraciones, no es ajena la relación de otras necesidades asistenciales, unas derivadas de razones socioeconómicas y otras de una nuevo escenario comportamental de la propia sociedad: trastornos de la alimentación, nueva óptica sobre la geriatría, problemas de adaptación o drogodependencias.

Sobre la evolución del proceso en el Estado, la Ley General de Sanidad de 1986 estableció el marco legislativo de la reforma y dio origen al actual Sistema Nacional de Salud. En su art. 20, establecía el carácter comunitario de los servicios de salud mental; el derecho de los pacientes al

(1) GNP, 2000.
(2) Mayoral, 1989.
(3) Benet, 1981.
(4) Baca, 1992.

acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito; la potenciación de las estructuras intermedias y extrahospitalarias; con mención expresa a la hospitalización psiquiátrica en unidades de los hospitales generales, el desarrollo de servicios de rehabilitación y la reinserción social. La Ley consiguió un importante consenso entre los profesionales comprometidos con la equidad y la evitación de la estigmatización de los enfermos, y la implicación ciudadana a través de asociaciones de familiares y usuarios.

Cabe señalar que la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos ha sido notable, pese al retraso comparativo con otros países. Así, en 1975 existían 43.000 camas en los 117 hospitales psiquiátricos (123 camas por cada 1.000 habitantes), pero en 1991 ya se había reducido al 55%, 23.282 camas, al tiempo que se aumentaba el número de unidades y camas en hospitales generales.

Experiencias posteriores vienen a demostrar que alguna de aquellas premisas iniciales que implicaba la reforma psiquiátrica (como el abaratamiento de los costes) deben, al menos, estudiarse atentamente, aunque es una opinión generalizada que algunos de estos argumentos, que impulsaron la puesta en marcha de la reforma, fueron, ante todo, planteamientos políticos para hacer posible la apertura de la puerta, la ruptura de la muralla del sector más opuesto a las nuevas necesidades.

En España, el proceso de desinstitucionalización se vio favorecido por la coincidencia en la década de los 80 con el desarrollo de un concepto de Estado moderno, con mayor participación crítica de los ciudadanos y la asunción de responsabilidades sociales y económicas por el Estado, todo ello apoyado por el desarrollo y administración de psicofármacos.

Ese proceso de reforma propiamente dicho debe situarse en la España 1985, con la publicación del “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”, si bien con anterioridad se habían producido algunas iniciativas a lo largo de los años setenta destinados fundamentalmente a mejorar las condiciones de los hospitales psiquiátricos y dar comienzo a la desinstitucionalización de los crónicos. Incluso algunas Comunidades Autónomas habían iniciado ya la planificación de servicios comunitarios p. ej. en Navarra[1] y Madrid[2].

Al comienzo de los ochenta, la administración tomó la iniciativa de implantar unos organismos de naturaleza técnico–administrativa y de gestión, los llamados Institutos de Salud Mental, que deberían ocuparse de dirigir la reforma en cada una de las CC.AA. En realidad solamente llegaron a crearse en Madrid, Valencia y Andalucía[3]. Su papel fue decisivo para el desarrollo de la reforma sobretodo en Madrid y Andalucía. A partir de la mitad de los ochenta, la dirección de las reformas en la mayoría de las CC.AA ha recaído en Unidades Técnico–administrativas englobadas en la estructura jerárquica de las Consejerías de Sanidad, dirigidas por técnicos con nivel de jefes de Servicio y sin capacidad o con escasa capacidad ejecutiva. La existencia de directrices tales como un Plan de Salud Mental en el que se marquen y prioricen los objetivos de la reforma y se determinen las estrategias para su desarrollo, o bien el establecimiento de estándares de calidad o de requisitos para la acreditación, parecen elementos imprescindibles para conducir la reforma y sobre todo para poder evaluar su desarrollo. Según los resultados de la encuesta dirigida a los directores de Salud Mental, existen Planes de Salud Mental aprobados en los correspondientes Parlamentos en trece Comunidades, pero estos planes solamente se traducen en regulaciones que permitan su aplicación concreta en menos de cinco Comunidades.

2.3.2. LA REFORMA EN NAVARRA

El proceso de reforma se inicia en Navarra en 1986, donde se contaba con un hospital psiquiátrico de un total aproximado de 1.000 camas, el de San Francisco Javier, institución que ha prestado la atención a los enfermos psiquiátricos casi en exclusividad hasta 1983. Paralelamente, aunque sin coordinación real[4], se inicia el desarrollo de los servicios y política de Bienestar Social, que se concreta en la Ley de Servicios Sociales de 1983, coincidiendo con el funcionamiento aún del citado Hospital Psiquiátrico. Así, determinados colectivos comenzaban a ser atendidos desde los servicios sociales.

(1) Muñoz et al, 1979.
(2) Muñoz y Calve, 1983; Muñoz et al, 1983.
(3) E. Muñoz, y Torres y otros.
(4) Abaurrea, Astrain y otras, 2001.

En 1986 se aprobó el Plan de Salud Mental, que ha constituido hasta la actualidad el marco de atención a la salud mental en Navarra. Lo que hacía evidente la carencia de programas de atención comunitaria, tanto sanitarios como sociales, desde el punto de vista de la cantidad y de la adecuación de dichos programas.

Es en ese marco inicial del Plan de Salud Mental de 1986 a partir del que se introducen modificaciones en la atención a los enfermos mentales, sin que surjan nuevas reglamentaciones ni programas: Se regula la conversión del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier en Servicio Psicogeriátrico de igual denominación, lo que conlleva el cierre definitivo del conocido "manicomio", a través de la Ley Foral 13/1999. En este mismo marco de la reforma, la Dirección general de Salud Mental pasa a ser una subdirección integrada en la Dirección General de Atención Primaria y Salud Mental, con una pérdida de peso específico que se ha mantenido hasta la fecha.

Un año después, en base a la Orden Foral 204/1999, se regula la creación de recursos asistenciales para enfermos psiquiátricos, delimitándose por primera vez los módulos sanitarios y sociales.

En estos años, se ha avanzado en la coordinación entre Bienestar Social y Salud respecto al papel a desarrollar por cada área respecto a la salud mental, sobre todo porque la reforma dejaba sentados los campos de competencias para el área de salud y la de bienestar.

Mientras esa coordinación ha existido, el planteamiento de reforma ha mantenido su coherencia y sustentaba el diseño de políticas coordinadas, que perseguían, junto a los objetivos generales de dicha reforma, sentar la base de la redistribución de recursos:

• Menor gasto general en el área sanitaria

• Derivación de presupuestos de ese menor gasto sanitario al área de servicios sociales

• Presupuesto específico para el área sociosanitaria de la salud mental

También en el año 2000, una Orden Foral (5/2000) designa una comisión para la elaboración del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria, documento aprobado inicialmente por el Gobierno de Navarra con fecha 27 de junio de ese año y posteriormente sujeto a revisión[1].

Por su parte, el Plan de Salud elaborado por el Gobierno mejora la atención a los crónicos graves y analiza el exceso de "patología banal" que se produce y que debe atenderse por los médicos de Atención Primaria, mientras que la patología grave y las revisiones han de hacerse en Salud Mental.

El objetivo es conseguir un descenso de los pacientes "banales", más cómodos de atender por los especialistas pero que requieren una atención especializada más diversa. Siendo una patología creciente, el Plan detecta este hecho pero no lo resuelve, aunque actualmente se registra una colaboración positiva con Atención Primaria.

De otro lado, el Plan prevé un incremento de la atención a los enfermos crónicos, planificando su atención, planificación no existente ahora, sobre todo porque existen diferente criterios sobre cuál es el estándar razonable sobre consultas sucesivas del enfermo crónico mental grave. De hecho, existe una presión convertida en lista de espera en la Atención Especializada.

2.3.3. RIESGO DE RETROCESO

Si bien es cierto que la psiquiatría comunitaria y las políticas de deshospitalización han cerrado hace una década un largo ciclo, y que en la perspectiva de la psiquiatría no aparecen las hospitalizaciones de larga duración de etapas anteriores –por razones sociales, médicas y económicas–, otras razones de índole económica u organizativas pueden estar propiciando aceleradamente un sistema alternativo –el de la puerta giratoria–, en el que la cronificación de la enfermedad se incrementa, los recursos psicosociales se reducen o estancan, el "espacio social" del enfermo continúa siendo suficientemente hostil y lo que ya se denomina como "carga" familiar termine impulsando, por diferentes motivos, la misma contrarreforma de quienes, hace medio siglo, se opusieron a la misma. La puesta en cuestión que encierra una decisión política sobre los necesarios recursos que la atención demanda o el escaso eco de las advertencias de los especialistas sobre la evolución económico–social del modelo en desarrollo constituyen el mayor riesgo, por encima de las graves situaciones familiares que, individualmente, se registran, pues se puede estar generando una nueva "institucionalización fuera de los hospi-

(1) Abaurrea,Astrain y otras, 2001.

tales". En palabras de una cuidadora: "El manicomio está ahora en mi casa".

Quince años después de iniciada la reforma psiquiátrica –en la que Navarra arrancó en la cabeza de ese proceso–, en la Comunidad foral y en otros territorios el eje fundamental de la asistencia psiquiátrica sigue siendo el hospital psiquiátrico, utilizado como recurso principal. Como se pone de manifiesto desde distintos ámbitos, el permanente desafío es mejorar la calidad y el número de personas atendidas sin que ello suponga el incremento de recursos asignados, optimizando los existentes cuando sean suficientes. Pero el riesgo de ese desafío de la calidad está en los criterios de reducción de costes, que seleccionan y determinan las prioridades y, en consecuencia, las decisiones administrativas. El abaratamiento de la atención a la salud– que pudo adelantarse como argumento "político" en un momento dado del inicio de la reforma– no puede utilizarse como razón de la desinstitucionalización, pues si no se complementa ésta con los nuevos modelos de intervención, se genera la exclusión bajo la lógica del coste/beneficio[1].

3. EL ENFERMO Y SU ENTORNO

3.1. PERFIL DEL ENFERMO MENTAL EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

3.1.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los principios del tratamiento a los enfermos con trastornos psíquicos establecidos en la reforma es, a su vez, una de las principales conclusiones de los estudios que llevaron a su implantación: las personas con enfermedades mentales crónicas presentan necesidades sociales específicas que, en general, no son cubiertas con los recursos existentes y que repercuten tanto en su calidad de vida como en su entorno familiar[2]. La progresiva reinserción comunitaria de los enfermos se ha de conseguir con su atención desde el propio ámbito comunitario, el entorno social en el que se desenvolvía con normalidad hasta la aparición de la enfermedad. Es decir, el principio del derecho individual de la persona, por encima del colectivo, que se constituye en referencia de integración y soporte de la misma.

Este aspecto define la visión más importante del perfil del enfermo tipo de trastorno psiquiátrico en nuestra Comunidad, además de los datos cuantitativos, personales y sociales.

De otra parte, es útil la definición de enfermo mental (usuario de la red) que se hace en el Programa de Atención socio–sanitaria de los trastornos mentales crónicos, incluida en el Plan Foral sobre esta materia. Así, existen varias poblaciones diferenciadas de "mentales" –entendiendo como tales, usuarios en algún grado habituales de la Red de Salud Mental por problemas de comportamientos, cognoscitivos, etc–:

3.1.2. TRASTORNOS MENTALES GRAVES:

• Básicamente psicosis, trastornos depresivos y de personalidad.

• Población relativamente joven (en torno a los 40 años)

• Conviven con sus padres y hermanos, con un grado apreciable de autonomía –se visten, higiene personal, desplazamiento, manejo del dinero…–

• Menor grado de socialización

• Con necesidades de supervisión

• Necesidad de cuidados sanitarios –psiquiatría y psicología clínica–

• Necesidad de cuidados sociales

• No se dan enfermedades somáticas relacionadas

• Larga esperanza de vida

• Es la población a la que debía dirigirse preferentemente el "Programa de atención socio–sanitaria de los trastornos mentales crónicos" previsto en el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria

3.1.3. PERSONAS CON PROBLEMAS DE DETERIORO COGNITIVO PROGRESIVO TIPO DEMENCIAL:

• Básicamente ancianos

• Evolución progresiva y rápida hacia la dependencia y el deterioro

• Pequeña esperanza de vida

• Frecuentemente enfermedades somáticas relacionadas –geriatría–

• Necesidad de cuidados sanitarios –geriátricos y menos de psiquiatría/psicología–

(1) Astrain, 1988.
(2) ANASAPS-Fundación Bartolomé de Carranza, 1997.

• Necesidad de cuidados sociales de sustitución

• Constituyen los usuarios de Psicogeriatría, junto con un número menor de personas de la 3ª edad con enfermedades mentales y similares problemas de dependencia

• La naturaleza de los servicios que se precisan para este tipo de paciente como las ratios de personal, diseño de recursos, etc., les diferencian del colectivo de trastornos mentales graves, sea cual fuera la edad de éstos últimos.

3.1.4. COMSUMIDORES DE DROGAS AFECTADOS POR ENFERMEDADES GRAVES (VIH SEROPOSITIVOS)

• Necesidad de cuidados sanitarios intensos

• Necesidad de cuidados sociales de sustitución

• Esperanza de vida en aumento

• Colectivo pequeño, en aumento

• Carencia de recursos –casa de acogida de Ororbia (11 plazas)–

• Tratamiento diferenciado de los colectivos de pacientes anteriores

3.1.5. DISCAPACITADOS PSÍQUICOS –RETRASO MENTAL– CON PROBLEMAS COMPORTAMENTALES

• Perfil mixto entre los enfermos mentales y el retraso mental

• Mezcla de institucionalización y rechazo institucional

• El colectivo se solapa con el de “trastornos mentales crónicos”, por una parte, y con el de “retraso mental” por otra (frecuentes dificultades de comportamiento y de personalidad)

• Abundando en este perfil inicial, más clínico, cabe describir algunos aspectos del contexto de vida de estos enfermos[1]

3.1.6. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

• El 47,4 % de los enfermos tienen entre 26 y 35 años y la media de edad del total es de 33 años (la edad varía entre los 21 y los 54 años).

• El 55,3 % son hombres.

• 9 de cada 10 personas son solteras

• Originarios en su mayoría de Navarra (82 %)

• Sólo un 32 % posee estudios superiores a los de graduado escolar

3.1.7. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

• El 76,3 % vive con la familia de origen

• Sólo un 26 % convive con su pareja

• El 21% no vive con la familia: Viven solos en pensión (21 %), en piso con otras personas (2,6 %) o en instituciones (7,9 %)

• A medida que aumenta la edad de las personas encuestadas, se incrementa el % de enfermos/as que no viven con su familia

• El 88,8 % vive en casa propia o alquilada

• El 16 % de los enfermos/as viven en un núcleo familiar con más de 5 personas

• La gran mayoría no tienen hijos. Sólo el 5,2 % los tiene

3.1.8. CARACTERÍSTICAS LABORALES Y ECONÓMICAS

• La mayor parte de ellos son inactivos

• El 79 % están parados, son jubilados, pensionistas o no tienen trabajo

• Un 50 % son pensionistas incapacitados/as

• Sólo el 18,4 % trabaja en la actualidad (1997)

• De éstos, sólo el 10 % tiene un trabajo fijo

• El 52,6 % manifestaban haber trabajado en el pasado

• El 50 % llevan más de 5 años en esta situación laboral

• El 26,3 % de los enfermos/as no ha trabajado nunca

• El 18,.4 % no recibe ingresos de ningún tipo

• El 52,6 % disponen de 65.000 ptas. (390,66 euros) o menos

• Sólo el 10,5 % tiene ingresos máximos superiores a las 125.000 ptas/mes (751,27 euros)

• Mayoritariamente (71,4 %), quienes tienen una edad menor a 21–25 años no reciben ningún tipo de ingreso.

• En 2 de cada 3 casos los ingresos proceden de pensiones por invalidez o incapacidad, renta básica o jubilación

(1) ANASAPS-Fundación Bartolomé de Carranza, 1997.

• En 1 de cada 4 casos el origen de los ingresos es el propio trabajo del enfermo/a

• Como dato de interés (ver perfil de familiares/cuidadores), señalar que el 34 % de los familiares/cuidadores tienen unos ingresos mensuales medios entre 300 y 600 euros (50.000 a 100.000 ptas)

• En el 56,5% de los casos, la media se sitúa entre 600 y 1.200 euros/mes y únicamente en el 9,4% supera los 12.000 euros

3.1.9. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

• El 8% de las personas entrevistadas tenían pareja en aquel momento (1997)

• El 50% la tuvo pero ya no la tiene

• El 41,2% dice no haber tenido pareja nunca

• Los datos que aportan los familiares/cuidadores indican que el caso de pareja es bastante menor de lo que indican los enfermos

• El 36,8 de los enfermos/as considera que en la actualidad tienen menos amigos/as que antes

• El 31,6% afirma tener más amigos/as o los mismos/as que antes

• Los datos de los familiares/cuidadores indican que sólo el 15,8% tienen más amigos/as que antes

3.1.10. CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS

• Dos terceras partes de las personas entrevistadas (60,5%) padecen la enfermedad desde hace más de 10 años

• Sólo el 21% la padece menos de cinco años

• Del total de diagnósticos hechos, el 85,7% corresponden a esquizofrenia y el resto manifiestan otro tipo de trastornos

• Tratamiento: el 76,3% de las personas entrevistadas van a la consulta y saben "que el tratamiento es necesario". El 10,5% van a la consulta, pero con apoyo y el 7,9% no tiene conciencia de su enfermedad ni capacidad de control de sus síntomas, puesto que continúan con el tratamiento sólo bajo supervisión

• Casi el 80% de los enfermos ha tenido algún ingreso psiquiátrico

• El 65,6% de las personas enfermas que han tenido ingresos, lo ha sido de modo obligatorio, con un promedio de dos veces

• Los recursos más habituales para realizar el ingreso han sido el médico, el Juzgado, la policía y los/as UPAS

3.1.11. ENFERMEDAD Y MARGINACIÓN

Del conjunto de personas con trastornos psíquicos, es gravemente preocupante la situación de aquellas para quienes los estándares sobre "lo curable" no son válidos, no aceptan el tratamiento sanitario o continúan consumiendo sustancias tóxicas. La gravedad social de estos casos, indistintamente de su voluntad de curación o tratamiento y de su consciencia de la situación de enfermos, no disminuye su importancia y su repercusión en el entorno social en el que se desenvuelven, principalmente ámbitos urbanos y espacios de exclusión social en la gran mayoría de los casos.

Estos enfermos requieren, en algunos casos, de cuidados meramente paliativos y una especial atención social y, en todos ellos, atención personalizada y tolerancia respecto al cumplimiento de las indicaciones y tratamientos ofrecidos.

Constituyen este grupo personas normalmente mayores de 40 años, que viven solas o con escaso arraigo familiar y social, cuyas dificultades de inserción laboral vienen derivadas, entre otras razones, por sus propios trastornos mentales junto a dificultades para la satisfacción de necesidades básicas, pensiones bajas o ayudas sociales, viviendas degradadas o escasamente equipadas y el continuum del aislamiento social. Personas que viven en soledad y que cubren de forma no siempre adecuada sus necesidades de alimentación, control de medicación, relaciones personales, ocupación del tiempo, etc.

Viven en el entorno de Pamplona y superan la cifra de 300 personas que, al carecer de alojamiento adecuado de forma habitual, residen en pensiones de forma provisional o permanente, en albergues o centros de acogida, en los casos de mayores dificultades, duermen en espacios públicos (portales, puentes, cabinas…)

Igualmente, es importante hacer referencia a aquellas personas que han ido perdiendo el apoyo familiar con el envejecimiento de sus padres, o viven solas en viviendas de su propiedad con apoyos esporádicos de algún familiar.

Son enfermos que, con diagnóstico previo o no, no son atendidos sanitariamente si no lo demandan. Y en la mayoría de los casos, pese a necesitar atención y tratamiento, su propio deterioro psicosocial les impide acercarse habitualmente a los recursos sanitarios o sociales.

3.1.12. USO DE LA RED PÚBLICA DE SALUD

Los recursos más utilizados son:

• El Centro de Salud Mental (73,7%)

• El médico de cabecera (31,6%)

• La consulta psiquiátrica privada (18,4%)

• La mayoría de los enfermos (94,7%) acuden a la consulta regularmente

• El hospital de día, las unidades de hospitalización psiquiátrica y el médico psiquiatra de los recursos públicos son los menos utilizados (15,8%).

La Memoria Anual 2001 sobre Salud Mental, elaborada por el Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea, indica que los Centros de Salud Mental de la Comunidad atendieron ese año un total de 91.954 consultas, sobre una población global de 559.248 habitantes que existen en la Comunidad. El total de personas en contacto –pacientes– fue de 17.249, de las cuales 3.954 visitaron por primera vez dichos Centros. Las consultas por paciente/año fue de un 5.3 y la relación entre sucesivas y primera visita fue del 22,3.

El número de consultas por trastornos mentales graves fue de 34.957 personas, con una media de 6,1 consulta por paciente y año. En cuanto a la actividad en el ámbito infantojuvenil (igual o menor de 16 años), se atendieron en consulta 630 nuevas personas sobre un total de 6.730 y un total de consultas de 34.957 y una media de consultas por paciente y año del 4,8. En la atención por drogodependencias, se atendieron un total de 12.177 consultas, de las cuales 248 correspondieron a ciudadanos que acudieron por primera vez a dichos servicios y con una relación paciente/año del 7,4 y una relación entre consultas sucesivas y primeras del 48,1.

Finalmente, se produjeron 31.384 consultas, de las cuales 1.589 lo eran por primera vez, en la atención por trastornos mentales menos graves, en los cuales la relación paciente/año fue del 4,5.

En total, en el año 2001 se atendieron 3.520 nuevos casos de nuevos pacientes, sumando un total de 15.828 pacientes atendidos en el conjunto de la red entre los cuatro apartados antes señalados.

En la introducción de dicho Informe Anual 2001 se apunta una disminución significativa de las primeras consultas atendidas en los Centros de Salud Mental, a consecuencia de la “función de filtro de Atención Primaria”, al igual que en las primeras consultas del Hospital de Día Infantojuvenil, que disminuyeron de forma considerable.

Actividad asistencial. red de salud mental de navarRA 1987 - 2000

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	%2001-00
C.S.M.																
Total Usuarios	5919	8304	10027	11036	11559	12073	12868	13877	15212	15651	15921	17000	17099	16996	17249	1,5
Total Consultas Ind.	38031	57703	65011	72478	70976	72951	79296	82414	82204	84000	85268	86673	84288	85033	86333	1,5
H. DIA																
Plazas	40	40	40	40	40	40	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,0
Estancias (7h.)	6392	7883	7085	8142	8784	9554	10090	10877	10811	10157	10269	10404	10040	10339	11000	6,4
H.D.I. - Juvenil																
Pacientes							99	158	200	204	255	310	351	382	388	1,6
Total consultas Ind.							794	1694	2463	2511	3430	3549	3100	3327	3526	6,0
Urgencias	2205	2614	2612	3144	4779	5008	4781	4623	4379	5436	5268	5799	5474	5286	5993	13,4
U. Hosp. Psi.																
camas	59	55	58	58	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	0,0
Ingresos	942	1029	1030	942	941	996	932	829	808	889	860	842	812	898	992	10,5
Estancias	13797	14463	16220	17947	18603	18241	18332	18899	19519	18447	19239	19272	18729	19352	18220	-5,8
E. Media	14,6	14,1	15,7	19	19,8	18,3	19,7	22,8	24,1	16,4	22,3	22,9	23,1	21,6	18,9	-12,5
I. ocupación	64,1	72	76,6	84,8	94,3	92,2	96,5	96,4	99	93,6	97,6	97,8	95	98,2	93,8	-4,5
Hosp. C. Ajenos																
(Hermanas Hosp.)																
Ingresos									83	109	210	317	334	304	146	-52,0
Estancias								3863	4668	4426	7447	8369	7682	8218	7957	-3,2
E. Media									56,9	40	35,5	26,4	23	27	55	101,9
Clínica de Rehabilit.																
Programa Residencial																
Camas						32	32	32	32	30	30	30	30	18	16	-11,1
Estancias						9286	9321	9734	9574	8330	10324	8367	8430	6227	1988	-68,1
Programa C. de Día																
Estancias			2807	2249	2565	2704	2849	3415	3669	4014	4200	4065	3989	3489	5684	62,9
C. Terapéuticas																
Estancias					31636	72680	78425	68343	44443	35015	33248	29542	31072	30807	30568	-0,8
C. de Día Drogodep.																
Estancias		1139	1723	1981	2691	2667	2729	2382	2472	3409	4146	4272		3961	4042	2,0
C. psicogeriátrico																
Programa Resid.																
Censo (31 diciembre)	631	550	494	438	297	288	255	249	238	223	213	213	213	213	213	0,0
Estancias	236405	214672	187300	165870	137648	95932	94229	90828	88931	83478	79500	75498	77745	75904	76027	0,2
Consultas	2842															
Nuevos Ingresos												6	35	28	11	-60,7
Programa C. de Día												27	30	23	13	-43,5

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR TRAMOS DE EDAD

	CENTROS DE SALUD MENTAL					
	PACIENTES NUEVOS		TOTAL PACIENTES		POBL. NAVARRA	
	N	%	N	%	N	%
<= 15 AÑOS	577	14,6	1.139	6,6		14,3
> 65 AÑOS	450	11,4	2.736	15,9		17,4
ADULTOS (A5-65)	2.927	74,0	13.374	77,5		68,3
TOTAL	3.954	100,0	17.249	100,0	559.248	100,0

No se dispone de datos por edades de población actualizada

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN PROGRAMAS

	TOTAL PACIENTES		PAC. NUEVOS	
PROGRAMAS	N	%	N	%
Programa de Atención Preferente T. Mentales graves (TG)	5.735	33,2	1.053	26,6
Trastornos M. menos graves (RE)	7.043	40,8	1.589	40,2
P. Infanto-Juvenil (IJ) (incluye sus aplazados)	1.041	8,1	630	15,9
P. Drogodependencias (DR)	1.649	9,6	248	6,3
Aplazados (AP) / Error	1.421	8,2	434	11,0
TOTAL	17.249	100,0	3.954	100,0

PROGRAMA DE TRASTORNOS MENTALES MENOS GRAVES (RE)

	TOTAL PACIENTES		PAC. NUEVOS	
DIAGNÓSTICOS	N	%	N	%
Distimia	921	13,1	86	5,2
T. de ansiedad	1.1975	28,0	476	30,0
T. somatomorfos	364	5,2	46	2,9
T. de Adaptación	1.936	27,5	548	34,5
Otros T. neuróticos	71	1,0	15	0,9
V. factores (ambientales…)	1.103	15,7	279	17,6
Sin diagnóstico psiquiátrico	246	3,5	66	4,2
Otros diagnósticos	239	3,4	67	4,2
T. menos graves del comienzo habitual en la infancia y adolescencia	188	2,7	9	0,6
TOTAL	7.043	100,0	1.589	100,0

El Programa de trastornos Mentales Menos Graves incluye todos aquellos pacientes que pasan por los CSM con los diagnósticos recogidos en la tabla y mayores de 16 años.

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

	TOTAL PACIENTES		PAC. NUEVOS	
DIAGNÓSTICOS	N	%	N	%
T. psicóticos	45	3,2	26	4,1
Transtornos de la conducta (oposición severa, hipercinéticos…) T. por movimientos estereotipados (tics…)	205	14,6	77	12,2
T. de ansiedad (fobia simple, t. obsesivo-compulsivo…)	132	9,4	49	7,8
Otras neurosis	140	10,0	77	12,2
Otros T. con manifestaciones físicas (enuresis, encopresis…)	58	4,1	27	4,3
T. de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia…)	59	4,2	34	5,4
T. generalizados del desarrollo (autismo…)	18	1,3	3	0,5
T. específicos del desarrollo (dificultades académicas…)	22	1,6	8	1,3
T. de la personalidad	5	0,4	2	0,3
Retraso Mental	15	1,1	5	0,8
V. factores (ambientales…)	235	16,8	1,4	16,5
Otros T. de la Infancia	92	6,6	32	5,1
Adicciones	4	0,3	4	0,6
Tentativa de suicidio	1	0,1	1	0,2
Otros diagnósticos	18	1,3	12	1,9
Sin diagnóstico (no diagnóstico psiquiátrico o sin diagnosticar por otras causas: sólo acude una vez, etc…)	39	2,8	24	3,8
Aplazado	299	21,3	139	22,1
TOTAL	1.401	100,0	630	100,0

El Programa Infanto-Juvenil incluye todos aquellos pacientes que pasan por los Centros de Salud Mental con 16 años o menos

PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS

	TOTAL PACIENTES		PAC. NUEVOS	
DIAGNÓSTICOS	N	%	N	%
Consumo de alcohol	751	40,4	129	52,0
Consumo de opiáceos (*)	839	45,2	64	25,8
Consumo de otras drogas	232	12,5	47	19,0
Ludopatías (**)	35	1,9	8	3,2
TOTAL	1.857	100,0	248	100,0

(*) Se contabilizan 208 consumidores de opiáceos que a lo largo del año han sido atendidos en exclusiva en el PMO y no se han registrado en el Registro de Casos de Salud Mental.

(**) Se incluyen ludopatía por estar contemplado dentro del Plan Foral de Drogodependencias.

El Programa de Drogodependencias incluye todos aquellos pacientes que pasan por los CSM con los diagnósticos recogidos en la tabla y mayores de 16 años.

3.1.13. OTROS ASPECTOS VINCULADOS AL PERFIL DEL ENFERMO/A DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

El estudio "Respuesta a las necesidades sociales de los enfermos Psiquiátricos 1999–2000", profusamente aludido desde los documentos facilitados por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y base de algunos aspectos de este Informe, aporta, a modo de conclusiones, algunos datos sobre facetas concretas que tienen un especial significado bien respecto del enfermo o del entorno en que vive, que conviene destacar como cierre de este capítulo, antes de profundizar en el ámbito familiar como soporte de ayuda básico de dicho paciente.

Así, el citado informe señala que:

• En lo referente al área de recursos sociales, el 59% de los encuestados no utiliza ninguno de dichos recursos. La mayor parte requieren recursos referido al área ocupacional–laboral, seguidos de recursos residenciales, y en tercer lugar servicios de apoyo en la comunidad.

• La mayor parte de la población convive en el domicilio familiar, con sus padres, cada vez mayores. Aumenta la población que vive sola.

• Prácticamente la mitad de la población tiene un grado de discapacidad obvia, seria o muy seria. Se observa una relación entre el grado de discapacidad y la necesidad de recursos: a mayor discapacidad, el tipo de recursos que se consideran adecuados son aquellos cuya atención es más intensiva, facilitan mayor tutela y son de carácter más institucionalizado. No obstante, es para los enfermos con discapacidades muy serias para los que se solicitan menor número de recursos.

• Tanto las personas que tienen experiencia de ingresos, como las que no, precisan fundamentalmente recursos de tipo ocupacional–laboral. Es para las personas con ingresos para las que más recursos sociales se demandan pero, por el contrario, también son las que menos utilizan este tipo de recursos.

• No existe asociación entre la frecuencia de ingresos psiquiátricos y la existencia de acontecimientos vitales estresantes.

• La mayor parte de las personas que ingresan padecen discapacidad mínima. Los grados de discapacidad seria y muy seria son frecuentes conforme aumentan los años de evolución de la enfermedad. No obstante, es muy significativa la existencia de discapacidades serias y muy serias en personas que acaban de debutar con la enfermedad. La mayoría de los pacientes que conviven con algún familiar presentan discapacidades mínimas, frente al 40,6% de las personas que viven solas, que padecen discapacidades serias o muy serias.

3.1.14. CONCLUSIÓN SOBRE EL PERFIL DEL ENFERMO DE TRASTORNOS PSIQUATRICOS

El prototipo de enfermo/a[1] podría sintetizarse como "una persona adulta, hombre o mujer, soltero/a, con nivel básico de estudios, sin pareja, sin hijos, que vive con la familia, inactivo/a laboralmente y pensionista incapacitado/a, con experiencia laboral en el pasado, que percibe una pensión económica baja o dependiente económicamente de la familia, con diagnóstico de esquizofrenia, enfermo hace más de 10 años y sigue tratamiento en los Centros de Salud Mental de la red pública desde hace más de 6 años, habiendo tenido algún ingreso psiquiátrico, con conciencia de su propia enfermedad y que no pertenece a ningún grupo o asociación de familiares y enfermos psíquicos".

3.2. LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

3.2.1. CRÓNICOS

"La enfermedad mental empieza a cronificarse por un proceso de rechazo recíproco entre el que sufre y el medio que le envuelve, que le lleva al aislamiento y la marginación. Para disminuir el índice de cronicidad, debe aumentar el umbral de la tolerancia, para evitar así la incompetencia social". (Blasi R.)

Existe un grupo de pacientes denominados como "enganchados" por largo tiempo en los servicios asistenciales ambulatorios. Es decir, personas con trastornos psíquicos que, superadas sus crisis, mantienen síntomas persistentes y limitadores de la capacidad de vivir. Son los enfermos mentales crónicos.

A este colectivo pertenecen, por establecer alguna diferenciación entre ellos:

• El remanente manicomial: Su situación como pacientes necesita un grado de atención que sólo es posible recibir en un hospital o medio protegido. Constituye el grupo de los "difícilmente desinstitucionables", que retornan al hospital cuando se intenta manejar su atención desde otros recursos.

• Crónicos externalizados: "Pacientes con estancias, en general, largas en el Hospital Psiquiátrico, dados de alta por razones de la nueva política administrativa de reducción de camas".

Autores como Tausky son contundentes sobre la calidad de vida de estos enfermos: "más lamentable para sí y el entorno que la que llevarían en el asilo"

El perfil de estos pacientes se corresponde con estas coordenadas medias:

• Varones

• De 40 años

• Sin trabajo cualificado

• Sin familia directa

• Con diferentes diagnósticos

• Con rentas de invalidez

• Fracaso en las tareas de adaptación social

• Usuarios crónicos de servicios ambulatorios: Grupo de enfermos en los que han llegado a ser crónicos sin necesidad de ingreso hospitalario y que demuestran "un grado diverso de retraimiento en las funciones autónomas del yo, un apagamiento de sus capacidades de relación y una disminución de su capacidad de trabajo; evidencia una tendencia a evitar las relaciones humanas y muestran un deseo inconsciente de obtener beneficios secundarios de su enfermedad". A este grupo suelen pertenecer amas de casa que no trabajan fuera del hogar, bajo nivel socio-profesional y con diagnósticos predominantes de neurosis y depresión neurótica.

• Pacientes crónicos adultos y jóvenes: Diferentes informes advierten con dureza del riesgo de que este grupo se conviertan "en el gran problema de la psiquiatría". Son los que podríamos definir como "nuevos crónicos" surgidos después de la desinstitucionalización, porque no sufrieron internamiento en los hospitales psiquiátricos de la pre–reforma, y en el marco de una crisis económica. El cuadro clínico que padecen es muy variable y se caracterizan por "serios déficit de adaptación social" y un uso "inapropiado" de los servicios, con la consiguiente capacidad de generar una sobrecarga de atención/trabajo añadida en dichos servicios. Su deterioro psicosocial presenta líneas claras de identificación:

• Fuerte descenso de la iniciativa, que lleva a la extinción de conductas sociales espontáneas

• Dificultades para mantener el rendimiento de cualquier actividad

• Descenso del interés y la motivación

(1) ANASAPS-Fundación Bartolomé de Carranza, 1997.

• Tendencia al aislamiento social, con rechazo expreso de la compañía

• Pérdida de los patrones y habilidades sociales.

3.2.2. EL CRUCE CON LA REALIDAD

Definidos en líneas generales los enfermos crónicos como "población enferma con necesidades sociales", varios de los informes realizados durante estos años en torno a la problemática de la atención a las personas con trastornos psiquiátricos centran su atención de manera preferente sobre la importancia de cruzar las tendencias y objetivos generados por la reforma psiquiátrica con la disponibilidad actual o necesaria de los recursos adecuados.

En su gran mayoría, todos los documentos elaborados en los últimos siete años que han sido consultados para la redacción de este Informe Especial, focalizan las consecuencias de la reforma y la adecuación o no de los medios planteados en aquélla, respecto de los enfermos crónicos, en sus diversas variables. Se entiende que, independientemente de las características de la organización y medios en uso para la atención estrictamente médica, la crisis más grave se cierra sobre este núcleo de pacientes y el entorno comunitario al que se han trasladado parte de los responsabilidades de su atención, si bien, finalmente, es el estricto ámbito familiar y, en parte, el asociativo, el que está soportando toda la presión que la reforma, claramente inconclusa en lo social, hace soportar fuera del ámbito de la Administración.

De otra parte, hablar de enfermos mentales con necesidades sociales, no como opción de estudio experimental, sino por la precariedad de su situación, obliga a plantearse actuaciones en materia de recursos que, necesariamente, han de incidir en las áreas de prevención, de forma coherente con los principios de la reforma psiquiátrica asumida ya en Navarra desde 1986 y en los desarrollos normativos de otras Comunidades. Y, principalmente, porque, como se afirma, cada vez más las necesidades se van convirtiendo en sociales, trascienden el marco individual y familiar al marco social, se generalizan al conjunto de individuos y hace necesaria una respuesta social, por lo que una atención no correcta de estos enfermos es una puerta abierta a la exclusión, comprobado ya, además, que su ritmo de incorporación es cada día mayor.

En este contexto, adquiere una especial relevancia la advertencia sobre la responsabilidad de la Administración foral en la extensión, ampliación y/o creación de los nuevos servicios requeridos. Si durante muchos años la atención psiquiátrica oscilaba entre el internamiento y/o la actividad benéfica de instituciones de caridad, no solo la reforma psiquiátrica, sino también el progreso de la sociedad han trasladado esa función a la Administración, responsable de los servicios precisos, como respuesta a unos derechos constitucionalmente reconocidos. El retorno, por dejación de su propio espacio de responsabilidad, a escenarios con nuevas formas de iniciativa social pero tan radicalmente asentados en el voluntarismo, no deja de ser una forma directa de desatención de esa responsabilidad, una ruptura del hilo conductor entre la reforma y sus objetivos y, sobre todo, por su trascendencia social cuantitativa y cualitativa, una vulneración de tales derechos.

Básicamente, el tratamiento a los enfermos crónicos, porque no constituyen un único referente inmutable, pasa por la actuación coordinada desde diversos soportes, promoviendo como objetivo primordial la necesidad de devolverle su condición de persona, impulsando la recuperación o reintegración de su historia, su "memoria emocional", recuperando los acontecimientos más significativos de su pasado. Devolverle al presente, como expresión ya acuñada[1], evitando cualquier riesgo de exclusión para que, además, recuperen su espacio en la comunidad.

La cronicidad, como atención y utilización prolongada de servicios, constituye el gran soporte asistencial y, a la vez, uno de los mayores desafíos para los dispositivos de salud mental[2]. El cumplimiento de esta responsabilidad implica asumir, como responsabilidad inherente a la primera, la de promover cambios de actitudes en el entorno relacional del paciente, resolver los conflictos internos entre quienes ejercen labores terapéuticas y sociales, la búsqueda de la mayor eficacia de la gestión de los recursos existentes y un esfuerzo por aproximarse, desde la distancia administrativa, hasta la complejidad de las expresiones y comportamientos humanos.

Uno de los ejes de actuación tras la desinstitucionalización es la continuidad de cuidados en

(1) Rendueles, 1986.
(2) Aparicio, 1991.

una doble perspectiva: la atención continua a la evolución del paciente –atención personalizada– e interrelación de estructuras y disciplinas, coordinadas en función de las necesidades del paciente en cada momento. La coordinación de los centros de salud, como eje de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental, es importante, como lo es la de estos con los restantes estructuras intermedias, hospitalización, familias, equipos de atención primaria, etc. El conjunto de la atención es la idea de atención comunitaria y si la coordinación de los recursos no garantiza una adecuada continuidad de cuidados y, con ello, la atención integral al enfermo, se produce uno de los mayores problemas de las redes de salud mental de gestión pública[1], lo que se incrementan con la participación de diversas empresas que han de coordinarse de igual manera[2].

Hoy día, este escenario de coordinación se ha trasladado al ámbito familiar, donde se vigila por el funcionamiento de la relación entre los aspectos sanitarios y sociales desde niveles de responsabilidad por encima de lo razonable, lo que plantea, además de la eficacia del sistema, por sus carencias, la necesidad de realizar un diagnóstico no ya del papel de la familia en el marco comunitario, sino la tendencia que sigue el reparto previsto de responsabilidades entre los servicios de las administraciones –recursos incluidos– y el entorno social del paciente –ayudas incluidas–.

Un cuadro[3] sobre una más adecuada red de atención comunitaria para los enfermos mentales crónicos precisa de servicios que complementen el sistema sanitario, a través de centros de salud mental, unidades de hospitalización, estructuras intermedias, además de los servicios sociales especializados o generales, junto a la coordinación con otro tipo de servicios, los de empleo y formación de manera especial.

NIVELES DE ACTUACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS. RECURSOS Y OBJETIVOS DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS

SERVICIOS-DISPOSITIVOS

SANITARIOS	INTERMEDIOS	SOCIALES	COMUNITARIOS
OBJETIVOS Estabilidad clínica Rehabilitación	OBJETIVOS Rehabilitación y Reinserción	OBJETIVOS Dotación de recursos para la rehabilitación y reinserción	OBJETIVOS Integración social
	Centro de Día	Servicios Sociales de Base	Club Social, asociaciones
Centro de Salud Mental	Centro de rehabilitación laboral	Talleres ocupaciones	Empleo protegido
Hospital de Día	Piso terapéutico	Piso y/o pensión protegida	Empleo normalizado
	Residencias asistidas	Ayudas económicas e invalidez	Piso normalizado
	Hogar a medio camino		

Basado en Igartua y otros, 1994.

(1) Asociación Madrileña de Salud Mental, 1998.
(2) Repullo, 1988.
(3) Igartura y otros, 1994.

3.3. LA ATENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

3.3.1. QUIÉN CUIDA AL ENFERMO

Más de 5.500 familias vivan en Navarra con un alto grado de dependencia en relación con uno de sus miembros, enfermo mental. El análisis de los planteamientos iniciales de la reforma psiquiátrica hace pensar que esa situación era prevista y asumible en un grado razonable y, para cubrir las insuficiencias –formativas, económicas, sociales…– que con seguridad se iban a registrar, la atención comunitaria a los trastornos psiquiátricos se prestaría a partir del desarrollo de estructuras públicas de apoyo.

Para establecer las características de la situación poblacional en que se enmarcan los aspectos familiares del enfermo mental, son útiles –e importantes a este respecto– algunos datos sobre las circunstancias demográficas de esta población manejados por el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria aprobado por el Gobierno:

• En un 38% de los hogares de Navarra viven personas mayores de 64 años y en casi la mitad de estos (42%) todos los miembros son personas mayores de 65 años.

• En el caso de personas con incapacidad, el 80% (4 de cada 5) viven en el hogar y sólo un 20% están institucionalizados.

• Una persona puede estar a lo largo de su vida un total de 10,4 años en situación de incapacidad, de los cuales 6,7 serán de carácter permanente, 2,9 de carácter temporal y 0,8 institucionalizado (0,6 años los hombres y 1,1 las mujeres).

3.3.2. PERFIL DEL CUIDADOR

• El perfil del cuidador de un enfermo mental[1], se corresponde con estas características:

• Mujer (75%), casada (73%), madre del paciente (43%), ama de casa (49%), con estudios primarios (73%) y una edad media de 57 años (el 48%, de 60 años), con unos ingresos familiares medios (55%) inferiores a los 12.000 euros (200.000,– ptas.)

• Convive en el mismo domicilio con el paciente (79%). Mantiene una buena relación con él y le cuida por su enfermedad desde hace más de 4 años (84%), en muchos casos desde hace más de 15 años (29%), dedicándole más de 30 horas a la semana (53%)

• Interviene en el cuidado diario del paciente en cuanto a su aseo personal (21,2%), la medicación (31,5%), tareas de la casa (36,5%), hacer compras (33%), hacerle la comida (48,3%), además de acompañarle a los sitios una vez por semana (25,1%), el manejo del dinero (30,1%), empleo del tiempo (32%, 1 o 2 veces por semana), y gestiones administrativas (24,5% 1 vez por semana y 16,9% todos los días)

• Cuida del paciente con satisfacción y lo vive como un deber (71%). En muchos casos se ha resignado a ello y considera que los problemas del paciente no tienen solución (71%), pero vive preocupada por el futuro del paciente cuando ella falte (63,3%) y porque el enfermo no tenga una adecuada vida social (33,6%)

• En su relación con el paciente, todos los días (11,5%) se da una llamada de atención, conducta alterada; el 11% ha tenido que atender una vez por semana intentos de suicidio

• Considera que su salud ha empeorado por tener que atender al paciente (60%). Con frecuencia tiene ansiedad (63,4%), se siente nerviosa, cansada y triste (más del 50%). Tiene que tomar tranquilizantes y antidepresivos (21%) y ha requerido la ayuda de profesionales sanitarios o sociales por su labor cuidadora (30%)

• Cubre total o parcialmente los gastos del paciente (51%), con una media de 240 euros (40.000,– ptas.), lo que le supone un gasto extraordinario (33%)

• El cuidar del enfermo ha alterado su vida laboral (38%), la realización de tareas de la casa (51%), las actividades del ocio y tiempo libre

• El ambiente familiar es tenso porque no entienden o rechazan la enfermedad (52%), no asumen la responsabilidad compartida de cuidar al enfermo (21%), no tienen tiempo para ellos (17%) o tienen miedo al paciente (13%)

• Un tercio de las cuidadoras/es no tienen vacaciones nunca, no tienen vida social ni tiempo para dedicarse a cuidar de sí mismo

• En algunos casos han experimentado el rechazo social por tener un enfermo mental en la familia (17%)

• Los padres, hermanos y familiares constituyen el principal apoyo para enfrentarse a la enfermedad mental

(1) Fundación Bartolomé de Carranza, 2000.

• El 50% de los cuidadores considera que sería positivo contactar con familiares de otros enfermos mentales, pero sólo el 1,6% de ellos lo hace

• El 60% de los cuidadores puede acudir a otros familiares o voluntarios en caso de sobrecarga. Sólo el 40% lo hace

• Sólo el 30% de los pacientes recibe ayuda de servicios específicos para el tratamiento de su enfermedad, al margen de las consultas ambulatorias de revisión

• Se enfrenta a problemas de listas de espera, excesiva burocracia y papeles, tiempos de consulta limitados, falta de claridad de la información que recibe, dificultad para contactar con los profesionales y horarios de atención inadecuados. Siente que los profesionales se desentienden de los problemas o no se implican suficientemente

• Necesita más información sobre el pronóstico de la enfermedad, el manejo de las situaciones de crisis, la atención al enfermo en la vida diaria, la naturaleza y causa de la enfermedad, los recursos disponibles y las prestaciones y derechos que le asisten

La propia Administración foral ya ha asumido[1] que "los cambios demográficos han supuesto una crisis del actual modelo de apoyo informal que, tradicionalmente, ha prestado el núcleo familiar haciéndose cargo del cuidado y la atención a sus miembros. Los cambios operados en el seno de las familias, como la disminución del número de hijos/as, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la disminución del tamaño de las viviendas, las familias monoparentales, las movilizaciones geográficas de las distintas personas de la familia y las transformaciones en los hábitos de vida y en las pautas de consumo, han sido la causa de dicha crisis".

El mismo Plan advierte que "el rol asistencial de las personas cuidadoras, a pesar de ser una pieza estratégica, no ha tenido el reconocimiento que se merece, ni el suficiente apoyo desde la red formal, que hubiera evitado situaciones de sobrecarga física y psíquica de muchas de estas personas, que han desembocado en la decisión de institucionalizar al familiar dependiente debido a la imposibilidad de seguir haciéndose cargo de su atención". Aunque probablemente la redacción del citado Plan no asume la responsabilidad pasada o presente de la propia Administración en el desarrollo de una red comunitaria suficiente, prevista y terapéuticamente imprescindible, al menos el reconocimiento explícito a la función de las familias suponía una llamada de atención. Cosa distinta es el desarrollo previsto del propio Plan.

En este sentido, el documento aprobado por el Gobierno foral (pág. 8) indicaba que "sin embargo, la crisis del apoyo informal no significa un retroceso, sino una transformación de amplio alcance. En este proceso de transición, la familia no debe seguir afrontando el peso de la dependencia sin ayudas generadas por el desarrollo de una política de apoyo específica para las personas cuidadoras" y avanza en la necesidad de que la familia cuidadora disponga también de "un marco legal protector de sus derechos sociales e individuales", en sintonía con lo previsto con la reforma psiquiátrica, aunque entre los postulados de ésta en ningún caso se preveía que la acción de los Gobiernos dejaría cargar sobre la responsabilidad de los familiares la atención de los pacientes. Así, el planteamiento positivo que hace el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria sobre la necesidad de reformar la situación de familias respecto de enfermos mentales, ha de entenderse no como una revisión del funcionamiento del sistema planteado por tal reforma, sino como una revisión autocrítica del papel ejercido por las administraciones públicas en la defensa de los derechos de esos ciudadanos que sufren un trastorno mental.

Diferentes voces han reiterado en los últimos meses –coincidiendo con la presentación de quejas individuales y colectivas a esta Institución– la necesidad de que el propio entorno familiar debe erradicar en lo posible actitudes de "derrotismo, resignación, culpabilidad o miedo", apostando por un avance cualitativo de los propios familiares en la eliminación de estigmas y los prejuicios sociales no vencidos, como respuesta a la falta de eco social a su problemática y el riesgo –según denuncian– de que las personas con enfermedad mental pasen a ser una población marginada y de baja prioridad, tanto en el sistema sanitario como el social; que la atención a estas personas se sustente en razones estrictamente económica y disponibilidad presupuestaria de la administración responsable; y que se incremente el papel de la mujer como cuidadora principal, en un rol contradictorio con el avance de la propia sociedad respecto al papel de la mujer.

(1) Plan Foral de Atención Socio Sanitaria, 2000.

Una reflexión similar ya era realizada, también en base a datos científicos, en 1987[1], anunciándose que la familia se ha convertido en la principal fuente de prestación de servicios, y el hogar en el primer centro de atención y cuidado. A pesar de los cambios sociales y los vaivenes de la estructura familiar –fundamentalmente por razones socioeconómicas–, en torno al 60% de los esquizofrénicos de larga evolución viven con sus familiares[2]. Así, incluso teniendo presente la conveniencia de que los cuidados de larga duración se realicen en el hogar como objetivo, es igualmente cierto que no siempre se dan las condiciones requeridas para alcanzar ese objetivo.

Un estudio realizado en Inglaterra[3] estimaba que el valor económico de ese esfuerzo por la familia es de 11.500 dólares/año, de los que el 30% correspondían a gastos directos y el 70% indirectos (caída de los ingresos de la economía familiar por problemas relacionados con esos cuidados).

Estos aspectos –un nuevo papel no esperado de la familia en torno al enfermo mental, la incidencia de esos costes en la economía familiar y la función designada mayoritariamente a la mujer– constituyen varios de los datos más destacados por cuantos estudios se han realizado en Navarra y en otras Comunidades, pues se entiende en general que si el Estado garantiza el derecho a la atención sanitaria, debiera actuar de igual manera respecto a los servicios derivados de una transformación de la asistencia sanitaria, que queda ampliada a la atención comunitaria y con una participación activa del núcleo familiar.

Efectivamente, las familias constituyen una de las bases de la reforma psiquiátrica y es el factor que menos cambios plantea. No obstante, en estos momentos presentan uno de los puntos más débiles en torno a la atención de los enfermos mentales:

• Aunque la reforma concebía la extrahospitalación ("desinstitucionalización") como parte de un proceso en el que pasaba a adquirir un papel predominante el ámbito comunitario, era la familia, ya desde un principio, la clave de ese esfuerzo comunitario destinado a la integración y mejora de estos enfermos

• El principio mismo de la reforma situaba a la familia en el centro de todo el quehacer comunitario

• Pero dotaba, de una parte al enfermo, de medios y soportes de apoyo suficientes y que ya se ha constatado en estos 25 años que son eficientes cuando se desarrollan y actúan con eficacia; y, de otra parte, creaba en torno a la familia toda una estrategia de apoyos que, sin minusvalorar el papel de aquella, significaban la posibilidad misma de que ese nuevo protagonismo por parte de la familia fuese

• Posible

• Asumido

• Socialmente conveniente

• Familiarmente soportable

La experiencia, al cabo de estos años del nuevo marco de tratamiento, es muy similar en todos los países y comunidades autónomas españolas, salvo excepciones en los que se ha avanzado de forma muy destacada respecto al resto del Estado, como Madrid, Andalucía y algunas experiencias positivas en el País Vasco.

Esos objetivos anteriormente señalados han ido sustituyéndose fundamentalmente por la carencia del entorno planteado, de esa estructura de apoyo que la reforma preveía: el desarrollo de servicios comunitarios muy centrados en los aspectos sociosanitarios, como verdadera política de atención al enfermo, objetivo final, y la familia como objetivo inmediato y en tanto que parte integrante de esa red.

La configuración jurídica de los servicios sociosanitarios como "no universales", sino vinculados a criterios de índole política y económica; la falta de una voluntad política decidida por parte de la Administración foral desde que asumió las competencias en materia de salud y servicios sociales para propiciar, con una visión más amplia, una consideración más igualitaria del derecho a unos y otros servicios –sanitarios y sociosanitarios– de forma que, así, se responda a la gravedad de una población que en Navarra supera los 17.000 enfermos, son la causa fundamental de la "nueva carga" que, en consecuencia, se traslada al núcleo familiar. Las familias, independientemente de su realidad económica y/o

(1) Faedden et al.
(2) Wiedernann et al., 1994, citados por Ararteko del País Vasco, 2000.
(3) Blasí, 1995.

social, se han visto obligadas en estos años a ejercer un triple papel:

• El asistencial al familiar enfermo de trastornos psiquiátricos, integrándolo en el ámbito familiar, aunque debería hablarse de la adecuación de ese ámbito a las características y necesidades del enfermo.

• El reivindicativo frente a la administración, con resultados poco alentadores: otro de los principios de la reforma como es la concienciación social en torno al enfermo mental, no se ha desarrollado desde la Administración responsable.

• La creación de estructuras de autoapoyo que, en la mayoría y el mejor de los casos de los casos, son una bien intencionada sustitución del principio psiquiátrico previsto. En cualquier caso, estructura nacida de un voluntarismo que la Administración en general y en nuestro caso la Administración foral, incentiva a través de un flujo de perfil bajo de ayudas, bien individuales a las familias, bien a través de las asociaciones de enfermos y cuidadores/as, con un grado de control y eficacia que cabe analizar.

Madres y hermanas llegaban a denunciar en Navarra 1999 que la actitud de la Administración frente a la enfermedad mental en los aspectos sociosanitarios había convertido "la reforma psiquiátrica en la reforma sanitaria más barata de la Historia".

Independientemente de la capacidad de incidencia social que los familias, directa o a través de las asociaciones de autoapoyo ejercen sobre la Administración, no ha de extrañar que, como reflejo de la presión del núcleo más cercano al enfermo, se haya llegado a reivindicar el derecho de las familias a elegir libremente frente a la Administración su derecho a asumir o no el cuidado de sus familiares sometidos a tratamiento psiquiátrico (EUFAMI, Conferencia de Barcelona, 1995).

Un aspecto importante, por preocupante, del cuadro actual de atención comunitaria a los enfermos mentales es la desigual evolución que experimenta la edad media y tipología de los enfermos respecto a etapas anteriores (población más joven, nuevo tipo de trastornos, carencia de un espacio sociosanitario alternativo suficiente, condicionantes socioeconómicos, retorno a un modelo de convivencia familiar hasta avanzada edad de los adultos…) y la evolución del horizonte de vida de quienes se encargan actualmente de su cuidado (mayor duración de vida, mayores dificultades en las condiciones socioeconómicas..). Un buen número de pacientes crónicos con edad avanzada, con menos capacidad de adaptación, con graves limitaciones, han recibido habitualmente la satisfacción de sus necesidades en un ámbito familiar protector. Por ello, las acciones en el ámbito de la atención sociosanitaria destinadas a que el enfermo consiga su mayor grado de autonomía, deben ir acompañadas de otras destinadas al reforzamiento de la labor de las familias, tanto desde la perspectiva del tratamiento psiquiátrico como del comunitario.

3.3.3. SERVICIOS PÚBLICOS Y ASOCIACIONES DE AUTOAYUDA

El diálogo familiares–Administración foral se ha ido perfilando en los últimos años en la combinación de la mayor presión social posible y la aceptación –convenida a veces entre una y otra parte– de las ayudas periódicas que la Administración concede graciablemente. Indistintamente de que esas ayudas no partan de un escenario presupuestario ajustado y previsible, fundamentalmente por parte de Bienestar Social, lo que no es objeto de este Informe Especial[1]. Parece claro que la capacidad presupuestaria puesta a disposición de esas necesidades y a iniciativa de asociaciones y/o particulares es claramente insuficiente, tan siquiera para un desarrollo mínimo de programas de atención a los enfermos mentales en aquellos frentes más imprescindibles, como el de la reinserción laboral, en genérico, o la atención residencial, suficiente y de forma prioritaria en la propia Comunidad, o la atención a algunos grupos de pacientes, que sólo la intervención de ONGs o asociaciones de voluntariado ha evitado su caída definitiva en una mayor exclusión social.

En todo caso, ese diálogo, interesado por conveniente pero insuficiente desde el respeto a los derechos de los enfermos mentales, corre el riesgo de subvertir la responsabilidad que corresponde a la Administración foral en una responsabilidad financiada de colectivos y/o asociaciones de autoayuda. Ese cambio de protagonismos –dudoso desde la eficacia y arriesgado desde la perspectiva de la vulneración final de los derechos de los enfermos– no ampara, en cualquier caso, la problemática que el ámbito familiar plantea.

(1) Ver informe aportado por el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud respecto a la petición de información solicitada por esta Institución.

La canalización de la tensión familiar que la atención y cuidados a estos pacientes plantea a través de asociaciones de autoayuda es una importante vía para dar salida a situaciones emocionales o crisis de autoestima, tan comunes entre los cuidadores/as. A nuestro entender, la necesidad de la colaboración entre tales asociaciones y la Administración es responsabilidad que corresponde a ambas partes, así como la de su transformación en ayudas a familiares y enfermos con arreglo a programas de actuación definida y convenientemente financiada. El marco de la responsabilidad individual, en este caso, no acaba donde comienza el de la otra parte. Administración y grupos de autoayuda pueden ser coincidentes, pero esa coincidencia no ha de ser, en ningún caso, la única y exclusiva vía de actuación social de las administraciones públicas respecto a los enfermos mentales.

Cubierta en mayor o menor grado y eficacia las necesidades de la atención al enfermo en el ámbito psiquiátrico, queda por desarrollar –que no planificar de forma teórica– el campo de recursos que la Administración, y no otras iniciativas, debe cubrir desde su exclusiva responsabilidad. Sin pretender someter a cuestión la eficacia de los servicios públicos que finalizan privatizados de facto –lo cual tampoco es objeto de este Informe Especial–, es inevitable advertir que incluso aquéllos aplican en el ámbito de la asistencia social normalmente criterios de planificación, incluidos recursos humanos y financiación general de sus servicios. Por tanto, mayor ha de ser el rigor de las administraciones públicas a la hora de determinar, en primer lugar, los criterios de uso de sus recursos y, en segundo lugar, comprobar que su finalidad cumple los requisitos reales de inversión eficaz en gasto social y no el sólo desarrollo de estructuras organizativas paralelas a las de la Administración.

3.4. ORGANIZACIÓN DEL NUEVO SISTEMA. ENFERMEDAD Y RECURSOS

3.4.1. EL ESPACIO SOCIOSANITARIO

Desde un planteamiento teórico, el conocido como espacio sociosanitario surge de la transformación conceptual y práctica de viejos conceptos sobre la atención hospitalaria y primaria de la salud, y la incorporación de alternativas de tipo asistencial destinadas no ya solo a la curación, sino también al cuidado y autonomía del paciente, dependiente de otras asistencias o ayudas para su vida diaria.

Pero si bien su concepción ofrece evidentes aspectos positivos –apreciación de nuevas necesidades de índole social y revisión crítica de los propios sistemas de atención a los pacientes– más compleja es su aplicación y/o desarrollo. Su propia configuración, difícil de concebir de forma estratégica y, por tanto, planificada, ha convertido el espacio sociosanitario en un espacio fronterizo entre ambos tipos de atenciones al enfermo: La falta de voluntad real de avanzar en su desarrollo lleva a mantener una distancia competencial cuya consecuencia es la carencia de atención, si no vacío, desde una parte de la Administración; otras, la concepción de los servicios sociales como prestación graciable de las administraciones públicas –no de servicio universal, como la salud– deja abierto el horizonte a los criterios de disponibilidad económica y/o prioridad política. Criterios que apenas modifica la cofinanciación de algunos de esos servicios esenciales incluidos en el espacio sociosanitario.

En todo caso, esa distancia de la asistencia social y de la sanitaria respecto de este espacio hace más difícil la atención integral requerida a las personas con trastornos psíquicos, situadas en muchas ocasiones durante su enfermedad en ese espacio intermedio en el que está por definir la competencia o poner en marcha el servicio correspondiente. Así, al vacío ante determinados aspectos que unen lo sanitario y lo social, se une la desorientación de los ciudadanos, el conocido “paseo por la administración”, a veces provocado por una falta de información y/o compromiso adecuado.

Partiendo de la idea, asumida y enraizada ya entre todas las personas vinculadas a esta problemática, de que la naturaleza de los servicios públicos de salud mental es dual, cabe plantearse en profundidad la naturaleza sanitaria, social o mixta (sociosanitaria) de los distintos dispositivos y programas relativos a la salud mental, pues su delimitación no sólo llevará a una adscripción orgánica lógica competencial de estos recursos, sino que puede determinar su organización, funcionamiento y financiación.

Desde el punto de vista sanitario, puede entenderse que la Ley general de Sanidad de 1986 (ver el capítulo sobre análisis jurídico de este Informe especial) sitúa esta atención en el estricto ámbito sanitario al establecer (artículo 20) las líneas básicas de actuación en el campo de la salud mental. No obstante, la misma Ley, que establece la integración de las actuaciones de salud mental en el sistema sanitario general, menciona expresamente las necesidades sanitaria y

sociales de este colectivo, y especifica que los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general deberán cubrir, asimismo en coordinación con los servicios sociales, la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

En esa misma línea, el R.D. 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de las prestaciones sanitarias recoge (Disposición adicional 4ª) que la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en los casos de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideraciones de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación de los servicios sanitarios y sociales.

Desde un punto de vista de los Servicios Sociales, a pesar de su amplia consideración constitucional (Art.1.1., 9.2., 38, 39, 40.1, 48, 49, 50, 148 y 149.1. 1º y 17º), tiene una difícil conceptuación y delimitación, aunque la doctrina constitucional ha tratado de perfilarlas. Así, en la Sentencia 76/1986, de 9 de junio, se alude a que "la noción de asistencia social no está precisada en el texto constitucional, por lo que ha de entenderse remitida a los conceptos elaborados". Por ello, el Tribunal, apoyándose en la legislación vigente, deduce la existencia de una asistencia social externa al sistema de Seguridad Social y no integrada en él. Esta asistencia social aparece como un mecanismo destinado a grupos de población a los que no alcanza dicho sistema y que opera mediante técnicas diferentes a las propias de la Seguridad Social, que se caracteriza por su financiación al margen de toda obligación de contribuir por parte de los destinatarios o beneficiarios.

En la atención a la salud mental concurren, por tanto, aspectos sanitarios y sociales, que la Administración debe atender con recursos suficientes, siguiendo las pautas marcadas por la reforma psiquiátrica y desarrollando dichos recursos en base a los criterios fijados por la normativa de ámbito estatal y la propia de nuestra Comunidad.

3.4.2. EL PLAN SOCIOSANITARIO DE NAVARRA

Desde una visión de la realidad de Navarra, la reforma psiquiátrica en Navarra se acometió siguiendo las pautas de dicha reforma: coherencia de medidas y diseño de políticas coordinadas. Así, se planteó un sistema que buscaba una disminución de gastos, derivación de ese gasto recuperado hacia el área de servicios sociales, consistente en un presupuesto específico para el área sociosanitaria de la salud mental. Asimismo, la reforma dejaba sentados los campos de competencias para el área de salud y la de bienestar social y, mientras aquella coordinación existió, el desarrollo de la reforma mantuvo las premisas de coherencia y coordinación.

La crisis del sistema –en Navarra, como en otras Comunidades Autónomas– surge por una planificación insuficiente en el área de Salud y la carencia de presupuestos para el área sociosanitaria (Bienestar Social). Y el proceso en torno a alguna propuesta como la de crear una Fundación que agrupase todas las competencias, siguiendo la senda de otras Comunidades Autónomas, terminó siendo rechazada en el Parlamento de Navarra.

De otra parte, la crónica falta de entendimiento entre los dos Departamentos más directamente vinculados a la atención a los enfermos mentales (Salud y Bienestar Social), aunque mejorada desde la aprobación del Plan Foral de Atención Socio Sanitario, no es ajena a los problemas de coordinación que se detectan y son traducidos en quejas además de llevar a una ruptura conceptual y la imposibilidad de la planificación.

Como se suele afirmar reiteradamente desde la propia Administración, el modelo no está en crisis; es su aplicación la que genera dichas quejas.

3.4.3. LA ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

El Plan Foral de Atención Socio Sanitaria (junio, 2000) arranca destacando que el modelo de atención a los enfermos mentales en Navarra es fundamentalmente curativo y no responde a las necesidades de estas personas. Asimismo, apunta que el modelo de atención primaria "a demanda" (sic) no es el más correcto para atender a personas con problemas crónicos donde, sin duda, las necesidades superan a las demandas; advierte del déficit de recursos para la atención de personas mayores dependientes y a personas con discapacidad, con un índice de recursos institucionales bajo, especialmente para enfermos con demencia, además de que los recursos comunitarios, como hospitales de día y programas de conexión, atención especializada y atención primaria, no están suficientemente desplegados.

Señala de otra parte que los recursos institucionales existentes no están suficientemente definidos en los diferentes tipos de necesidad lo que, junto con la carencia de recursos, produce confusión en la ubicación de los usuarios/as, en los mecanismos de financiación y en la delimitación de competencias entre servicios sociales y sanitarios; que no existe conexión suficiente entre los

diferentes recursos sociales y sanitarios y que tampoco es buena dentro del sistema sanitario la coordinación entre atención especializada y atención primaria.

Respecto a la evolución de los pacientes, se indica que en algunos centros residenciales del Sistema de Acción Social, concebidos en muchas ocasiones para atender a personas mayores sin enfermedad ni dependencia, se produce un empeoramiento gradual de la situación de los mismos que origina un importante aumento de atención sanitaria.

Finalmente, detecta otras deficiencias referidas a aspectos relacionados con el modelo de atención, como son la formación específica de los profesionales y déficit de algunos profesionales considerados como necesarios.

La Administración foral (Instituto Navarro de Bienestar Social) afirmaba en octubre de 2001 que la atención sociosanitaria está dirigida a personas y/o colectivos que tienen esa necesidad dual de cuidados sanitarios y sociales y que se manifiestan de forma simultanea. Los ejes de la atención sociosanitaria, de cara a este colectivo, se dirige (por este orden) a derivar al usuario al recurso más idóneo para su atención, garantizar una rápida derivación de un recurso a otro siempre que sea necesario y ofrecer una red de recursos suficientemente diversificada y dotada.

Estos tres ejes de actuación soportan el Programa de Salud Mental, calificado como programa clave dentro del Plan Sociosanitario de Navarra y prioritario en su implantación. Como objetivo primordial se consideraba la puesta en marcha “a corto y/o medio plazo de recursos que palien los déficits de atención del colectivo”. Así, las líneas de acción se concretaban en dotar a dicho colectivo de plazas de carácter residencial en distintas modalidades (residencias asistidas para enfermos mentales –RAEM– y pisos y hogares funcionales); reordenar la prestación de servicios y recursos en el área ocupacional; mantener el apoyo a la realización de actividades de ocio y tiempo y libre y ampliar el número de beneficiarios; definir la atención domiciliaria a personas con enfermedad mental y facilitar el ejercicio de acción tutelar.

El propio texto del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria (documento aprobado inicialmente por acuerdo de Navarra de fecha 27 de junio de 2000) advierte de serias diferencias, en el nivel de cobertura, entre los pacientes procedentes del Hospital Psiquiátrico y las personas atendidas en la Comunidad, poniendo el acento sobre uno de los aspectos más importantes de la evolución de la enfermedad mental en Navarra y, sobre todo, de los recursos establecidos antes y después de la reforma para esa atención: la evolución de unos pacientes y otros, como puede advertirse en el apartado correspondiente.

El Plan Sociosanitario llama la atención sobre la aparición de ese nuevo colectivo, que denomina “nuevos crónicos” y que, como indica, no han requerido internamientos prolongados y han vivido en la era de la desinstitucionalización desde el comienzo de su enfermedad. Su deterioro psicosocial es caracterizado como:

1. Fuerte descenso de iniciativa, que lleva a la extinción de conductas sociales espontáneas

2. Dificultad para mantener el rendimiento en cualquier actividad

3. Descenso del interés y la motivación

4. Tendencia al aislamiento social, con rechazo expreso de la compañía

5. Pérdida de los patrones y habilidades sociales.

De otra parte, recuerda que el Plan de Salud Mental de 1986 se desarrolla hasta tal punto que ya no existe el histórico recinto manicomial, “pero la carencia en el citado plan de recursos alternativos, ha derivado en un vacío generador de situaciones negativas para las personas con enfermedad mental y sus familias.” Tras recordar que la Ley Foral 17/1999 transforma el antiguo psiquiátrico en Centro Psicogeriátrico, señala igualmente que, por primera vez, se establece una financiación de carácter mixto ”la atención sanitaria se considera gratuita, pero la de carácter residencial habrá de responder a lo establecido en la normativa”. Finalmente, considera la orden Foral 204/1999 como continuación del desarrollo del reconocimiento a las prestaciones relacionadas con minusvalías de las personas con trastorno mental crónico y que prevé “dos tipos de servicios –no reglamentados previamente, y realmente necesarios–”, según indica: los servicios de Residencia Asistida para personas con enfermedad mental y pisos funcionales y/o tutelados para este mismo tipo de pacientes.

3.4.4. DISCREPANCIAS Y COINCIDENCIAS COMPETENCIALES

En este marco de definición que hace el Plan Sociosanitario de Navarra se puede afirmar que la reforma psiquiátrica, en Navarra y otras Comunidades Autónomas, planteaba con claridad el marco de competencias entre salud y bienestar y que aquella arrancó con un apreciable nivel de

coordinación entre ambas áreas: el sustento era el diseño de políticas coordinadas. Como se indicó anteriormente, una de las bases de su aplicación en el territorio foral era la redistribución de los recursos, los existentes entonces y los que habrían de aportarse con posterioridad:

• Menor gasto en el área sanitaria

• Derivación de presupuestos de ese menor gasto sanitario al área de servicios sociales

• Presupuesto específico para el área sociosanitaria (bienestar social)

Aun así, pese a la claridad y actualización del marco normativo y del precedente de actuación previsto en la reforma, el actual sistema de atención a los enfermos mentales es valorado en líneas generales como deficitario en recursos, deficiente en cuanto a la organización de la red sanitaria responsable de atender a este colectivo y fracaso en cuanto a la aplicación de los criterios planteados por la reforma y la desinstitucionalización que propugnaba, pues, pese a haberse cerrado la situación de tratamiento manicomial, la carencia de una red alternativa suficiente en organización y medios, tanto desde el ámbito psiquiátrico como del comunitario, está dando lugar a un esquema de asistencia no deseable desde la necesidad de los pacientes, las competencias de la administración foral, el papel de las asociaciones de enfermos y/o cuidadores/as y la carga asumible por las familias de acuerdo con aquellos criterios guiadores de la reforma

La esencia de la propia reforma advierte en diversos momentos de la importancia que, para el futuro de la misma, habrían de tener las decisiones políticas respecto a los criterios económicos –paralelismo entre la gratuidad de los servicios sanitarios y cofinanciación de los públicos– y, aun advirtiéndose ya entonces que este podía ser uno de los aspectos débiles de la reforma, la realidad actual demuestra que existe una ruptura real entre aquellos objetivos y las decisiones que finalmente se han ido adoptando en su aplicación, especialmente en lo referente a este capítulo al que pretende dar respuesta el Plan Sociosanitario del año 2000, al margen de otros aspectos vinculados a la organización de los sistemas de atención psiquiátrica.

Pese a ese riesgo advertido, la menor o mayor capacidad de un núcleo de población para hacer llegar sus reclamaciones –presión social– no puede significar un igual grado de mayor o menor grado de decisión política, y por ende previsión presupuestaria, para establecer los medios propios de la Comunidad que afronten las necesidades –nuevas o históricas– de los enfermos mentales. No por conocida la tendencia de quienes padecen situaciones de desamparo social y/o administrativo a impulsar asociaciones de autoprotección o autoayuda, ésta debe ser entendida como el mejor paliativo de la reticencia de las administraciones a asumir sus responsabilidades. Crear, por dejación, un marco paralelo de gestión y responsabilidad, incontrolado, descoordinado respecto del conjunto de los tratamientos o puramente voluntarista supone avanzar en el deterioro de los afectados, afianzar sistemas de atención de discutible eficacia y trasladar la responsabilidad que compete a las administraciones pública en la atención, como sujetos de derecho, de los enfermos mentales.

El espacio sociosanitario, respecto a los enfermos mentales de Navarra, ha ido creciendo en cuanto a sus necesidades y si la aparición del citado Plan Foral de Atención Socio Sanitaria supuso un punto de inflexión teórico, pues nació del estudio detallado de las necesidades –incluidas las de coordinación, más que urgentes, entre Departamentos como el de Salud y Bienestar Social y la interdependencia obligada de éstos en la atención a los enfermos mentales–, los datos sobre su desarrollo –urgente, más que importante– abonan la crítica que desde diversas perspectivas personales o colectivas se hacen sobre el mismo y la necesidad de un Plan de Salud Mental que impulse el de 1986, corrigiéndolo en sus carencias, y capaz de reordenar el ámbito de actuación y el competencial.

Como recuerda el texto del mencionado Plan, “las dificultades estructurales no provienen únicamente del nivel de organización político administrativo, sino que radican mucho más en la concepción misma del papel de ambos tipos de servicios: mientras los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad, la mayor parte de servicios sociales tienen la consideración de servicio vicariante que es prestado por el sector público con características “graciables” en función de prioridades y disponibilidad de recursos”1.

Por ello, la demanda de algunos colectivos nace de la propia definición del Plan Sociosanitario que, en su opinión, no atiende correctamente las necesidades de estas personas, muchas de ellas en situación de discapacidad irreversible, en base a lo cual consideran que es necesario que los Servicios Sociales tengan la misma consideración legal que los servicios de Salud; es decir, que se avance en su consideración de carácter universal, desde la responsabilidad social y la selección positiva sobre otros criterios económicos.

Finalmente, el Plan Foral de Atención Sociosanitaria define con claridad las líneas básicas de actuación en materia de salud mental, que suman necesidades y objetivos de organización, coordinación y racionalidad de los recursos; aspectos todos ellos de especial interés, como se resalta permanentemente:

1. "Desarrollar una intervención alternativa o complementaria al enfoque exclusivamente médico, mediante la coordinación de las acciones desarrolladas entre los distintos niveles asistenciales dirigiendo los servicios hacia la continuidad de los cuidados.

2. Necesidad de adoptar un enfoque interdisciplinar en la atención a los usuarios/as, en los que confluye un problema sanitario y social, dando respuesta a las dependencias relacionadas con la capacidad funcional, la movilidad y la relación con el entorno.

3. Especial atención a la asistencia prestada por el entorno familiar (cuidar a las personas cuidadoras) situando la oferta de servicios a este colectivo en la Atención Primaria de Salud.

4. Dar una nueva orientación a los servicios, recursos, programas sanitarios y sociales adaptándolos a las nuevas necesidades de la población, lo que exige una estrecha colaboración y coordinación intersectorial. La actual falta de adecuación y ordenación de los servicios existentes provoca una inadecuada utilización de estos.

5. Necesidad de establecer criterios claros a la hora de designar recursos y servicios ya que, de su correcta utilización, se derivan notables beneficios en la calidad de atención al usuario/a y en los costes de su utilización".

Cabe resaltar, de otra parte, el interés del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria (pág. 17) por los pacientes crónicos "en los que se conjuga enfermedad y discapacidad". A menudo, como señala el propio Plan, la atención se ha centrado en "identificar si a la persona le corresponde determinada prestación, más que en una valoración global de sus necesidades. Si no les corresponde ese servicio se les deriva (se les deja a la deriva, podríamos decir), confiando en la innata capacidad de las personas para navegar en el laberinto de los servicios, prestaciones o recursos".

El propio Plan elaborado por la Administración foral en junio de 2000 llama la atención sobre la situación de un colectivo de pacientes para los cuales la limitación de los recursos es determinante a la hora de valorar a qué recurso puede acceder, en qué condiciones de cofinanciación y en qué territorio de España; es decir, fuera de su propia Comunidad. Las quejas recibidas por esa Institución abundan en este sentido y, sin necesidad de ocupar un espacio de este informe con la reproducción de la información circulada entre la Institución y las administraciones responsables de dichos servicios –ver Informe Anual de la Institución de la Defensora del Pueblo de Navarra referente a los años 2001 y 2002 (en elaboración)–, llama la atención la incoherencia del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria con la respuesta dada a dichas quejas desde el Departamento de Salud o el de Bienestar Social o la aplicación misma del citado Plan.

Por último, el Programa de Atención Sociosanitaria a personas con enfermedad mental, incluido en este mismo Plan, marca los objetivos específicos para paliar los déficits de atención que se dan en estos enfermos:

1. Dotar a este colectivo de un número de plazas de carácter residencial en distintas modalidades, que satisfaga las necesidades detectadas.

2. Reordenar la prestación de servicios en el área ocupacional

3. Incrementar el número de recursos en dicha área

4. Mantener el apoyo a la realización de actividades de ocio y tiempo libre, e incrementar el número de personas que se benefician, ampliando las mismas a otras zonas de Navarra.

5. Definir la atención domiciliaria a personas con enfermedad mental, elaboración y puesta en marcha de un proyecto para llevar a cabo en Pamplona y otras zonas de Navarra.

6. Facilitar el ejercicio de acción tutelar a las personas que lo necesiten.

Respecto a las acciones a desarrollar dentro de este Programa de Atención Socio Sanitaria a personas con enfermedad mental, el Plan prevé una amplia relación de ellas, que quedarán recogida en el apartado de este informe relativo a los recursos existentes y su valoración por los pacientes y cuidadores/as.

Se podría concluir que el Plan de la Administración foral para afrontar las necesidades de los enfermos mentales en cuanto a su atención comunitaria estaba bien enmarcado en el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria, con el que se pretendió introducir una mayor racionalidad en cuanto a la planificación del área de salud y evaluar objetivos y precisiones económicas para el área sociosanitaria, responsabilidad de Bienestar Social. Desde su aprobación, las quejas llegadas a esta Institución y los propios informes recibidos

muestran un escenario de continuidad en cuanto a la capacidad de coordinación entre ambos Departamentos responsables de la atención a estos ciudadanos y, hecho el ejercicio de planificación que el Plan representa, la crisis del modelo de atención continúa vigente. La razón no es la falta de referencias teóricas sobre el modelo –abundantes desde diversos prismas y ópticas, sobre todo vinculadas a la propia Administración foral– o, según se desprende de los planes del Gobierno, por la puesta en cuestión teórica de ese modelo de reforma. Es la determinación de los criterios económicos, el modelo de gestión económica, de recursos y responsabilidades desarrollado por la Administración, incluso después de la aprobación del mencionado Plan, lo que pone en cuestión el fundamento de la reforma y, más aún, la capacidad de atención a los enfermos mentales de forma conveniente y la vigilante atención de sus derechos fundamentales.

Las razones ya señaladas –normativas, organizativas…– del espectro sociosanitario y la relativa capacidad de reivindicación social respecto a la atención a estos enfermos está potenciando un esquema de autogestión de ese aspecto sociosanitario de los pacientes con trastornos psíquicos, bien a través de las ayudas económicas que se administran desde el departamento de Bienestar Social de forma graciable o de apoyos privados. Un esquema sobre el que no existen protocolos de gestión y control del destino de las ayudas y la eficacia de los programas subvencionados en un marco de coordinación comunitaria y sanitaria y que es objeto de crítica desde el punto de vista profesional por los riesgos técnicos que presenta, además de los económicos.

La carencia de recursos para la aplicación del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria, que puede ser el punto de encuentro de las diversas competencias y, sobre todo, de inflexión de la asistencia a dichos enfermos, es sustituida por ayudas a demanda, más en la línea del sistema gerencial de la atención a la tercera edad que el debido a la población ya existente de enfermos mentales en Navarra y como criterio de actuación para los nuevos casos, más numerosos y diversos.

3.4.5. PLANTEAMIENTOS DE REFORMA EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A LOS ENFERMOS MENTALES

BASES PARA EL PLAN DE SALUD MENTAL 2000

El documento “Bases para el Plan de Salud Mental 2000” elaborado por la Subdirección de Salud Mental (junio 2000) recuerda que la reforma psiquiátrica en Navarra ha seguido varias fases:

• 1987/1991. Desarrollo y despliegue de los recursos extrahospitalarios y el traslado de las Unidades de Hospitalización del Hospital Psiquiátrico a hospitales generales,

• 1991/1995: Se consolida la Red de Salud Mental y se integra en el sistema sanitario general –transferencias del INSALUD, Ley Foral de Salud, estructura del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea…– según un modelo que aún perdura: Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en los Hospitales/Especializada; el resto –centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Hospital Psiquiátrico– en la red extrahospitalaria vinculada a Atención primaria; los Centros de Salud Mental de Estella y Tudela, en su Área de Salud.

• 1995/1999: Se culmina el desarrollo de recursos sanitarios –infanto–juvenil, rehabilitación– y se cierra el Hospital Psiquiátrico, con lo que se cumplen las previsiones del Plan de Salud Mental de 1986 en el aspecto sanitario, lo que “ha hecho que aflore con toda su crudeza el problema de las necesidades sociales de los enfermos mentales” (pág. 3 del citado documento). También se planifican los recursos sociales de apoyo al enfermo mental y se reconoce (Ley Foral 13/1999 de 6 de abril) la minusvalía derivada de la enfermedad mental como objeto de prestación social.

En su opinión, “puede decirse en líneas generales que se han cumplido las previsiones del Plan de Salud Mental de 1986 en el terreno sanitario, pero no así en el terreno social. La redacción del P.S.M.–2000 debería partir de esta constatación”.

Seguidamente se interroga (julio 2000) sobre cómo imbricar el Plan de Salud Mental 2000 (PSM) que se planea y el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria (PFASS) (aprobado un mes antes, en junio de ese año 2000) –que dedica un capítulo a la enfermedad mental, lo que es calificado como “una ventaja”– y si es posible elaborar un Plan de Salud Mental para el año 2000 que no incorpore lo sociosanitario o, por el contrario, se ha de retirar el capítulo dedicado a la enfermedad mental del citado Plan Sociosanitario y llevarlo al PSM del año 2000. Más aún, suponiendo que ambos planes hubieran de convivir, consideraba una redundancia este hecho y un riesgo que el Plan de Salud Mental pudiera contener mayor detalle y nivel técnico que el Plan Sociosanitario, o incluso que pudiesen ser divergentes en algún aspecto. Asimismo, se preguntaba si el Plan de Salud Mental del año 2000 “correrá el destino del de 1986, que hablaba de necesidades sociales, describía recursos, pero no se autorizó a planificarlos.”

Más adelante, este mismo documento del Departamento de Salud se plantea como objetivos del posible Plan de Salud Mental –que habría de revisar el del año 1986– algunos referidos ya en el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria (junio, 2000), como:

• Criterios de desarrollo territorial y organizativo de las propuestas ("Lo que se adelanta en P.F.A.S.S. –indica– es muy disfuncional")

• Necesidad de definir aspectos cualitativos del P.F.A.S.S., como tamaño de las residencias, naturaleza de los pisos protegidos, patronas, naturaleza de la intervención a domicilio…

• Desarrollo plurianual –"lo que se presenta (el Plan Sociosanitario) es un plan urgente"–

• Como resumen de los puntos anteriores, se concluye que existe una indefinición del liderazgo, criterios técnicos y necesidades de gestión, que se pregunta si ha de hacerse a través del Instituto Navarro de Bienestar Social versus P.F.A.S.S. o el denominado Coordinador Sociosanitario. En su opinión, una vez despejada la vía de coordinación, el Plan de Salud mental debería "de establecer un marco técnico para orientar el trabajo del Coordinador Sociosanitario"

• Extensión del modelo "módulo sanitario/módulo social" implícito en el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria

* Desarrollo del modelo de módulo social/módulo sanitario a áreas no explícitamente contempladas, como recursos psicogeriátricos, atención al retraso mental con problemas comportamentales. A este respecto consideraba que la atención sanitaria a personas con problemas demenciales y otros asimilados debería hacer pensar si este área –Psicogeriatría– debía incorporarse a las directrices técnicas y de gestión de la Subdirección de Salud Mental. En esta situación –no control por parte de Salud– se encontraban el Psicogeriátrico San Francisco Javier –centro de día y plazas residenciales–, las clínicas de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias –centro de día y plazas residenciales– y la Clínica Josefina Arregui de Alsasua –corta estancia sanitaria–, el resto de los centros de día –Alsasua, Pamplona, Tudela…– y plazas residenciales psicogeriátricas, que no tiene relación con la Subdirección de Salud Mental. "No parece una situación que pueda mantenerse largo tiempo", indicaba el documento de referencia.

• Más allá del "módulo sanitario/módulo social":

* Extensión de lo sociosanitario al área laboral

* Inclusión del área educativa en niños y adolescentes

* Estudio de la inclusión de aspectos cualitativos

En resumen, planteaba la incorporación o no de lo sociosanitario al Plan de Salud Mental del año 2000; aprovechar este Plan para dar un tratamiento diferenciado al capítulo "Salud Mental" del Plan Sociosanitario –por ejemplo, (indicaba) un posible instrumento de gestión diferenciado; aprovechar en cualquier caso el Plan de Salud Mental que se proyectaba para precisar y definir criterios de orden técnico en lo recogido por el Plan Sociosanitario; dar la consideración de área clave a la atención a domicilio –por lo indefinido de las propuestas del Plan Sociosanitario y su importancia desde el punto de vista del usuario y de la organización–; incorporación sistematizada o no de lo psicogeriátrico en lo sociosanitario de Salud Mental; extensión de lo sociosanitario a otros servicios de apoyo no sanitarios al enfermo de salud mental –educación, trabajo, justicia/orden público…

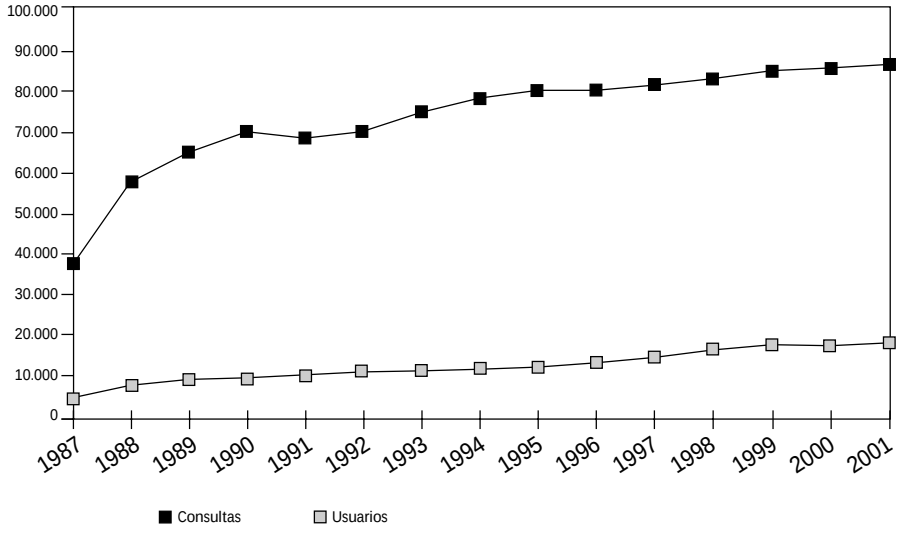
La organización de la atención a los enfermos mentales es, pues, una cuestión ampliamente debatida, al menos desde el arranque de la posibilidad de un Plan de Salud Mental del año 2000, en el seno de la propia Administración. El aspecto más destacado, no obstante, es que esta reflexión interna se producía tras haber sido aprobado previamente el Plan Foral de Atención Sociosanitaria, que generaba una estructura propia para su desarrollo y aplicación y el nombramiento de un director/a responsable de su aplicación y de coordinar la intervención de los Departamentos de la Administración foral que, como indicaba certeramente más adelante este mismo documento, superaban lo sanitario y lo social para entrar de plano en otras facetas, como la laboral, la cultural…

3.4.5.1. LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL

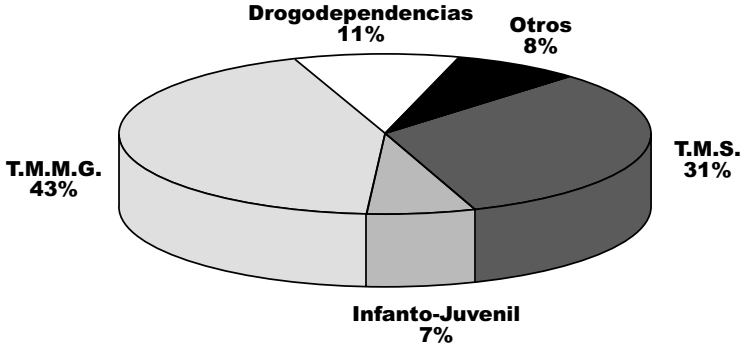
La Red de Salud Mental ha conocido desde su creación un aumento regular e ininterrumpido de usuarios y activad clínica –45% más de usuarios en Centros de Salud Mental entre 1988 y 1992, 431% más entre 1992 y 1998–. No ha habido aumento paralelo de los recursos humanos. Bases para el Plan de Salud Mental 2000[1].

(1) Infome de la Subdirección de Salud Mental, julio 2000.

EVOLUCIÓN USUARIOS Y CONSULTAS EN CENTROS DE SALUD



CLASIFICACIÓN DE LOS USUARIOS DE SALUD MENTAL DE 1988
POR SUS GRUPOS DE DIÁGNÓSTICO



T.M.M.G.: Trastorno mental muy grave.
T.M.S.: Trastorno mental severo

Tras destacar la indefinición en que se mueven los Servicios de Salud Mental –por la complejidad cada día mayor de las enfermedades a atender y la carencia de protocolos clínicos–, define la Red de Salud Mental como caracterizada por "su capacidad de captación/retención y la gestión de la cronicidad como su actividad principal", una situación de saturación y de ausencia de criterios de prioridad, y la interrupción incluso físicamente de la continuidad de cuidados: hay listas de espera en la transición entre Unidades de Hospitalización Psiquiátrica(UHP) y Centros de Salud Mental e indicios de la existencia de un doble circuito según patología –trastornos mentales severos cuya referencia fundamental son las Unidades Hospitalarias Psiquiátricas, mediante el procedimiento de reingresos/puerta giratoria, urgencias e incluso consultas ambulatorias".

El modelo de coordinación de la red que ha de atender los enfermos mentales fue objeto de análisis por un informe del Defensor del Pueblo de España[1] teniendo en cuenta el "principio de continuidad terapéutica". Para los autores del documento de la Subdirección de Salud Mental (año 2000), el modelo navarro correspondería a aquel en el que "los centros de salud mental, que prestan la atención ambulatoria, y las unidades hospitalarias disponen de su propio personal, de modo que el principio de continuidad terapéutica se plasma a través de la coordinación entre ambos dispositivos", para terminar afirmando que "considerada a la luz de la debilidad de la Subdirección de Salud Mental, la situación navarra ha derivado a otra en la que (…) los dispositivos extrahospitalarios y los hospitalarios operan de modo independiente y sin que exista una relación estructurada entre ambos".

A la hora de plantear los objetivos del Plan de Salud Mental del año 2000, se proponía "una red que dé como tarea principal la respuesta asistencial a los trastornos mentales severos y se busque un hueco para gestionar el malestar emocional de los ciudadanos. La situación actual es la contraria: Red que gestiona el malestar emocional y se busca un hueco para atender a los trastornos mentales severos".

Finalmente, este documento planteaba, como propuestas más razonables tras un extenso "viaje" por la realidad de la atención a las personas con trastornos psiquiátricos, las siguientes propuestas:

• Incluir lo sociosanitario y lo psicogeriátrico, lo que permitiría una concepción más exhaustiva de la Salud Mental y más acorde con la opinión pública –que tiende a no distinguir entre servicios sanitarios/sociales y considera los problemas de demencia dentro de la salud mental. El principal objetivo, por tanto, del Plan de Salud Mental 2000 sería constituir una red de servicios integrados de Salud Mental. En realidad –indica– es lo mismo que proponía el Plan de Salud Mental de 1986, pero que no se llegó a realizar.

• Determinar la misión de la Red de Salud Mental y estructurarla en servicios, a fin de aproximar los servicios sanitarios de Salud Mental al modelo de atención especializada

• Crear una instancia de gestión diferenciada de Atención Primaria –Dirección de Salud Mental u otra–

• Conseguir cambios cualitativos en el estilo de trabajo de los centros, perceptibles desde el punto de vista del usuario/consumidor (plan individualizado para los casos graves, continuidad de cuidados, gestor de casos).

A la hora de finalizar este Informe Especial, no se tiene constancia de que la Administración Foral haya aprobado ese estudiado Plan de Salud Mental 2000 que habría de ser "también, y obligatoriamente, una revisión del P.S.M.–86, y (…) un análisis crítico del despliegue de servicios de la actual red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud, desde el punto de vista de las funciones que tiene encomendadas o, si se prefiere, del punto de vista del paciente/usuario/consumidor".

No obstante, pasada la fecha del año 2000, inicialmente prevista para la elaboración del citado Plan de Salud Mental, la Administración de la Comunidad foral aprobó varios decretos de reforma de la estructura del Servicio Navarro de Salud que afectaban de una u otra forma a la atención que desde el Departamento de Salud se presta a los enfermos mentales para, finalmente, el 22 de noviembre del pasado año 2002, presentar en rueda de Prensa un Decreto Foral por el que se reorganizaban dichos servicios, desaparecía la actual Dirección General de Atención Primaria y Salud Mental para denominarse exclusivamente Dirección General de Atención Primaria y se reestructuraban los servicios de Salud Mental.

(1) Madrid, 1991.

3.4.5.2. LA REFORMA DE SALUD

La incidencia de la atención y detección de los posibles trastornos psíquicos a través de la estructura de la Dirección general de Atención Primaria y Salud Mental, así denominada aún, ha sido, es importante y, probablemente, lo seguirá siendo en un futuro dado el incremento de casos, diversidad del tipo de trastornos y eficacia de los tratamientos y condicionantes sociales. Esa repercusión sobre el conjunto de la atención a ciudadanos que acuden a los centros de Salud y a la atención especializada se analiza con preocupación en el ámbito sanitario, por la modificación de la atención general a los pacientes que se produce entre los propios servicios médicos.

Una supuesta categoría de "enfermos banales" ha ido creciendo en los últimos años, como consecuencia de los procesos de transformación de la estructura familiar y otras razones de índole social y económica. Y la atención a esta denominada "enfermedad banal" (sintomatología que no se suele corresponder con una razón de trastorno real) ha generado en los últimos años un incremento del número de personas atendidas desde el área de Salud Mental y una situación de atención preferente a estos pacientes, dada su baja complejidad durante la continuidad de los tratamientos. Así, la conjunción de ambos factores –incremento del número de "pacientes banales" y mayor dedicación a estos– requería hace tiempo una reforma del sistema sanitario de atención a la Salud Mental desde los criterios de atención a estos pacientes, el incremento de la capacidad de atención y el incentivo profesional de la atención especializada.

Aunque el Plan de Salud Mental del año 2000 no vio la luz, el posteriormente aprobado Plan de Salud de Navarra 2001/2005 planteaba una dedicación mayor de la asistencia especializada en Salud Mental a las patologías moderadas y a las más graves y que, por su parte, la Atención Primaria resuelva los casos leves, que constituyen el mayor número de atenciones.

Consecuencia de esa previsión del Plan de Salud, entre otras razones, fue un primer Decreto Foral[1], en el que se introducían modificaciones de la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea en algunos apartados de la red de Salud Mental. Más recientemente, el Departamento de Salud presentó públicamente el borrador del citado Decreto Foral "por el que se reorganizan los centros y servicios asistenciales de Salud Mental dependientes del Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea", que sentaba el principio de una organización de la Red de Salud Mental independiente de la de Atención Primaria, gestionada de forma autónoma en el ámbito de la Asistencia Especializada y orientada a la gestión clínica del proceso asistencial, según el texto conocido en noviembre de 2002.

Además de crear una Dirección Técnica única en la Red de Salud Mental, que habría de encargarse de "definir los trastornos mentales graves que han de ser objeto de atención especializada y prioritaria en los centros de salud mental, así como las que han de ser objeto de asistencia en los centros de atención primaria", incorporaba a las actividades de atención primaria "el diagnóstico temprano de la enfermedad mental"; proponía la creación de la figura de un jefe de Servicio de Salud Mental, responsable de la "dirección, organización y gestión de los centros de salud mental extrahospitalarios", así como el "análisis y propuesta de las necesidades de recursos a los centros de salud mental extrahospitalarios" y, seguidamente, de la "coordinación con el Plan de Atención Socio–Sanitario y con el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud en lo referente a las prestaciones sociales".

La responsabilidad y actuación de la Atención Primaria en la detección de trastornos psiquiátricos y su tratamiento en los casos menos graves ya ha sido objeto de estudio[2] con anterioridad en diversas ocasiones desde el punto de vista de la casuística, es decir, porcentaje de usuarios de los servicios médicos que presentan diversos tipos de trastorno mental, y de la capacidad real de dichos servicios para detectarlos. Todo ello con la evaluación en paralelo de la atención comunitaria en salud mental a los pacientes mentales crónicos, como perspectivas complementarias de un mismo proceso –el del enfermo y su enfermedad y el de la eficacia de los servicios en su capacidad de adaptación a la evolución de la enfermedad–, porque ello ha de tener una clara incidencia en la estructura de los servicios de atención, los procesos y los resultados. De hecho, esa evaluación constituye en estos momentos, junto a la extensión de los servicios comunitarios, uno de los aspectos de mayor interés –reto, se podría decir– desde el comienzo de la reforma psiquiátrica.

(1) D.F. 63/2002, de 25 de marzo.
(2) E. Álvarez Gálvez y M.D. Crespo Hervás, 2002.

Conviene recordar que, según los estudios realizados, alrededor de un 25% de los pacientes, es decir, uno de cada cuatro atendidos por los médicos de familia, presentan algún trastorno psicopatológico, especialmente de tipo depresivo o ansioso[1] y que el médico de cabecera es habitualmente el primero en tomar contacto con la mayor parte de estos pacientes. Por ello, su aceptación, reconocimiento y formación respecto a la psiquiatría son puntos básicos en el establecimiento de una adecuada relación médico–enfermo y en la buena marcha de la salud general.

Aun así, los mismos estudios ponen de manifiesto que existe un evidente infradiagnóstico de estos trastornos en la asistencia primaria. Pero si son igualmente claras las ventajas de establecer este diagnóstico en el punto más cercano a la vida del paciente, es igualmente importante que el médico de familia sea capaz de reconocer de forma precoz la patología psíquica. Son muchas las ocasiones en que el único que va a tener acceso a esta patología es el médico en el Centro de Salud.

Datos de 1996 ya hacían afirmar que las sociedades industrializadas modernas han de contar con que al menos el 57% de los varones y el 72% de las mujeres padecerá a lo largo de su vida algún trastorno mental importante y grave el 6% de los hombres y el 15% de las mujeres. De ahí que sea importante establecer cómo se detectan y atienden desde una primera instancia dichos trastornos, desde la Atención Primaria, si ésta ha de actuar en este sentido como primera relación con el paciente. El médico de familia –como concepto general– se encuentra frente a una situación incuestionable: los trastornos psicopatológicos, casi siempre enmascarados[2], son muy frecuentes entre los pacientes que acuden a la consulta reclamando ayuda, aunque habitualmente no sepan canalizar bien su demanda.

A la hora de cerrar este Informe Especial, aún no se ha aprobado el mencionado proyecto de Decreto Foral planteado por el Departamento de Salud. No obstante, el planteamiento sobre una posible reforma de los servicios de Salud Mental, de producirse, debería tener en cuenta estos aspectos –la capacidad profesional para la detección y la incidencia de este tipo de pacientes en la globalidad de la atención–. La más adecuada atención desde la red de Salud Mental a los enfermos de gravedad moderada o más graves, trasladando a la Atención Primaria la primera posibilidad de diagnóstico, exige, ante todo, recursos humanos e inversión para su capacitación. Lo contrario, sin mejorar especialmente la atención a los enfermos más graves, puede traducirse posiblemente en un ahorro a medio plazo del número de posibles pacientes que, por desasistencia, dejen de acudir a la Atención Primaria a plantear sus posibles problemas de índole psiquiátrica; es decir, la creación de un filtro para aquellos “pacientes banales”, que en esa planteada reforma son trasferidos a la Atención Primaria. La importancia del diagnóstico precoz de los posibles enfermos mentales no se compadece en absoluto con la concepción de una Atención Primaria de alejamiento respecto del ciudadano o la de un sistema de Atención Primaria destinado a aligerar la carga de la red de Salud Mental, que habría de reformarse, para potenciarse, si es insuficiente.

Los criterios económicos forman parte de la eficiencia en la gestión de un sistema de Salud pública. Pero su prioridad sobre otros conceptos fundamentales –como el de servicio público, por ejemplo– incide definitivamente en la eficacia y la calidad de dichos servicios.

(1) Golderb DP. Manual of the GHQ (England). NFER Publishing, 1978.
(2) E. Álvarez Gálvez y M. D. Crespo Hervás, 2002.

4. ASPECTOS JURÍDICOS

4.1. INTRODUCCIÓN: EL MARCO LEGAL SOBRE SALUD MENTAL

Desde el prisma jurídico, el lugar que se reconoce al enfermo mental afecta a distintos aspectos civil, penal y laboral. Al mismo tiempo nos cuestionaremos si se le perjudica o beneficia, según entendamos que el objetivo de la Ley, o quizá de la política de salud pública, sea la inclusión en los diversos ámbitos de la sociedad o la exclusión. Cuestión discutible e incardinada en los propios calificativos que se atribuyen a estos sujetos: incapacitado para votar y hacer testamento, aunque inimputable y por ello menos culpable de un hecho definido como delito; incapacitado para trabajar, aunque con derecho a recibir unos ingresos mínimos.

Entendemos que los derechos de esta población son eficaces y válidos en tanto en cuanto vengan avalados por una serie de garantías, teniendo siempre en cuenta el principio de eficacia a través de la tutela judicial efectiva. En este sentido, los derechos de estos sujetos plantean situaciones complejas y que requieren enfoques multidisciplinares.

4.1.1. MARCO LEGAL ESTATAL Y FORAL

La primera referencia la encontramos en el artículo 14 de la Constitución Española, que consagra el principio de igualdad ante la ley y la no discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social. Evidentemente, esta disposición ha de alcanzar a toda persona que padezca una enfermedad mental.

Por su parte, en el artículo 43.2 de la Constitución Española es donde se establece, como debe corresponder a un Estado social y democrático de Derecho, que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

Hasta 1986, año en que se promulga la Ley General de Sanidad actualmente vigente, la organización psiquiátrica española correspondía aún al modelo benéfico-asilar del pasado siglo. La reforma psiquiátrica que comienza en el mundo occidental a partir de los años 60 tardará todavía más de dos décadas en llegar a nuestra legislación. Así, la reforma psiquiátrica llega a España al tiempo de la reforma global del sistema de salud.

La inclusión de los problemas de salud mental en el Sistema Nacional de Salud afectará tanto a los derechos constitucionalmente reconocidos a los enfermos mentales como ciudadanos de pleno derecho, como a la necesidad de transformar estructuras en aras de dotar de una asistencia sanitaria adaptada a estas nuevas necesidades.

En este contexto, el artículo 6 de esta Ley General de Sanidad (LGS) establece que “serán responsabilidad de las administraciones públicas, entre otras, promover la salud, la educación sanitaria, garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud y promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social”. Es más, dentro de las actuaciones propias de las administraciones sanitarias se recogen expresamente la asistencia sanitaria especializada, los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y la promoción y mejora de la salud mental. El marco en el que se han de llevar a cabo estas actuaciones contará con los siguientes elementos: financiación pública, cobertura universal y gestión pública tendente a la descentralización.

Por otro lado, y en referencia a los derechos reconocidos al enfermo, la Ley General de Sanidad recoge en su artículo 10 una serie de derechos con respecto a las prestaciones sanitarias. Aunque se produzca una limitación en la capacidad decisoria o incluso un desplazamiento en la persona que ha de tomar las decisiones, el sujeto enfermo mental sigue siendo titular de derechos.

En este sentido, dentro del ámbito de Navarra, resulta de especial importancia la Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre, de Salud, cuyo artículo 5 enumera los derechos de los ciudadanos de la Comunidad Foral, siendo de especial importancia el derecho a “la cobertura sanitaria de los regímenes de la Seguridad Social, así como a la prestación sanitaria de la psiquiatría”. “La Administración sanitaria de la Comunidad Foral podrá establecer prestaciones complementarias que serán efectivas previa programación expresa y dotación presupuestaria específica y tendrán por objeto la protección de grupos sociales con factores de riesgo específicos, con especial referencia a la salud laboral”.

Se ha de tener en cuenta que la norma básica sobre salud mental es el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, con el acierto de incluir en una norma de rango legal un apartado específicamente dedicado a la salud mental. Por la oportunidad y concreción de este precepto procedemos a enunciarlo para que nos permita contextualizar la situación actual del enfermo mental bajo el amparo de una regulación de clara tendencia extrahospitalaria y de integración del paciente en su entorno comunitario. El artículo 20 de la Ley

General de Salud se expresa en los siguientes términos: “Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzca al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la adecuada coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general”.

A tenor de los artículos 53, 54 y 58 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento Foral, le corresponden a Navarra las facultades y competencias sobre sanidad e higiene que ostentaba en virtud de sus derechos históricos a la entrada en vigor de la referida Ley, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior e higiene y seguridad social, y la ejecución de la legislación del Estado en materia de establecimientos y productos farmacéuticos. Es necesario precisar que, junto a las bases en sanidad interior, el Estado ostenta también los títulos competenciales de “coordinación general de la sanidad” previsto en la Constitución (artículo 149. 1. 16 CE) y “alta inspección” en la materia (artículo 53.3 LORAFNA).

Dentro de este ámbito foral, es posible tener en cuenta una serie de normas, comenzando desde el propio Amejoramiento, que garantizan de una manera u otra derechos y libertades del enfermo mental. En un elenco no cerrado, destacan las siguientes: el Acuerdo de 2 de julio de 2001, que aprueba el Plan de Salud de Navarra para el periodo 2001-2005; la Ley Foral 13/1999, de 6 de abril, que regula el régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”; la Orden Foral 35/1999, de 29 de enero que crea la Comisión Asesora de Técnica de Salud Mental Infanto-Juvenil; la Orden Foral 129/1996, de 11 de junio que crea el Comité de Expertos en Salud Infanto-juvenil, entre otra normativa.

4.1.2. MARCO LEGAL INTERNACIONAL

La Convención de Alma-Ata, celebrada en 1978 en la capital de la República de Kazajstán, convocada conjuntamente por la OMS y UNICEF, será el marco en el que se plasme una Declaración en la que se establecen como objetivos principales el promover el concepto de atención primaria, evaluar la situación de la salud y la asistencia sanitaria en el mundo. Se establece en esta Convención una definición de atención primaria en salud que consideramos básica y en torno a la cual existe un consenso amplio: Así, se entiende como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso de permanente asistencia sanitaria (Alma-Ata, 1978, punto VI) .

Desde esta nueva concepción surgida de Alma-Ata se establece un Sistema Nacional de Salud, con una atención renovada en la atención primaria en salud que requerirá un nuevo marco legislativo y que se plasmará en el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud y la Ley General de Sanidad de 1986.

Actualmente encontramos toda una serie de recomendaciones y reglamentaciones de carácter internacional ratificadas por el Estado que conciernen a los derechos y libertades del enfermo mental, como son el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos del Hombre y las

Libertades Fundamentales, o las diversas recomendaciones de la Comisión Europea, de Naciones Unidas o del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

En el ámbito comunitario, por su parte, existe una sensibilización cada vez mayor ante estas colectividades y ante la necesidad de apoyar y compensar sus minusvalías. Así, y con arreglo a la letra o) del artículo 3 del Tratado de la Unión, la acción de la Comunidad implica una contribución al logro de un alto nivel de protección de la salud; el artículo 129 del Tratado establece expresamente una competencia comunitaria no exclusiva en este ámbito, en el que la Comunidad contribuye mediante el fomento de la cooperación entre los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando la acción de éstos. En el mismo sentido encontramos la Decisión 1786/2002/CE, de 23 de septiembre relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), la Comunicación de 16 de mayo de 2000, relativa a la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea o la Resolución de 18 de noviembre de 1999 relativa a la promoción de la salud mental.

Con el fin de responder plenamente a las exigencias y expectativas de este ámbito, se estableció la conveniencia de instaurar un sistema comunitario de vigilancia de la salud (Decisión núm. 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002), ya que el Parlamento Europeo, en su Resolución sobre la política de salud pública después de Maastricht, destacó la importancia de contar con información suficiente y pertinente como base para el desarrollo de acciones comunitarias en el ámbito de la salud pública. Uno de los indicadores a tener en cuenta fue la salud mental. Asimismo se consideró conveniente intensificar la cooperación con las organizaciones internacionales competentes, incluidas la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, además de terceros países y las organizaciones no gubernamentales.

Dentro de la legislación comunitaria vemos cómo la Unión Europea también se ha decantado por una estrategia de inclusión del enfermo mental crónico en su lucha contra la exclusión social: la Resolución del Consejo de Ministros de Asuntos Sociales de 29 de septiembre de 1989 recomienda el desarrollo de acciones que favorezcan el acceso a la formación, al empleo, a la vivienda, a los servicios y a la atención sanitaria, así como el Dictamen del Comité Económico y Social de 7 de octubre de 2002 relativo a la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. El Fondo Social Europeo, por su parte, ha contemplado la creación de alternativas laborales para enfermos mentales y el intercambio y formación de profesionales en este ámbito, a través de algunos de sus programas.

4.2. SITUACIÓN CIVIL

Los enfermos psíquicos presentan unos retos sociales evidentes y urgentes, sobre todo en lo que respecta a las modificaciones de la estructura familiar tradicional. En estas situaciones hay tres campos de intervención de las instituciones:

1. El económico: dependiente del Estado. Los subsidios, la asistencia médica, las pensiones (existen diferentes situaciones dependiendo de las Comunidades Autónomas).

2. El social: medidas laborales tendentes a compatibilizar el trabajo retribuido con la vida familiar. Encontramos varios modelos: desde el francés o el sueco, con sus políticas pro-natalistas de ayudas a las madres trabajadoras, al alemán, más conservador, que fomenta la división tradicional del trabajo (hombre trabaja fuera y mujer ama de casa). En la Unión Europea, de todos modos, se están incrementando las medidas financieras para ayudar a la familia. Por su parte, en Gran Bretaña encontramos una mínima intervención del Estado en materia familiar (parece que éste es el modelo que se está expandiendo en el resto de la Europa Occidental, en aras de un liberalismo económico y de la privatización).

En los países mediterráneos (España, Portugal, Grecia) todavía tiene gran importancia la familia en la asistencia de discapacitados. Encontramos poca intervención de los poderes públicos, discontinuidad en las ayudas, dispersión normativa, falta de recursos de todo tipo, mayor importancia de la figura de la mujer como asistente y medidas de autocomposición jurídica para defender los derechos de los necesitados de especial protección jurídica.

3. El jurídico: desde una perspectiva jurídica, el Estado entra en la familia para regular los derechos y deberes de la misma, sobre todo si existe una persona necesitada de especial protección. Pero tanto los poderes públicos como los privados son necesarios en un equilibrio fundamental para promover las condiciones más favorables para estas personas. Baste recordar aquí el artículo 10 de la Constitución en el que se patentiza el Estado social: según el legislador, la familia debe gozar de autonomía para lograr sus propios fines (artículo 27.3, CE. Los padres tienen el

derecho de que sus hijos reciban la formación que estimen oportuna).

4.2.1. INCAPACITACIÓN

Teniendo presente los derechos constitucionales a la libertad (artículo 17 CE) y a la salud, con protección especial a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (artículo 43 y 49 CE) se puede pensar que la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma parcial del Código Civil en materia de tutela, surgió para modificar algunos artículos de la norma de 1889 para obtener una adecuación constitucional.

La incapacidad originada por enfermedad o deficiencia mental admite graduaciones, que debían ser tenidas en cuenta por el Derecho; sin embargo, tales clasificaciones basadas en el grado de incapacidad servirán como reflexión sin llegar a sustituir la observación del caso en concreto.

Al mismo tiempo, la reforma de 1983 estableció los siguientes procedimientos desde el punto de vista procesal:

• El que ha de sustanciarse para la obtención de la declaración de incapacidad.

• El que ha de instarse para la modificación o reintegración de la incapacidad ya declarada.

• El que ha de seguirse en cualquier estado del procedimiento para la adopción de medidas que estime el juez para la protección del presunto incapaz.

La incapacitación se define como un estado civil de la persona física que se declara judicialmente cuando en ella concurre alguna de las causas tipificadas legalmente y que tiene como efecto principal la limitación de su capacidad de obrar y en consecuencia la sumisión a tutela o a curatela (Pedraz Gómez, 1994).

La finalidad de la incapacitación es la protección del incapacitado y de su patrimonio, atendiendo así a los principios constitucionales.

Según el artículo 29 del Código Civil, el nacimiento determina la personalidad, origen de derechos y obligaciones. Esta personalidad se extingue por la muerte (artículo 32, Código Civil). Sin embargo, antes de llegar a este último estadio, los derechos de las personas pueden verse limitados debido al estado de salud mental de las mismas. Afortunadamente, esta restricción no puede practicarse arbitrariamente; así, en virtud del artículo 199 del Código Civil “nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley”. Este artículo responde al principio de legalidad declarado en el artículo 9. 3 de la Constitución.

4.2.2. CAPACIDAD JURÍDICA Y DE OBRAR

La capacidad jurídica se equipara a la aptitud para ser titular de derechos y sujeto de deberes, sin que ello suponga la posibilidad de ejercitarlos directamente, lo cual sólo se da si la persona puede gobernarse por sí misma (artículo 200, Código Civil).

Otro concepto que maneja la legislación, la capacidad de obrar, no es uniforme; el menor de edad podrá realizar escasos actos con valor jurídico. El siguiente escalón, el menor emancipado. tendrá un ámbito de actuación mayor. Por último, la plena capacidad de obrar se alcanza con la mayoría de edad. Sin embargo, esta capacidad de obrar puede ser restringida a aquellas personas que, en virtud de las causas y el procedimiento recogido en el Código Civil, sean declaradas incapaces. Se dice entonces que la persona ha sido incapacitada, suponiendo así la privación de la capacidad de obrar. En caso de no ser una limitación absoluta de la capacidad, es una medida excepcional de protección del incapaz (artículo 210, Código Civil).

4.2.3. CAUSAS DE INCAPACITACIÓN

La legislación civil identifica como “causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma” (artículo 200, Código Civil). El legislador no diferencia entre enfermedad y deficiencia. Lo que es fundamental es que sea persistente. Asimismo, el legislador tampoco profundiza en las causas físicas o psíquicas, puesto que lo que es importante es que impida a la persona gobernarse por sí en el mundo jurídico. En el caso de los menores de edad, éstos podrán ser incapacitados sólo cuando concurra en ellos una causa de incapacitación y se prevea razonablemente que la misma persistirá después de la mayoría de edad.

4.2.4. LEGITIMACIÓN ACTIVA Y PASIVA

Tienen legitimación activa para promover la declaración el cónyuge, quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz. Para suplir o evitar que determinados presuntos incapaces no sean declarados como tales, el Ministerio Fiscal puede, en el desempeño de sus funciones, promover la declaración si las personas mencionadas anteriormente no existieran o no lo hubieren solicitado.

Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

En cuanto a la legitimación pasiva, el legitimado en el proceso de incapacitación será el presunto incapaz, que puede comparecer con su propia defensa y representación (es decir, abogado y procurador). Sin embargo, existe una contradicción ya que, en caso de que la sentencia estime la incapacitación y declare la nulidad de los actos realizados por el entonces incapacitado, supondría la nulidad del mismo procedimiento. Para evitar esta peculiar situación, la Ley de Enjuiciamiento Civil contempla la figura del Defensor judicial del incapaz y, en caso de no ser nombrado, actuará como defensor el Ministerio Fiscal.

4.2.5. PROCEDIMIENTO

Respecto al procedimiento, de acuerdo con el artículo 753 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, núm. 1/2000, de 7 de enero, este proceso se sustanciará por los trámites del proceso verbal. Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

La demanda la pueden presentar las personas citadas anteriormente. En el supuesto de la incapacitación de menores de edad, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

El presunto incapacitado es el demandado en el proceso. Es representado por el Ministerio Fiscal, salvo que éste haya sido quien presentó la demanda, ya que, en este supuesto, se nombra un defensor. El juez oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el juez.

4.2.6. SENTENCIA

La sentencia, en el caso de que declare la incapacitación de una persona, deberá determinar la extensión y límites de la misma, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado. Asimismo, se pronunciará sobre la necesidad de internamiento (artículo 760 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

4.2.7. MECANISMOS DE PROTECCIÓN

Según el artículo 760.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la sentencia que declare la incapacitación nombrará a la persona o personas que, con arreglo a la Ley, hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él.

El artículo 241 del Código Civil establece que podrán ser tutores todas las personas que se encuentren en el pleno ejercicio de sus derechos civiles y en quienes no concurra alguna de las causas de inhabilidad. También se contempla la posibilidad de que sean tutores las personas jurídicas sin ánimo de lucro –asociaciones o fundaciones– (artículo 242, Código Civil), con lo que se abre la posibilidad para que fundaciones tutelares se encarguen de los discapacitados cuando los familiares falten o no puedan hacerse cargo.

Con relación a la guarda y protección de la persona y bienes o solamente de la persona o de los bienes de los incapacitados, se realizará, en los casos que proceda, mediante:

• La tutela (artículos 222-285, Código Civil).

• La curatela (artículo 286-298, Código Civil).

• El defensor judicial (artículos 299-302, Código Civil).

Las resoluciones judiciales sobre los cargos tutelares y de curatela habrán de inscribirse en el Registro Civil, según el artículo 218 del Código Civil.

El tutor se encarga de la representación legal del enfermo incapacitado, que carece de capacidad de realizar actos con validez jurídica. Así, los daños ocasionados por el enfermo incapacitado deben ser reparados por el tutor, ya que éste responde por culpa in vigilando, según el artículo 1903 del Código Civil, salvo que demuestre que obró con la diligencia exigible a su cargo, en cuyo caso no responde con sus propios bienes, sino con los del incapacitado.

Según sentencia del Tribunal Supremo de 23 de noviembre de 1981, el tutor, al representar al incapacitado (artículo 267 Código Civil), cobra una función semipública que le obliga a no desistir o renunciar a sus funciones. Por tanto, el tutor debe representar al incapacitado en cuantos juicios posteriores pudieran sobrevenir (Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 1986). Cuando el tutor fallece, debe promoverse por los familiares más cercanos un cambio de tutor, cosa

que resulta mucho más fácil que el inicial proceso de incapacitación.

Respecto a la curatela, ésta es una restricción parcial de la capacidad civil, referida normalmente a cuestiones patrimoniales y con efectos limitativos sólo sobre determinados actos, con el fin de proteger su validez y eficacia, sin posibilidad de anulación por efectos subjetivos que afecten a la persona sometida a curatela (Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de diciembre de 1991).

La curatela supone una incapacitación parcial referida únicamente a los actos que se determinen por sentencia, y que habitualmente se plasma en una incapacitación para administrar o disponer de bienes.

El defensor judicial tendrá las atribuciones que le conceda el juez, debiendo rendirle a éste cuentas una vez que concluya su gestión (artículo 299 y siguientes del Código Civil).

También el Código Civil contempla en sus artículos 303 y 304 la figura del "guardador de hecho". Así, en los casos en los que la autoridad judicial tenga conocimiento de la existencia de una persona que está haciendo las veces de guardador de hecho, podrá requerirle para que informe de la situación de la persona y bienes del presunto incapaz y de su actuación con relación a los mismos, pudiendo establecer las medidas de control y vigilancia que considere oportunas.

Para el caso del paciente "semiabandonado" durante años en un centro psiquiátrico, se entiende que aquí será el propio centro su guardador de hecho, ya que no es preciso nombramiento específico como guardador, sino que viene motivado por la situación real que se da.

4.2.8. MODIFICACIÓN DE INCAPACIDAD

A pesar de que la sentencia dé lugar a la incapacitación, se puede interponer nueva demanda para dejarla sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida; para ello no se exige la desaparición de la enfermedad mental, sino únicamente la modificación de las circunstancias que determinaron que la persona no se pudiera gobernar por sí misma (artículo 761.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Estas circunstancias deben sobrevenir con posterioridad a la incapacitación. Por tanto, la incapacitación es una resolución reversible, cuestión de gran importancia dado que las terapias psiquiátricas actuales permiten un pronóstico más favorable con respecto a determinadas enfermedades mentales. Si conforme al artículo 753 de la Ley de Enjuiciamiento Civil las demandas relativas a la capacidad y el estado civil de las personas se resuelven por el procedimiento de juicio verbal, la demanda de modificación de la incapacidad también deberá resolverse por dicho procedimiento. La sentencia que al efecto se dicte determinará la capacidad de la persona y la extinción del régimen de guarda anterior en su caso.

4.2.9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un hecho de gran importancia para cualquier persona enferma, ya que implica la simple aceptación del tratamiento por el paciente una vez recibida la información del médico que le atiende. La jurisprudencia (sentencias del Tribunal Supremo de 22-10-93, 17-1-94 y 25-4-94) ha establecido que "una de las obligaciones exigibles al profesional de la Medicina y que forma parte integrante de la lex artis ad hoc, es la de informar al paciente, o en su caso a los familiares, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento debe esperarse, de los riesgos que del mismo pueden esperarse …".

El consentimiento informado es aplicable también en el ámbito de la psiquiatría, salvo en el supuesto de incapacidad de querer, entender y obrar, en cuyo caso el sujeto no es libre de dar el consentimiento, por lo que la información debe derivarse a los familiares más cercanos o al tutor. Por lo tanto, si el paciente enfermo mental no es capaz de discernir sobre la necesidad de un tratamiento, o incluso un internamiento temporal, será a los familiares, tutores, asociaciones o fundaciones que se encarguen de tal enfermo a los que se les deberá informar de la situación para que den su consentimiento.

4.2.10. INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al juez y, en todo caso dentro del plazo de 24 horas, medida que deberá ratificarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del juez. Éste, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal.

El internamiento psiquiátrico, según la legislación vigente, puede ser:

• Voluntario, en el que sólo se precisa la solicitud firmada por el paciente.

• Involuntario, que a su vez se divide en:

* Urgente, que debe comunicarse en 24 horas al juez;

* No urgente, que requiere una autorización judicial previa

* Penal, como sustitución a la condena o para sujetos presos que enferman.

La regulación del ingreso psiquiátrico ha originado una serie de problemas de ámbito general, que también se manifiestan en la Comunidad Foral:

• Aumento de pacientes psiquiátricos fuera de las instituciones al negarse éstas a su ingreso sin las preceptivas condiciones legales.

• Ausencia de una auténtica infraestructura que soporte la aplicación de esta Ley, por ejemplo la ausencia de una reglamentación sobre los medios de transporte de los enfermos mentales (ambulancia, personal preparado), escasez de médicos forenses suficientemente especializados para peritar los casos psiquiátricos y reglamentaciones específicas en Ayuntamientos.

• Aumento de denuncias a profesionales de salud mental por delitos de amenazas, coacción, falta del deber de custodia, así como las consiguientes responsabilidades civiles y económicas. Este aspecto está perjudicando la relación médico-paciente y el tratamiento.

• Difícil equiparación entre el concepto de urgencia utilizado por el derecho civil y la "urgencia" desde el punto de vista psiquiátrico.

• Dificultades para delimitar las responsabilidades civiles y penales de los profesionales de la psiquiatría respecto al ingreso psiquiátrico.

• El secreto profesional es un problema que ha quedado parcialmente solucionado con la reforma del Código Penal, al efectuarse una regulación en este sentido.

4.3. SITUACIÓN PENAL

4.3.1. IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD

El Código Penal vigente por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, no define imputabilidad en sentido positivo, ya que para el ordenamiento jurídico toda persona mayor de 18 años es imputable. Por tanto se describen aquellas circunstancias que puedan llegar a modificar la imputabilidad. Una definición de imputabilidad es "capacidad de culpabilidad" o "capacidad de actuar culpablemente" (Rodríguez Devesa, 1990).

Del Capítulo II, Título I del Código Penal ("De las causas que eximen de responsabilidad criminal"), en concreto de su artículo 20, se puede extraer el concepto de imputabilidad como la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a esa comprensión. Es novedad del actual Código Penal respecto al anterior que se infiera este concepto no sólo de elementos biológicos, sino también de elementos psicológico-normativos relativos a la capacidad intelectual para comprender la ilicitud del hecho y la capacidad volitiva para determinar la actuación conforme a esa comprensión (Morales Prats, 1996).

La imputabilidad plena parte de dos supuestos básicos: el conocimiento y la voluntad libre, que se reconocen a toda persona que ha alcanzado un desarrollo de su personalidad suficiente para poder responder de sus actos.

Según la sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria, de 20 de marzo de 1990, "…Desde los conocimientos psicológicos, psiquiátricos y sociológicos actuales, resulta evidente que la conducta humana, normal o patológica, individual o grupal, sólo es inteligible cuando se le analiza dentro del contexto socio-cultural en que se da. Parece, así, que el concepto de imputabilidad no puede ser entendido en sí mismo, sino enmarcado en una biografía personal y referido a una estructura social determinada, es decir como la consecuencia de un largo proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento y continúa durante toda la vida con la interiorización de las diferentes exigencias normativas, sociales y jurídicas; cualquier alteración de este proceso socializador, afecte o no afecte a las facultades intelectivas y volitivas, debe ser tenido en cuenta a la hora de formular cualquier juicio de valor sobre el comportamiento de una persona".

4.3.2. CIRCUNSTANCIAS MODIFICATIVAS DE LA RESPONSABILIDAD

El Código Penal enumera una serie de circunstancias modificativas de la responsabilidad que tienen origen psicológico o biológico. Algunas de estas causas eximentes de la responsabilidad criminal, según el artículo 20 del Código Penal, que tienen relación con la enfermedad mental, son:

• Cualquier anomalía o alteración que impida comprender la ilicitud del hecho al actuar conforme a esa comprensión.

• El trastorno mental transitorio no buscado con el propósito de cometer el delito, cuando no se hubiera previsto o debido prever su comisión.

• Sufrir alteraciones de la percepción desde el nacimiento o infancia que alteren gravemente la conciencia de la realidad.

• El que obre impulsado por un miedo insuperable.

También se contemplan atenuantes de la responsabilidad criminal (artículo 21, Código Penal):

• Todas las causas anteriores, cuando no concurran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad.

• La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

En definitiva, para que a una persona se le pueda imputar la comisión de un hecho calificado como delito por el Código Penal tiene que cumplir una serie de condiciones (Gisbert Calabuig, 1983):

• Un estado de madurez mínimo, fisiológico y psíquico.

• Plena conciencia de los actos que realiza.

• Capacidad de voluntariedad.

• Capacidad de libertad.

Al comparar el perfil de persona que estamos estudiando, con enfermedad mental en situación extrahospitalaria, con los requisitos que el Código Penal contempla para considerar a una persona imputable, podemos afirmar que sería complicado encontrar a una persona diagnosticada enferma mental como madura, con plena conciencia, voluntad y libertad. Aun así, se dan casos en que la enfermedad mental se valora como atenuante o eximente y el inculpado cumplirá en un centro psiquiátrico esa pena impuesta.

4.3.3. TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

El trastorno mental transitorio, que se cita tanto entre las causas eximentes como entre las atenuantes, ha sido definido por la jurisprudencia y sintetizada por Gisbert Calabuig del siguiente modo:

• Que haya sido desencadenado por una causa inmediata y fácilmente evidenciable.

• Que su aparición haya sido brusca o, al menos, rápida.

• Que su duración haya sido breve.

• Que cure de forma igualmente rápida, por una curación completa, sin secuelas y sin probabilidades de repetición.

• Que haya surgido sobre una base patológica probada en el sujeto que se manifestó.

• Que la intensidad del trastorno mental sea origen de una anulación completa para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa compresión, no siendo suficiente la mera ofuscación.

En los casos de una persona que ha cometido un delito en un momento de trastorno mental, el informe del facultativo que le está tratando será el que determine la intensidad y el origen del trastorno, que bien podría ser espontáneo o buscado a propósito para delinquir.

4.4. SITUACIÓN LABORAL

4.4.1. MARCO LEGAL

Según el artículo 49 de la Constitución, “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos”. En este sentido, el artículo 49 relaciona claramente las políticas sanitarias con las sociales, exigiendo una coordinación y coherencia entre ambas. Es, asimismo, evidente que el principio de igualdad tiene que quebrar con estos colectivos (Arechederra, 1995). Si bien se prohíbe la discriminación negativa, no la positiva en aras de reducir las distancias entre los discapacitados y los que no lo son.

Respecto a esta política de integración, el marco constitucional (artículo 49 C.E.) determina que serán los poderes públicos los que velen por la integración social de los minusválidos.

Desarrollan este derecho también la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales, en sus artículos 25, 26 y 27, la Ley 22/1992, de 30 de junio, de fomento del empleo de personas incapaces; el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en su disposición adicional segunda; el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en Centros Especiales, modificado más tarde por el Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo y la Ley 13/1982, de 17 de abril de integración social de minusválidos (USMI), con su posterior desarrollo en el Real Decreto 1451/1983.

Esta última ley considera minusválida a aquella persona que no se puede adaptar o integrar a causa de una deficiencia física o psíquica. Al amparo de la misma, y teniendo en cuenta que las políticas pasivas (subsidios) no son tan interesantes como las activas, se crean los centros ocupacionales de empleo y se pueden establecer políticas de integración laboral de este colectivo.

4.4.2. DISCAPACIDADES: CONCEPTO

Incluso una simple lectura sobre esta cuestión, obliga a tener cuenta progresos como los establecidos por la Orden de 8 de mayo de 1970, en la que desaparece el término "subnormal". Actualmente, la legislación utiliza los términos discapacitado o disminuido. Para determinar las limitaciones laborales como para fijar el derecho a percibir determinadas prestaciones, se efectúa una clasificación conforme al grado de incapacidad que se padezca, entendiéndose ésta como la desventaja que tiene un individuo para poder desenvolverse autónomamente.

4.4.3. GRADOS DE INCAPACIDAD Y VALORACIÓN DE LAS MINUSVALÍAS

La Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 136, distingue entre modalidad contributiva y no contributiva para los casos de incapacidad, según se refiera a la situación laboral de la persona. En la modalidad contributiva se requiere tener la condición de trabajador y que, tras sufrir accidente o enfermedad, haya sido dado de alta médica, presentando reducciones anatómicas o funcionales graves que disminuyan o anulen de forma definitiva su capacidad laboral.

La ley establece la posibilidad de la incapacidad temporal para los casos de enfermedad común o profesional y accidente mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos se puede dar el alta médica por curación (artículo 128). También regula, respecto de los trabajadores, las declaraciones de incapacidades permanentes en sus distintos grados (artículo 137):

- Incapacidad permanente parcial
- Incapacidad permanente total
- Incapacidad permanente absoluta
- Gran invalidez

La calificación de los distintos grados de incapacidad permanente laboral se determina en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo teniendo en cuenta la profesión que ejercía el interesado o el grupo profesional en que se encuadraba.

Asimismo, contempla la situación de minusvalía de otras personas ajenas al ámbito laboral, en la modalidad denominada no contributiva (artículo 136.2). En tales casos, la calificación del minusválido y la valoración de los distintos grados de minusvalía se realiza, según la Orden de 8 de marzo de 1984, por equipos multidisciplinares. En esta situación se encuentran, según el artículo 144 de la Ley General de la Seguridad Social, los mayores de dieciocho y menores de sesenta y cinco, residentes, afectados por una minusvalía o enfermedad crónica de al menos el 65% de grado de invalidez y que carezcan de renta suficiente según los criterios del artículo 145 de la Ley General de la Seguridad Social. El Real Decreto 4/1999, de 8 de enero, incluye como minusválidos a todos los que tengan una minusvalía de al menos el 33% para el trabajo (capacidad de rendimiento), 33% de disminución de capacidad física ó 33% de disminución en su capacidad laboral.

4.4.4. PENSIONES CONTRIBUTIVAS Y NO CONTRIBUTIVAS

Las pensiones contributivas se regulan en los artículos 138 a 143 de la Ley General de la Seguridad Social, en los que se definen los beneficiarios, tipo de prestaciones, bases reguladoras y otros elementos que configuran el derecho a la prestación.

Respecto de la modalidad no contributiva, los artículos 144 a 149 de la misma ley regulan los elementos esenciales del derecho a la prestación. En este sentido, interesa destacar que la cantidad de la pensión es fija y compatible con el trabajo remunerado (artículo 147 de la Ley General de Seguridad Social). Estas pensiones no son vitalicias, pues cada cierto tiempo pueden ser investigadas por la Seguridad Social y retiradas en el caso de que la renta del beneficiario haya crecido superando unos coeficientes determinados. Por su parte, otras prestaciones por minusvalía son compatibles con las pensiones no contributivas.

4.4.5. LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE MINUSVÁLIDOS

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos, tiene una doble orientación perfectamente aplicable al grupo que nos ocupa, a saber:

A) La integración en un sistema ordinario de trabajo (normalización)

B) La incorporación del minusválido al sistema productivo

A) La integración en un sistema ordinario de trabajo.

Como se puede apreciar, minusvalía, enfermedad mental y empleo tienen una conexión evidente. Desde la normativa legal se estima necesario tratar de equilibrar, en lo posible, las oportunidades de acceso al empleo, tanto de las personas libres de minusvalías como de aquellas que las padecen. Sin embargo, en este mismo sentido, el desempleo y las dificultades para acceder y mantener un trabajo constituyen dos de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos mentales crónicos, dificultando notablemente su proceso de ajuste e integración social (Iraurgi, 1997).

Los discapacitados enfermos mentales, según esta regulación, pueden emplearse en tres ámbitos: los centros ocupacionales, los centros especiales de empleo y la empresa ordinaria.

Los centros ocupacionales se destinan a recuperar la capacidad laboral de la persona con minusvalía a través de la organización de recursos que ofrezcan programas y actividades de rehabilitación vocacional-laboral. En estos centros la actividad productiva es secundaria, siendo la finalidad principal el tratamiento.

Este marco, en el que se enfatiza el tratamiento, cambia en los centros especiales, también llamados de empleo protegido, y en la empresa ordinaria, donde la producción es, evidentemente, el fin principal. De todos modos, hay que tener en cuenta que el desempeño de una actividad laboral posee un significado altamente normalizador para el enfermo mental crónico ya que proporciona al mismo una estructura básica para la integración social (Iraurgi, 1997). En este sentido, el Estatuto de los Trabajadores, por su parte, ampara al minusválido en su artículo 4, prohibiendo su discriminación siempre que puedan realizar mínimamente el trabajo encomendado.

B) La incorporación del minusválido al sistema productivo.

Por otro lado, y respecto a esta opción de contratación del enfermo mental en empresa, en principio se exigen más formalidades, controles y requisitos más rígidos para contratar a una persona minusválida que para una que no lo es, recogiendo así el contenido que ampara, entre otros, al enfermo mental en el artículo 49 de la Constitución Española. Los empresarios son beneficiados por las subvenciones como incentivo a la contratación. Con esta medida se trata de favorecer al empresario y al enfermo, ya que se incentiva la contratación a jornada completa e indefinida. Si sólo se contrata a media jornada, la subvención también queda recortada a la mitad. Así, existen subvenciones para los empresarios y bonificaciones para las cotizaciones a la Seguridad Social. En este sentido hay que tener en cuenta que la Ley de Presupuestos del Estado para 2002 bonificaba a empresas que contraten trabajadores minusválidos que puedan desempeñar actividades laborales, con una reducción de hasta el 75% de la cuota de Seguridad Social exigible.

Otro tipo de contrato que recibe un trato favorable cuando se destina a la población que nos ocupa y que entraría en el ámbito de la justificable discriminación positiva, es el contrato de formación, ya que puede durar hasta 4 años, en lugar de los 3 años fijados para los trabajadores no minusválidos. Este trato favorable también se refleja en que, para la contratación del enfermo mental bajo esta forma, no se tiene en cuenta el límite de edad, mientras que para los no minusválidos se ha de contratar a personas entre los 16 y los 25 años. Además, se trata de un contrato bonificado.

El contrato en prácticas también es favorable, ya que los plazos son mayores que los establecidos para población sin minusvalías. Tras la obtención del título, el periodo de prueba se llama tiempo de adaptación, con lo que apreciamos que el legislador ha querido dulcificar incluso la nomenclatura adaptándola a las situaciones especiales de los enfermos mentales.

Los incentivos de rendimiento no se pueden imponer a los minusválidos si pueden redundar en su contra. Es más, se justifica la contratación a bajo rendimiento, ya que el trabajador puede ausentarse para cursos de rehabilitación, formación, etc., sin ninguna reducción salarial. Ahondando más en esta idea, el trabajo a tiempo parcial es muy adecuado para enfermos mentales que necesitan tiempo suplementario para su tratamiento. Por el contrario, las horas extraordinarias quedan prohibidas.

Otra posibilidad que se establece es el contrato a domicilio. Sin embargo, pese a parecer apropiado para determinados casos, si se trata de disminuidos psíquicos se prohíben estos contratos ya que se considera necesario que esta población trabaje fuera de su domicilio y un profesional se encargue del seguimiento (artículo 7.3 del Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo, por el que se modifica el RD 1358/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los centros especiales de empleo).

Es de particular importancia el seguimiento individualizado y la tutela en casos en los que el enfermo mental se inserte en el ámbito laboral de la empresa. Este seguimiento ha de producirse tanto con relación al trabajador discapacitado como al empresario, por si pudieran producirse problemas entre ambos.

5. NECESIDADES SOBRE RECURSOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS

5.1. NECESIDADES RESPECTO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA

El 12,7% de las cuidadoras recibe atención a domicilio[1], un 20,5% acude a un centro de ocio y un 40,2% acude a un centro laboral/ ocupacional/especial de empleo y de la amplia relación de servicios comentados durante la investigación respecto a recursos posibles, el 80% responde afirmativamente a la presunta de si, como cuidadora/or, necesitaría en un futuro alguno de los servicios que se le mencionaban. De entre los posibles, destaca la respuesta afirmativa sobre su necesidad en cuanto a atención a domicilio (49%), asesoramiento familiar (45,7%), centros de día (38,%), clubs de ocio (47,4%), centros laborales (43,4%), hospitales de día (43,%), centros de internamiento (44,9%), servicios de guardia CSM (45,8%), pero especialmente apoyo en crisis (59%), y residencias (51,9%), lo que es un claro indicador de cuáles son las principales necesidades de quienes cumplen la labor de apoyo fundamental a los enfermos mentales en el ámbito comunitario.

En el ámbito sanitario, el 26,3% de las cuidadoras/es cita el problema de las listas de espera en los servicios de Salud Mental como dato más destacado, junto a una excesiva burocracia (23,6%), tiempo limitado de consulta (23,4%) y falta de medios para ayudarle (25,2%). En estos casos, una opinión bastante extendida (30% de los consultados) es que el personal especializado se desentiende del problema o no se explica suficientemente. No obstante, el 42,8% de los encuestados/as considera que no se considera bien informado por los profesionales que tratan a la persona enferma, mientras que el 65,5% opina que sí está bien atendido en este aspecto de la información.

Desde el punto de vista de las organizaciones de cuidadoras/es, el desarrollo de la atención al colectivo de enfermos mentales ha de hacerse a través de una Ley Foral, a diferencia del tratamiento dado al Plan Foral de Atención Socio Sanitaria –documento aprobado por Consejo de Gobierno sin tramitación parlamentaria– de forma que dicha Ley especifique el campo de acción, los instrumentos, las responsabilidades, recursos y financiación, así como el desarrollo de un Plan Integral de Atención (de carácter trienal) a las personas con enfermedad mental, con atención preferente a los enfermos crónicos.

En el área residencial, este colectivo de familiares plantea la creación de pequeñas residencias bajo responsabilidad directa de la Administración foral: 25 plazas fijas, más 5 de respiro, en Pamplona y comarca (2), Ribera, Zona Norte y Zona media; 50 plazas en pisos tutelados distribuidas por zonas de Navarra y su aumento progresivo por zonas según las necesidades que se detecten.

Respecto al área laboral/ocupacional, reclamaban ya en el año 2000 el incremento de 150 plazas según lista de espera en ese momento, plazas destinadas en recursos laborales y ocupacionales en centros propios o concertados; el desarrollo de programas de empleo con apoyo del Servicio Navarro de Empleo que cubran la demanda de aquellas personas con posibilidades de asumir un puesto de trabajo en empresas normalizadas; y la reserva directa de puestos de trabajo en los programas de empleo de los Ayuntamientos, mediante la firma de convenios.

El área de ocio y tiempo libre debía asumir un aumento progresivo de los programas en marcha, ante la necesidad inmediata en cuanto a locales, personal especializado y recursos económicos que ha colapsado este programa; la incorporación de programas de gimnasia y deporte adaptado para la población joven que no desarrolla ninguna actividad, lo que conlleva un declive físico importante; desarrollo de programas de ocio y tiempo libre exclusivos para fines de semana y festivos.

Finalmente, en cuanto al área de atención domiciliaria, los/las cuidadores/as entienden que es urgente la definición de este programa, más allá de lo previsto de forma genérica en el Plan Sociosanitario, la necesidad de que esté vinculado a Salud Mental y que incluya el acompañamiento comunitario en los traslados de las personas crónicas.

(1) F. Bartolomé de Carranza, 2000.

5.2. NECESIDADES PLANTEADAS POR LAS CUIDADORAS EN ENMIENDAS AL PLAN FORAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

5.2.1. ÁREA RESIDENCIAL

En este apartado, el planteamiento de las cuidadoras es muy explícito: Demandan residencias ("no camas manicomiales reconvertidas"). En síntesis, estas son sus demandas:

• Creación de pequeñas residencias de carácter público	25 plazas fijas 5 plazas de respiro Zona norte Zona media	Pamplona y comarca (2) Ribera
• Pisos tutelados	50 plazas Incremento por zonas según necesidades	Zonas de Navarra

5.2.2. ÁREA LABORAL/OCUPACIONAL

• Creación de plazas según lista de espera año 2000 para recursos laborales y ocupaciones en centros propios o concertados: 150 plazas.

• Programas de empleo con apoyo desde el Servicio Navarro de Empleo para personas con posibilidades de asumir un puesto de trabajo en empresas normalizadas.

• Reserva directa de puestos de trabajo en los programas de empleo municipales, mediante la firma de convenios.

5.2.3. ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

• Debe incluir el acompañamiento comunitario en los traslados de los enfermos crónicos.

• Vinculada a Salud Mental.

5.3. NECESIDADES RESPECTO DE LA ACTUACIÓN SANITARIA

Las necesidades planteadas en este ámbito abarcan a la atención continuada, la especializada y las necesidades en materia de coordinación y creación de referencias estables para la población. Así, consideran necesaria la apertura de al menos tres centros de Salud Mental para atención de urgencias por las tardes, formación de un equipo de intervención comunitario para urgencias psiquiátricas, apoyo psicológico programas individualizados de pautas de comportamiento para el enfermo, las personas cuidadoras y su entorno familiar, seguimiento de los procesos de rehabilitación/integración sociolaboral y educativa y, finalmente, constitución de equipos multiprofesionales de valoración y evaluación de actuaciones y tratamientos por zonas básicas de salud o, en todo caso, por zona básica de Salud Mental.

Sobre la atención especializada, proponen la reestructuración de las unidades de agudos (corta, media y larga estancia); formación de auxiliares y enfermeras en salud mental; atención preferente de los enfermos mentales en consultas de especialidades e incorporación de profesionales de neuropsiquiatría y neurobiología a la plantilla de profesionales de la salud mental.

5.3.1. ACTUACIONES SANITARIAS

• Atención Primaria/ Red de Salud Mental	Utilización de la red a tiempo completo
– Atención continuada y de urgencia	Apertura de al menos 3 C.S.M. para urgencias (hasta 22 horas)
	Formación de equipo de intervención comunitario para urgencias psiquiátricas
	Apoyo psicológico al enfermo
	Apoyo a las personas cuidadoras y entorno familiar
	Programas individualizados de pautas de comportamiento para el enfermo y su entorno familiar

	Seguimiento de los procesos de rehabilitación/integración socio-laboral y educativa
	Constitución de equipos multiprofesionales de valoración y evaluación de actuaciones y tratamientos por zonas básicas de Salud o, en todo caso, por Zona Básica de S.M.
– Atención Especializada	Reestructuración de las Unidades de Agudos (corta estancia, media estancia y larga estancia)
	Formación de auxiliares y enfermeras en Salud Mental
	Atención preferente de enfermos mentales en consultas de especialidades
	Incorporación de profesionales de neuropsiquiatría y neurobiología a la plantilla de profesionales de la S.M.
– Organización de la atención	Organización por zonas sanitarias: agilización de trámites, formación e información ágil, especialmente respecto a crónicos jóvenes.

5.4. LOS RECURSOS SEGÚN EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, JUVENTUD Y DEPORTE

A fin de contar con datos suficientemente contrastados por parte de la Administración foral, para la elaboración de este Informe Especial se solicitó al Departamento de Bienestar Social, Juventud y Deporte la información respecto a los siguientes capítulos de su gestión en la atención a los enfermos mentales de la Comunidad foral:

1. Recursos y actividad económica de los Servicios Sociales respecto a la atención a los enfermos mentales

2. Movimiento asociativo:

a. Situación actual

b. Evolución 2000/2002

c. Recursos humanos

d. Beneficiarios:

i. Relación de Asociaciones, instituciones o entidades colaboradoras con el Gobierno de Navarra en cuanto a la atención sociosanitaria de los enfermos mentales

ii. Subvenciones, ayudas u otra modalidad de aportaciones económicas percibidas por cada una de ellas

3. Fundaciones y asociaciones para la asistencia y rehabilitación

4. Presupuesto específico de Bienestar Social para la atención sociosanitaria de los enfermos mentales

5. Respecto a salud mental de la infancia y adolescencia:

a. Definición, normativa y planes de actuación

b. Datos epidemiológicos

c. Datos comparativos

d. Actuación sociosanitaria

e. Necesidades

El citado Departamento remitió un informe, elaborado por la Sección de Personas con Discapacidades, del que se han extraído los siguientes datos:

5.4.1. RECURSOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES RESPECTO DE ENFERMOS MENTALES

• Recursos residenciales	
• Concierto con la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (junio, 2000):	Reserva y ocupación de 42 plazas de residencia asistida en Pamplona y Elizondo.
	16 plazas en pisos funcionales en Pamplona y Elizondo.
• Situación actual (noviembre, 2002)	
– Centro Hospitalario Benito Menni (Elizondo):	30 plazas Residencia Asistida.
	10 plazas de reconversión de plazas psicogeriátricas en plazas de Residencia Asistida de Enfermos Mentales (RAEM).
– Clínica Padre Menni (Pamplona)	10 plazas de Residencia Asistida.
	Enfermos Mentales (RAEM).

Coste al Instituto Navarro de Bienestar Social de plaza RAEM ocupada: 1.497,13 euros/mes/persona.

Coste de reserva de plaza: 1.197,70 euros/mes/reserva.

• Pisos tutelados enfermos mentales	
– Clínica Padre Menni (Pamplona)	2 pisos tulelados para enfermos mentales con 4 plazas cada uno (8 plazas).
	4 plazas piso tutelado enfermos mentales (PTEM), piso tutelado (Sarríes).

	4 plazas piso tutelado enfermos mentales (PTEM), piso tutelado Ursua

Coste al Instituto Navarro de Bienestar Social de plaza PTEM ocupada: 820,85 euros/mes/persona.

Coste reserva plaza PTEM al Instituto Navarro de Bienestar Social: 656,68 euros/mes/reserva.

• Hogares protegidos Sendabide	2 hogares protegidos para mujeres con un total de 16 plazas residenciales. 1 hogar protegido Iturrama, 8 plazas. 1 hogar protegido Egüés, 8 plazas

En hogares protegidos se concede una ayuda económica a la persona discapacitada para pagar el coste de plaza, que varía dependiendo de los ingresos económicos de dicha persona, respetándole una libre disposición de 1.850,50 euros anuales.

• Patronas protegidas	
Personas particulares que ofrecen su casa como pensión a personas con enfermedad mental compensada en cuanto a su sintomatología de enfermedad.	13 personas en este recurso

Se les tramita una ayuda económica que varía dependiendo de los ingresos económicos de la persona y respetándole una libre disposición de 1.858,50 euros anuales.

• Centros ajenos	
Personas que reciben una ayuda económica con cargo a la Partida de Centros Ajenos	69 personas.

El coste para el Instituto Navarro de Bienestar Social es de 720.214,14 euros. La inmensa mayoría de estas personas tienen diagnóstico dual de personas discapacitadas intelectualmente y enfermedad mental. A todas ellas se les tramita una ayuda no superior a 1.522,47 euros por persona.

• Recursos laborales

• Elkarkide S.L.

Dos Centros Ocupacionales para enfermos mentales	Talluntxe: 40 plazas. Aranzadi: 35 plazas.
Mayo de 2003. Incorporación de	Nuevo centro ocupacional: 40 plazas.

Subvención del Instituto Navarro de Bienestar Social a Talluntxe : 261.875,30 euros.

Subvención del Instituto Navarro de Bienestar Social a Aranzadi: 228.716,91 euros.

Total subvención del Instituto Navarro de Bienestar Social a Elkarkide S.L.: 490.592,21 euros

• Programa de atención a domicilio	
• Asociación ANASAPS	Un equipo en Pamplona.

Subvencionado por el Instituto Navarro de Bienestar Social con una cuantía de 120.202 euros anuales.

A partir del año 2003 se pretende que dicho programa pase a depender de la Subdirección de Salud Mental, aunque podría ser gestionado por una empresa privada.

• Programa de ocio y tiempo libre	
• Asociación ANASAPS	Un equipo en Pamplona Un equipo en Tudela

Subvencionado por el Instituto Navarro de Bienestar Social por una cuantía de 103.338,33 euros.

• CENTRO HOSPITALARIO PADRE BENITO MENNI, (calculado para una unidad de 37 plazas: 30 concertadas)

– De lunes a sábado:	Mañanas: 1 ATS/DUE Tardes: 1 ATS/DUE Noches: 0,24 ATS/DUE
– Domingos y festivos:	Mañanas: 0,5 ATS/DUE Tardes: 0,5 ATS/DUE Noches: 0,24 ATS/DUE
Además, contará con los servicios de:	Psicólogo (0,411 de Jornada) Médico–psiquiatra (1,26 de Jornada)

Los pisos funcionales dependerán de las correspondientes Residencias Psiquiátricas Asistidas, con la consiguiente provisión de servicios psiquiátricos, psicológicos y de enfermería. Aunque los cuidados sanitarios se facilitarán preferentemente fuera del Piso Funcional, se contempla una supervisión clínica “in situ” de enfermería no menor de 2 visitas/semana/piso.

Esta supervisión será completada por cuidados en el Centro–Residencia Psiquiátrica Asistida:

• De enfermería psiquiátrica: cuidados en centro (1 hora/día/piso)

• Psicólogo: apoyo en centro (2 horas/semana/piso)

• Psiquiatra: supervisión en centro (1 hora/semana/piso)

• Urgencias (noches y fines de semana): posibilidad de intervención urgente (domiciliaria o en hospital) por enfermería o médico las 24 horas.

5.4.2. MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

• ANASAPS. Asociación Navarra para la Salud Mental

Desde hace 15 años viene trabajando eficazmente con el colectivo de personas afectadas de enfermedad mental, diseñando programas encaminados a dar respuesta a las demandas de las personas con enfermedad mental y a sus familiares.

Sede principal:	Pamplona. Delegación en Tudela.
Socios:	728.
Recursos humanos:	14 trabajadores, 8 personas voluntarias
Recursos materiales	Pamplona: local de 350 m^2 cedido por el Ayuntamiento de Pamplona.
	Tudela: local de 50 m^2 en régimen de alquiler.

5.4.3. EVOLUCIÓN 2000–2002

Todos los recursos mencionados anteriormente.

5.4.4. BENEFICIARIOS

• Personas con trastornos de enfermedad mental y sus familiares.

• Personas con diagnóstico dual discapacitadas intelectualmente y trastornos de enfermedad mental.

• Familiares de las personas anteriormente mencionadas.

La Asociación que colabora con Gobierno de Navarra para la rehabilitación de enfermos mentales es ANASAPS.

5.4.5. SUBVENCIONES EN 2002

ANASAPS	
Programa de atención a domicilio:	120.202,00 euros
Resto asociación:	174.455,22 euros
TOTAL:	294.657,22 euros

Además, existen organizaciones como la Asociación Sin Fronteras, Asociación Traperos de Emaús, que dentro de su colectivo de personas en desventaja social acogen a personas afectadas con enfermedad mental.

AÑO 2000

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS ECONÓMICOS	COSTES TOTALES	
		OCUPADAS	RESERVA
CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI (ELIZONDO)			
30 PLAZAS RAEM	COSTE INBS RAEM 233.000 mes/pers.		
PLAZAS RECONVERSIÓN A RAEM	CONSTE INABS RAEM RESERVA 189.401 mes/pers.	83.880.000,00	68.184.360,00
PADRE MENNI (PAMPLONA)			
12 PLAZAS RAEM	Lo mismo que arriba	33.552.000,00	27.273.744,00
PISOS TUTELADOS ENFERMOS MENTALES PADRE MENNI (PAMPLONA)			
16 PLAZAS TOTAL 4 plazas 1 piso (Sarries)	COSTE INBS PTEM 127.750 mes/pers.	24.528.000,00	19.622.208,00
	COSTE INBS RESERVA PTEM 1 02.199 mes/pers.		
		Total reserva y ocupación	**257.040.312,00**
HOGARES PROTEGIDOS SENDABIDE			
PLAZAS TOTAL Gestionado por Incorporación Social	Ayuda económica personalizada dependiendo de los ingresos	Personalizada Libre disposición	?
PATRONAS PROTEGIDAS			
Personas particulares ofrecen casa como pensión.	Compensación según enfermedad. Ayuda	Compensación por enfermedad	?
Gestionado por Incorporación Social	Personalizada depende ingresos	Personalizada Libre disposición	?
CENTROS AJENOS			
85 PERSONAS RECIBEN AYUDA	COSTE INBS 125.096.642		125.096.642,00
	AYUDA INDIVIDUAL TODOS INFERIOR 250.000 pers.		21.250.000,00
CENTROS OCUPACIONALES PARA ENFERMOS MENTALES ELKARKIDE S.L.			
TALLUNTXE 40 PLAZAS	SUBVENCIÓN INBS 40.530.662 pts.		40.530.660,00
ARANZADI 35 PLAZAS	SUBVENCIÓN INBS 35.696.821 pts.		35.696.821,00
PROGRAMA ATENCIÓN A DOMICILIO Y OCIO TIEMPO LIBRE			
ATENCIÓN A DOMICILIO ANASAPS (Pamplona)	SUBVENCIÓN INBS 20.727.751		20.727.751,00
OCIO TIEMPO LIBRE ANASAPS (Pamplona-Tudela)	SUBVENCIÓN INBS 12.032.266		12.032.266,00
		TOTAL APROX.	**512.374.454,00**

RAEM: Residencia Asistida Enfermos Mentales

PTEM: Pisos tutelados Enfermos Mentales

	Atención Dom.	Resto Asociación	TOTAL
ANASAPS ha recibido en el 2000	20.727.751	25.722.690,00	46.450.441,00

AÑO 2001

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS ECONÓMICOS	COSTES TOTALES	
		OCUPADAS	RESERVA
CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI (ELIZONDO)			
30 PLAZAS RAEM PLAZAS RECONVERSIÓN A RAEM	COSTE INBS RAEM 242.553 mes/pers. CONSTE INABS RAEM RESERVA 194.043 mes/pers.	87.319.080,00	69.855.480,00
PADRE MENNI (PAMPLONA)			
12 PLAZAS RAEM	Lo mismo que arriba	34.927.632,00	27.942.192,00
PISOS TUTELADOS ENFERMOS MENTALES PADRE MENNI (PAMPLONA)			
16 PLAZAS TOTAL 4 plazas 1 piso (sarries) 12 Reserva	COSTE INBS PTEM 127.750 mes/pers. COSTE INBS RESERVA PTEM 106.391 mes/pers.	6.381.984,00	15.320.304,00
		Total reserva y ocupación	**241.746.672,00**
HOGARES PROTEGIDOS SENDABIDE			
PLAZAS TOTAL Gestionado por incorporación social	Ayuda económica personalizada dependiendo de los ingresos	Personalizada Libre disposición	?
PATRONAS PROTEGIDAS			
Personas particulares ofrecen casa como pensión.	Compensación según enfermedad. Ayuda	Compensación por enfermedad	?
Gestionado por Incorporación Social	Personalizada depende ingresos.	Personalizada Libre disposición	?
CENTROS AJENOS			
75 PERSONAS RECIBEN AYUDA	COSTE INBS 113.992.464		**113.992.464,00**
	AYUDA INDIVIDUAL TODOS INFERIOR 251.519 pers.		**18.863.925,00**
CENTROS OCUPACIONALES PARA ENFERMOS MENTALES ELKARKIDE S.L.			
TALLUNTXE 40 PLAZAS	SUBVENCIÓN INBS 43.572.385 pts.		**43.572.385,00**
ARANZADI 35 PLAZAS	SUBVENCIÓN INBS 38.055.293 pts.		**38.055.293,00**
PROGRAMA ATENCIÓN A DOMICILIO Y OCIO TIEMPO LIBRE			
ATENCIÓN A DOMICILIO ANASAPS (Pamplona)	SUBVENCIÓN INBS 23.300.000		**23.300.000,00**
OCIO TIEMPO LIBRE ANASAPS (Pamplona-Tudela)	SUBVENCIÓN INBS 17.194.053		**17.194.053,00**
		TOTAL APROX.	**496.724.792,00**

RAEM: Residencia Asistida Enfermos Mentales

PTEM: Pisos tutelados Enfermos Mentales

	Atención Dom.	Resto Asociación	TOTAL
ANASAPS ha recibido en el 2001	23.300.000	29.026.906,00	52.326.906,00

AÑO 2002

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS ECONÓMICOS	COSTES TOTALES	
		OCUPADAS	RESERVA
CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI (ELIZONDO)			
30 PLAZAS RAEM 10 PLAZAS RECONVERSIÓN A RAEM	COSTE INBS RAEM 1.497,13 mes/pers. CONSTE INABS RAEM RESERVA 1.197,70 mes/pers.	718.622,40	574.896,00
PADRE MENNI (PAMPLONA)			
12 PLAZAS RAEM	Lo mismo que arriba	215.586,72	172.468,80
PISOS TUTELADOS ENFERMOS MENTALES PADRE MENNI (PAMPLONA)			
16 PLAZAS TOTAL 8 plazas 2 pisos, 4 plazas 1 piso (sarries). 4 plazas 1 piso (Ursua)	COSTE INBS PTEM 820,85 mes/pers. COSTE INBS RESERVA PTEM 656,68 mes/pers.	157.603,20	126.082,56
		Total reserva y ocupación	**1.965.259,68**
HOGARES PROTEGIDOS SENDABIDE			
16 PLAZAS TOTAL Iturrama 8 plazas. Egüés 8 plazas	Ayuda económica personalizada dependiendode los ingresos. Libre disposición 1.850,50 x 16 = 29.608,00	Personalizada Libre disposición	? **115.556,11**
PATRONAS PROTEGIDAS			
Personas particulares ofrecen casa como pensión. Actalm. 13 PERSONAS DISPONIBLES	Compensación según enfermedad. Ayuda Personalizada depende ingresos. Libre disposición 1.858,50 x 13 = 24.160,50 año	Compensación por enfermedad Personalizada Libre disposición	? ?
CENTROS AJENOS			
73 PERSONAS RECIBEN AYUDA	COSTE INBS 720.214,14 AYUDA INDIVIDUAL TODOS INFERIOR 1.522,47 pers.		**720.214,14** **111.140,31**
CENTROS OCUPACIONALES PARA ENFERMOS MENTALES ELKARKIDE S.L.			
TALLUNTXE 40 PLAZAS ARANZADI 35 PLAZAS	SUBVENCIÓN INBS 261.875,30 SUBVENCIÓN INBS 228.716,91		**261.875.30** **228.716,91**
PROGRAMA ATENCIÓN A DOMICILIO Y OCIO TIEMPO LIBRE			
ATENCIÓN A DOMICILIO ANASAPS (Pamplona) OCIO TIEMPO LIBRE ANASAPS (Pamplona-Tudela)	SUBVENCIÓN INBS 159.450,70 SUBVENCIÓN INBS 183.421,03		**159.450,70** **183.421,03**
		TOTAL APROX.	**512.374.454,00**

RAEM: Residencia Asistida Enfermos Mentales

PTEM: Pisos tutelados Enfermos Mentales

	Atención Dom.	Resto Asociación	TOTAL	
ANASAPS ha recibido en el 2002	159.450,70	215.280,29	374.730,99	incluida ampliación

5.5. LOS RECURSOS, SEGÚN EL DEPARTAMENTO DE SALUD

A fin de contar con datos suficientemente contrastados por parte de la Administración foral, para la elaboración de este Informe Especial se solicitó al Departamento de Salud la información respecto a los siguientes capítulos de su gestión en la atención a los enfermos mentales de la Comunidad foral:

1. Plan de Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada en cuanto a Salud Mental

2. Recursos destinados a Salud Mental en los últimos cinco años

3. Recursos disponibles en la Comunidad para la atención a la Salud Mental

4. Sistema extrahospitalario de salud mental

• Atención psiquiátrica hospitalaria y extrahospitalaria

• Recursos y actividad asistencial

• Actividad económica

• Comparación con otras CC.AA.

5. Red pública de salud mental extrahospitalaria: Servicio Navarro de Salud y centros concertados

• Evolución de la atención asistencia

• Actividad por programas y diagnósticos

• Datos económicos e indicadores de gestión

6. Enfermos crónicos nuevos graves registrados en los últimos tres años y recursos destinados a su atención

7. Planes de renovación y actualización profesional de los especialistas que atienden el área de Salud Mental

8. Conocimiento del grado de satisfacción de los enfermos de Salud Mental y/o sus familiares

9. Respecto a Salud mental de la infancia y adolescencia:

• Definición, normativa y planes de actuación

• Datos epidemiológicos

• Datos comparativos

• Actuación sociosanitaria

• Necesidades

El Departamento de Salud remitió una extensa documentación y un "INFORME SOBRE LA PETICION DE INFORMACIÓN FORMULADA POR LA INSTITUCIÓN DE LA DEFENSORA DEL PUEBLO DE NAVARRA CON FECHA 6 DE NOVIEMBRE DE 2002", de cuyo texto se extraen los aspectos más destacados:

5.5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Plan de Salud de Navarra 2001–2005

El II Plan de Salud de Navarra 2001–2005, aprobado por Acuerdo del Gobierno de Navarra del 2 de julio de 2001, supone la introducción necesaria para responder a la petición de información señalada. Este II Plan de Salud de Navarra 2001–2005 (…) realiza en su capítulo II. "Propuestas sobre Trastornos Mentales" un análisis crítico de la situación actual de Red de Salud Mental y propone diversas estrategias y objetivos de intervención con medidas de tipo funcional, organizativo y formativo que, actualmente, se encuentran en proceso de implantación..

Los fines de las propuestas referidas en el Plan de Salud 2001–2005 son:

• Mejorar los cuidados asistenciales a los enfermos mentales con procesos graves de manera continua a lo largo del proceso clínico.

• Disminuir el impacto social del trastorno de la enfermedad mental grave.

Plan de Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada en cuanto a Salud Mental

1.0. El capítulo de Salud Mental del Plan de Salud propone potenciar la organización de Salud Mental como estructura de Atención Especializada, estrechamente coordinada con Atención Primaria de Salud. Las medidas propuestas son:

• Definir los Trastornos Mentales graves que han de ser objeto de atención especializada y prioritaria en los centros de salud mental, así como las que han de ser objeto de asistencia en los centros de Atención Primaria.

• Establecer procedimientos de coordinación y continuidad de cuidados para los enfermos mentales, tanto en el conjunto de la Red de Salud Mental como entre ésta y los servicios de Atención Primaria y de atención domiciliaria a los enfermos mentales.

• Organizar la Red de Salud Mental con carácter independiente de la de Atención Primaria, gestionada de forma autónoma en el ámbito de la Asistencia Especializada, y orientada a la gestión clínica del proceso asistencial.

• Reorganizar orgánica y funcionalmente los centros de salud mental para su adecuación a los objetivos del Plan.

Lo realizado hasta la fecha para implantar estas medidas ha sido lo siguiente:

Dentro del Contexto del Plan de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada, (...) Salud Mental se ha incorporado al 2º Pacto de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada (…) por el lado de especializada.

Se procedió en julio 2001 a dictar las oportunas instrucciones con objeto de reorganizar los Centros de Salud Mental en lo que se refiere a acceso de pacientes y funciones de profesionales sanitarios y no sanitarios, facultativos y no facultativos. En Febrero 2002 los Centros de Salud Mental se han acogido a la organización de consultas existentes en el SNS para Atención Especializada.

De acuerdo con las previsiones del 2º Pacto de Coordinación se ha procedido a:

La implantación de la Agenda Electrónica y su puesta a disposición, en lo que se refiere a las primeras consultas, de los Centros de Atención Primaria. A fecha de hoy la Agenda Electrónica está implantada en todos lo Centros de Salud Mental de Pamplona. Las primeras. consultas de Salud Mental ya se están facilitando en los Centros de Salud de Atención Primaria correspondientes a los Sectores de Salud Mental de Burlada, Ermitagaña y San Juan. Está previsto que para 1 de Enero de 2003 el procedimiento se extienda a los Centros de Salud de Atención Primaria de los Sectores de Salud Mental del Casco Viejo y de la Milagrosa, y a lo largo del 2003 al resto de centros.

Se han constituido dos Grupos de Mejora de Atención Primaria/Salud Mental, uno para la Edad Adulta y otro para la Infanto–Juvenil. De este último se tratará en el apartado infanto–juvenil. El Grupo de adultos ha elaborado un documento de coordinación, “Guía de Trabajo Atención Primaria–Salud Mental” cuya copia se adjunta, que resume los cambios funcionales y organizativos que se han producido en los Centros de Salud Mental, el reparto de tareas con los Centros de Salud de Atención Primaria y el nuevo modelo de coordinación Atención Primaria/Salud Mental

A medida que los Centros de Salud de Atención Primaria se incorporan al nuevo modelo de Citación por Agenda Electrónica, se está realizando una presentación personalizada a los profesionales de Atención Primaria del documento anterior, junto con una oferta de interconsultas y sesiones de asesoría y formación a médicos y enfermeras a cargo de profesionales de Salud Mental. En esta propuesta de asesoría y formación, Salud Mental es pionera junto con las especialidades de Endocrinología y Dermatología. Hasta la fecha se ha realizado la presentación en el Sector de Burlada y está prevista para Enero la presentación en los Sectores de San Juan y Ermitagaña. Se adjuntan en las últimas páginas de la “Guía de Trabajo Atención Primaria–Salud Mental” las propuestas de asesoría y apoyo a Centros de Atención Primaria correspondientes al Sector de Burlada y al de San Juan.

Está prevista para un futuro inmediato la incorporación orgánica de la Red de Salud Mental a la Dirección de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud.

5.5.2. RECURSOS DESTINADOS A SALUD MENTAL DENTRO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Recursos disponibles en la Comunidad para la atención a la Salud Mental

La mayor parte de la información solicitada está disponible en las Memorias Anuales de Actividad de la Red de Salud Mental. Se facilitan las de los últimos cinco años (…) Se adjunta borrador de la memoria correspondiente al 2001, actualmente en imprenta.

Están disponibles asimismo memorias de actividad respecto al Programa de Drogodependientes, uno de los programas asistenciales de la Red de Salud Mental, realizadas en colaboración con el Plan Foral de Drogodependencias.

Para una descripción comprensiva del funcionamiento y organización de la Red de Salud Menta,l puede ser útil el documento de Octubre de 2001 cuya copia se adjunta “Salud Mental: Cuestionario para Informe de Situación. Comunidad Autónoma de Navarra” realizado a instancias del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por desgracia, al parecer no han respondido todas las Comunidades Autónomas, por lo que el Consejo Interterritorial no dispone de una comparativa actualizada de recursos entre Navarra y el resto de Comunidades Autónomas españolas.

Existe documentación interna previa a la elaboración del II Plan de Salud de Navarra en la que se discute en mayor profundidad la realidad de la Red de Salud Mental y las posibles alternativas a los problemas que se plantean hoy en día. Se adjunta copia del documento “Bases Para el Plan de Salud Mental–2000”. Incluye una compa-

rativa de recursos con otras comunidades autónomas referida, desgraciadamente, a datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1998.

Enfermos crónicos nuevos graves registrados en los últimos tres años y recursos destinados a su atención

Las memorias de actividad de la Red de Salud Mental incluyen los diagnósticos graves en el Programa de Trastornos Mentales Graves o Programa de Atención Preferente. Los datos de "Pacientes Nuevos" se refieren a aquellos trastornos graves que han sido diagnosticados en el año en curso.

Las memorias facilitan tablas de actividad dirigida a estos pacientes distribuidas por sectores y recursos de salud mental. Se trata, en todos los casos de recursos, servicios y actuaciones estrictamente sanitarios. Existen, además, recursos de tipo sociosanitario. La información respecto a los recursos sociosanitarios será facilitada por el Instituto Navarro de Bienestar Social.

Hay que entender que no todos estos pacientes son graves desde el punto de vista del pronóstico y evolución de su enfermedad. Buena parte de ellos se recuperarán, total o parcialmente, respecto a su funcionamiento previo. Se trata, más bien, del universo en el que se pueden encontrar los enfermos crónicos graves.

Lo mismo respecto a la cronicidad. No todos estos pacientes van a convertirse necesariamente en crónicos. La cronicidad y la gravedad son conceptos clínicos, que admiten diferentes grados y situaciones y que es necesario analizar caso a caso.

Estimaciones realizadas desde la propia Red de Salud Mental utilizando una perspectiva socio sanitaria fijan en un 3% del conjunto de usuarios de la Red de Salud Mental en un momento dado, las personas con discapacidad y necesidades sociales a medio y largo plazo, cuya no satisfacción dificulta gravemente la continuidad del tratamiento sanitario. Es otra manera de considerar la cuestión.

El Plan Foral Sociosanitario de Navarra disponible en Internet en (…) realiza una aproximación a las necesidades socio sanitarias de los Enfermos Mentales Salud Mental y propone un Plan de Actuación.

Existe documentación interna previa a la elaboración del citado Plan Foral en la que se discute en mayor profundidad las necesidades de la Red de Salud Mental en materia socio sanitaria y las posibles alternativas. Se facilita el documento "4–3– Programa de Atención Socio–Sanitaria de los Trastornos Mentales Crónicos. 2 febrero 2000" elaborado en la Subdirección de Salud Mental. (…)

En marzo de 1999 tuvo lugar, organizado por la Subdirección de Salud Mental, un Seminario Eurorregional acerca de servicios de Rehabilitación e Integración Psico–Social prestados a enfermos mentales graves. Se adjunta copia de un "Repertorio de Presentación de Organizaciones Participantes" que puede dar pistas de los recursos navarros en esta área comparándolos con las regiones vecinas españolas (Cantabria, País Vasco, La Rioja, Aragón) y francesas (Aquitania)

Planes de renovación y actualización profesional de los especialistas que atienden el área de Salud Mental

Se facilita documentación acerca de la formación continuada propuesta desde la Comisión de Docencia de Salud Mental –instancia constituida por representantes de los profesionales de la Red de Salud Mental– desde el año 1997 hasta la fecha.

El Plan de Salud de Navarra 2001–2005 propone, para la consecución de sus objetivos en Salud Mental, un Plan específico de formación dirigido tanto a profesionales de Salud Mental como a profesionales de Atención Primaria. En concreto propone:

• Formar a los profesionales de Atención Primaria médicos y de enfermería en la detección precoz oportunista de la depresión y del suicidio; así como también en el diagnóstico temprano de las patologías mentales graves, y en el manejo terapéutico de los trastornos mentales, tanto farmacológico como no farmacológico

• Establecer guías de práctica clínica consensuadas en la Red de Salud Mental para la normalización de los tratamientos de las enfermedades mentales graves

El Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios ha incorporado al Plan Docente 2002, en cumplimiento de este Plan Específico de Formación, actividades formativas dirigidas a Psiquiatras de la Red de Salud Mental y a médicos y personal de enfermería de Centros de Salud de Atención Primaria. Se adjunta documentación facilitada por el citado servicio así como sendos ejemplares de programa de los citados cursos. Están previstas para 2003 nuevas ediciones de los cursos citados, así como la realización de un

curso específico para Psicólogos Clínicos de la Red de Salud Mental.

Conocimiento del grado de satisfacción de los enfermos de Salud Mental y/o sus familiares

Existe un estudio de Grado de Satisfacción de los usuarios de los Servicios de Salud Mental realizado con metodología científica cuya copia se adjunta "Calidad de los servicios de Salud Mental". Fue elaborado en 1996, con un trabajo de campo realizado entre el 18 de abril y el 5 de mayo de 1995.

Existe un servicio de Atención al Paciente sito en la Subdirección de Salud Mental. La mayor parte de sus intervenciones tienen que ver con solicitudes de cambio de terapeuta y/o de centro. Las quejas recibidas tienen que ver con solicitudes de recursos y servicios sociosanitarios a las que no se puede atender debido a la inexistencia de plazas sociosanitarias vacantes, y a diversas quejas respecto a demoras de atención en consultas de seguimiento y terapia de Trastornos Mentales Graves y deficiencias en la coordinación entre servicios de Salud Mental. Las demandas sociosanitarias insatisfechas y la demora en consultas de seguimiento y terapia de trastornos mentales graves son, probablemente, los puntos débiles del sistema, tal como se perciben por parte de los usuarios.

5.5.3. SALUD MENTAL INFANTO–JUVENIL

Definición, normativa y planes de actuación

Con carácter general, vienen determinados por el Programa de Salud Mental Infanto–Juvenil de junio de 1997, elaborado por la Subdirección de Salud Mental asesorada por un Comité de Expertos en Salud Mental Infanto–Juvenil creado por OF 129/1996, de 11 de junio. (…)

Prácticamente todas las propuestas de intervención previstas en el Programa se han realizado, salvo la definición del Subprograma Funcional de Hospitalización Infanto–Juvenil. En particular, las intervenciones más relevantes han sido las siguientes:

A.1.1. Creación de la Comisión Asesora Técnica de Salud Mental Infanto–Juvenil. Por OF 35/199, de 29 de enero del Consejero de Salud. Es una instancia interdepartamental de coordinación y actuación conjunta de Salud (Pediatría y Salud Mental), Bienestar Social y Educación (…). Esta instancia interdepartamental ha realizado hasta la fecha los siguientes trabajos:

A.1.1.1. Protocolo de derivación y traspaso de información ante los Trastornos Por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA–H) Se adjunta copia Se ha presentado a profesionales de Educación (pedagogos y orientadores), Pediatría y Salud Mental en Noviembre 2002

A.1.1.2. Programa de detección precoz y actuación en patología mental severa y grave riesgo psicosocial en la primera infancia (0–6 años (…). Está prevista su presentación en próximas fechas.

A.1.1.3. Convenio de Colaboración entre el Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea y el Departamento de Educación y Cultura para la Gestión de un Programa Terapéutico–Educativo en el Hospital de Día de Salud Mental Infanto–Juvenil "Natividad Zubieta". (…) Regula el funcionamiento de un Programa dirigido a niños Autistas y con Trastornos Generalizados del Desarrollo realizado por un equipo mixto de profesionales procedentes de Salud y de Educación.

A.1.2. Creación de un Grupo de Trabajo Pediatría de Atención Primaria/Salud Mental.

A.1.2.1. Redacción de la Guía "Salud Mental Infanto–Juvenil". Guía de actuación en Atención Primaria y red de Salud Mental.

A.1.2.1. A partir de la incorporación de Salud Mental al Pacto de Coordinación Atención Primaria/Atención Especializada, se ha constituido, por Resolución 1660/2001, de 28 de noviembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, un Comité de Mejora de la Coordinación en la atención en Salud Mental Infantil del Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea. Continúa los trabajos del anterior grupo, en particular la implantación, mejoras, críticas etc. de la Guía de Actuación.

A.1.3. Programa de Formación en Salud Mental Infanto–Juvenil. Organizado con carácter complementario a las actividades organizadas por la Comisión de Formación de Salud Mental, ha permitido 6 meses de rotación en el Hospital de Día Infanto–Juvenil de Salud Mental –con sustitución en el centro de origen– a psiquiatras de la Red de Salud Mental que no habían tenido formación específica o experiencia en el tratamiento de niños y adolescentes. (…)"

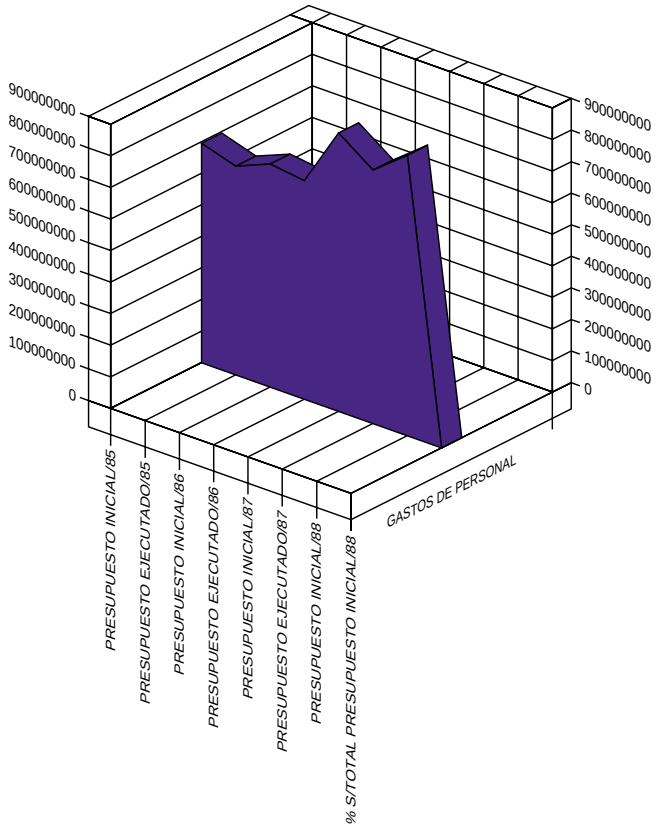
Evolución de Actividad por Tipo de Centros

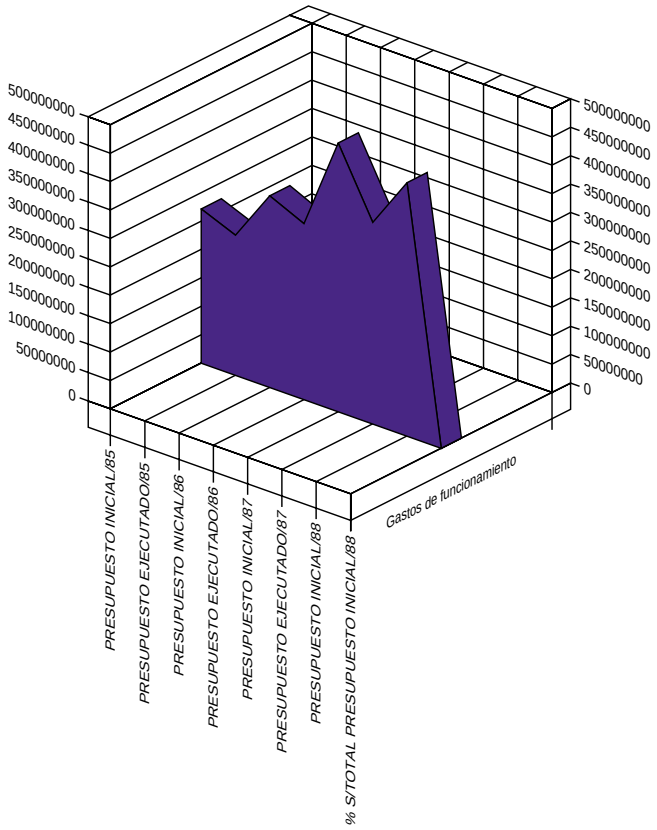
Red de Salud Mental de Navarra 1987-2001

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% 2001/00
C.S.M.																
Total Usuarios	5.919	8.304	10.027	11.036	11.559	12.073	12.868	13.877	15.012	15.651	15.921	17.000	17.099	16.996	17.249	1,5
Total Consultas ind.	38.031	57.703	65.011	72.478	70.976	72.951	79.296	82.414	82.204	84.000	85.268	86.673	84.288	85.033	86.333	1,5
H. DIA																
Plazas	40	40	40	40	40	40	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,0
Estancias(7 h.)	6.392	7.883	7.085	8.142	8.784	9.554	10.090	10.877	10.811	10.157	10.269	10.404	10.040	10.339	11.000	6,4
H. D. I - juvenil																
Pacientes							99	158	200	204	255	310	351	382	388	1,6
Total Consultas ind.							794	1.694	2.463	2.511	3.430	3.549	3.100	3.327	3.526	6,0
Urgencias	2.205	2.614	2.612	3.144	4.779	5.008	4.781	4.623	4.379	5.436	5.268	5.799	5.474	5.286	5.993	13,4
U. Hosp. Psi.																
Camas	59	55	58	58	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	0,0
Ingresos	942	1.029	1.030	942	941	996	932	829	808	889	860	842	812	898	992	10,5
Estancias	13797	14.463	16.220	17.947	18.603	18.241	18.332	18.899	19.519	18.447	19.239	19.272	18.729	19.352	18.220	-5,8
E. Media	14,6	14,1	15,7	19	19,8	18,3	19,7	22,8	24,1	16,4	22,3	22,9	23,1	21,6	18,9	-12,5
I. Ocupación	64,1	72	76,6	84,8	94,3	92,2	96,5	96,4	99	93,6	97,6	97,8	95	98,2	93,8	-4,5
Hosp. C. Ajenos																
(Hermanas Hosp.)																
Ingresos									83	109	210	317	334	304	146	-52,0
Estancias								3.863	4.668	4.426	7.447	8.369	7.682	8.218	7.957	-3,2
E. Media									56,9	40	35,5	26,4	23	27	55	101,9
Clínica de Rehabilit.																
Programa Residencial																
Camas						32	32	32	32	30	30	30	30	18	16	-11,1
Estancias						9.286	9.321	9.734	9.574	8.330	10.324	8.367	8.430	6.227	1.988	-68,1
Programa C. de Día																
Estancias			2.807	2.249	2.565	2.704	2.849	3.415	3.669	4.014	4.200	4.065	3.989	3.489	5.684	62,9
C. Terapeúticas																
Estancias					61.636	72.680	78.425	68.343	44.443	35.015	33248	29542	31072	30807	30568	-0,8
C de Día Drogodep.																
Estancias		1.139	1.723	1.981	2.691	2.667	2.729	2.382	2.472	3.409	4.146	4.272		3.961	4.042	2,0
C. Psicogeriátrico																
Programa Resid.																
Censo (31 dic.)	631	550	494	438	297	288	255	249	238	223	213	213	213	213	213	0,0
Estancias	236.405	214.672	187.300	165.870	137.648	95.932	94.229	90.828	88.931	83.478	79.500	75.498	77.745	75.904	76.027	0,2
Consultas	2.842															
Nuevos ingresos												6	35	28	11	-60,7
Programa C. de Día												27	30	23	13	-43,5

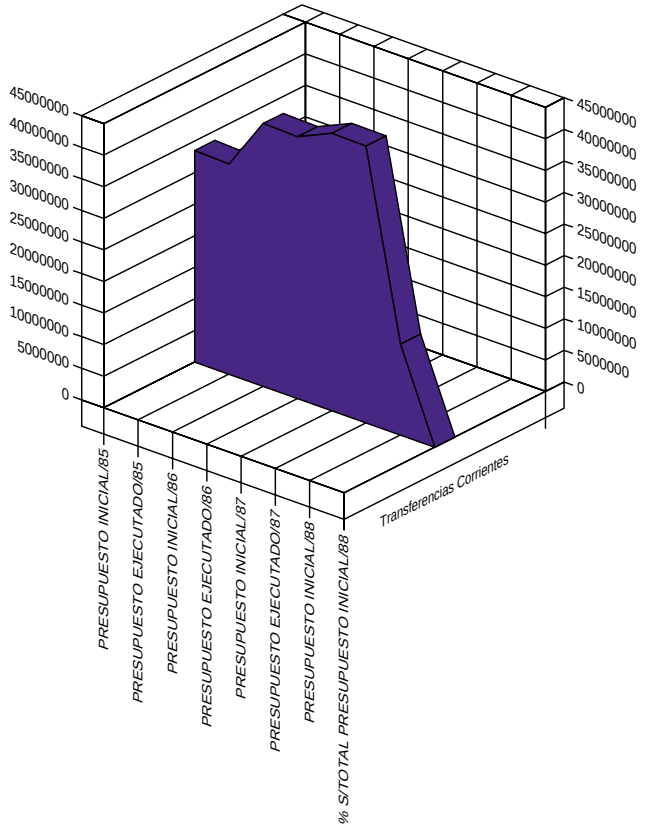
HOSPITAL PSIQUIATRICO	Número TOTAL Año 86	TIPO VINCULACIÓN Funciona.	Laboral fijo	Eventual	%	Número TOTAL Año 87	TIPO VINCULACIÓN Funciona.	Laboral fijo	Eventual	%
A) PERSONAL FACULTATIVO										
• Médicos	9	6	1	2	2	9	5	2	2	2,05
• M.I.R.	5	-	-	5	1,1	6	-	-	6	1,37
• Otros Titul. Superiores	4	3	-	1	0,8	8	4	-	4	1,83
SUBTOTAL	18	9	1	8	4	23	9	2	12	5,26
B) PERSONAL ENFERMERÍA										
• A.T.S.-D.E.	30	17	12	1	6,6	19	9	8	2	4,34
• A.C. y E.V.L.	276	252	16	8	61,3	256	231	10	15	58,58
• Asistente Social	5	5	-	-	1,1	4	4	-	-	0,91
• Otros Titul. Grad. Medio	2	2	-	-	0,4	-	-	-	-	-
SUBTOTAL	313	276	28	9	69,5	279	244	18	17	63,84
C) PERSONAL NO SANITARIO										
• Titulado Superior	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Titulado Grado Medio	2	-	2	-	0,4	3	-	3	-	0,68
• Administrativo	10	8	2	-	2,2	11	6	2	3	2,5
• Pers. Oficio Cualificado	34	30	2	2	7,5	31	28	2	1	7,09
• Pers. Of. no Cualificado	63	47	9	7	14	85	67	9	9	19,45
SUBTOTAL	109	85	15	9	24,4	130	101	16	13	29,7
D) PERSONAL DIRECTIVO	2	2	-	-	0,4	2	2	-	-	0,4
E) OTRO PERSONAL	8	4	-	4	1,7	3	3	-	-	0,6
TOTAL	450	376	44	30	100	437	359	36	42	100
%		83,5	9,7	6,6			82,1	8,2	9,6	

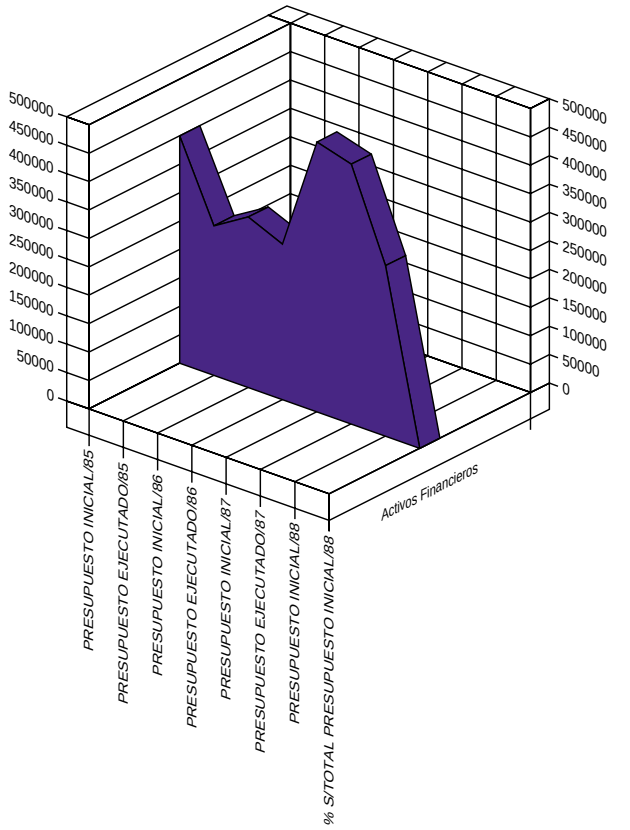
DATOS GLOBALES PRESUPUESTOS PERÍODO 85-88



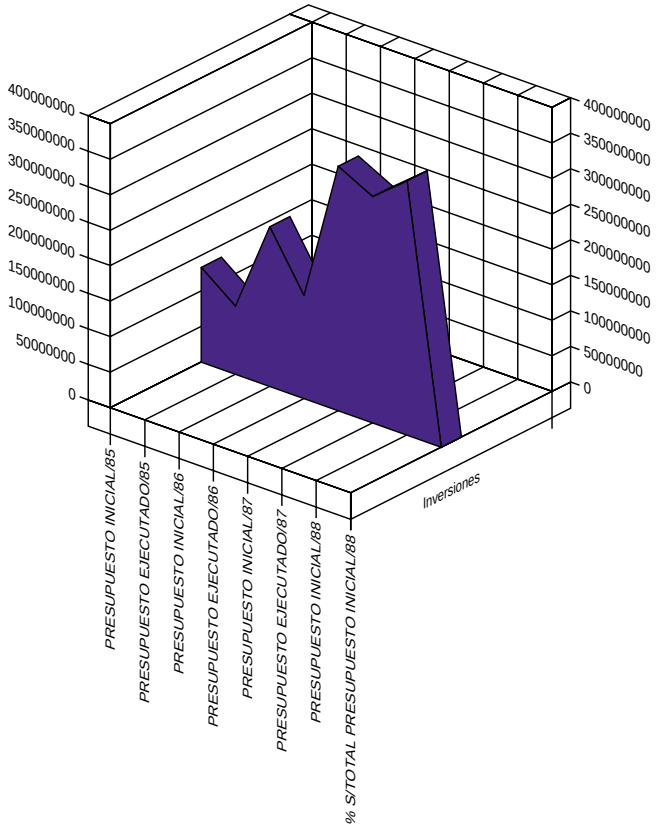


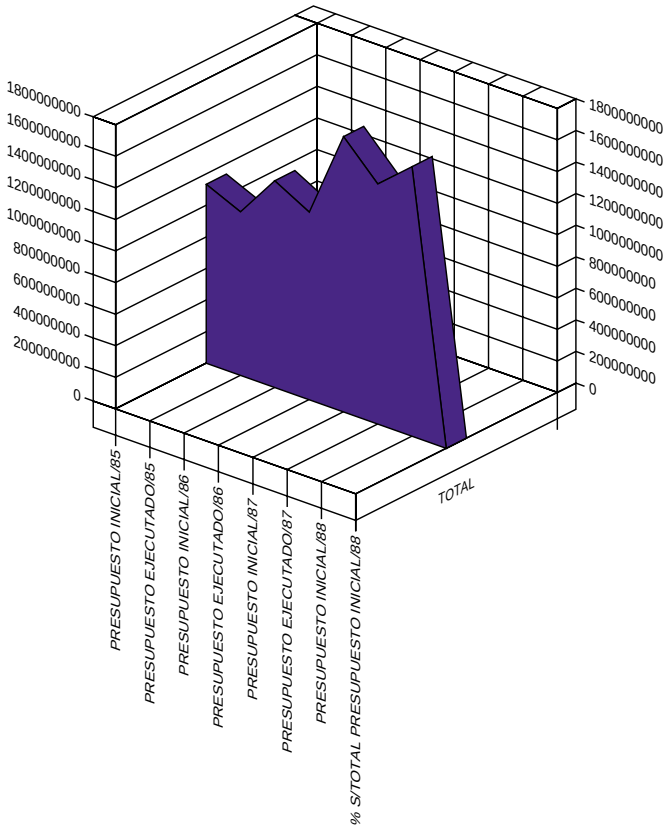
DATOS GLOBALES PRESUPUESTOS PERÍODO 85-88





DATOS GLOBALES PRESUPUESTOS PERÍODO 85-88

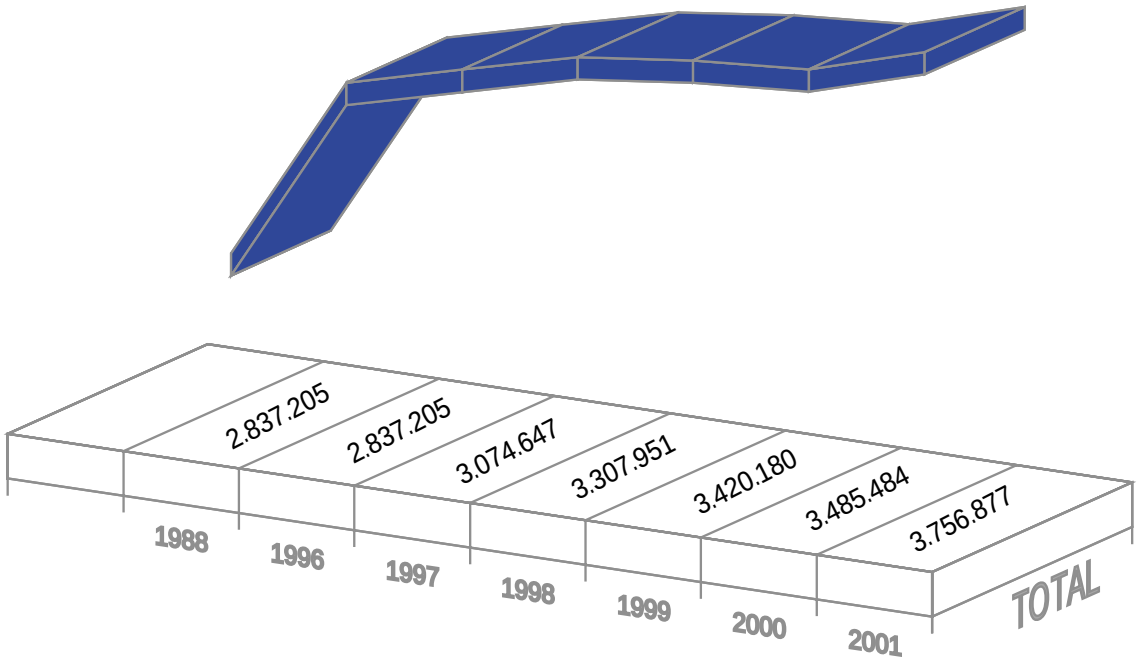




Evolución de Gastos en salud Mental (miles de pesetas)

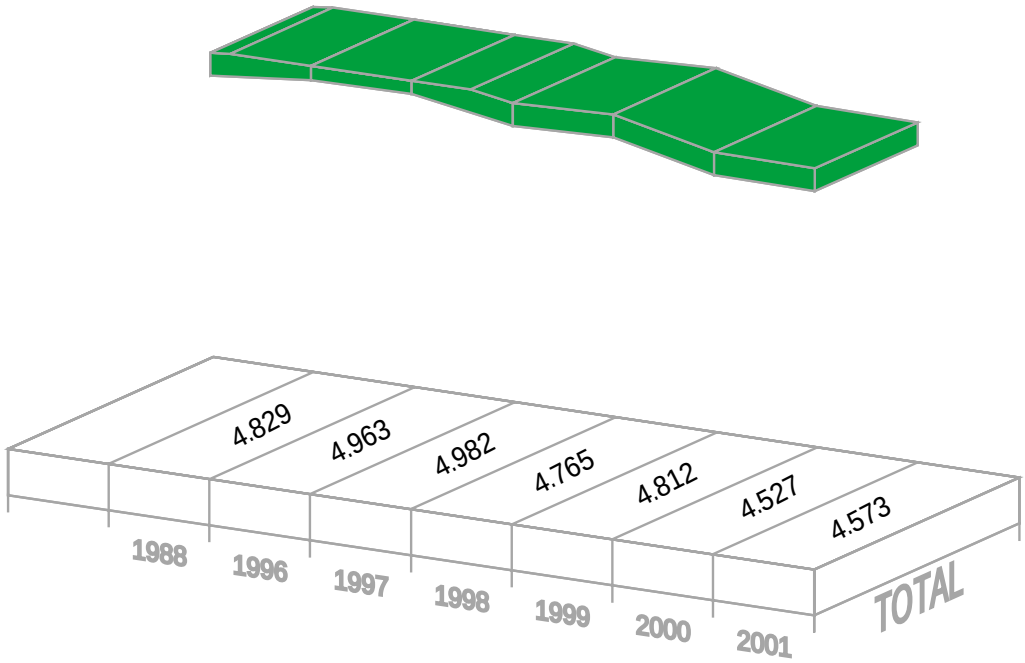
	1988	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Red de Centros de Salud Mental		492.379	507.879	549.044	574.138	569.129	596.211
Día Infanto Juvenil						53.880	58.169
Hospitales de Día		163.107	169.836	197.212	201.544	116.646	130.406
Unidades de Hospitalización de Agudos		553.410	577.170	578.170	561.870	580.560	569.999
Clínica de Rehabilitación						244.650	274.338
Psicogeriátrico San Fco javier		1.373.403	1.456.067	1.530.273	1.596.561	1.384.942	1.437.980
Toxicomanías		199.940	199.173	193.588	221.853	231.248	247.230
Otros centros concertados		54.970	164.522	259.664	264.214	304.428	442.544
Total	1.360.000	2.837.205	3.074.647	3.307.951	3.420.180	3.485,484	3,756,877

Se incluyen gastos de personal y funcionamiento (capítulo I y II). No se incluyen inversiones.
En centros concertados se incluye Hnas. Hospitalarias en 1996, en 1997 se añade Josefina Arregui y a partir del 98 se añade la Clínica Universitaria.
El último año se incluye lo sociosanitario de Hnas. Hospitalarias.
El Hospital de Día de Tudela está incluido en Red de Centros de Salud Mental.



Evolución del número de pacientes nuevos atendidos en los Centros de Salud Mental por Programa

	1988	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Trastornos Graves (Atención Preferente)				1.088	1.042	1.086	1.152
Trastornos Menos Graves				1.839	1.727	1.848	1.729
Infanto Juvenil				568	612	649	738
Drogodependencias				307	269	312	268
Diagnóstico Aplazado				963	1.162	632	686
Total	4.829	4.963	4.982	4.765	4.812	4.527	4.573



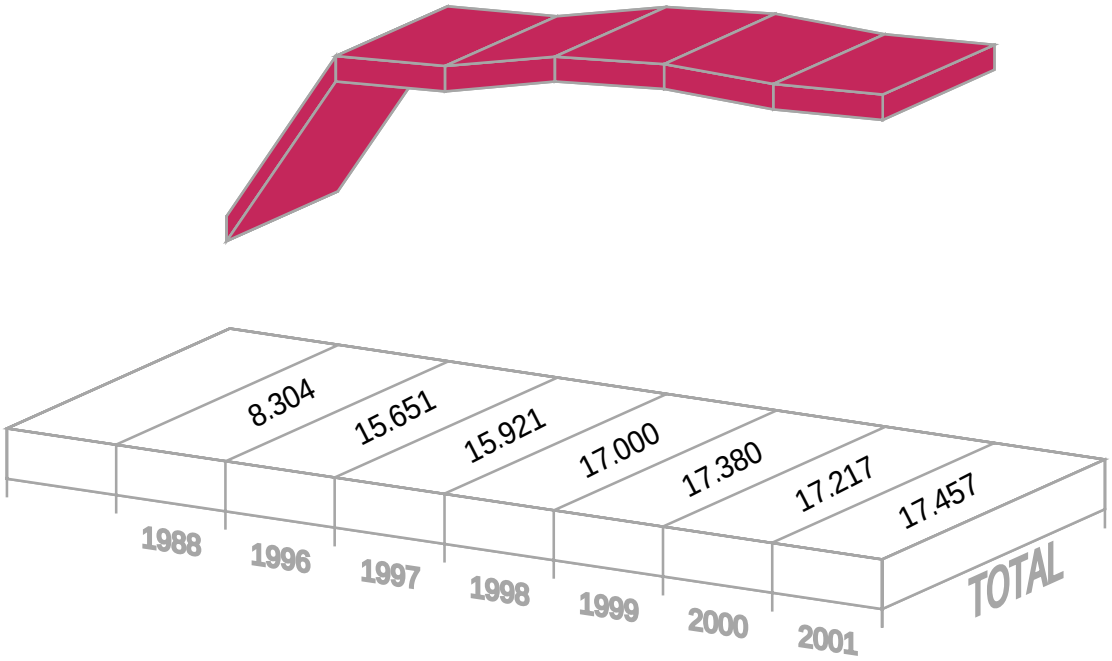
Evolución del número total de pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental por Programas

	1988	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Trastornos Graves (Atención Preferente)				5.109	5.472	5.672	5.735
Trastornos Menos Graves				7.201	7.406	7.155	7.043
Infanto Juvenil				1.159	1.294	1.252	1.401
Drogodependencias				1.868	1.961	1.792	1.857
Diagnóstico Aplazado				1.663	1.247	1.346	1.421
Total	8.304	15.651	15.921	17.000	17.380	17.217	17.457

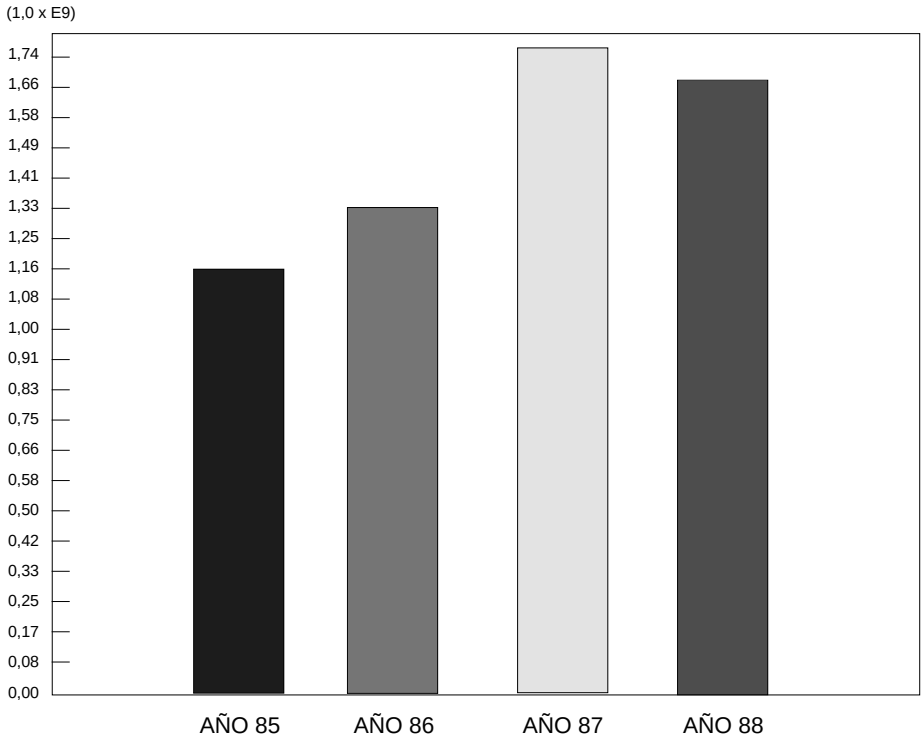
En los años 1999,2000 y 2001 se han incluido pacientes del Programa de Metadona no contabilizados en el Registro General, por lo que los datos no coinciden con las cifras de la memoria.

La memoria del año 2000, por retrasos en la notificación se elaboró con datos incompletos, por lo que se han actualizado los datos para este informe.

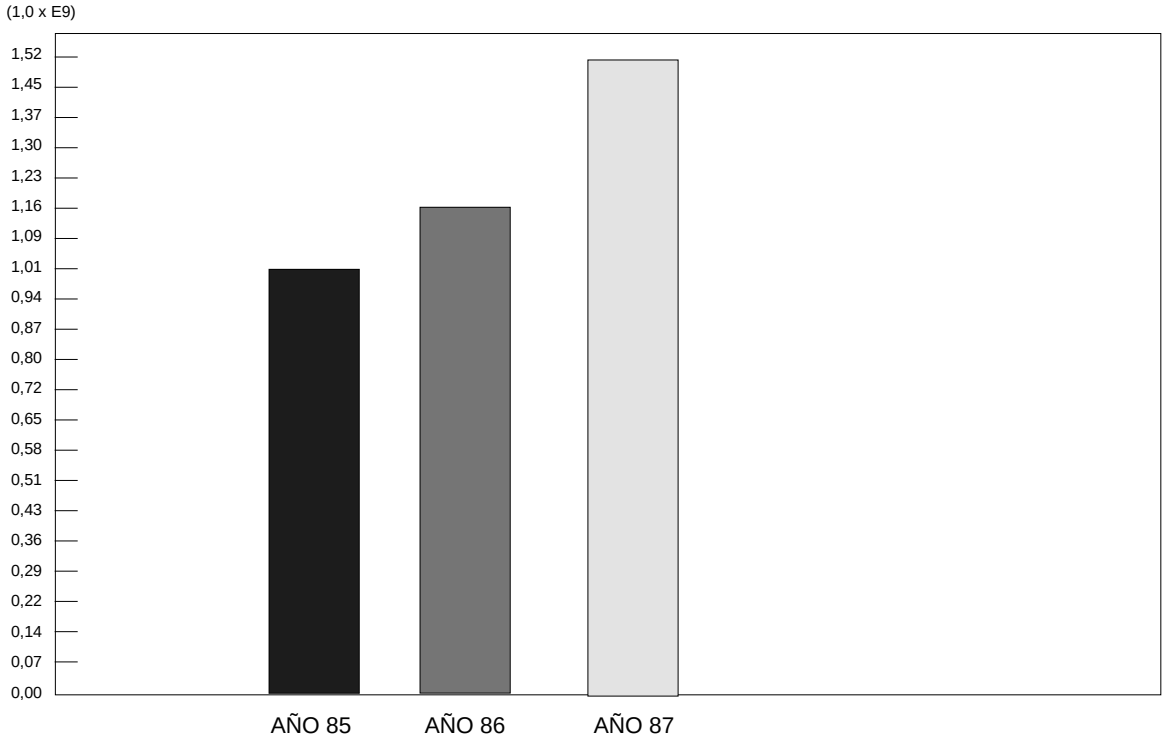
La explotación de la información por Programas comenzó en 1998.



PRESUPUESTOS INICIALES PERIODO 85-88



PRESUPUESTOS EJECUTADOS PERIODO 85-88



5.6. RECURSOS QUE ATIENDE ACTUALMENTE ELKARKIDE, S.L.

Elkarkide S.L. es una empresa de servicios sin ánimo de lucro, participada hasta recientemente en un 50% por la Asociación Navarra para la Salud Psíquica (ANASAPS), y un 50% por socios trabajadores, actualmente titulares de sociedad en su totalidad .

Gestiona los siguientes servicios:

• Centro Ocupacional Aranzadi	35 plazas
• Centro Ocupacional Talluntxe	40 plazas
• Centro Especial de Empleo	22 trabajadores
• Programa de Empleo	14 trabajadores
• Programa de Formación	20 plazas
• Programa de Integración Laboral y seguimiento en empresas ordinarias y otros centros especiales de empleo	6 trabajadores

• TOTAL PLAZAS OCUPACIONALES	75
• TOTAL TRABAJADORES MINUSVÁLIDOS	36
• TOTAL PLAZAS FORMACIÓN	20
• TOTAL PLAZAS DE INTEGRACIÓN	6
• TOTAL PROFESIONALES DE ELKARKIDE	19

5.7. LOS RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES

5.7.1. INTRODUCCIÓN

La multiplicidad de estudios, informes y planes elaborados desde diversas entidades, organismos públicos y asociaciones durante los últimos ocho años (a partir de que se cumplieran los 10 primeros años de vigencia del Plan de Salud Mental de 1986) sobre las necesidades en la atención a los enfermos mentales permiten establecer un diagnóstico bastante claro sobre el escenario real de tales recursos, incluso teniendo en cuenta que el criterio sobre la prioridad de unos recursos sobre otros depende, en algunos casos, de quienes tienen la autoría de dicho informe o balance.

La visión global más reciente sobre los recursos existentes la encontramos en el borrador del "Programa de Atención Socio–sanitaria de los trastornos mentales crónicos" (febrero 2000), parte integrante del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria (junio 2000). A la vez, este documento permite el contraste entre la información sobre recursos existentes y la realidad descrita por otros informes previos, valorados éstos en diferente grado en cuanto a su calidad metodológica y/o aspectos cuantitativos y/o cualitativos.

En todo caso, tanto éste como los demás informes utilizan como referencias permanentes dos documentos con origen distinto pero con una característica común cual es su omnipresente dedicación al estudio de la situación de los enfermos mentales en la Comunidad foral: las Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental y la Fundación Bartolomé de Carranza, en diferentes ocasiones unida a ANASAPS para la realización de estos estudios.

El primero de dichos documentos –"Propuestas para la Implantación del Plan de Integración Social" (marzo, 1997)– fue elaborado en colaboración con la Subdirección de Salud Mental y el Comité de Expertos en Rehabilitación e Integración Social de Enfermos Psíquicos y el documento de referencia para la redacción del citado "Programa de Atención Socio–sanitaria de los trastornos mentales crónicos". El segundo estudio –"Las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales crónicos en Navarra"– es el elaborado por la Fundación Bartolomé. de Carranza en colaboración con ANASAPS y complementa el anterior "por lo que tiene de cualitativo y subjetivo de usuarios y familiares", en palabras de la propia Subdirección de Salud Mental.

De toda la información facilitada por la Administración foral para la elaboración de este informe, probablemente el documento citado –"Programa de Atención Socio–sanitaria de los trastornos mentales crónicos"– contenga la visión más completa y reciente sobre los recursos existentes, a la vez que simplifica algunos de los "pasos" lógicos de este tipo de Informes Especiales, como puede ser la combinación de datos sobre los recursos existentes y los que se consideran necesarios, cual sea la fuente que describe estos últimos. Así, las páginas siguientes recogen en su integridad el contenido del mencionado trabajo sobre el programa de atención comunitaria, con el valor añadido de que constituyó una de las propuestas de trabajo sobre las que estructurar el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria aprobado posteriormente por el Consejo de Gobierno de Navarra.

5.7.2. RECURSOS: REALIDAD Y NECESIDADES

5.7.2.1. NATURALEZA DE LOS SERVICIOS

Aproximación comprensiva: Se trata de la integración de servicios sanitarios dirigidos a la enfermedad mental con otros servicios de naturaleza no sanitaria –excluidos de las prestaciones sanitarias reconocidas por el R.D. 63/1995– pero necesarios para cubrir la deficiente adaptación a la vida ordinaria de los enfermos mentales crónicos –discapacitados/minusválidos por razón de su enfermedad mental– y para apoyar a sus familias/cuidadores informales –similares a los que se detallan en el

D.F. 209/1991 de 23 de mayo sobre autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de servicios sociales, para otras discapacidades: servicios residenciales, ocupacionales, de ocio y tiempo libre...–

Aproximación descriptiva. (Propuesta basada en los Informes de las T. S. de la red de Salud Mental y el de Fundación Bartolomé de Carranza y ANASAPS)

• Alojamiento y servicios residenciales:

– Residencia psiquiátrica asistida (miniresidencia)
– Hogares
– Pisos
– Patronas

• Atención a domicilio/apoyo a cuidadores

– Sustitución
– Acompañamiento
– Supervisión
– Apoyo en ingresos psiquiátricos involuntarios
– Auto ayuda, apoyo mutuo, información
– Familias y afectados

• De apoyo en la comunidad:

– Necesidades económicas

• Transporte, comedor

• Discriminación positiva

• Recursos ocupacionales

• Recursos laborales

– Formación profesional, reinserción laboral
– Empleo social protegido
– Centros especiales de empleo

• Ocio y tiempo libre

• Institución tutelar

Estos servicios han de integrar servicios sanitarios dirigidos al cuidado de la enfermedad mental y prestados, bien sea desde el mismo recurso, bien desde otros más generales mediante estrategias de coordinación. Por otra parte, un mismo usuario puede necesitar diversos servicios (residenciales, de ocio, laborales, sanitarios...), es decir un "paquete" de servicios sociosanitarios altamente individualizado, lo que complica la estrategia de coordinación y obliga a pensar en otros términos (gestión de casos, gestión de recursos)

5.7.2.2. APROXIMACIÓN CUANTITATIVA Y PRIORIZACIÓN

El estudio elaborado por las T. S. de la Red de Salud Mental detecta 15.012 personas atendidas en los Centros de Salud Mental en 1995, 450 personas (3% del total) con necesidades sociales que condicionan significativamente su tratamiento sanitario. Es un estudio de mínimos, dado que:

• No incluye a personas institucionalizadas en servicios de Salud –en U.H.P., Rehabilitación, Psiquiátrico– ni a las atendidas por Bienestar Social dentro y fuera de Navarra.

• Detecta situaciones de urgencia social. Las necesidades son mayores y su distribución diferente –en pirámide, es decir, más numerosas las de apoyo a domicilio, alojamiento no institucionalizado... (base de la pirámide) que las de servicios muy tutelados e institucionales (vértice) mientras que el estudio refleja una pirámide invertida (mayores necesidades muy tuteladas, y menores de apoyo a domicilio...)–

Es un estudio que comienza a ser antiguo, no tanto en aspectos cualitativos como cuantitativos. Ha habido nuevas incorporaciones al colectivo, tanto por incidencia de nuevos casos, como por deterioro de cuidadores informales. Aunque es una aproximación, se podría aplicar un 3 % más al total de usuarios de los Centros de Salud Mental (17.000 en 1998); es decir, más de 500 personas candidatas, y añadir los datos conocidos de usuarios de servicios sociales del I.N.B.S. y del S.N.S.

Desde una perspectiva de priorización, el documento y elaboraciones posteriores del S.N.S.–Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (plan de trabajo 1998–1999)– atribuyen carácter urgente al área alojamiento/residencial y al área tutelar.

Al área residencial, porque se trata de una de las necesidades sociales que más impactan y condicionan el resto de servicios, incluyendo los sanitarios, la calidad de vida e incluso el pronóstico de la enfermedad. Por otra parte, la carencia de un recurso residencial adecuado y suficiente, expone al enfermo y su familia a situaciones de gran emergencia social. Finalmente, la inexistencia de recursos residenciales adecuados y suficientes bloquea las plazas de otros recursos psiquiátricos, muy especializados, altamente "sanitarizados" y costosos, impidiendo una buena eficiencia en los recursos y gastos sanitarios, saturados en parte por problemas de índole social.

Del área tutelar, porque la situación de pacientes con escaso o nulo apoyo familiar, familiares ancianos o ellos mismos discapacitados, válidos pero con interrogantes cara al futuro. Es otra área de gran sufrimiento individual y zozobra familiar.

5.7.3. ÁREA RESIDENCIAL. NECESIDADES Y RECURSOS

228 personas candidatas según el documento "Propuestas para la Implantación del Plan de Integración Social (1997)", repartidas entre diferentes tipos de servicios, a saber:

• Residencia Asistida para Enfermos Mentales

Concepto: Recurso residencial con máximo grado de tutela, presencia permanente de personal cuidador y consultoría in situ de profesionales facultativos –psiquiatra, psicólogo– No es una "cama de larga estancia" puesto que no existe el concepto de "alta terapéutica ". Esto último no es incompatible con la posible salida, "baja ", de la institución para acudir a otra de menor grado de tutela y, por tanto, con la necesidad de un circuito fluido entre recursos residenciales de diferente naturaleza.

Servicios: Los servicios de naturaleza sanitaria son los de atención médica, psiquiátrica, psicológica y de enfermería básicas, entendiendo por ellos tanto los necesarios en la vida cotidiana de los minusválidos, similares a los que se ofrecen en medicina familiar a los beneficiarios del Servicio Navarro de Salud, como aquellos servicios sanitarios más específicamente orientados a enfermos mentales y que sean compatibles con el contexto de un programa residencial. Quedan excluidos los cuidados sanitarios originados por episodios de descompensación psicopatológica, que deberán abordarse mediante ingreso en los Centros Sanitarios más adecuados –Unidades de Hospitalización Psiquiátrica u otras– y su vuelta al servicio residencial una vez resuelta la crisis.

Los servicios no sanitarios son de alojamiento y manutención; acompañamiento, supervisión de la vida cotidiana y atención social; actividades ocupacionales; actividades de ocio y tiempo libre.

Modelo: Está determinado un modelo estándar para 30 plazas, con correspondientes ratios de personal sanitario y no sanitario. Es el utilizado para el borrador de convenio con las HH.HH. (Hermanas Hospitalarias) y se inspira de la experiencia existente en la actual Unidad de Rehabilitación del Servicio Navarro de Salud.

Financiación: Se ha propuesto –en el convenio HH.HH.– y de acuerdo con la Ley Foral 13/1999, de 6 de abril, un módulo sanitario, imputable al S.N.S. y un módulo social, imputable al I.N.B.S. El módulo sanitario contempla los gastos derivados de la atención psicomédica –médico, psiquiatra, enfermeras, psicólogos, medicamentos, y otros gastos directamente sanitarios–; el módulo social, el resto de gastos y fundamentalmente los de personal cuidador, monitores, alojamiento y manutención. El módulo sanitario es gratuito para las personas que tengan derecho a las prestaciones del S.N.S. El módulo social permite la participación en gastos según baremos.

Acceso: Priorización de candidaturas según varemos: social, clínico y de discapacidad.

Número de candidatos: El documento (de referencia/TS) detecta 52 personas candidatas a este tipo de recurso. Además, hay que tener en cuenta que:

• Hay unas 70 personas en instituciones residenciales fuera de Navarra, subvencionadas por el I.N.B.S. La mayoría son candidatas a este tipo de recurso.

• Hay (no indica cifra) personas en las HH.HH. a título residencial, subvencionadas por el I.N.B.S.

• 1/3 parte de las personas actualmente ingresadas en el Psicogeriátrico "San Francisco Javier"+/– 70 personas. Cerrado al ingreso de nuevos pacientes de estas características. No se prevé la salida de estas personas a otros recursos.

• Aproximadamente el 50 % de camas de la U.R. tienen carácter residencial (+/– 15). Próxima mudanza a recurso –Clínica de Rehabilitación– sin camas residenciales.

• En tomo al 10 % de las camas de las U.H.P. suelen estar ocupadas por razones "residenciales" –cifra media, situación fluctuante– (5–6 casos)

• Hay un número indeterminado de usuarios de recursos residenciales de Cáritas –Nazaret etc.– que podrían entrar en este perfil.

Hay que entender que, de todas estas personas "institucionalizadas", 10 están en estructuras que difícilmente pueden recogerse en un "catálogo de recursos" dado que su naturaleza, servicios etc. es diferente (rehabilitación, clínica psiquiátrica, psicogeriátrico, atención a marginales, unidad de agudos...). No existe en la actualidad como recurso una "residencia asistida para enfermos mentales"

• Hogares o Pisos Tutelados

Concepto: Recurso residencial con grado medio de tutela, presencia permanente de personal cuidador y utilización de profesionales facultativos externos (preferentemente de centros normalizados, Centros de Salud y Centros de Salud Mental)

Modelo: Similar al de los actuales Hogares Protegidos de Salud Mental gestionados por la empresa Sendabide. El borrador del concierto con las HH.HH. prevé un modelo de pisos funcionales que son en realidad una variante de estos Hogares: el piso gira en tomo a una Residencia Asistida para Enfermos Mentales, que es donde se ubica el personal permanente (incluido guardia de 24 horas) que facilita asimismo visitas de supervisión en los hogares; además, buena parte de la jornada se ocupa en talleres ocupacionales de la propia Residencia. El modelo estándar contempla ratios en tomo a la mitad de cuidadores previstos para la Residencia. El correspondiente a los pisos funcionales de las HH.HH. figura en el borrador del concierto (No adjuntado)

Número de candidatos: Se detectan 81 personas candidatas a este tipo de recurso. Además:

• 23 personas atendidas en los Hogares de Sendabide (capacidad para 8 más). Son personas muy mayores, antiguos residentes en el Hospital Psiquiátrico, con problemas de movilidad, médicos y psicogeriátricos muy importantes.

• Algunas de las personas candidatas a Residencia Asistida pueden, tras cierto periodo de entrenamiento, pasar a un modelo de hogares. Es la hipótesis de trabajo de los pisos funcionales del concierto con las HH.HH.

• Pisos Semitutelados o Protegidos

Concepto: Recurso residencial con menor grado de tutela: supervisión por parte de personal cuidador, sin presencia permanente y utilización de servicios sanitarios normalizados (Centros de Salud Mental, Centros de Salud)

Modelo: Similar al de los actuales Pisos Protegidos de Salud Mental supervisados desde el Centro de Día de Crónicos. Los ratios de personal giran en torno a 3 cuidadores a tiempo parcial para cerca de 30 plazas

Número de candidatos: El documento de referencia detecta 53 personas candidatas a este tipo de recurso. Es a partir de este punto donde se observan las limitaciones metodológicas del estudio. Hay que tener muy presente que si se oferta este tipo de servicio, se generará una demanda sensiblemente superior a la detectada por el estudio. Añadir:

• 19 personas en los pisos protegidos de Salud Mental supervisados desde el Centro de Día. Se trata de antiguos residentes del Hospital Psiquiátrico, con larga historia institucional, que en su mayoría tienen edad avanzada y deberían pasar a corto o medio plazo a residencia de ancianos (práctica totalidad). 3 pisos son de Patrimonio del Gobierno de Navarra (capacidad 15 personas); 3 son alquilados (capacidad 15 personas).

• Patronas Protegidas

Concepto: Hace referencia al modelo de familias de acogida. Se trata o bien de pensiones, o bien de familias que integran en su domicilio a un enfermo mental, a corto, medio o largo plazo. Su tarea fundamental es la de proporcionar un entorno normalizado y contribuir a garantizar cuidados (alimentación, medicación, disciplina en horarios...) que favorezcan la adquisición o mantenimiento de pautas de convivencia familiares. La supervisión y el apoyo ha de ejercerse fundamentalmente sobre las patronas–familias y la calidad de vida del usuario.

Modelo: El número reducido de patronas –responsables de pensiones– ejerciendo en la actualidad, y el más amplio que ha ejercido anteriormente, con supervisión y seguimiento de Centros de la Red de Salud Mental. No hay experiencia en Navarra de familias de acogida, aunque se trata de un modelo muy desarrollado en otros países europeos (Bélgica, Austria...) y presente en la mayoría de ellos. Los elementos claves son el dinero –hay que pagar a las patronas, y no es siempre posible con una pensión no contributiva–, la supervisión del servicio, y el apoyo técnico a las patronas.

Número de candidatos: Se detectan 12 personas candidatas a este recurso. Además:

• Hay 7 personas en régimen de patrona, supervisados desde el Centro de Día de Crónicos.

• Hay 14 personas en régimen similar –patronas– que acuden a los Centros Ocupacionales de Elkarkide/ ANASAPS.

• Número fluctuante, en la actualidad muy pequeño, de personas en patronas supervisadas por las T .S. de la Red de Salud Mental.

Conclusión al capítulo residencial

Se ha desarrollado una caracterización y aproximación cuantitativa de servicios residenciales diseñados para enfermos mentales. Existe, no obstante, un colectivo integrable en servicios más generales, bien sea directamente, bien sea mediante pequeñas modificaciones de éstos, formación de profesionales, supervisión técnica.

Pueden citarse, entre estas últimas, las residencias de ancianos y las residencias para retrasos mentales. Aquí el problema es el rechazo generado por personas con problemas conduc-

tuales y/o por su etiquetaje de origen –enfermos mentales–. Hay que insistir en la necesidad de una estrategia de gestión de casos y recursos de toda índole existentes en un área geográfica determinada, en función de las necesidades de las personas, determinadas por su grado de dependencia, autonomía, socialización... y no por su etiquetaje de origen –disminuido psíquico, físico, anciano–. Lo contrario puede llevamos a un mal uso de servicios, y a desarrollar recursos especializados de lo más variopinto –Residencias para Enfermos Mentales Envejecidos, Residencias para Retrasados Conductuales –no siempre fáciles de justificar técnicamente.

Para la determinación de necesidades se han utilizado los datos del documento de las T.S. de la Red de Salud Mental. Hay que insistir en que provienen de una metodología con limitaciones, pero que recoge los casos más urgentes. Los modelos tipos y ratios de personal son aproximados. La razón es que o bien no existe en Navarra un modelo de referencia –Residencia Psiquiátrica Asistida– o los que existen –hogares, pisos– trabajan con antiguos pacientes del Hospital Psiquiátrico, mayores y con historia previa institucional, diferentes a los actuales discapacitados, jóvenes y sin historia institucional. Tampoco hay que excluir la existencia de gradaciones dentro de cada categoría –por ejemplo, una Residencia Asistida más sanitarizada y tutelada que otra–. Por todo ello, los primeros servicios que se pongan en marcha tendrán un carácter piloto indudable, y habrá que hacer un seguimiento pormenorizado de su funcionamiento.

Las dificultades de utilización del recurso residencial más frecuente en la actualidad, domicilio de origen, se desarrollarán con posterioridad, en el capítulo de la atención domiciliaria.

5.7.4. ÁREA TUTELAR

Debería de cubrir la defensa de los enfermos mentales y velar por sus derechos, que no están en condiciones de hacerlo por sí mismos –mediante declaración de incapacitación, tutela, y nombramiento de tutor– Recubriría la mayoría –se pregunta si todos– de los usuarios de recursos residenciales muy tutelados.

Además de esta función básica de defensa y protección, hay que considerar su desarrollo para atemperar uno de los sufrimientos y zozobra básicos de las familias con cuidadores ancianos: "¿qué será de él/ella cuando no estemos?". Tampoco hay que olvidar las necesidades de las propias instituciones/servicios que vayan a acoger pacientes incapaces, aunque no incapacitados legalmente, y que necesitan de este servicio para su propio gobierno.

Servicios jurídicos, sociales y de gestión de patrimonio, muy profesionalizados.

5.7.5. ÁREA DE APOYO A DOMICILIO

5.7.5.1. SERVICIOS

Naturaleza del servicio: Hace referencia a un servicio que presta apoyo en el propio domicilio del usuario (propio o de su familia). Aunque puede tener una dimensión sanitaria –medicación, intervención a domicilio con procedimientos de psicología clínica y socioterapia– y otra de tipo de servicio doméstico y de sustitución (acciones en beneficio del ayudado, aunque no lo desee expresamente, haciendo por él o en su lugar una diligencia, como se hace para la 3ª edad), el "apoyo a domicilio" a personas con problemas de salud mental tiene características propias: puede sustituir en parte al paciente, pero no se ocupa enteramente su lugar y se le deja una amplia autonomía (sostener, impedir la caída, mantener en pié...) Pueden distinguirse diferentes situaciones:

• Complemento de la actividad clínica, especialmente en pacientes en situaciones de crisis, que acuden a Centros u Hospitales de Día.

• Traslado de programas terapéuticos o de rehabilitación a domicilio, incluido el adiestramiento in situ de las familias en el manejo de ciertas situaciones relacionales, de actividades instrumentales, de la vida diaria.

• Programas de mantenimiento (dirigidos a la consolidación o a impedir el deterioro de habilidades de autonomía y socialización). Es el núcleo central de este tipo de servicios, con una diversidad de situaciones, básicamente:

– Dirigido a facilitar o mantener el alojamiento –familiar, pensiones–

– Dirigido a facilitar o mantener actividades de tipo ocupacional, laboral, ocio y otras.

– Continuum con otro tipo de actividades que necesitan una dimensión de acompañamiento.

Perfil del "apoyador": En general, diferente al personal tradicional sanitario (incluso cuando el programa es de perfil terapéutico). El desarrollo de "equipos comunitarios" sugerido por el documento ("Las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales crónicos en Navarra, 1996") y el borrador del "Plan de Lucha contra la Exclusión Social" (1998) ha de evitar la repetición de los equipos de Salud Mental compuestos por facultativos superiores. Se trata fundamentalmente de monitores/edu-

cadores y (preferentemente para algunos autores) terapeutas ocupacionales. Equipos similares suelen estar dirigidos en algunos países por trabajadores/as sociales –cf. experiencia de Northumberland; presentada en Pamplona en diciembre de 1998. El perfil profesional no coincide con las trabajadoras sociales españolas. El marco jurídico–administrativo –gestión de casos, gestión de recursos económicos–, tampoco.

Proveedores del servicio: Son pensables diversas situaciones:

• Parece claro que determinados servicios sanitarios –p. ej., los especializados en rehabilitación– han de contar con este tipo de servicio el tiempo que dure su intervención. Está previsto el desarrollo de un servicio de "apoyo a domicilio" en la futura Clínica de Rehabilitación. El desarrollo de programas de rehabilitación en los Centros de Salud Mental debería de contemplar también la intervención a domicilio.

• Para el resto, fundamentalmente para programas dirigidos al mantenimiento, hay que pensar en una distribución amplia en el territorio y en estrategias de coordinación y vinculación con otros servicios sanitarios y sociales. En Navarra, el diagnóstico de situación apunta a los Servicios Sociales de Base, de amplia implantación en el territorio y con experiencia en este tipo de tareas. Habría que pensar en términos de coordinación y, tal vez, refuerzo de estos equipos con profesionales de la naturaleza de los indicados.

• La colaboración de asociaciones de afectados puede ser positiva –dimensión de auto ayuda, captación de voluntariado aunque el servicio que se presta actualmente desde ANASAPS parece tener carácter más "profesional" y de sustitución a algo que "la administración no asume"

5.7.5.2. APROXIMACION CUANTITATIVA: RECURSOS

30 personas detectadas por el documento de las T. S. (…) Por otra parte, la población que este documento identifica como necesitada de programas de "acompañamiento" en gran parte puede asimilarse a este grupo (56 personas).

+/– 90 solicitudes recibidas en el Servicio de Atención a Domicilio de ANASAPS durante 1999 (informe/memoria a 31–X–99). Servicio facilitado por 1 coordinador + 5 Técnicos de Atención a Domicilio. Cuenta con apoyo administrativo de los servicios de ANASAPS –1 Auxiliar Administrativo y 1 Coordinadora–. Financiado por Bienestar Social. La memoria facilitada por ANASAPS abunda en objetivos de alto contenido terapéutico, más propios probablemente de una unidad de rehabilitación, centro de día... No facilita información sobre desarrollo de actividades, metodología, formación de intervinientes. Dudas acerca de la adecuación del servicio.

Un número indeterminado, pero seguramente no despreciable, de intervenciones desde los Servicios Sociales de Base. Los problemas que se plantean, además de limitaciones legales, tienen que ver con la naturaleza del servicio –diferente del propiamente doméstico– formación y, tal vez, incorporación de otro tipo de profesionales, y coordinación y vinculación con otros recursos sanitarios –Centros de Salud Mental– y sociosanitarios.

5.7.6. ÁREA OCUPACIONAL

Se refiere básicamente a dos servicios: de mantenimiento, dirigidos a personas que tienen dificultades para adquirir habilidades laborales, y con escasas posibilidades de acceder a recursos laborales normalizados, y como primer dispositivo del circuito vocacional/laboral.

El equipo técnico de ELKARKIDE distingue actualmente un Programa de Mantenimiento (potenciar y mantener la autonomía del usuario y su calidad de vida mediante tareas similares a la actividad laboral normalizada), un Programa de Integración Laboral (más dirigido a la formación y capacitación pre–laboral, para personas susceptibles de integrarse laboralmente a largo, medio o corto plazo) y un llamado Programa de Necesidades Especiales (dirigido a personas con baja autonomía, dependencia y otra patología asociada (retraso mental, etc). El programa de mantenimiento y el de necesidades especiales tienen carácter indefinido. El de integración laboral está delimitado en el tiempo.

Aproximación cuantitativa. Recursos: Se detectan 71 personas candidatas a Centros Ocupacionales. En la actualidad (febrero, 2000) Elkarkide/ ANASAPS disponen de :

• Centro Aranzadi 35 plazas

• Centro Talluntxe 40 plazas

• A corto plazo 30 plazas ocupacionales más para el 2000. El proyecto contempla su "especialización" en necesidades especiales y mantenimiento

• Lista de espera actual en torno a 23 personas.

El borrador del concierto con las HH.HH. contempla asimismo la puesta en marcha de talleres ocupacionales. Tienen carácter muy institucional –en el recinto mismo de las respectivas clínicas psiquiátricas– y van dirigidas a los usuarios de los recursos residenciales –Residencia Asistida para

Enfermos Mentales y Pisos Funcionales/Hogares protegidos–

En los Centros Ocupacionales de Cáritas existe un número significativo de personas con problemas mentales –Nazaret, Betania–.

5.7.7. ÁREA VOCACIONAL/LABORAL

5.7.7.1. SERVICIOS

Naturaleza de servicios: Sin pretender ser exhaustivos, y admitiendo situaciones mixtas y de difícil delimitación:

Centro ocupacional: Como primer dispositivo de recursos laborales –evaluación de la situación del usuario, posibilidades– de adquisición de habilidades prelaborales, entrenamiento y adquisición de éstas–. Cuando domina el aspecto formativo/vocacional, se habla de un centro formativo/laboral.

• Centro formativo/laboral: Servicios de formación –de tipo de cultura general + formación profesional diversa– + habilidades de comunicación, auto control, manejo del estrés ...(próximas a servicios de rehabilitación) + técnicas de búsqueda de empleo y orientación vocacional. En ocasiones, paso previo para los centros que se describen seguidamente.

• Talleres de formación: Programas limitados en el tiempo y orientados a actividades profesionales concretas –p. ej. talleres de jardinería, hostelería, encuadernación... de la organización ERAGINTZA (Vizcaya).

• Centro Especial de Empleo: Centros de entrenamiento laboral. Se centran en el desarrollo de una actividad laboral con un objetivo final "ideal" de integración en el mercado laboral normalizado. Regulación jurídica propia. Dimensión laboral –sueldo– y de mercado –productividad, competencia con otras empresas... –.

• Programas de Empleo Social Protegido: Dirigidos a población con características especiales –marginación, exclusión, minusvalías. A veces, carácter de "prueba" para acceso a trabajos normalizados

• Programas de reinserción laboral o integración laboral normalizada: Medidas de apoyo en relación con el acceso y mantenimiento de la población en los recursos laborales normalizados.

5.7.7.2. APROXIMACIÓN CUANTITATIVA: RECURSOS

El documento de las T. S. presenta un continuum ocupacional–laboral. Dentro de lo estrictamente laboral, distingue 95 personas como candidatas a Centros Especiales de Empleo, 60 personas candidatas a Empleo Social Protegido y 66 personas candidatas a Programas de Reinserción Laboral. El documento apunta, como estimación, que alrededor del 50 % de la población que accede a Programas de Empleo Social Protegido son personas que padecen de algún tipo de trastorno psíquico. El documento sobre "Las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales crónicos en Navarra (Diciembre, 1996)" hace referencia al mismo continuum ocupacional–laboral, pero con hincapié en el área laboral. Detecta diversas situaciones, desde quienes no desean –enfermos y cuidadores– el acceso a actividades laborales (+/– 20%) hasta quienes expresan diversas preferencias, siendo mayoritaria –31,6 % de cuidadores y, sobre todo, 55,3% de pacientes– la preferencia por el empleo normalizado.

El Centro Especial de Empleo Talluntxe –permite 10 plazas– pertenece a la empresa Elkarkide. Además, el equipo facilita el seguimiento de 7 personas en empleo ordinario u otros centros especiales de empleo (Aspace...); programa de empleo protegido temporal (Ayuntamiento de Pamplona, 14 plazas)

Las asociaciones que trabajan con drogodependientes desarrollan programas de incorporación social de dimensión laboral (p. ej. la asociación Centro OASIS dispone de un programa de incorporación sociolaboral a empleo ordinario dirigido a diversos colectivos con dificultades laborales, no solo drogodependientes –25 personas atendidas en el 99–. Realizan tareas de acompañamiento y supervisión. Financiación del Ministerio de Asuntos Sociales, Ayuntamiento de Pamplona y Bienestar Social. Acaban de constituir la Fundación EUROLAND con el proyecto de la puesta en marcha de centros especiales de empleo –financiación europea, programa INTEGRA–).

La dimensión laboral es clara en organizaciones como Traperos de Emaús –según la información disponible, hay una estimación de +/– 40 % de usuarios con problemas mentales–. Los talleres de Cáritas tienen un carácter más bien ocupacional. En cuanto a la Asociación de Integración Educativa y Laboral Bidean, facilita formación profesional para personas con minusvalía psíquica.

Se trata seguramente del área donde es más necesario apoyarse en recursos normalizados, dirigidos a población más general: programas de formación, trabajo protegido, etc.

5.7.8. ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Se detectan 227 personas candidatas a recursos de ocio y tiempo libre. De ellas, el 68 % son autónomas, pero el 67% plantean dificultades en

su nivel de socialización (no cuentan con relaciones sociales continuadas ni significativas, o carecen de contactos sociales). El documento distingue diferentes situaciones:

• Personas con posibilidades de acceso a recursos normalizados. Habría que prestarles apoyo y acompañamiento a los recursos normalizados de la comunidad, sensibilizar a los grupos candidatos a acoger enfermos, y coordinar con los recursos comunitarios.

• Personas que requieren entrenamiento para el acceso a recursos normalizados El documento de las T. S. sugiere estrategias de rehabilitación, acompañamiento y voluntariado.

• Personas que requieren recursos específicos. Bien con carácter temporal –entrenamiento– bien con carácter a largo plazo (espacios donde los enfermos establecen y mantienen relaciones sociales y ocupan su tiempo en actividades de índole recreativa).

El actual "Servicio de Ocio y Promoción Cultural" de ANASAPS responde al último modelo de los citados. Está estructurado en dos programas :

• Programa de Actividades (Cursos, Talleres, Desarrollo de Habilidades, Actividades Lúdicas...)

• Vacaciones, salidas de respiro y excursiones.

El servicio se presta por: 1 coordinador del servicio (jornada completa); 2 monitores de actividades (jornada completa); 2 voluntarios gratificados para el desarrollo de talleres. 30 voluntarios para apoyo de actividades (a algunos se les ofrece compensación de gastos). Personal en prácticas. Se atiende a una media de 45 personas/día, y a un total de +/– 75 personas. Los responsables piensan que con más medios podrían aumentar el horario y atender a +/– 100 personas.

• Resumen área 6–7–8

Hay que insistir en que existe un continuum de servicios de tipo ocupacional, laboral y, seguramente, de ocio y tiempo libre; servicios que son difíciles de delimitar y que pueden ser prestados desde los mismos o parecidos recursos. Esta continuidad se aprecia mejor en el documento sobre "Las necesidades …", precisamente porque su perspectiva es la percepción de necesidades de usuarios y familiares. La perspectiva del documento de las Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mentales es más bien la de prestación de servicios, por eso facilita una relación de recursos/dispositivos.

En la práctica, estos últimos pueden articularse de diversas maneras, desde un mismo recurso que facilita servicios de ocio, tiempo libre, ocupacionales, formación profesional y laborales –modelo Club House de países anglosajones y Holanda– hasta diversa articulación entre recursos proveedores de una misma empresa –p .ej. Eragintza en Vizcaya propone un circuito Centros de Formación~Talleres~Centro Especial de Empleo–. Desde otro punto de vista, es habitual que los C.A.T. franceses alternen servicios ocupacionales y de empleo, y que la misma empresa ofrezca servicios de alojamiento, pisos y hogares protegidos. Seguramente lo ideal es una diversidad de situaciones en la que se integre la definición de programas y su variedad, y que permita al usuario un circuito fluido con diferentes estaciones de parada –personas que no podrán durante largo tiempo superar determinado estadio (p. ej., ocupacional, ocio)–.

Se trata también de las áreas en que es más importante, y seguramente factible, apoyarse en recursos normalizados y/o dirigidos a una población más amplia de discapacitados, marginados... P. ej., iniciativas de formación, empleo social...

5.7.9. ÁREA DE APOYO ECONÓMICO

Suelen tener que ver con gastos extraordinarios que se generan por el hecho de padecer un trastorno mental, el propio enfermo, o tener que cuidar en la familia un enfermo mental. En la práctica, se trata de gastos derivados de la necesidad de acceder a determinados recursos sanitarios o sociales.

El documento de las T.S. detecta 35 personas en esta situación; reciben pensiones no contributivas o carecen de ingresos, y viven en pisos compartidos y en alquiler. En ese sentido, las ayudas económicas parecen claves para acceder a recursos tipo pensión o patrona protegida. Reciben en la actualidad ayuda económica –de inserción, complementaria a la pensión no contributiva– las personas en patrona protegida que acuden a los talleres ocupacionales de Anasaps/Elkarkide (+/–14), las que están atendidas en los hogares protegidos de Sendabide (23) –en ese sentido, Sendabide se está considerando como un servicio de patrona, aunque disponga de técnicos sociosanitarios in situ, en una situación de irresponsabilidad de la Administración que es altamente dudosa– (sic) y algunas de las personas en pisos/patronas supervisadas desde el Centro de Día.

Tienen que ver también con ayudas económicas las de comedor y transporte, detectadas por los informes de referencia (8 y 6 personas respectivamente), aunque haya de tener en cuenta las

características de la metodología de dicho informe[1] por su incidencia en los resultados.

El documento sobre necesidades sociosanitarias dedica un capítulo a las necesidades económicas. Detecta un 42% de cuidadores para quienes el enfermo implica gastos extras importantes. Desglosa los gastos en: ayudas para cubrir gastos del hogar, vacaciones, estancia en centros privados, comedores, ayudas para el transporte.

Aunque desde otra perspectiva, pueden incluirse aquí las demandas de "discriminación positiva" (entradas más baratas, bonos, preferencia...) en el acceso a recursos de ocio, culturales, deportivos... habituales en las reuniones de familiares y usuarios –cf. VIII Jornadas Informativas sobre Salud Mental de ANASAPS, 5–7 Octubre 1999–. El documento recoge también reivindicaciones de una mayor remuneración en los centros laborales/ocupacionales.

5.7.10. ÁREA DE APOYO A LA FAMILIA / CUIDADORES INFORMALES

El documento de las T. S. no cuantifica las necesidades –indica que de los 450 pacientes considerados, 300 conviven con algún familiar y 127 no son autónomos; de estos últimos, 91 conviven con algún familiar– pero desglosa y caracteriza las necesidades en:

• Información/Formación. Referente a aspectos de la enfermedad, cuidados que requiere, recursos y prestaciones. Se apunta la necesidad de programas docentes –formación de la familia– y asesoramiento legal –obligaciones, derechos/deberes del paciente–, procedimientos judiciales –internamiento, tutela–

• Apoyo Terapéutico. Atribuido a los Centros de Salud Mental

• Intervención urgente o crisis. Aspectos de intervención a domicilio de carácter de mantenimiento –en línea con lo descrito en atención a domicilio– y en situaciones de crisis –incluida la gestión del ingreso involuntario–

• Complementar los cuidados y atención familiar –en línea con lo descrito en atención a domicilio–

• Necesidad de sustitución de la familia –respiro familiar. Intervenciones de apoyo para facilitar el acceso del paciente a Servicios de Día–

• Necesidades económicas –en línea con lo descrito en el capítulo anterior–

• Necesidad de respuesta a la incertidumbre de la familia –remite al desarrollo de recursos y a la institución tutelar–

El documento referente a necesidades realiza un desglose menos pormenorizado. Hace hincapié en las necesidades informativas (tanto del paciente como de la familia); las económicas y la necesidad de servicios de sustitución en el cuidado (en situaciones de crisis, vacaciones y clubs de ocio, fundamentalmente).

Distingue un capítulo de "autoayuda y apoyo mutuo" (dirigido tanto a los enfermos como a sus cuidadores) y un capítulo de "Necesidad de apoyo en los ingresos psiquiátricos involuntarios ", tema por otra parte recurrente en las reuniones de familiares y afectados, y muy determinado por la legislación (Artículo 211 de la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil)

El documento "Atención Socio–sanitaria" (Departamento de Salud, mayo de 1988) hace hincapié en las necesidades de los cuidadores y dedica un apartado a los cuidadores de enfermos mentales. Considera que determinados servicios dirigidos a enfermos pueden cumplir también un papel para los cuidadores: servicios residenciales temporales "de respiro", atención de día (sugiere horarios compatibles con las jornadas laborales de los cuidadores), formación y apoyo...

Resumen de este apartado:

Se trata de un conjunto variopinto de necesidades y situaciones que, en gran medida, repiten y resumen apartados anteriores –alojamiento, atención a domicilio, ocio, necesidades económicas, de tutela..– Parte de las demandas tiene que ver con servicios sanitarios –red de Salud Mental– y sociales ya existentes, a los que se pide una atención mejor, más directa e individualizada; otra parte tiene que ver con servicios de naturaleza diferente no prestables desde instancias profesionales –auto ayuda y apoyo mutuo–

(1) Cita permanente respecto al informe elaborado por las T.S. de la Red de Salud Mental, en colaboración con el Comité de Expertos en Rehabilitación e Integración Social de Enfermos Psíquicos, creado por O.F. de 18 de julio de 1996 y en el que participaban representantes de Salud Mental, de los departamentos de Salud, Bienestar Social, Empleo y de ANASAPS, ANFAS, Cáritas y Argibide.

Esta última área es seguramente la más específica en las actuaciones de familiares y afectados (no puede ser prestada por otros) y la que habría que desarrollar. Aunque puede tener que ver con necesidades de información, es cualitativamente diferente y tiene que ver con la dinámica de afectado a afectado (encuentro con otras personas con parecidos problemas). Este desarrollo podría concretarse en un club social, tal vez relacionado con el club de ocio y tiempo libre actual de ANASAPS. La no distinción de una asociación de enfermos en el seno de, o independiente de, ANASAPS puede ser una dificultad. La indefinición actual del estatus de ANASAPS –proveedor de servicios, grupo de presión, grupo de ayuda mutua– es otra dificultad (sic).

5.7.11. PLAN DE INTERVENCIÓN URGENTE EN ÁREA RESIDENCIAL (DEPARTAMENTO DE SALUD, FEBRERO 2000)

El mismo documento tomado como referencia para analizar el balance de recursos existentes a fecha del año 2000, aporta en su segunda parte una propuesta de acciones encaminadas a incrementar dichos recursos. Del diagnóstico realizado por el propio Departamento de Salud en este documento surgía un plan de acción, como propuesta para incorporar al posterior Plan Foral de Atención Socio Sanitaria.

A. Desbloqueo del concierto con las HH.HH.

Proponía la puesta en marcha a lo largo del 2000 de:

• 2 residencias asistidas (de 30 y 15 plazas respectivamente, en Elizondo y Pamplona)

• 16 plazas en piso funcional–hogar (2 pisos de 4 plazas cada en torno a ambas residencias asistidas).

• Debería responder a:

1º. Situaciones de urgencia social;

2º. Ingresos de carácter social en ámbito hospitalario (unidades de hospitalización psiquiátrica);

3º. Personas ya ingresadas a título residencial en los centros de las Hermanas Hospitalarias;

4º. Un pequeño porcentaje de personas ingresadas en centros de fuera de Navarra (+/– 6),

5º. Demandas de familias que buscan la aproximación...

El acuerdo llevaría parejo el mismo modelo de financiación mixta (módulo social, módulo sanitario) para

1. 95 plazas de Residencia Psicogeríátrica (65 en Elizondo y 30 en Pamplona)

2. 30 plazas en Centro de Día Psicogeriátrico (en Pamplona).

Marcaba como imperativo que el mismo modelo funcionase en el Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier" (con las peculiaridades debidas a su carácter de centro propio).

B. Puesta en marcha, (último trimestre 2000–primero del 2001) de una tercera residencia asistida en Pamplona.

• En el recinto del Psicogeriátrico "San Francisco Javier". Ubicado en la actual Unidad de Rehabilitación –30 plazas (año 2000)– se encargaría del apoyo a la red de pisos protegidos supervisados en la actualidad por el Centro de Día –capacidad en torno a otras 30 plazas–.

• Puesta en marcha coincidente en el tiempo con el traslado de la U.R. –finales 2000/comienzos 2001– Absorbería las +/– 15 personas residenciales alojadas actualmente en la U.R. Mismo modelo de financiación (I.N.B.S./S.N.S.) que el previsto en el concierto con las Hermanas Hospitalarias. No hay disponibilidad de personal: servicio concertado. Por razones técnicas –tamaño de la residencia, ubicación en Pamplona– y de urgencia social –no hay previsión alternativa para el cuidado de los actuales residentes otras que su traslado– es prioritario a cualquier proyecto de ampliación vinculado a los centros de las Hermanas Hospitalarias.

C. Concierto con Sendabide, actual titular de los hogares protegidos.

• Mismo modelo de financiación (I.N.B.S./S.N.S.). Aportaría 24 plazas y 8 más disponibles por la empresa (total, 32).

• El documento advierte sobre la necesidad de que Sendabide normalice su estructura.

D. Ingreso de personas mayores que ocupan plaza residencial psiquiátrica a recurso residencial geriátrico o psicogeriátrico (dependiendo de perfil de necesidades)

• A corto plazo, la práctica totalidad de residentes en Sendabide +/– 6 personas en piso protegido supervisado por el Centro de Día.

• A medio plazo, la totalidad de estos últimos.

Total acciones anteriores

• 75 plazas residenciales (total importante, de las cuales ya están ocupadas (+/–30, entre U.R., U.H.P., residenciales en HH.HH. y candidatos a la vuelta a Navarra)

• 48 plazas en hogares (pisos de HH.HH. + Sendabide);

• En torno a 30 plazas (pisos de Centros de Día) a delimitar entre hogares y pisos protegidos.

• Observaciones:

– No cubrirían las necesidades detectadas por el documento encabezado por las Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental: 52 plazas residenciales, 81 plazas en hogares...,

– No se conseguiría el retorno a los acogidos de fuera de la Comunidad foral, pero se daría un vuelco completo a la situación actual. No son esperables dificultades reseñables técnicas o empresariales, pero sí de financiación y presupuesto.

E. Puesta en marcha de un recurso de carácter menos tutelado

• Se estima necesario, en el plan de urgencia, acometer un recurso de carácter menos tutelado con objeto de ampliar el abanico de recursos y de evitar que la demanda se dirija únicamente a recursos muy tutelados, por ser los únicos existentes.

• Tiene carácter prioritario la puesta en marcha de pisos protegidos relacionados con los servicios ocupacionales de Elkarkide/ ANASAPS –entre 8 a 16 plazas–.

5.7.12. REORDENACIÓN ÁREA OCUPACIONAL / LABORAL / OCIO / ATENCIÓN A DOMICILIO / APOYO MUTUO / INFORMACIÓN / SENSIBILIZACIÓN

Se refería a los servicios parcialmente prestados en ese momento por Elkarkide/ Anasaps. En cuanto a la naturaleza de los servicios, ya se ha insistido en la existencia de un continuum difícil de delimitar entre el ocio/ocupacional/ vocacional/ laboral. Habría que proceder a :

• Delimitación de la naturaleza de los servicios: en qué consisten, objetivos, naturaleza de profesionales que intervienen, a quién van dirigidos, acceso, mínimos de calidad, acreditación, mecanismos de evaluación.

• Financiación. El modelo módulo sanitario/ módulo social parece difícilmente aplicable en este área.

• Coordinación/ vinculación/ participación con servicios sanitarios, sociales y otros –educación, trabajo

• Estatus jurídico/administrativo de los proveedores de los servicios y relaciones con la administración.

A fecha de 2000, Salud Mental refleja en su documento que “existe en la actualidad una situación de confusión entre la asociación de usuarios y afectados –ANASAPS–, los profesionales que prestan los servicios, y la titularidad de la empresa prestataria. ANASAPS presta directamente servicios de ocio y atención a domicilio e indirectamente, mediante Elkarkide, empresa participada por ANASAPS al 50% (el otro 50 % pertenece a los trabajadores), servicios ocupacionales y de integración laboral. La situación actual es altamente disfuncional y se caracteriza por: dificultades en la dirección técnica y gestión de los recursos, calidad y adecuación de algunos servicios dudosa, y aspectos éticos delicados en acceso de usuarios e incorporación de profesionales.”.

A este respecto señalaba que había que considerar como mínimo:

• Aproximación a modelos contractuales en las relaciones de estas empresas con la administración.

• Separación entre empresas proveedoras y asociación de afectados: la asociación se ocuparía de labores de apoyo mutuo, información –estas últimas pueden adquirir la fórmula de Club Social, con encuadramiento de profesionales– sensibilización –incluyendo actividades de grupo de presión– y las empresas proveedoras de la prestación de servicios propiamente sociosanitarios.

Aunque algunos de estos puntos se consideraba que eran laboriosos y requerirían tiempo, se sugiere clarificar este área y resolver contradicciones y disfunciones con carácter previo al desarrollo de este tipo de servicios.

5.7.13. BASES DE UN PLAN PLURIANUAL DE DESARROLLO DE RECURSOS NO SANITARIOS DE APOYO A LOS ENFERMOS MENTALES

Abarcaría el estudio de necesidades, tipificación de servicios, criterios de distribución territorial, vías de financiación, mecanismos de evaluación...

Este Plan Plurianual debería ir acompañado de la implantación de nuevos modelos de gestión. Hay que tener en cuenta que:

• La naturaleza de los servicios a prestar obliga a modelos de gestión muy flexibles que han de adecuarse a contextos muy diferentes de los habituales en la administración (horarios, perfil de profesionales... en servicios residenciales, de club de ocio, de atención a domicilio) y diferentes entre sí. Lo lógico es primar el modelo de concertación, con una multiplicidad de proveedores. Eso no significa que lo público deba de estar ausente en las iniciativas empresariales (p. ej. en las iniciativas de tipo laboral, de empleo... es frecuente la necesidad de un aporte significativo de capital. Lo habitual en España es la participación de la iniciativa pública o parapública, p. ej: IDEA (Iniciativas De Empleo Andaluzas, S.A.), coparticipada por FAISEM –Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental–, la Diputación de Sevilla y la Fundación ONCE; LAVANINDU S.L.

(Lavandería Industrial) en Vizcaya, coparticipada por la Fundación ERAGINTZA... Es difícil pensar que un empresario vaya a invertir en una empresa para dar trabajo a enfermos mentales... (sic)

• La metodología de módulo social/módulo sanitario tiene sus límites. Hay servicios que implican a otras administraciones –trabajo, educación–. Hay servicios que son difíciles de delimitar.

• En Salud Mental es necesario un esfuerzo adicional al de la coordinación: creación de nuevos recursos e importantes necesidades presupuestarias. Es necesario pensar en términos de captación de recursos suplementarios a los presupuestos públicos.

• Este proceso de desarrollo tiene que tener un liderazgo que ejerza como tal.

• Es necesario integrar a las asociaciones de usuarios, afectados... desde un modelo de corresponsabilidad, en este proceso de desarrollo.

Aunque el documento señala que, seguramente, nada de lo dicho es exclusivo del área de los enfermos mentales, considera conveniente tener en cuenta que:

• Los enfermos mentales generan rechazo y exclusión en todos los ámbitos (…) salvo en los directamente relacionados por razones profesionales y familiares. Hay que resolver el problema del liderazgo.

• Se parte de una situación de carencia recursos y/o de indefinición de servicios.

• Es una oportunidad para ensayar nuevos modelos de gestión.

Prácticamente en toda España se ha tenido en cuenta esta situación, y proliferan estructuras tipo Fundación –Fundación ERAGINTZA en el País Vasco, Fundación RAMÓN REY ARDID en Zaragoza, Fundación SERRATE TORRENTE en Huesca, FAISEM en Andalucía– con participación pública, independientemente del signo político del gobierno regional. Estas fundaciones tienen diversas relaciones contractuales con las Asociaciones de Afectados, e impulsan diferentes iniciativas empresariales relacionadas con obras sociales de Cajas, otras Fundaciones (Fundación ONCE, p. ej.), fondos europeos –proyecto INICIA en Cantabria ...–.

Se sugiere que algo similar se ponga en marcha en Navarra (cf. borrador de la FUNDACION NAVARRA PARA LA REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL elaborado por el S.N.S. en 1998).

5.7.14. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA INCORPORACIÓN DE ENFERMOS MENTALES

Especialmente aquellos en los que técnicamente sea posible para su incorporación a servicios normalizados “dirigidos a una población más numerosa”.

Estrategia complementaria a la planteada con el Plan Plurianual de Desarrollo de recursos sanitarios citado anteriormente e imprescindible para que el desarrollo de cursos específicos sea posible. Habrá de incorporar mecanismos de coordinación, apoyo, formación...de servicios normalizados. Deberá ir de la mano de actividades de sensibilización, información, etc. respecto a los problemas del colectivo de enfermos mentales y sus familias.

5.7.15. REORDENACIÓN DE LA OFERTA SANITARIA DE LA RED DE SALUD MENTAL

Según el proyecto diseñado por el Servicio Navarro de Salud, que consta de dos puntos:

• Reordenar y estructurar la oferta sanitaria de los Centros de Salud Mental. Preferencia a casos más graves y formato de atención individualizada.

• Poner en marcha servicios específicos de rehabilitación –Clínica de Rehabilitación–. Este punto, aunque estrictamente sanitario, tiene una estrecha relación con lo sociosanitario:

• Buena parte de los nuevos servicios sociosanitarios necesitarán apoyo técnico de diversa naturaleza de Salud Mental.

• El desarrollo de servicios altamente especializados en rehabilitación –Clínica de Rehabilitación, programas de rehabilitación en Centros de Salud Mental– no tendrá virtualidad ninguna si no hay un desarrollo significativo de lo sociosanitario.

5.8 CRÓNICOS AGUDOS

Desde el punto de vista médico asistencial, las principales necesidades se plantean en la atención a los enfermos crónicos agudos, donde se da una clara insuficiencia de camas. Para estos casos de nuevos crónicos graves, la no hospitalización es válida en términos generales, pero existe una necesidad de 20/30 plazas como recurso suficiente del que disponer para su atención. Este es, en el año 2003, el principal problema en cuanto a los recursos hospitalarios.

Recursos Existentes	Tipo de Recurso	Previsión Plan Sociosanitario	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Plazas Creadas	Aspirantes/ Demanda De Recurso
ÁREA RESIDENCIAL	Residencia asistida (RAEM) (18-65 años)		Pamplona 12 plazas Elizondo 30 plazas	Pamplona 30 Elizondo 18 30 Pamplona Unidad de Rehabilitación	Pamplona +28 Tudela 5	Pamplona 12 total Elizondo 6 total	52 personas candidatas a este tipo de recurso. Además: • Hay unas 70 personas en instituciones residenciales fuera de Navarra, subvencionadas por el I.N.B.S. La mayoría son candidatas a este tipo de recurso. • Hay un número indeterminado de personas en las HH.HH. a título residencial, subvencionadas por el I.N.B.S.
	Residencia Psicogeríátrica (+ 65 años)			Pamplona 60 Elizondo 65 Tudela 15			• 1/3 parte de las personas actualmente ingresadas en el Psicogeriátrico “San Francisco Javier,+/-10 personas. Cerrado al ingreso de nuevos pacientes de estas características. No se prevé la salida de estas personas a otros recursos.
	Residencia de día Psicogeriátrico (+ 65 años)			Pamplona 55			• Un 50 % de camas de la U.R. tienen carácter residencial (+/- 15). Próxima mudanza a recurso -Clínica de Rehabilitación- sin camas residenciales. • En tomo al 10 % de las camas de las U.H.P. suelen estar ocupadas por razones “residenciales” -cifra media, situación fluctuante- (5-6 casos) • Hay un número indeterminado de usuarios de recursos residenciales de Cáritas -Nazaret etc.- que podrían entrar en este perfil.

Recursos Existentes	Tipo de Recurso	Previsión Plan Sociosanitario	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Plazas Creadas	Aspirantes/ Demanda De Recurso
ÁREA RESIDENCIAL	Pisos funcionales y/o tutelados (18-65 años)			Pamplona 4 Elizondo 4	Pamplona +4 Elizondo 4		Se detectan 81 personas candidatas a este tipo de recurso. Además: • 23 personas atendidas en los Hogares de Sendabide (capacidad para 8 más). Son personas muy mayores, antiguos residentes en el Hospital Psiquiátrico, con problemas de movilidad, médicos y psicogeriátricos muy importantes. • Algunas de las personas candidatas a Residencia Asistida pueden, tras cierto periodo de entrenamiento, pasar a un modelo de hogares. Es la hipótesis de trabajo de los pisos funcionales del concierto con las HH.HH.
	Hogares protegidos (SENDABIDE)		60 plazas	Pamplona 1 hogar Egüés 2 hogares	+ 14 plazas (por reubicación) + 10 pl. pisos tutelados		Se detectaron 53 personas candidatas a este tipo de recurso. Hay que tener muy presente que si se oferta este tipo de servicio, se generará una demanda sensiblemente superior a la detectada por el estudio. Añadir: • 19 personas en los pisos protegidos de Salud Mental supervisados desde el Centro de Día. Se trata de antiguos residentes del Hospital Psiquiátrico, con larga historia institucional, que en su mayoría tienen edad avanzada y deberían pasar a corto o medio plazo a residencia de ancianos (práctica totalidad). 3 pisos son de Patrimonio del Gobierno de Navarra (capacidad 15 personas); 3 son alquilados (capacidad 15 personas).

Recursos Existentes	Tipo de Recurso	Previsión Plan Sociosanitario	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Plazas Creadas	Aspirantes/ Demanda De Recurso
ÁREA RESIDENCIAL	Centros ajenos			66 personas • Patrona protegida, 4 centros • Padre Menni, 1 centro • Residencia de ancianos 13 centros			Se detectan 12 personas candidatas a este recurso. Hay que hacer la misma observación que en el apartado anterior (reservas sobre la metodología del estudio). Además: • Hay 7 personas en régimen de patrona, supervisados desde el Centro de Día de Crónicos. • Hay 14 personas en régimen similar -patronas- que acuden a los Centros Ocupacionales de Elkarkide/ ANASAPS. • Número fluctuante, en la actualidad muy pequeño, de personas en patronas supervisadas por las T .S. de la Red de Salud Mental.

Recursos Existentes	Tipo de Recurso	Previsión Plan Sociosanitario	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Plazas Creadas	Aspirantes/ Demanda De Recurso
ÁREA LABORAL-OCUPACIONAL	Centros ocupacionales	• Pamplona 30 pl. • Elizondo 10 pl. • Tudela 10 pl.	• ARANZADI: 35 plazas • TALLUNTXE: 40 plazas	• ARANZADI: 40 plazas • TALLUNTXE: 40 plazas			Se detectan 71 personas candidatas a Centros Ocupacionales. En la actualidad (febrero, 2000) Elkarkide dispone de : • Centro Aranzadi 35 plazas • Centro Talluntxe 40 plazas • A corto plazo 30 plazas ocupacionales más para el 2000. El proyecto contempla su "especialización" en necesidades especiales/ y mantenimiento • Lista de espera actual en torno a 23 personas.
	Centros Especiales de Empleo						95 personas como candidatas a Centros Especiales de Empleo, 60 personas candidatas a Empleo Social Protegido y 66 personas candidatas a Programas de Reinserción Laboral. El documento (Informe Trab. Soc. S.M.) apunta, como estimación, que alrededor del 50 % de la población que accede a Programas de Empleo Social Protegido son personas que padecen de algún tipo de trastorno psíquico. El documento sobre "Las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales crónicos en Navarra" (Diciembre, 1996) hace hincapié en el área laboral. Detecta diversas situaciones, desde quienes no desean -enfermos y cuidadores- el acceso a actividades laborales (+/- 20%) hasta quienes expresan diversas preferencias, siendo mayoritaria -31,6 % de cuidadores y, sobre todo, 55,3 % de pacientes- la preferencia por el empleo normalizado. El Centro Especial de Empleo Talluntxe -permite 10 plazas- pertenece a la empresa Elkarkide. Además, el equipo facilita el seguimiento de personas en empleo ordinario u otros centros especiales de empleo (Aspace...); programa de empleo protegido temporal (Ayuntamiento de Pamplona, 14 plazas).

LISTAS DE ESPERA PARA LOS RECURSOS SEÑALADOS (Año 2000)	
Residencia Asistida para Enfermos mentales (RAEM)	33 personas
Piso funcional y/o tutelado para E.M.	7 personas
Centro ocupacional	58 personas

PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO	
• Contenido	• Acompañamiento y educación • Atención especializada dirigida a E.M. graves • Se presta fuera de los servicios sanitarios • Atención relacionada con la enfermedad y la relación familia/paciente y en la vida cotidiana
• Prestatario del servicio	• ANASAPS, parcialmente
• Presupuesto 2002 (Plan F. de Atención Socio Sanitaria)	• 240.405 euros (40 mill. Ptas.)

RECURSOS DE LA EMPRESA ELKARKIDE S.L.	
• Centro Ocupacional Aranzadi	• 35 plazas
• Centro Ocupacional Talluntxe	• 40 plazas
• Centro Especial de Empleo	• 22 trabajadores
• Programa de Empleo	• 14 trabajadores
• Programa de Formación	• 20 plazas
• Programa de Integración Laboral y seguimiento en empresas ordinarias y otros centros especiales de empleo	• 6 trabajadores

FUENTES: 1. Informe T. S. de la Red de Salud Mental
2. Documentos Departamento de Salud citados anteriormente
3. Departamento de Bienestar Social, Juventud y Deportes

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO
DE NAVARRA

BOLETÍN
DE SUSCRIPCIÓN

Nombre .....

Dirección .....

Teléfono ..... *Ciudad* .....

C. P. ..... *Provincia* .....

Forma de pago:

Transferencia o ingreso en la cuenta corriente de Caja Navarra, número 2054/0000 41 110007133.9

PRECIO DE LA SUSCRIPCIÓN

BOLETÍN OFICIAL Y DIARIO DE SESIONES

Un año ..... 40,27 euros
Precio del ejemplar Boletín Oficial..... 1,02 »
Precio del ejemplar Diario de Sesiones..... 1,20 »

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
PARLAMENTO DE NAVARRA
«Boletín Oficial del Parlamento de Navarra»
Navas de Tolosa, 1
31002 PAMPLONA

Imprime: ONA Industria Gráfica (Pamplona).

Depósito Legal: NA –180-1980
Papel Ecológico Reciclado