

# S A L U D M E N T A L

## 2 0 0 3

### RESUMEN



## Informe especial al Parlamento La atención a la Salud Mental en Navarra



Defensora  
del Pueblo  
Ararteko  
Navarra • Nafarroa

INFORME ESPECIAL DE LA DEFENSORA DEL PUEBLO DE  
NAVARRA AL PARLAMENTO FORAL

## LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN NAVARRA

- Introducción
- Ideas básicas del Informe
- Conclusiones
- Recomendaciones

## 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 ese 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.

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, cerrando así y de manera lamentable el círculo que distancia a 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 psiquiátricos, 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, especialistas... 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 a 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 aporte 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



## IDEAS BÁSICAS DEL INFORME

### SALUD MENTAL

- 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
- 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
- La sociedad pasiva ante la enfermedad mental entiende 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 médico
- 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
- 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
- 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
- La población registrada en los servicios de información de salud mental sólo reflejan el 25% de la población real con problemas mentales

- El incremento notable de pacientes crónicos<sup>1</sup>, que generan mayor doble uso y más prolongado de servicios sociales y sanitarios
- La enfermedad crónica emerge en la sociedad no tanto como problema médico sino como problema socioeconómico
- La depresión, aparece como la segunda causa asociada a más Años de Vida Ajustados por Discapacidad en la estimación efectuada para el año 2020
- la esquizofrenia suponía nueve veces más costes directos que el infarto de miocardio pero recibía una menor inversión que esta otra enfermedad
- 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
- Se ha procedido al cierre de los servicios residenciales hospitalarios antes de la implantación plena de una red asistencial comunitaria alternativa
- 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.
- 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
- 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
- La Ley General de Sanidad establecía el carácter comunitario de los servicios de salud mental; el derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito
- Los llamados Institutos de Salud Mental llegaron a crearse en Madrid, Valencia y Andalucía
- Dirigidas por técnicos con nivel de jefes de Servicio y sin capacidad o con escasa capacidad ejecutiva
- Dirigidas por técnicos con nivel de jefes de Servicio y sin capacidad o con escasa capacidad ejecutiva

- Existe una presión convertida en lista de espera en la Atención Especializada
- 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

## EL ENFERMO

- Los enfermos mentales graves tienen una larga esperanza de vida y eran la población objetivo del Plan sociosanitario
- Los pacientes psicogerítricos requieren atención social de apoyo y servicios diferenciados del resto de enfermos mentales
- Los enfermos graves de SIDA por consumo de drogas van en aumento y carecen de recursos sociales
- El 76,3% de los enfermos vive con la familia de origen, y el 21% en pensiones. Al avanzar la edad, aumentan los que ya no viven en el ámbito familiar
- El 18,47% no recibe ningún ingreso y el 50% lleva más de cinco años sin poder trabajar
- El 34% de los/as cuidadores/as tiene ingresos medios de 50.000 a 100.000 ptas./mes (300/600 €)
- El 50% de los enfermos tuvieron pareja y el 41,2% no la tuvo nunca
- Casos de gravedad excepcional: Enfermos mayores de 40 años, de ámbito urbano, sin arraigo social o familiar, viven en el entorno de Pamplona y carecen de alojamiento adecuado habitual
- La mayoría de los enfermos acude normalmente a la consulta del Centro de Salud Mental, pero el psiquiatra de los servicios públicos es uno de los menos utilizados (15,8%)

- En 2001, los CSM atendieron 91.954 consultas y visitaron dichos centros por primera vez 3.954 nuevos usuarios
- El total de consultas por trastornos mentales graves fue en 2001 de 34.957 personas. Las consultas por drogodependencia fueron 12.177
- El 59% de los enfermos no utiliza ninguno de los recursos sociales existentes
- Prácticamente la mitad de la población afectada tiene una discapacidad obvia, seria o muy seria
- La mayoría de los pacientes que conviven con algún familiar presentan discapacidades mínimas, frente al 40,6% de quienes viven solos, con discapacidades seria o muy serias
- Los pacientes crónicos adultos y jóvenes pueden convertirse en "el gran problema de la psiquiatría", nuevos crónicos surgidos posteriormente al inicio de la reforma
- Características de los enfermos crónicos es un serio déficit de adaptación social y uso inapropiado de los servicios sobrecarga de atención en los mismos
- Es preciso cruzar la tendencia de los recursos necesarios con los disponibles y los previstos por la reforma psiquiátrica
- Cada vez más, las necesidades de los enfermos mentales son sociales, genéricas y precisan una respuesta social, para evitar la exclusión de un colectivo cada día mayor
- El voluntarismo, como la dejación en la responsabilidad de atender a los enfermos mentales, supone la ruptura del principio de la reforma y de sus objetivos
- Si no existe coordinación y continuidad de los recursos, se produce uno de los mayores problemas de las redes de salud mental públicas
- Es necesario un nuevo diagnóstico del papel de las "nuevas familias" y el reparto de responsabilidades entre la Administración y el entorno social del paciente
- Más de 5.500 familias viven en Navarra dependientes de un familiar enfermo mental
- 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

- Cuidadores: mujer, casada, madre del paciente, ama de casa, con estudios primarios, en torno a los 57 años, con ingresos familiares inferiores a los 1.200 euros. Cuida del enfermo desde hace más de 4 años y le dedica 30 horas/semana
- El/la cuidador/a considera que su salud ha empeorado, sufre de ansiedad y toma tranquilizantes
- Cuidar del enfermo ha alterado su vida laboral (38%) y el ambiente familiar es tenso porque no se entiende o se rechaza la enfermedad (52%)
- Sólo el 30% de los pacientes recibe ayuda de servicios específicos para el tratamiento de su enfermedad
- Plan Sociosanitario: "El rol asistencial de las personas cuidadoras 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"
- Plan Sociosanitario: "El rol asistencial de las personas cuidadoras 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"
- El apoyo a las familias no se puede sustentar en razones estrictamente económicas y de disponibilidad presupuestaria de la Administración
- Un estudio de 1995 indica 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% por caída de los ingresos
- Las familias constituyen una de las bases de la reforma psiquiátrica y es el factor que menos cambios plantea. Pero en estos momentos presentan uno de los puntos más débiles
- El principio mismo de la reforma situaba a la familia en el centro de todo el quehacer comunitario
- El principio mismo de la reforma situaba a la familia en el centro de todo el quehacer comunitario
- La concienciación social en torno al enfermo mental, no se ha desarrollado desde la Administración responsable

- Un aspecto importante es la desigual evolución de la edad media y tipología de los enfermos respecto a etapas anteriores y la evolución del horizonte de vida de quienes les cuidan
- En algunos grupos de pacientes, sólo la intervención de ONGs o asociaciones de voluntariado ha evitado su caída definitiva en una mayor exclusión social
- 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.
- Queda por desarrollar el campo de recursos que la Administración, y no otras iniciativas, debe cubrir desde su exclusiva responsabilidad
- El espacio sociosanitario se ha convertido en un espacio fronterizo entre ambos tipos de atención al enfermo
- La concepción de los servicios sociales, como prestación graciable de las Administraciones públicas, deja abierto el horizonte a los criterios de disponibilidad económica y/o prioridad política
- Cabe plantearse en profundidad la naturaleza sanitaria, social o mixta (sociosanitaria) de los distintos dispositivos y programas relativos a la salud mental
- La crisis del sistema surge por una planificación insuficiente en el área de Salud y la carencia de presupuestos para el área sociosanitaria
- El modelo no está en crisis; es su aplicación la que genera dichas quejas
- Plan Sociosanitario: "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"
- En algunos centros residenciales del sistema de acción social se produce un empeoramiento gradual de la situación de los pacientes, que origina un importante aumento de atención sanitaria
- Plan Sociosanitario: "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"

- La reforma psiquiátrica, en Navarra planteaba con claridad el marco de competencias entre Salud y Bienestar y arrancó con un apreciable nivel de coordinación entre ambas áreas
- 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
- Plan Sociosanitario: "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"
- 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
- Plan Sociosanitario: "La atención se ha centrado en identificar si a la persona le corresponde determinada prestación, más que en una valoración global de sus necesidades"
- Llama la atención la incoherencia del Plan Sociosanitario con la respuesta dada a las quejas desde el Departamento de Salud o el de Bienestar Social o la aplicación misma del citado Plan
- Es el modelo de gestión económica, de recursos y responsabilidades desarrollado por la Administración lo que pone en cuestión el fundamento de la reforma y, más aún, la capacidad de atención a los enfermos mentales de forma conveniente
- La carencia de recursos es sustituida por ayudas a demanda, más en la línea del sistema gerencial de la atención a la tercera edad que el debido a enfermos mentales
- El borrador de Plan de Salud mental 2001 (no realizado) indica que se han cumplido las previsiones del Plan de 1986 en el terreno sanitario, pero no así en el terreno social
- El borrador de P.S.M. 2001 planteaba la necesidad de definir aspectos cualitativos del Plan Sociosanitario, como tamaño de las residencias, naturaleza de los pisos protegidos, patronas, naturaleza de la intervención a domicilio...
- Existe una indefinición del liderazgo, criterios técnicos y necesidades de gestión

- El estudio sobre un Plan de S. M. 2001 consideraba como área clave 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-
- La reflexión interna de Salud sobre un posible Plan de Salud Mental 2001 se producía a un mes de haber sido aprobado el Plan Sociosanitario
- Existe una situación de saturación y de ausencia de criterios de prioridad, interrupción incluso física 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
- Existe una situación de saturación y de ausencia de criterios de prioridad, interrupción incluso física 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
- Un nuevo Plan de S.M. debería incluir lo sociosanitario y lo psicogeriátrico, lo que permitiría una concepción más exhaustiva de la Salud Mental y más acorde con la opinión pública
- La Administración ha puesto en marcha modificaciones orgánicas sin la aprobación previa de un nuevo Plan de Salud Mental
- Hace ya tiempo que se precisa una revisión de los contenidos sobre atención a estos pacientes, el incremento de la capacidad de atención y el incentivo profesional de la atención especializada
- Salud anunció una nueva organización de Salud Mental, aún no aprobada, que designa el papel de filtro de Atención Primaria
- Uno de cada cuatro pacientes atendidos por los médicos de familia presenta algún trastorno psicopatológico, especialmente de tipo depresivo o ansioso
- Existe un evidente infradiagnóstico de estos trastornos en la asistencia primaria
- La posible reforma de Salud/Atención Primaria/Salud Mental debería tener en cuenta la capacidad profesional para la detección y la incidencia de este tipo de pacientes en la globalidad de la atención



## ASPECTOS JURÍDICOS

- Aplicación a enfermos mentales del principio de igualdad y no discriminación
- Las Administraciones Públicas serán responsables de la atención, promoción y mejora de la salud mental
- Reconocimiento del derecho a la prestación sanitaria de la psiquiatría y sistemas a potenciar
- Competencias de la Comunidad Foral en el ámbito de la salud mental y normativa foral que garantiza los derechos y deberes del enfermo mental
- Definición mundial de asistencia sanitaria esencial y nueva concepción de la atención primaria
- Fomento de la cooperación de los Estados miembros de la UE en materia de salud pública e instauración de un sistema comunitario de vigilancia de la salud
- Medidas de intervención de las Instituciones y carencias existentes en relación con enfermos mentales
- Declaración de incapacidad originada por enfermedad o deficiencia mental
- Privación o limitaciones a la incapacidad de obrar de las declaradas incapaces judicialmente
- Las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico son causa de incapacitación si impiden a la persona gobernarse por sí misma
- Sustanciación del procedimiento de incapacitación por trámites del proceso verbal
- Requisitos para ser nombrado tutor del incapacitado judicialmente y funciones
- Definición de curatela, nombramiento del curator y funciones

- Carácter reversible de la incapacitación
- Tipos de internamiento del presunto incapaz y necesidad de autorización judicial previa
- Deficiencias del internamiento psiquiátrico del presunto incapaz
- Definición del concepto de imputable basándose en elementos relativos a la capacidad intelectual y volitiva
- Eximentes y atenuantes de la responsabilidad criminal relacionadas con la enfermedad mental
- El enfermo mental no cumple con los requisitos exigidos por el Código Penal para ser considerado imputable
- Discriminación positiva de los discapacitados mentales en el ámbito laboral
- Concepto de incapacidad como los obstáculos que tiene una persona para desenvolverse de modo autónomo
- Definición de incapacidad no contributiva aplicable a discapacitados ajenos al mundo laboral
- Acceso al empleo de las personas con minusvalías
- Diferentes finalidades de los centros ocupacionales, de los centros de empleo y de las empresas
- Mayor duración del contrato de formación, bonificación e inaplicación del límite de edad y mayor plazo para celebrar el contrato de prácticas con licenciados

## NECESIDADES SOBRE RECURSOS SANITARIOS Y COMUNITARIOS

- La atención a domicilio es la principal ayuda reclamada por las cuidadoras de enfermos con trastornos psiquiátricos

- Las listas de espera en Salud Mental constituyen la principal queja sobre la atención sanitaria
- Los familiares demandan pequeñas residencias bajo responsabilidad directa de la Administración foral
- Los familiares demandan pequeñas residencias bajo responsabilidad directa de la Administración foral
- Las cuidadoras demandan residencias, "no camas manicomiales reconvertidas"
- Demanda: Programas de empleo con apoyo desde el Servicio Navarro de Empleo
- Deben establecerse referencias estables (distribución competencial clara) respecto a los familiares y enfermos mentales
- Se propone la reestructuración de las unidades de agudos y la atención preferente a enfermos mentales en consultas de especialidades
- El estudio de necesidades de Salud Mental considera prioritarios los servicios a domicilio sobre los servicios muy tutelados o institucionales
- Se podría aplicar un 3 % más del total de usuarios de los Centros de Salud Mental (17.000 en 1998); es decir, más de 500 personas candidatas, y hay que añadir los datos conocidos de usuarios de servicios sociales del I.N.B.S. y del S.N.S.
- "La inexistencia de recursos residenciales adecuados bloquea las plazas de otros recursos altamente "sanitarizados" y costosos, impidiendo una buena eficiencia en los recursos y gastos sanitarios, saturados en parte por problemas de índole social"
- "No existe en la actualidad como recurso una "residencia asistida para enfermos mentales"
- Hogares y pisos tutelados: En el año 2000 se detectaban más de 100 personas candidatas a ocupar esas plazas
- Pisos semitutelados o protegidos: Más de 72 candidatos en 2000
- "A las patronas protegidas hay que pagarles y no siempre es posible hacerlo con una pensión contributiva"

- "Hay que insistir en la necesidad de una estrategia de gestión de casos y recursos de toda índole, en función de las necesidades de las personas, ... y no por su etiquetaje de origen"
- "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"
- "Alrededor del 50 % de la población que accede a Programas de Empleo Social Protegido son personas que padecen de algún tipo de trastorno psíquico"
- "Las ayudas económicas parecen claves para acceder a recursos tipo pensión o patrona protegida"
- "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"
- "Se parte de una situación de carencia recursos y/o de indefinición de servicios"
- "Es una oportunidad para ensayar nuevos modelos de gestión"
- "El Plan Plurianual de Desarrollo de recursos sanitarios debe ir acompañado de actividades de sensibilización, información, etc. respecto a los problemas del colectivo de enfermos mentales y sus familias"
- "El desarrollo de servicios altamente especializados en rehabilitación ... no tendrá virtualidad ninguna si no hay un desarrollo significativo de lo sociosanitario"

## LA VISIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS. INFORME UPNA

- Objetivo: Aprovechar la experiencia y el conocimiento de cuidadores/as y enfermos/as en orden a generar ideas de cambio
- Cuatro de cada cinco cuidadores/as de enfermos mentales son mujeres.
- Más de dos de cada tres cuidadores/as tienen más de 50 años
- El 42,9% de los enfermos tienen entre 30 y 50 años, y el 44,9% menos de 30 años
- El 42,9% de los enfermos tienen entre 30 y 50 años, y el 44,9% menos de 30 años
- El 77,6% de los enfermos mentales no trabaja
- Fuerte influencia de la amabilidad del profesional sanitaria en la valoración de los enfermos y familiares sobre la atención en el área de Salud
- Los psiquiatras están saturados y no disponen de tiempo para prestar una atención sosegada a cada enfermo/a
- "Que no me hagan visitas de cinco minutos porque el sistema está saturado"
- A partir de un diagnóstico claro, suele acudir a la atención del sistema sanitario público
- La primera sensación de saturación se produce en la primera visita, con la angustia aún de desconocer qué le ocurre al enfermo/familiar
- Se busca la presencia de un determinado juez que decida el internamiento forzoso del enfermo

- UPAS: "Una gente que sabe lo que tiene entre manos, que atiende fenomenal..."
- Ingresos forzosos: "Debería haber un equipo de especialistas... que te ayudan y te atienden..."
- Tras los internamientos forzosos "lo que hace falta es un seguimiento después de que nos den el alta"
- La atención del psiquiatra es parte de un proceso múltiple que deben recibir el paciente y la familia
- Los enfermos mentales son tratados, dentro del sistema sanitario, de manera discriminatoria
- Aunque la Administración sostenga que el enfermo debe integrarse socialmente a través de la familia, esto no siempre es verdad ni posible
- La falta de residencias para enfermos mentales severos les lleva fuera de la Comunidad foral y a larga distancia de la familia
- Los participantes en las mesas elogiaron el sistema de pisos tutelados, con vigilancia de la Administración. Favorecen a la familia y al enfermo
- "Yo soy consciente de que mi sufrimiento es tan intenso que salpica al que tengo al lado, porque me ve sufrir"
- A la falta de vivienda hay que añadir la de no dispone de ninguna renta fija o suficiente para acceder a ella
- Los problemas más graves de relación se plantean cuando la familia culpabiliza al enfermo de su situación
- Los padres son quienes, básicamente, asumen la responsabilidad de atender al enfermo

- El enfermo mental es percibido en algunos casos, no solo como carga, sino también como amenaza
- Cuidadora: "La mente funciona a tal velocidad, que llega un momento que necesitas un tratamiento"
- "El sistema sanitario... lo que hace es jugar con el sentimiento de culpabilidad de la familia"
- "... hoy en día la que se hace cargo (de la enferma) es mi madre, tiene ochenta años"
- El enfermo mental genera incertidumbre entre las hermanas/cuidadoras sobre su propio futuro
- La situación económica de las familias de enfermos mentales no es buena y no pueden atender los gastos que, con la enfermedad, les sobrevienen
- El trabajo le hace sentir útil al enfermo, gozar de autonomía, cubrir sus gastos y relacionarse con otras personas
- Son numerosas las familias que destacan la función terapéutica del trabajo, por encima de la percepción de una pensión
- Las listas de espera en cualquier tipo de centro ocupacional son interminables
- Los enfermos mentales son cada día más jóvenes y con mejor preparación académica
- El enfermo mental es rechazado en el ámbito laboral
- Los enfermos mentales han visto recudido su espacio social de convivencia. Se sienten excesivamente visibles y expuestos al juicio de los demás
- La enfermedad mental no es entendida como tal enfermedad, sino como "peligro social"

- La sociedad irá asumiendo la enfermedad como lo hizo con otros enfermos fuertemente rechazados en otras épocas
- La queja más generalizada es que, en muchos casos, no se informa y, en otros, se hace de manera superficial
- Parece existir una cierta resistencia a dar a las familias informes sobre el estado de los enfermos, salvo en casos excepcionales por trámites administrativos
- Los familiares cuidadores tienen una visión contradictoria de la misión del psiquiatra: seguimiento cercano o seguimiento puntual del enfermo
- Los familiares reclaman formación para diseñar un plan de actuación con el enfermo, el Centro de Salud Mental y la propia familia
- "Se ha trasladado al enfermo del macropsiquiátrico al micropsiquiátrico, que es la familia"
- La formación reclamada se centra en la naturaleza de la enfermedad, forma de tratar al enfermo, cuidado de quien le cuida y sobre fármacos
- La principal queja es que la Administración se desentiende de los enfermos mentales
- La Administración se ampara para proteger su inacción en la conveniencia de que el enfermo/a viva integrado en entornos familiares
- La descoordinación en los casos de ingreso involuntario se ve como asistencia incompleta, inadecuada o con falta de protocolos de actuación entre diferentes profesionales que intervienen
- También las empresas que dependen del Estado o que tienen una importante vinculación al mismo pueden abrir puestos a estos enfermos/as
- Las rentas son insuficientes para atender el futuro de los enfermos mentales que ahora permanecen cuidados por sus padres, mayores de edad



- Se reclama por parte de numerosas mesas que la Administración no centre su atención solamente en el enfermo, sino también en la familia, dándole un apoyo psicológico y económico
- Se reclama de la Administración que inicie campañas para que la sociedad conozca la enfermedad y sepa aceptar a los enfermos mentales e integrarlos con naturalidad
- Educación escolar: En el ámbito de las materias transversales que aluden a la convivencia y a la tolerancia, debería haber una aproximación al tema de la salud mental
- La acción educativa debería llegar también a los Medios de Comunicación y a la forma sobre cómo se tratan ciertos temas

#### CONCLUSIONES DEL INFORME DE LA UPNA

A. La atención psiquiátrica no presenta problemas importantes y especiales. Las opiniones recogidas en las mesas no indican que nos encontremos ante un punto crítico del sistema. Sin embargo, hay problemas serios: saturación de los psiquiatras, baja dotación de especialistas en los centros de salud de las merindades y comarcas, defectuosa e insuficiente información a los enfermos/as y familias.

B. La atención psiquiátrica no es suficiente para atender a un enfermo/a mental. Las sesiones terapéuticas complementarias para estabilizar al enfermo y lograr que asuma el papel de enfermo/a mental, recupere su confianza en si mismo, sus habilidades sociales para integrarse con el menor coste personal a la sociedad son absolutamente insuficientes.

C. La atención sanitaria en los centros de Urgencia. En algunas mesas, sobre todo de comarcas, ha habido quejas fuertes sobre la atención que reciben los enfermos cuando tienen que recurrir a Urgencias en los Centros de Salud. No existe un profesional especializado en la atención a estos enfermos/as. "Debería haber un psiquiatra de guardia, como el resto de los médicos, que eso facilitaría que esa persona evalúa en ese momento el estado de esa persona y decide si hace falta ingreso o no. Como si te da un ataque al corazón, no tiene que venir el juez a ver si a éste le ha dado o no un ataque al corazón,

llega el médico y dice "usted rápidamente al hospital", sin pasar por el Centro de Salud de aquí, al hospital rápidamente. Si tuviesen un profesional de guardia continuamente, llega el caso y evalúa si hace falta ingreso o no, y la medicación en ese momento".

D. Graves déficits se observan en los momentos de crisis agudas de estos enfermos/a y cuando es necesario internarlos. Se trata de un punto que necesita urgentemente alguna intervención orientada a la coordinación de los agentes que intervienen (médico de cabecera, juez, policía-guardia civil, hospital). Es necesario humanizar este proceso. Los internamientos deben hacerse con la asistencia de personas debidamente formadas y capacitadas. Es inaplazable solucionar el problema de residencias estables para enfermos agudos y que no son autónomos. Es inhumano endosar el problema de estos enfermos a las familias. Lo mismo se puede afirmar de la necesidad de unidades residenciales especiales que permitan la recuperación de las crisis cuando el enfermo sale de urgencias.

E. La necesidad de promover la creación de pisos tutelados o semitutelados aparece igualmente como un problema crítico. No existe oferta vivienda social de este tipo que permita crear condiciones favorables para que el enfermo se integre en la sociedad, y liberen a las familias de la asistencia a un enfermo que no debe o no conviene que esté en la familia.

F. Familia. Habría que hablar de un primer problema crítico en este ámbito. En estos momentos hay familias que constituyen colectivos familiares de emergencia social. Es el caso de las familias donde los cuidadores/as se encuentran en una situación límite, bien sea por agotamiento y estrés, o bien sea por la edad y por la presencia de otros problemas en la misma familia (enferma de Alzheimer, por ejemplo).

G. Familia. Parece absolutamente necesario crear asistencias de respiro a domicilio para aliviar a las cuidadoras/es y permitirles que puedan disponer de tiempo para su descanso, sus salidas, sus vacaciones. La salud de muchas cuidadoras/es está en peligro. Es demasiado elevado el número de cuidadores/as que han subrayado que han tenido la necesidad de acudir en busca de ayuda a un psicólogo o psiquiatra.

H. Familia. Se han descubierto verdaderos dramas en las familias ocasionados por la necesidad de atender a un enfermo/a mental. Hay familias donde está en peligro la unidad familiar, la estabilidad del matrimonio. Familias que "se están rompiendo". Es necesario buscar alguna solución para salvar a estas familias.

I. El futuro de numerosos enfermos/as que ahora están en familias con padres muy mayores o con hermanos que no quieren tenerlos. La administración no puede responsabilizar a estas familias del cuidado de los enfermos/as y debe velar por solucionar su futuro y no puede permitir que mueran los padres con la angustia de qué pasará cuando ellos falten. El problema económico es muy grave en muchos casos. ¿Cómo puede un enfermo/a mental vivir con autonomía con rentas inferiores a 45.000 ptas.? ¿Por qué las familias tienen que asumir gastos sobreañadidos?.

J. En el caso de estos enfermos el trabajo cumple una función terapéutica. Hace que el enfermo salga de sí mismo, no dé vueltas a su enfermedad, tenga relaciones sociales, mantenga su propia dignidad sabiendo que es útil, etc. Pues bien, en todas las mesas, la mayor parte de los interlocutores han insistido en la necesidad de crear centros apropiados para estos enfermos/as. *"No hay nada. Las listas de espera son infinitas"*. Desde el punto de vista del equipo investigador, la creación de ofertas diferenciadas de trabajo apropiado para estos enfermos/as constituye un punto crítico de urgente solución. No se trata de colocar a estos enfermos/as en cualquier lugar para entretenerlos. Es necesario partir de que es una terapia para mejorar o no empeorar en su estado de salud.

K. Parece necesario reorganizar los recursos que se están ofreciendo a la población con problemas de reinserción laboral por minusvalías psíquicas, físicas o por enfermedades mentales de manera que exista una oferta diferenciada y adaptada a las necesidades de los diferentes colectivos. El trabajo no es simplemente una actividad de entretenimiento. Cumple numerosas funciones en el caso de todos estos colectivos. La integración de personas con diferentes discapacidades de alguna manera irreconciliables imposibilita la consecución de los objetivos que se proponen y, en el caso de los esquizofrénicos, puede incluso desencadenar frustraciones y crisis.

L. Dado que el enfermo mental es rechazado en el mercado de trabajo normalizado habría que impulsar políticas que favorecieran la contratación de este colectivo, aunque fuese a jornada reducida.

LL. La formación de las cuidadoras consideramos que es otro punto crítico muy demandado por los interlocutores. Se ha trasladado el hospital psiquiátrico a la familia. Pero no se ha preparado a la familia para cuidar a estos enfermos/as especiales. Las cuidadoras/es necesitan formación continua para conocer la enfermedad, tener una preparación adecuada para tratar a los enfermos y poder ayudarles en su recuperación psíquica, para resolver situaciones de crisis. Finalmente la cuidadora debe aprender a cuidarse a sí misma y saber cómo salvaguardar a la familia para que ésta no quede destruida.

M. Es inaplazable una reconciliación entre la administración y el colectivo de familias y enfermos/as mentales. En primer lugar, no se debe culpar a las familias de que tratan de quitarse responsabilidades. Las familias quieren tener a sus enfermos/as cerca y ayudarles en la medida en que puedan hacerlo. No están por "encerrar" a los enfermos/as mentales. Ni la Administración puede escudarse en la prórroga de presupuestos. Este colectivo cree que la administración les ha olvidado porque no han sabido organizarse para forzar soluciones y porque no es colectivo electoralmente rentable.

N. La Administración debe asumir sus responsabilidades con estos enfermos que se pueden resumir en estos puntos: Coordinación de servicios, mejora de la asistencia sanitaria, creación de servicios terapéuticos destinados a la mejora de la calidad de vida de estos enfermos/as y de sus familias, la creación de residencias y pisos tutelados y semitutelados.

## EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

- La imagen y la percepción de la enfermedad ha ido aislando históricamente a los enfermos del conjunto de la sociedad
- La imagen social del "enfermo improductivo" es un contraluz difícil de sortear
- El papel de la Administración es doblemente significativo, cuando actúa o por ausencia de iniciativa
- El verdadero problema será determinar ... quién generará iniciativas de empleo que contemplen las características específicas del colectivo de enfermos mentales crónicos".

## CONCLUSIONES DEL INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO DE NAVARRA

- El proceso de reforma ha derivado en un trasvase de la responsabilidad del sector sanitario público a los servicios sociales, el sector privado y a las familias, sin una dotación de sistemas de apoyo para este colectivo.
- La transformación de la Dirección General de Salud Mental en una subdirección supuso una pérdida de peso específico, que se ha mantenido hasta la fecha.
- La principal carencia del Plan Sociosanitario es que constituye un freno a otro tipo de iniciativas posibles
- La crónica falta de entendimiento entre los Departamentos de Salud y Bienestar Social, forma parte de los problemas de coordinación que se detectan y se traducen en quejas
- El criterio económico desarrollado por la Administración pone en cuestión el fundamento de la reforma y la capacidad de atención a los enfermos mentales
- El actual sistema de atención a los enfermos mentales es deficitario en recursos, deficiente en cuanto a la organización de la red sanitaria y como fracaso en cuanto a la aplicación de los criterios planteados por la reforma
- La crisis del sistema surge por una planificación insuficiente en el área de salud y la carencia de presupuestos para el área sociosanitaria (bienestar social).
- La progresiva reinserción comunitaria de los enfermos se ha de conseguir con su atención desde el entorno social en el que se desenvolvía con normalidad hasta la aparición de la enfermedad

- Si no se desarrolla una atención comunitaria simultánea con los nuevos modelos de intervención previstos en la reforma psiquiátrica, se genera un proceso de exclusión individual y colectivo bajo la lógica del coste/beneficio.
- 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.
- El sistema sanitario constituye un punto de alta insatisfacción generalizada en ese momento, especialmente por la falta de información adecuada a la familia
- La atención de las necesidades comunitarias es claramente insuficiente, tan siquiera para un desarrollo mínimo de programas de atención a los enfermos mentales en aquellos frentes más imprescindibles
- Las familias perciben como superficial la atención especializada y buscan la atención por vía privada
- Es gravemente preocupante la situación de aquellos pacientes que no aceptan el tratamiento sanitario o continúan consumiendo sustancias tóxicas o viven en la exclusión social
- No se incentiva la creación de puestos de trabajo adecuados a sus características ni el control en la aplicación de la normativa sobre empleo y discapacidad que pudiera beneficiarles
- La creación de ofertas diferenciadas de trabajo apropiado para estos enfermos/as constituye un punto crítico de urgente solución.
- Hay familias que constituyen colectivos de emergencia social: Los/as cuidadores/as se encuentran en una situación límite por agotamiento, estrés, edad o existencia de otras enfermedades
- Además de la angustia por el futuro, en muchas familias existen problemas económicos muy graves derivados de pensiones bajas y los gastos sobreañadidos de la atención al enfermo

- La Administración reconoce 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
- Aunque las cifras de enfermos mentales en Navarra superen los 17.000 y 5.500 las familias afectadas, el contexto general de la enfermedad hace que su capacidad de presencia o presión social sea limitada y menor la respuesta de la Administración
- Se está potenciando desde Bienestar Social un sistema de autogestión del espacio sociosanitario de los enfermos mentales a través de ayudas graciabiles y de bajo perfil
- Administración y grupos de autoayuda pueden ser coincidentes, pero esa coincidencia no puede de ser la única y exclusiva vía de actuación social de las administraciones públicas respecto a los enfermos mentales
- La carencia de recursos para la aplicación del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria 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
- Se debe avanzar en la consideración del carácter universal, de los servicios sociales para los enfermos mentales, desde la responsabilidad social y la selección positiva sobre otros criterios económicos
- Los/as cuidadores/as no distinguen dónde termina la atención del sistema sanitario y dónde comienza el de asistencia social que se realiza a través de Bienestar Social



## CONCLUSIONES (Texto completo del Informe)

### 9.1. EL MODELO

El concepto de enfermedad mental ha evolucionado a la vez que se ha producido la propia transformación social de cada país o región pero, también, influenciada por el momento histórico y el estado médico de las personas afectadas.

El modelo actual de sociedad incide de forma directa en algunos sectores sociales –principalmente jóvenes–, que se ven impelidos hacia el desempleo, la inseguridad laboral del subempleo y la limitación de las expectativas sobre unos "nuevos valores" sociales de desarrollo personal y social, de difícil consecución en ocasiones e imposible para algunas de estas personas. Igualmente aparecen aspectos vinculados a la alimentación, el juego o la dependencia de sustancias legales e ilegales, sobre las que se da a la vez una provocación al consumo, como nuevo estilo de vida, y la represión o limitación de su uso.

Navarra llevó a cabo un esfuerzo político y sanitario valiente, como pionera en la reforma de la asistencia psiquiátrica, rompió clichés claramente atentatorios de 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.

A pesar 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, aquel proceso de reforma ha derivado en un 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 los servicios sociales, el sector privado –al contrario de lo ocurrido con otras especialidades médicas– y a las familias, sin una dotación de sistemas de apoyo

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

## 9.2. LA REFORMA DEL SISTEMA. LA ORGANIZACIÓN A PARTIR DE LA REFORMA

La transformación de la Dirección General de Salud Mental en una subdirección integrada en la Dirección General de Atención Primaria y Salud Mental, supuso una pérdida de peso específico, que se ha mantenido hasta la fecha.

La aprobación del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria permitió (junio de 2000) una cierta luz al advertir con claridad que el modelo de atención a los enfermos mentales en Navarra era fundamentalmente curativo y no responde a las necesidades de estas personas. El mismo Plan apunta que el modelo de atención primaria "a demanda" no es el más correcto para atender a personas con problemas crónicos, porque desbordan la capacidad de respuesta; advierte sobre el 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, y sobre las carencias de recursos comunitarios, como hospitales de día y programas de conexión, atención especializada y atención primaria.

El conocido como espacio sociosanitario, difícil en su configuración, complejo de concebir de forma estratégica y, por tanto, planificada, se ha convertido 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 en ocasiones la carencia de atención, si no vacío; 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 se ven paliados por la cofinanciación de algunos de esos servicios esenciales incluidos en el espacio sociosanitario.

Al vacío sobre recursos que unen lo sanitario y lo social, se une la desorientación de los ciudadanos, el conocido "paseo por la administración".

Los datos sobre el desarrollo del Plan Sociosanitario –urgente, más que importante– abonan la crítica que desde diversas perspectivas personales o colectivas se hacen sobre el mismo. Pero, hoy día, su principal carencia es que constituye un freno a otro tipo de iniciativas posibles que, desde diferentes perspectivas, pudieran afrontar una atención general, única y coordinada a los enfermos mentales.

Es urgente incluir lo sociosanitario y lo psicogeriátrico, lo que permitiría una concepción más exhaustiva de la Salud Mental y más acorde con la opinión pública. El principal objetivo del Plan de Salud Mental 2000, que no llegó a aprobarse, era constituir una red de servicios integrados de Salud Mental. En realidad, lo mismo que proponía el Plan de Salud Mental de 1986, pero que no se llegó a realizar.

De otra parte, una 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.

### 9.3. COORDINACION ADMINISTRATIVA

Una crónica falta de entendimiento entre los Departamentos de Salud y Bienestar Social, paliada –por lo evidente– desde la aprobación del Plan Foral de Atención Socio Sanitario, forma parte de los problemas de coordinación que se detectan y son traducidos en quejas, además de imposibilitar cualquier planificación.

Las quejas directas de los ciudadanos y los propios informes recibidos muestran esa realidad pese a la aparición del Plan Foral de Atención Socio Sanitaria. La razón de la descoordinación no deriva de la falta de referencias teóricas sobre el modelo –abundantes desde diversos prismas y ópticas, sobre todo vinculadas a la propia Administración foral– o por la puesta en cuestión teórica de ese modelo de reforma. Es la determinación de los criterios económicos, el modelo de gestión económico, de recursos y responsabilidades desarrollado por la Administración, lo que pone en cuestión el fundamento de la reforma y la capacidad de atención a los enfermos mentales.

#### 9.4. COMPETENCIAS ADMINISTRATIVAS

La reforma psiquiátrica planteaba con claridad el marco de competencias entre Salud y Bienestar Social y arrancó con un apreciable nivel de coordinación entre ambas áreas.

Aún 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 como 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 guidores de la reforma

Aunque desde un principio fueron claros los riesgos de que las decisiones políticas respecto a los criterios económicos –paralelismo entre la gratuidad de los servicios sanitarios y cofinanciación de los públicos- no fuesen las necesarias y, aun advirtiéndose ya entonces de 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.

#### 9.5. PLANIFICACIÓN

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. Poco después de su elaboración, el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria –que depende básicamente del Departamento de Salud- es puesto en cuestión por los propios responsables del Departamento por insuficiente y falta de desarrollo. La situación es definida en los documentos de la propia Administración como de "indefinición del liderazgo, criterios técnicos y necesidades de gestión", y la pregunta es si ha de alcanzarse

a través del Instituto Navarro de Bienestar Social vía Plan Foral de Atención Socio Sanitaria o del denominado Coordinador Sociosanitario.

## 9.6. EL ENFERMO MENTAL

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.

Básicamente, el tratamiento a los enfermos crónicos 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" evitando cualquier riesgo de exclusión para que, además, recuperen su espacio en la comunidad.

Aunque la raíz de los problemas actuales de la atención comunitaria de los enfermos mentales sea fundamentalmente económica, no es cierta la afirmación de que el abaratamiento de la atención a la salud -que pudo adelantarse como argumento "político" en un momento dado del inicio de la reforma- fuese la razón de la desinstitutionalización; aunque así hubiera sido, si no se desarrolla esa atención comunitaria simultánea a través de los nuevos modelos de intervención previstos en la reforma psiquiátrica, se genera un proceso de exclusión individual y colectivo bajo la lógica del coste/beneficio.

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.

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 y la mayor duración de vida de quienes se encargan actualmente de su cuidado.

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.

#### 9.7. ENFERMOS CRONICOS AGUDOS

La convivencia en la familia con los enfermos mentales agudos llega a ser muy complicada, produciéndose incluso situaciones de denuncia contra la propia familia cuando han de ser internados contra su voluntad.

La falta de residencias en la Comunidad Foral para este tipo de enfermos obliga a las familias a buscar recursos fuera de la misma y a larga distancia respecto del familiar enfermo. Las familias quieren tener a sus enfermos cerca y, a su vez, los enfermos necesitan de la proximidad de la familia.

#### 9.8. LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS ENFERMOS MENTALES

El sistema sanitario constituye un punto de alta insatisfacción generalizada en ese momento, especialmente por la falta de información adecuada a la familia, o la falta de seguimiento de los familiares acogidos en centros fuera de la Comunidad.

#### 9.9. RECURSOS

##### 9.9.1. Generales

La capacidad presupuestaria puesta a disposición de las necesidades comunitarias directamente por la Administración o para atender los proyectos e iniciativas 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, respecto de los cuales sólo la intervención de ONGs o asociaciones de voluntariado han evitado su caída definitiva en una mayor exclusión social.

#### 9.9.2. Equipos sanitarios

La percepción que tienen los enfermos y las familias es que los especialistas están sobrecargados de trabajo y no disponen de tiempo para prestar una atención sosegada a cada enfermo/a. En general se elogia su competencia profesional y sus primeras intervenciones pero, una vez hecho el diagnóstico y programado el tratamiento, la falta de tiempo impide a los psiquiatras dedicar al enfermo/a la atención que este espera. Se insiste mucho en que la dedicación personal es insuficiente y que las visitas se reducen en el tiempo a cinco-diez minutos y al acto de recetar.

Esta atención percibida por las familias como superficial, de seguimiento puntual y cuya parte central es la receta y el control de la medicación, está derivando a las familias hacia el "tratamiento terapéutico por vía privada" y a iniciar un "peregrinaje" especialmente molesto para el enfermo y sus derechos como paciente.

#### 9.10. ENFERMEDAD Y MARGINACIÓN

El incremento de enfermos de trastornos psiquiátricos es cada vez mayor y, cada vez más, sus necesidades son 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.

Es gravemente preocupante la situación de aquellos pacientes que 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 voluntad o capacidad para admitir 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. Normalmente, son personas 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; a estas dificultades unen otras para la satisfacción de necesidades básicas, pensiones bajas o ayudas sociales, viviendas degradadas o escasamente equipadas y el *continuum* del aislamiento social. Son 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.

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.

#### 9.11. APOYO ECONOMICO Y OCUPACIONAL

El enfermo mental es rechazado en el ámbito laboral y, salvo excepciones ocupacionales, no existe una política de incentivar la creación de puestos de trabajo adecuados a sus características ni el control en la aplicación de la normativa sobre empleo y discapacidad que pudiera beneficiarles.

Para los enfermos mentales, el trabajo cumple una función terapéutica y se insiste permanentemente en la necesidad de crear centros apropiados para estos enfermos/as. La creación de ofertas diferenciadas de trabajo apropiado para estos enfermos/as constituye un punto crítico de urgente solución. Es necesario partir de que es una terapia para mejorar o no empeorar en su estado de salud.

Parece necesario reorganizar los recursos que se están ofreciendo a la población con problemas de reinserción laboral por minusvalías psíquicas, físicas o por enfermedades mentales, de manera que exista una oferta diferenciada y adaptada a las necesidades de los diferentes colectivos.

#### 9.12. LA FAMILIA

Las familias, independientemente de su realidad económica y/o social, se han visto obligadas en estos años a:



- Asistir 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.
- Reivindicar 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.

Es un hecho que 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.

Pero asimismo está comprobada la dependencia del enfermo mental respecto de las familias o de quienes, dentro de ellas, le atienden preferentemente. Así, las cuidadoras son imprescindibles en cuanto al aseo personal en el 21,2% de los pacientes, la medicación (31,5%), tareas de casa (36,5%), compras (33%), hacer la comida (48,3%) además de acompañarle a determinados 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% una vez por semana y 16,9% todos los días).

E igualmente cabe recordar que 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.

### 8.13. EMERGENCIA SOCIAL FAMILIAR

En estos momentos hay familias que constituyen colectivos familiares de emergencia social. Es el caso de las familias donde los cuidadores/as se encuentran en una situación límite, bien sea por agotamiento y estrés, o bien sea por la edad y por la presencia de otros problemas de salud vinculados a una mayor edad en la misma familia (Alzheimer, etc.)

Es inaplazable una reconciliación entre la administración y el colectivo de familias y enfermos/as mentales. Pese a los cambios del modelo familiar, las familias quieren tener a sus enfermos/as cerca y ayudarles en la medida en que puedan hacerlo. No están por "encerrar" a los enfermos/as mentales. Este colectivo cree que la administración les ha

olvidado porque no han sabido organizarse para forzar soluciones y porque no es colectivo electoralmente rentable.

Cabe hablar de la existencia ahora mismo en toda Navarra de colectivos familiares de emergencia social compuesto por los hogares donde los padres se encuentran imposibilitados y agotados para atender al familiar.

Existen numerosos enfermos/as que dependen de padres muy mayores o con hermanos que no quieren tenerlos. Además de la angustia por el futuro, existen problemas económicos muy graves, en muchos casos derivados de pensiones bajas y los gastos sobreañadidos de la atención al enfermo.

La propia Administración foral ya ha asumido (Plan Foral de Atención Socio Sanitaria, 2000) 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".

El planteamiento positivo que en este sentido hace el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria sobre la necesidad de reformar la situación de familias respecto de enfermos mentales, olvida la responsabilidad inmediata pasada de la Administración, lo que supone un riesgo sobre la posibilidad de que se produzca un cambio real de la situación en la atención de los enfermos mentales y su entorno familiar a la luz de la falta de desarrollo del citado Plan.

#### 9.14. FORMACION DE LOS/AS CUIDADORES/AS

La formación de los/as cuidadores/as es uno de los puntos críticos más demandados por los interlocutores. Se ha trasladado el hospital psiquiátrico a la familia, como se suele afirmar de manera coloquial, pero no se ha preparado a la familia para cuidar a estos enfermos/as especiales. 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.

#### 9.15. VOLUNTARIADO Y AUTOAYUDA

Aunque las cifras de enfermos mentales en Navarra superen los 17.000 y 5.500 las familias afectadas, el contexto general de la enfermedad hace que su capacidad de presencia o presión social sea limitada, lo que en otras ocasiones ha servido para hacer que la Administración muestre una mayor sensibilidad a la hora de establecer los criterios y los recursos a favor de determinados colectivos sociales. Pero 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, esta 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 de los enfermos mentales, como sujetos de derecho.

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 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.

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. El marco de la responsabilidad individual, en este caso, no acaba donde comienza la acción voluntaria de la otra parte.

El retorno, por dejación del espacio propio de responsabilidad, a escenarios con nuevas formas de iniciativa social, pero tan radicalmente asentadas 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.

#### 9.16. NUEVOS Y MÁS SERVICIOS COMUNITARIOS

Se trata de un conjunto variopinto de necesidades y situaciones que, en gran medida, se resumen en recursos para 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- .

#### 9.17. CONTROL

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. En cualquier caso, las ayudas o subvenciones que la Administración destino a labores terapéuticas respecto de enfermos mentales, cualquiera que sea el grado de representatividad o vinculación con este colectivo de pacientes, deben ajustarse a pautas de control y seguimiento por parte de la Administración, sin que hasta aparezca claro a quién corresponde o, al menos, quién ejecuta ese control.

#### 8.18. EL DERECHO A LOS SERVICIOS COMUNITARIOS EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

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.

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 los terceros países y las organizaciones no gubernamentales.

También la Unión Europea 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.

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.

En las mesas de trabajo, los participantes no distinguen dónde termina la atención del sistema sanitario y dónde comienza el de asistencia social que se realiza a través de Bienestar Social. Los participantes manifiestan con toda claridad que la atención del psiquiatra es una parte de un proceso de servicios múltiples que debe recibir el paciente y también la familia como agente activo del proceso. Como recuerda el texto del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, "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" .

#### 9.19. CONCLUSION FINAL

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 insuficiencia de 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.

## RECOMENDACIONES

### Necesidad de un nuevo modelo de gestión de la atención a los enfermos mentales

Recuperar el esquema, valioso y eficaz, de la atención médica a la enfermedad nacido de la reforma psiquiátrica iniciada en 1986 y la incardinación del enfermo en su ámbito comunitario, como factores de más importancia. El convencimiento de que el modelo sigue vigente y de que su inadecuación no es la razón de la crisis fundamentalmente de los servicios comunitarios, debe impulsar un nuevo ejercicio de responsabilidad de la Administración, aprovechar la sensibilización y la voluntad de colaboración de familiares y colectivos que actúan en torno a los enfermos mentales para recuperar de forma urgente los esfuerzos no realizados y los años de progreso perdidos en la atención a este colectivo de enfermos.

### Constituir una red de servicios integrados de Salud Mental que desarrolle el espacio sociosanitario

Una de las características de una administración pública moderna es la simplificación de trámites y la claridad en la responsabilidad de la gestión de cara a los ciudadanos. Cuando estos padecen enfermedades físicas o psíquicas que dificultan su vida habitual, ese esfuerzo se convierte en obligación, aún en el caso de que la atención, por complejidades de los tratamientos, requiera intervenciones desde diferentes ángulos de esa administración. Pero los ciudadanos, y menos aún los aquejados de una enfermedad como la de los trastornos psiquiátricos, deben sufrir en su relación con la administración las dificultades de ésta para establecer la mejor coordinación, la claridad competencial y la responsabilidad que le corresponda a cada una de las áreas intervinientes.

La diversificación de los servicios que los enfermos mentales requieren –mayores cada día como corresponde a una evolución más compleja del tipo de trastornos y su origen– y las

carencias del sistema vigente en nuestra Comunidad, no tanto por dificultades sanitarias como por diferenciación de los espacios de responsabilidad y criterios económicos en el desarrollo de los programas de actuación, deben llevar de forma urgente a la definición de un espacio de actuación claro, unívoco, caracterizado por la mayor eficacia de cada agente, la profesionalización de los actores de esa atención y la capacidad financiera suficiente con la que atender las múltiples carencias del actual sistema de atención a los enfermos mentales en Navarra. Una red integral que ponga revise críticamente la filosofía trasladada al Plan Foral de Atención Sociosanitaria y desarrolle lo que de positivo este tiene aunque que, especialmente por criterios económicos, no se ha visto desarrollado pese a las expectativas que originó en el momento de su aprobación.

## Elaboración de un Plan Integral de Salud Mental

Los cambios sociales, que afectan a la tipología de la enfermedad mental y al propio sostenimiento de los enfermos en el ámbito familiar, requiere una actuación global de la Administración que, a la vista de toda la información disponible, debería abordar de la mejor forma y en el marco normativa más estable, los siguientes aspectos:

- Definición del marco de responsabilidad pública y posible participación de la iniciativa privada –particular o asociada- en la atención a los enfermos mentales.
- Definición de la actuación a desarrollar por los servicios sanitarios y los servicios sociales, con delimitación de funciones y establecimientos de órganos que han de decidir sobre la adecuación de los recursos a la necesidad individual de cada enfermo mental, atendiendo a su estado de salud general, condiciones socioeconómicas y entorno familiar.
- Previsión de la evolución del número de enfermos mentales en la Comunidad, en función de las tendencias experimentadas por la enfermedad en los últimos diez años, como revisión general de los planes de la reforma psiquiátrica y como adecuación de aquellos a la realidad cambiante.
- Elaboración de un cuadro económico de intervención –Plan plurianual- que permita establecer criterios homogéneos de intervención durante los próximos



años, concediendo la importancia debida al atraso en servicios comunitarios que Navarra experimenta.

- Planificación de las actuaciones en cuanto a qué tipo de servicios han de prestarse y, por tanto, ponerse en marcha de forma planificada y adecuados a los escenarios posibles antes citados.

La atención a los enfermos mentales se realiza en las diferentes Comunidades autónomas de forma muy diversa y, en general, dispersa, salvo excepciones que han optado por módulos de gestión conjunta, con participación pública y apoyo a la iniciativa privada y/o colectiva. Aunque cualquiera de las fórmulas aplicadas presenta carencias, parece claro que la gestión conjunta de unos y otros servicios lleva a una mayor satisfacción de los ciudadanos, establece un marco de atención coherente y da seguridad tanto al paciente como a sus cuidadores/as y a los propios profesionales en los que se asienta esa atención.

Cualquiera de estos sistemas de gestión –incluso el Plan Foral de Atención Socio Sanitaria lo prevé– establece mecanismos de coordinación que eliminan o prevengan la aparición del "viaje por la administración" de los ciudadanos, clara consecuencia o bien de la falta de criterios o de la descoordinación entre los diferentes servicios. En fin, un dolor añadido para los ciudadanos enfermos y sus cuidadores/as. Este sistema de coordinación permite establecer mecanismos de atención unidireccional de los pacientes, facilitando la relación ciudadanos/administración y disminuyendo las situaciones que generan frustración y tensión.

Cualquier nueva definición o revisión de la atención a los enfermos mentales debe anteponer, tras las consideraciones de carácter sanitario, el papel de la familia en la atención a los enfermos mentales en cuanto ayuda en un marco nuevo de relación con la enfermedad y el origen de la misma; una revisión profunda del protagonismo trasladado desde la reforma psiquiátrica al núcleo familiar, a la vista de las profundas modificaciones socioeconómicas y que por razones de edad se registran de forma preocupante y, en consecuencia, un nuevo modelo de atención de la Administración a las familias y/o cuidadores/as ante la importancia de llegar a compaginar la labor de estos/as y las necesidades, estables en lo comunitario, de los pacientes. La tensión entre la previsión generada por la reforma y la realidad socialmente nueva de las familias es un factor de radical importancia, no sólo desde el punto de vista de la estabilidad de estas últimas, sino, fundamentalmente, desde su aportación a la mejora del enfermo que vive con ellas.

Así, el papel de la Administración en este sentido no requiere nuevos estudios de conocimiento de esa realidad, sino que se ponga en marcha de forma urgente un plan de actuación sociosanitario, un Programa de Apoyo a la Red Comunitaria que atienda las dos carencias principales denunciadas: la falta de información –generada por falta de tiempo y recursos profesionales en el ámbito sanitario- y las ayudas domiciliarias profesionalizadas, no voluntaristas o puramente domésticas.

Elaboración de una Carta de los Derechos del Enfermo Mental y los servicios (Carta de Servicios) que les han de atender, en aplicación de la reforma psiquiátrica y atendiendo al derecho a los servicios sociales de los ciudadanos y la atención comunitaria como una extensión de los servicios sanitarios en el ámbito psiquiátrico.

Las características de la reforma psiquiatra entrañan un *continuun* entre los servicios que de forma conjunta se prestaba en el anterior sistema de institucionalización de los pacientes, que quedó roto tras la desaparición de los "*manicomios*". La recuperación de ese hilo conductor entre unos derechos y otros, hasta establecer la equiparación de tales derechos –los sanitarios y los sociales de los enfermos mentales- constituirá el mejor reforzamiento de ese derecho de los ciudadanos y una frontera, la del derecho, frente a los criterios económicos de oportunidad.

La determinación de los derechos de los enfermos mentales y la atención que estos deben recibir en cada una de las tipologías de la enfermedad mental o de su estado y evolución individual, es urgente, para cerrar definitivamente el vacío conceptual que en este sentido existe desde la aprobación del Plan de Salud Mental de 1986, cuya aplicación insuficiente es fuente de decisiones injustas desde el punto de vista de los propios enfermos y sus familiares, y vaivenes administrativos y económicos en cuanto a los criterios de actuación. Ambos aspectos –el de los derechos y deberes de los enfermos, y el de los medios y cumplimientos a ejecutar por la administración- deben fundamentarse en respectivas Cartas que trasladen seguridad incluso jurídica a los pacientes y a partir de las cuales el ámbito sanitario puedan ordenar sus procesos de adaptación y mejora profesional y

cuantificar de forma clara las necesidades, desde sus competencias en un marco general definido y acordado responsablemente.

## Reforzamiento de la integración laboral e impulso de la normativa existente para su aplicación

Las dificultades reales de los enfermos mentales para su integración en el ámbito laboral no pueden hacer olvidar la importancia de esta reinserción por razones no sólo sanitarias, sino también socioeconómicas. Al igual que con otros tipo de colectivos con similares dificultades se han puesto en marcha iniciativas impulsadas desde la Administración conducentes a Desarrollo de programas ocupacionales, directamente o subvencionados, la experiencia de otras Comunidades Autónomas son reflejo de que existen vías para alcanzar mejores cotas ocupacionales y realización laboral de los enfermos. En todo caso, es importante recordar que la Administración está obligada a impulsar el cumplimiento de la normativa estatal y la foral respecto a la creación de puestos de trabajo destinados a colectivos de discapacitados o la búsqueda de fórmulas alternativas que, de forma directa o derivada, genere espacios ocupaciones con que alcanzar fines similares de integración y mejora de las personas con trastornos psiquiátricos.

## Establecer marcos de actuación con todas las organizaciones que actúan en la atención a los enfermos mentales en Navarra

De lo que puede denominarse como "red natural" o "red cívica" o "red ciudadana", el papel de las organizaciones de iniciativa social que ayudan a los enfermos mentales y sus cuidadores/as necesita la elaboración de un programa de actuación por parte de la Administración. Incluso en un escenario en el que la responsabilidad de la Administración sea claro, estable y determinante para el conjunto del marco de atención, el papel de las organizaciones/asociaciones de apoyo o el asociacionismo de enfermos y familiares es uno de los aspectos de importancia de cara al futuro. La definición previa y urgente del papel de la Administración en su responsabilidad frente a los enfermos mentales no impide, al contrario, implica la colaboración con estos grupos organizados de apoyo mutuo y/o con el paciente. El espacio que desean ocupar está apenas definido al ser un

colectivo disgregado y con reticencias a admitir la existencia de la propia enfermedad, por la presión ambiental negativa respecto a la enfermedad. Pero, independientemente de la actuación de la Administración que habrá de desarrollar en este último sentido, es necesario impulsar un marco de colaboración estable con dichas organizaciones, que impulse la participación de sus miembros y la captación de otros nuevos, incentivar la decisión de externalizar y disminuir la tensión familiar desde la acción comunitaria, con la contraprestación de ayudas domiciliarias correspondientes.

Ese marco, como cualquier otro entre Administración y entidades sociales, requiere la definición del espacio de competencias a desarrollar de iniciativas posibles de impulsar desde la Administración a través de ayudas económicas y, sobre todo, el objetivo de tales iniciativas. Si clara la responsabilidad de la Administración en atender las necesidades globales de las personas con trastornos psiquiátricos, igualmente precisa ha de ser la actuación de dichas organizaciones a fin de evitar la dejación de aquella y la invasión de espacios que no les son propios a estas. Entre una responsabilidad y otra, la capacidad de iniciativa es extensa, como extensa la pluralidad de opciones organizativas presentes en el sector y todas ellas han de tener cabida en tanto que, en general, y pese a la relativa representatividad numérica de todas, la labor social no puede cuantificarse principalmente por el grado de "afiliación", sino por la importancia de las actuaciones que desarrollan y las características del colectivo a que se dirigen.

En este mismo sentido, y una vez establecido el marco de relación y actuación, la Administración, en tanto que responsable de la administración de los recursos económicos puestos a disposición de dichas organizaciones y asociaciones, está obligada a vigilar y responder por el cumplimiento y buen fin de los mismos a través de los adecuados sistemas de evaluación, control e inspección si fuese preciso.

## Prevención y promoción de la salud mental

El Plan Foral de Atención Socio Sanitaria prevé un esfuerzo mayor de la Administración en un doble sentido: el desarrollo de recursos suficientes destinados a enfermos mentales crónicos a fin de disminuir los factores que inciden en la gravedad de su enfermedad y, de otra parte, desarrollar programas destinados a impulsar una mayor conciencia social sobre la enfermedad mental y la aceptación e integración de estos enfermos.

La consideración de "estigma", además de injusta, es socialmente inaceptable cuando la sociedad ha superado, integrándolos paulatina pero de forma constante, otras facetas de enfermedad con similares dificultades asimilación social e integración de quienes la padecen. El impulso de la Administración y los agentes sociales del entorno de los enfermos mentales debe formar parte de una nuevo marco, no desarrollado hasta ahora por los responsables de la Administración foral, con la elaboración de programas de comunicación social y concienciación que, aunque cuenten con la colaboración externa, han de ser dirigidos por ella, no en un ejercicio simple de transferencia económica, sino de implicación y compromiso ejemplar.

## Sobre internamiento involuntario de las personas con trastornos mentales

El internamiento contra su voluntad de los enfermos de trastornos psiquiátricos en situación de crisis aguda constituye una situación de especial gravedad, para el enfermo y para el ámbito familiar que asume la responsabilidad de ese ingreso.

Los aspectos emocionales no son ajenos a esa situación de tensión y, por tanto, difícilmente soslayables. No obstante, es necesario establecer criterios de actuación que, desde la profesionalidad de la actuación de los agentes que intervienen, faciliten a las familias el proceso de internamiento desde el establecimiento de la referencia necesaria –el momento de a quién llamar- de forma que no se traslade a ella la necesidad de establecer quién y en qué momento debe actuar respecto de ese ingreso del paciente. La elaboración de un protocolo de actuación en estos casos, que permita la formación adecuada y la coordinación estricta de los diferentes agentes es el mejor medio de disminuir esa carga emocional añadida a las familias y defender los derechos del ciudadano enfermo con las mayores garantías.

## Garantías de las personas con trastornos psiquiátricos en los procedimientos judiciales por incapacitación

El procedimiento judicial que incapacita ejerce de garantía de los derechos de las personas con trastornos psiquiátricos. Desde esta perspectiva, los procesos de

incapacitación deben ser agilizados, para lo que puede ser necesario que los juzgados y tribunales se doten de medios personales y materiales especializados, en orden a una mejor garantía de la protección jurídica de las personas con enfermedad mental.

Asimismo, se debe tener en cuenta que tanto en la aplicación de las normas procesales como del propio Código Penal las personas con enfermedad mental son titulares de derechos y que, por consiguiente, la incapacidad debe afectar sólo a los estrictamente necesarios para la protección que se pretende.



Defensora  
del Pueblo  
Ararteko  
Navarra • Nafarroa