

BOLETÍN OFICIAL B O P A

BOLETÍN OFICIAL



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 204

IX LEGISLATURA

18 de abril de 2013

SUMARIO

RELACIÓN CON ÓRGANOS E INSTITUCIONES PÚBLICAS

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

- 9-13/OIDC-000001, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía

2

RELACIÓN CON ÓRGANOS E INSTITUCIONES PÚBLICAS

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

9-13/OIDC-000001, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía

A tramitar ante la Comisión de Salud y Bienestar Social

Sesión de la Mesa del Parlamento de 10 de abril de 2013

Sesión de la Junta de Portavoces de 10 de abril de 2013

Orden de publicación de 10 de abril de 2013

PRESIDENCIA DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

La Mesa del Parlamento de Andalucía, en sesión celebrada el día 10 de abril de 2013, ha conocido el Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz 9-13/OIDC-000001, relativo a la situación de los enfermos mentales en Andalucía, enviado a esta Cámara al amparo de lo dispuesto en el artículo 31.2 de la Ley 9/1983, del Defensor del Pueblo Andaluz, en relación con el artículo 12.2 de su Reglamento de Organización y Funcionamiento.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 183.4 del Reglamento de la Cámara, la Junta de Portavoces, en sesión celebrada el día 10 de abril de 2013, ha acordado que su tramitación se lleve a cabo en la Comisión de Salud y Bienestar Social.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 31.3 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, se ordena su publicación en el *Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*.

Sevilla, 10 de abril de 2013.

El Letrado Mayor del Parlamento de Andalucía,
José Antonio Víboras Jiménez

**INFORME ESPECIAL DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ RELATIVO
A LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN ANDALUCÍA****ANDALUCÍA****ABRIL 2013**

PRESENTACIÓN	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. ANTECEDENTES: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA	12
2.1 La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983-1985)	12
2.2 El desarrollo de la reforma psiquiátrica en Andalucía	13
2.2.1 Etapa inicial: Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM): 1984-1990	13
2.2.2 Etapa de desarrollo y consolidación: SAS – FAISEM (1991-2007)	16
2.2.3 Etapa actual: Dependencia: 2008-2012	18
2.2.4 Resultados del Proceso de Reforma	19
3. EL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN	23
4. CLASIFICACIÓN Y PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES	25
4.1 Concepto y clasificación de las Enfermedades Mentales	25
4.2 Prevalencia y Morbilidad	26
4.2.1 Prevalencia	26
4.2.2 Morbilidad Atendida	28
5. LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL	29
5.1 La planificación estatal en salud mental	29
5.2 La planificación andaluza sobre salud mental	30
6. CARTERA DE SERVICIOS Y RECURSOS DE SALUD MENTAL	33
6.1 Cartera de Servicios	33
6.1.1 Cartera de servicios comunes de atención primaria	33
6.1.2 Cartera de servicios comunes de atención especializada	34
6.2 Recursos de Salud Mental	38
6.2.1 Recursos de Atención Primaria	38
6.2.2 Recursos especializados de salud mental	39
6.2.3 Recursos Humanos en salud mental (nivel especializado)	40
6.2.4 Actividad Asistencial	40
6.3 Distribución Territorial (Atlas de Salud Mental)	41

7. GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y PROCESOS DE SALUD MENTAL	44
7.1 Unidades de Gestión Clínica	44
7.2 Procesos Asistenciales Integrados. Especial referencia al PAI del TMG	47
7.2.1 Concepto y finalidad de los PAI	47
7.2.2 Especial referencia al PAI relativo al Trastorno Mental Grave (PAI-TMG)	48
7.3 Los Contratos Programa	51
7.4 Diraya	54
7.5 Calidad	56
8. LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN SALUD MENTAL	58
9. LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL	60
9.1 Organización de la Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en Andalucía	60
9.2 El modelo de atención a la infancia y la adolescencia	66
9.3 Los tratamientos farmacológicos psiquiátricos a la Infancia	68
9.4 La Atención de la salud mental de los menores institucionalizados	68
10. PARTICULARIDADES DE ALGUNAS MODALIDADES DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL	73
10.1 El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)	73
10.2 El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)	75
10.3 La Intervención en crisis	80
10.4 Internamiento psiquiátrico involuntario	83
10.5 Consentimiento informado	86
10.6 Coordinación sociosanitaria	89
11. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES (FAISEM)	94
11.1 Introducción	94
11.2 El Programa Residencial del FAISEM	95
11.3 El acceso al programa por vía de la dependencia	96
11.4 El Programas de apoyo al empleo	98
11.5 El Programa de soporte diurno	99
11.6 Otros Programas de apoyo social	100
12. LA ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS DUALES	101
12.1 Introducción	101
12.2 El desafío de los Sistemas de Atención.	102
12.3 La situación en Andalucía	104
12.4 Las propuestas de las Administraciones al problema	106
12.5 Diagnóstico final y propuestas de abordaje	108

13. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS INTERNOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS	111
13.1 Introducción	111
13.2 Prevalencia	112
13.3 Recursos de Salud Mental durante el periodo de cumplimiento de la pena o de la medida de seguridad	114
13.3.1 Atención Primaria de Salud Mental	115
13.3.2 Asistencia Especializada en materia de Salud Mental	116
13.3.3 Establecimientos Especiales: Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios	122
13.4 Recursos al alcanzar el licenciamiento, provisional o definitivo	124
14. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA	126
14.1 La percepción social sobre el Enfermo Mental	126
14.2 La percepción de los usuarios	131
15. PARTICULARIDADES DE LA INCAPACITACIÓN Y TUTELA DE LOS ENFERMOS MENTALES	133
15.1 La incapacitación de los enfermos mentales	133
15.2 Las entidades tutelares de enfermos mentales en Andalucía	138
16. LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS DE FAMILIARES Y USUARIOS	140
16.1 El reconocimiento y participación de los movimientos asociativos	140
16.2 El apoyo a los movimientos asociativos	141
17. A EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS DENUNCIAS CIUDADANAS ANTE EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ	143
17.1 La perspectiva del Defensor del Pueblo Andaluz en el periodo de Reforma Psiquiátrica y articulación de las estructuras alternativas (1984-1994)	143
17.2 La perspectiva del Defensor del Pueblo Andaluz en el período de desarrollo y consolidación del Sistema de Salud Mental	145
17.2.1 La crítica generalizada al sistema	145
17.2.2 La escasez de dispositivos, las malas condiciones de los mismos, y el acceso a centro adecuado para el tratamiento del enfermo	148
17.2.3 Otras perspectivas de la problemática de los enfermos mentales: la visión de los propios enfermos, y la de la sociedad	157
17.2.4 Disconformidad con la asistencia recibida	159
17.2.5 Particularidades en algunas modalidades de tratamiento en salud mental	163
17.2.6 Enfermedad mental/déficit intelectual	169
17.2.7 Patología Dual	171
17.2.8 Enfermos mentales y prisiones	174

17.2.9 Enfermedad mental y menores	176
17.2.10 Otras patologías mentales: los trastornos de la personalidad	180
17.2.11 Los trastornos de la conducta alimentaria	181
17.3 El enfermo mental en el nuevo escenario de la dependencia	183
18. RESEÑA DE UNA BUENA PRÁCTICA EN EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ	189
19. CONCLUSIONES FINALES	193
20. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	197
21. ANEXOS	200

PRESENTACIÓN

El azar ha deparado que esta Institución naciera a la par que la denominada reforma psiquiátrica, eventos que se producen en nuestro país en los albores de 1984, la primera como institución comisionada por el Parlamento de Andalucía para velar por los derechos constitucionales y estatutarios de los andaluces (Ley 9/1983) y la segunda, unos meses después, con la creación transitoria del organismo Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) por Ley 9/1984 (suprimido en 1990 al asumirse por el Servicio Andaluz de Salud las funciones de este e integrando todos los recursos sanitarios públicos especializados en salud mental), en base a un modelo denominado de atención comunitaria con el que se pretende sustituir al anterior, basado exclusivamente en un sistema ambulatorio de neuropsiquiatría dependiente de la Seguridad Social (con un total de 69 consultas) y manicomial de institucionalización (8 hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones Provinciales), que se mostraba, aparte de insuficiente, absolutamente vulnerador de la libertad y dignidad de las personas que sufrían trastornos mentales, para finalmente, en 1994, completarse el modelo con el desarrollo de servicios sociales específicos para estos colectivos a través de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

Es pues, este cruce de voluntades de carácter político institucional, sanitario y social, lo que hace que nuestra Institución camine y sea testigo de los distintos avatares por los que transcurre este dilatado proceso de reforma del sistema de salud mental, y su ulterior desarrollo y consolidación, modelo que por otra parte adquiere su carta de naturaleza en la Ley General de Sanidad de 1986, en cuyo artículo 20, en el que se viene a definir el modelo de atención comunitaria e integrada de la salud mental en el sistema sanitario general.

El loable objetivo del nuevo modelo, que sigue el esquema de otros países occidentales de nuestro entorno, no es otro que sustituir el sistema de institucionalización manicomial por un modelo alternativo de red integrada de servicios, basado en la comunidad. Es decir, se trata de un modelo que pretende una atención integral comunitaria, con un nivel de atención especializada dentro del sistema sanitario público general conectado a una red de dispositivos de asistencia sociosanitaria que lo convierten en un sistema de atención integral y basado en la comunidad, mediante el que se garantiza una mejor atención y mayores posibilidades de rehabilitación que el modelo institucional anterior. Al unánime apoyo que tal modelo despertaba en la ciudadanía, enfermos y sus familiares y en los propios profesionales, se sumaron también las Instituciones, entre las que nos contamos.

No obstante hay que señalar que el proceso de reforma psiquiátrica en España se ha desarrollado de desigual manera en las distintas comunidades autónomas, hecho que aún hoy explican las notables diferencias entre unas y otras, que en Andalucía ofrece una serie de peculiaridades que desarrollamos a lo largo de este informe.

Justo es reconocer que si bien el modelo no admite comparación con el anterior, cierto es que este se ha desarrollado con una extraordinaria lentitud, como lo demuestra el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos provinciales a lo largo de los años 90 (el último en el año 2000), la integración de la red única de salud mental en el SAS en 1990 y la creación de la entidad pública FAISEM en 1993, un largo proceso de desinstitucionalización de casi década y media de duración, a partir del cual se inicia otro lento proceso

de dotación de recursos alternativos y articulación del Sistema de Salud Mental, que aún hoy día muestra señales evidentes de su insuficiencia y descoordinación, un proceso que se torna en paralización tras la aparición de la crisis económica y de las finanzas públicas en 2008, que tiene su principal exponente en los recortes de los presupuestos asignados a la asistencia sanitaria y a la dependencia, así como la progresiva implantación del copago en buena parte de estos servicios sanitarios y sociales (dependencia), persistiendo el estigma y vulneración de derechos fundamentales en distintos aspectos de la atención (o desatención) que estos enfermos sufren, especialmente aquellos que a su trastorno mental grave unen la nota de la exclusión social, la exclusión de la exclusión, si cabe.

En cuanto a la organización y funcionamiento de la red de servicios sanitarios y sociales afectos a esta patología, la falta de coordinación interniveles (especialmente con atención primaria), la sobresaturación de las unidades de salud mental comunitaria y el limitado desarrollo de los dispositivos de media y larga estancia de asistencia, rehabilitación y atención psicosocial, entre otros muchos aspectos, están situando al modelo en los límites del reconocimiento como tal, en detrimento de la calidad de las prestaciones y servicios.

Por otro lado, en el plano de los derechos fundamentales, aún hoy cabe señalar que se vulneran estos en relación a los enfermos mentales, si bien bajo nuevos patrones y formas, pues tales vulneraciones se producen muchas veces en el seno de los dispositivos de Salud Mental o de los de Protección Social, en el entorno sociofamiliar o simplemente abandonándolos a su suerte en la calle, como lo demuestran los casos que los familiares, el movimiento asociativo o los propios profesionales del sector nos trasladan periódicamente.

La confluencia de distintas y complejas circunstancias (un cierto agotamiento de los sistemas que soportan la atención –sanitaria y social fundamentalmente–, la crisis y los consiguientes recortes presupuestarios, la emergencia de cuadros patológicos complejos –duales, exclusión social, etc.–), hace que el modelo de atención se desdibuje y que los propios profesionales muestren un notable desgaste, lo que nos lleva a postularnos a favor de un nuevo compromiso político que revitalice e impulse los servicios y programas que integran la Salud Mental y la atención en Andalucía.

El Defensor del Pueblo Andaluz,
José Chamizo de la Rubia.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 1995 esta Institución llevó a cabo una reconsideración sobre la problemática que se nos venía planteando en el conjunto de quejas relativas a la salud mental, temática que, de alguna manera, reflejábamos en un apartado específico de los informes anuales, donde mostrábamos las disfunciones que conllevó el proceso de la reforma psiquiátrica en Andalucía a la par del desamparo que estos enfermos y sus familiares soportaban ante la desasistencia por parte del sistema sanitario.

Así, tras el correspondiente análisis del estado de situación de los enfermos mentales durante el largo periodo de transición que supuso la aplicación de la reforma psiquiátrica (1984-1994), comienza el curso de otro largo periodo en el que a la par que se desarrollan y consolidan los distintos recursos sanitarios integrados en la red única de Salud Mental y de los sociales dependientes de la fundación pública FAISEM (apartados de otros recursos sociales dependientes de la Administración autonómica y local), puede afirmarse que el proceso se culmina en estos precedentes años, en los que nos encontramos, donde predominan dos cuestiones que están marcando el actual estado de situación de los enfermos mentales: de un lado la crisis de las finanzas y su consecuencia en los recortes presupuestarios del gasto sanitario (Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud); y por otro lado el desarrollo de la denominada Ley de Dependencia, igualmente afectada, desde su nacimiento, por constantes recortes y “rebajas” en el alcance y extensión de su catálogo de prestaciones y servicios (Real Decreto-Ley 8/2010, reduciendo la retroactividad de las prestaciones económicas, Ley 2/2012, suprimiendo el nivel convenido de financiación y el Real Decreto-Ley 20/2012 reduciendo las entregas del nivel mínimo garantizado, entre otros aspectos).

A este contexto de fuerte presión sobre los sistemas sanitarios y sociales se suma un soterrado intento de diluir los distintos principios que dimanaban tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS) como del Sistema de Atención a la Autonomía y Dependencia (SAAD), afectando, entre otros colectivos al de los enfermos mentales, y más en concreto a aquél que suma a sus graves trastornos mentales la necesidad de las prestaciones y servicios de la dependencia y de integración social.

Igualmente, en este contexto se viene produciendo desde el Gobierno de la Nación una batería de iniciativas legislativas, que más allá de los constantes recortes aplicados en las sucesivas leyes de presupuestos anuales, lo constituyen distintas iniciativas legislativas reformadoras de las leyes nucleares del Estado de Bienestar (Educación, Pensiones, Sanidad, Dependencia, desempleo, reforma laboral, etc.) de tal alcance e intensidad que el efecto multiplicador de las mismas, sumado a su concentración en un corto periodo de tiempo, sin duda conllevará a un “estado de la situación” que difícilmente será compatible con el parámetro constitucional de “Estado Social”(y democrático de derecho) que se preconiza en el mismo, con afectación a la totalidad de la sociedad y, especialmente, a los sectores sociales más desfavorecidos y precisados de sus servicios, entre los que se encuentra el colectivo de personas enfermas mentales. Todo ello acompañado de del incremento de la presión fiscal y de cuantiosas ayudas públicas al sistema financiero.

Este escenario de profundos cambios en el que nos encontramos inmersos, con motivo de la grave crisis económica, nos mueve a reflexión y preocupación por las posibles limitaciones en el acceso, nivel y calidad

de las prestaciones sanitarias y sociales, cuya responsabilidad y gestión competen a los poderes públicos, constituyendo la protección de las personas con enfermedad mental una prioridad en las políticas de los países avanzados.

En este sentido abunda el informe *“Impact of economic crises on mental health”*(2011) de la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que, tras resaltar la importancia de invertir en salud mental, se detallan líneas estratégicas de acción que los países deben desplegar para mitigar los efectos de la situación actual de recesión y su incidencia sobre los programas y servicios de salud mental.

El referido informe constata cómo el incremento de la pobreza y los recortes en el gasto público, experimentados en la Unión Europea desde el inicio de la crisis, en el año 2007, han provocado un significativo detrimento de la salud mental de su ciudadanía; la evidencia científica ha puesto de manifiesto, además de forma indubitada, que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental; la relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tiene una repercusión grave en el desarrollo económico de los países europeos.

En lo que a España se refiere, los efectos de la recesión económica sobre la salud mental vienen siendo objeto de iniciáticos estudios, que si bien aún ofrecen limitaciones en cuanto a la explotación de sus resultados, vienen a mostrar el aumento real de la prevalencia de los trastornos mentales de la población como consecuencia del nuevo escenario económico, con altísimas tasas de desempleo y correlativas dificultades para el pago de las hipotecas y desahucios de viviendas.

En este sentido puede destacarse el llevado a cabo en el periodo de enero 2006-enero 2007 y en el posterior de febrero 2010-abril de 2012 en el nivel primario de asistencia a nivel nacional, en los que se viene a demostrar aumentos sustanciales en la frecuencia de estado de ánimo, ansiedad, somatomorfos y trastornos relacionados con el alcohol, destacando los aumentos porcentuales para la depresión mayor y la distimia, trastornos de la salud mental atribuidos a los riesgos combinados de la situación de desempleo y los impagos de hipotecas y desalojos de vivienda, hechos a los que se atribuyen la mayor parte de los riesgos de la asistencia por depresión mayor.

Por otro lado, los distintos estudios de las tasas de mortalidad en España demuestran la interrelación entre los suicidios y los ciclos económicos, lo que vendría a sostener los iniciales signos del aumento de las tasas de suicidio a partir de 2008 (5,56 por 100.000 frente a los 5,16 de 2007 entre menores de 65 años).

Por otro lado el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas (2005) *“Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”*, acertadamente pone énfasis en los aspectos relativos a la dignidad de la persona enferma y a los costes que la enfermedad puede suponer al sistema y la sociedad al afirmar que *“sin salud mental no hay salud; para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo; para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social; en cambio, las enfermedades mentales conllevan costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales”*.

Así pues, llevar a cabo un análisis de la situación de la atención sanitaria y social de los enfermos mentales en Andalucía, desde la perspectiva del Defensor del Pueblo Andaluz, que es tanto como abordarlo en el largo periodo de la reforma psiquiátrica llevada a cabo desde mediados de los 80 al de los 90, mediando el periodo intermedio posterior de desarrollo de los recursos sanitarios y sociales hasta la simultánea eclosión de la crisis económica y del desarrollo del sistema de la dependencia, lo que nos obliga a concluir con una inevitable y desoladora impresión del futuro discurrir de los servicios sanitarios y sociales ante el envite que la crisis económica (y política, por qué no reconocerlo) viene ejerciendo sobre la totalidad de la economía y de los servicios públicos. Esta “radiografía del instante” es la que, de alguna manera, queremos mostrar en este documento, convencidos como estamos, que existen alternativas y esperanzas para que los logros alcanzados en nuestro Estado de Bienestar se mantengan, sin perjuicio de las mejoras que requiera su eficiencia.

El Defensor del Pueblo Andaluz en este informe, pretende hacer un recorrido por los distintos aspectos conformadores de los sistemas sanitarios y sociales de la salud mental (especialmente el referido a la dependencia en tanto que se ha convertido en la vía ineludible de acceso a determinados servicios y prestaciones económicas), y finalmente exponer en un extenso apartado la distinta casuística que nos traslada la ciudadanía, cuyas resoluciones nos sirven para concluir con las sugerencias y recomendaciones que estimamos nos corresponde como Comisionado Parlamentario para garantizar los derechos fundamentales de la ciudadanía andaluza.

2. ANTECEDENTES: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA (1983-1985)

En España, históricamente, la asistencia a la salud mental ha ido ligada a la “beneficencia”, en base al Decreto de 9 de febrero de 1925 en el que se atribuía su responsabilidad a las Corporaciones Locales, ámbito en el que también coincidían las instituciones religiosas.

Cabe señalar como antecedente de la denominada reforma psiquiátrica que ya durante la transición democrática española (1976-1979), e incluso antes, en los últimos años de la dictadura, al impulso del cambio democratizador se sumó otro que promovía el cambio o reforma de los servicios de salud mental, en el confluyeron movimientos internos y externos al estrictamente sanitario como también una parte significativa de los profesionales sanitarios contrarios a la institucionalización que dominaba en aquellos años en España.

Tras una inicial reforma de la atención primaria (con la jerarquización de este nivel en 1982) y una sustancial reforma del Código Civil en 1983, mediante Orden Ministerial de 27 de julio de 1983 se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, iniciativa adoptada por el recordado Ministro Ernest Lluch, comisión que en abril de 1985 elabora y publica el Informe denominado “Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental”, el cual pivotaba sobre tres ejes: el primero proponiendo un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad, integrado y enmarcado en una nueva organización de la sanidad que tuviera en cuenta el compromiso territorial a efectos de la planificación y la gestión, con una óptica preventiva, comunitaria y de salud pública y con la consideración del nuevo papel de la atención primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria; el segundo lo constituían las recomendaciones para la reforma, y el tercero, explicitando el compromiso de vincular el desarrollo de las mismas al proceso global de reforma sanitaria.

Así pues, la reforma adoptaba como punto de partida la transformación de los hospitales psiquiátricos a la par que el desarrollo de recursos alternativos sanitarios y de apoyo sociolaboral, poniendo énfasis en el abordaje prioritario de ciertos colectivos como son la infancia y la población anciana, reclusos en centros penitenciarios y personas con trastornos psíquicos desencadenados por el uso de sustancias adictivas.

Por otro lado, la Comisión proponía desarrollar instrumentos técnicos y de apoyo para una correcta implementación y evaluación de las reformas:

- Un sistema de registro de información sanitaria.
- Programas de desarrollo y cualificación de los recursos humanos.
- Normas de acreditación de unidades y centros.

Finalmente la Comisión realizaba las siguientes recomendaciones y propuestas:

- El reconocimiento de los derechos civiles de la persona con enfermedad mental.
- El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.
- El reconocimiento del derecho de las personas en cumplimiento de causa penal a recibir atención psiquiátrica.

El documento atribuía a la Administración Pública la responsabilidad para promover la plena integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general, documento asumido públicamente por el Ministro de Sanidad Ernst Lluch, y principio tomado como referencia por la Ley general de Sanidad aprobada un año después.

Cabe señalar que este proceso de estudio y elaboración del informe se inserta en el proceso de iniciativa legislativa y de tramitación parlamentaria de la ley General de Sanidad, que finalmente es aprobada como Ley de 25 de abril de 1986.

2.2 EL DESARROLLO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA

2.2.1 Etapa inicial: Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM): 1984-1990

Con anterioridad a la publicación del citado Informe de la Comisión, se había producido la transferencia de competencias sanitarias a la Junta de Andalucía, por lo que el punto de partida de la asistencia psiquiátrica en Andalucía lo conformaba 69 consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social (en principio no jerarquizadas y con una dedicación de dos horas y media diarias) y 8 hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones Provinciales, y ello en un contexto de ausencia de un modelo psiquiátrico de atención y sin datos estadísticos que permitieran analizar la problemática ni, por tanto, ponderar las decisiones. Así pues, la Seguridad Social (INSALUD) asumía de forma insuficiente la asistencia ambulatoria y se resistía a asumir la hospitalización psiquiátrica, que ancestralmente venía dispensando las Diputaciones Provinciales, con carácter benéfico y en instituciones manicomiales, o lo que es lo mismo, asumiendo las patologías leves en el sistema de Seguridad Social y dejando en manos de la Beneficencia local los casos más graves y crónicos.

En este sentido, la situación adolecía de una elevada descoordinación entre las distintas Administraciones Públicas con responsabilidad sobre dicha asistencia, a saber:

- Las Diputaciones Provinciales.
- La Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social de Andalucía (RASSSA)
- La Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA)
- Los Hospitales Clínicos Universitarios.
- El Instituto Social de la Marina.

La primera decisión del Gobierno autonómico, en este contexto (que se suma a la reforma más general de la Atención Primaria), se acomete iniciando la reforma psiquiátrica a través de la creación de un organismo autónoma que aglutinara a las dos Administraciones con mayor responsabilidad y recursos, las Administración sanitaria autonómica y las Diputaciones Provinciales en el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), mediante la ley de creación del IASAM, Ley 9/1984, de 3 de julio.

Los objetivos generales del IASAM, que se plantearon con un límite temporal, eran:

- Unificar el conjunto de recursos sanitarios para la atención a los problemas de salud mental.
 - Introducir elementos progresivamente más complejos y ajustados de planificación y programación de las actuaciones (en la medida en que se pudiera hacer un diagnóstico más exacto de la situación de atención y necesidades, imposible de realizar en los inicios, por la lamentable falta de datos).
 - Modificar la estructura de servicios sustituyendo al Hospital Psiquiátrico por una red diversificada, de cobertura general para la ciudadanía, articulada en niveles de especialización, con base comunitaria e integrada en la red general del Servicio de Salud Autonómico
 - Incrementar el número, diversidad y cualificación de los profesionales.
- Las infraestructuras con que se parte en este inicio reformista son las siguientes:
- 69 Consultas de neuropsiquiatría, con una atención facultativa ambulatoria de 2,5 horas/día.
 - 8 Hospitales psiquiátricos, los tradicionales manicomios, edificios con una infraestructura y equipamientos insuficientes y deteriorados, con recursos humanos insuficientes y escasamente cualificados, que aglutinaban un total aproximado de 4000 camas, la mayoría ocupadas por pacientes crónicos de larga estancia y escasa capacidad operativa.
 - 8 Centros de Higiene Mental dependientes del organismo AISNA.
 - 2 Hospitales Universitarios como camas psiquiátricas (agudos).

Servicios psiquiátricos en Andalucía en 1984

PROVINCIA	H. Psiquiat. Públ. (núm. de camas)	H. Psiquiat. Priv. (núm. de camas)	Cons. Neuropsq.	AISNA
Almería	1 (400)	—	4	1
Cádiz	1 (650)	—	8	2
Córdoba	1 (550)	—	8	1
Granada	1 (320)	—	10	2
Huelva	1 (250)	—	4	1
Jaén	1 (500)	—	7	1
Málaga	1 (450)	3 (900)	11	2
Sevilla	1 (1200)	1 (100)	17	2
Andalucía	8 (4290)	4 (1000)	69	12

Otros recursos existentes derivados de los procesos de transformación iniciados antes de esta etapa o con los que contaban otras instituciones como la Universidad se concretaban en 20 Equipos de Salud Mental, 2 Unidades de Salud Mental Infantil, 1 Hospital de Día y 4 Unidades de Psiquiatría situadas en Hospitales Generales con 144 camas de corta estancia. Evidentemente la institución más importante y con más hegemonía, la constituían sin duda los Hospitales Psiquiátricos, “cuya oferta asistencia” incluía, casi exclusivamente, la atención asilar de pacientes con trastornos mentales graves e importantes carencias sociales.

En cuanto a los recursos humanos que atendían esta diversa red en 1985 (para una población de cobertura de cerca de 6,8 millones de habitantes), claramente insuficientes en su cuantía y cualificación, eran los siguientes:

Personal adscrito a los servicios psiquiátricos públicos en Andalucía. 1984

Categ. Profes.	Diputaciones	Universidad	AISNA	RASSSA	Total
Psiquiatras*	112	30	21	83	246
Psicólogos	19	1	12	—	32
Trab. Sociales	33	1	7	—	41
ATS/DUE	95	15	7	—	117
Auxiliares	1198	20	—	—	1218
Otros**	589	3	9	—	618
TOTALES	2046	70	56	80	2255

* Plazas de Psiquiatría, sin correspondencia con efectivos reales.

** Incluyendo personal de Servicios Generales.

De lo anterior cabe deducir la escasa presencia de facultativos, anecdótica en lo que a psicólogos se refiere.

Por último, en cuanto a los pacientes hospitalizados en 1985 (enero) alcanzaba un total superior a los 3.200, correspondiendo 2.800 a pacientes de larga estancia (más de 6 meses, desde el último ingreso) y casi 500 a corta estancia (menos de 6 meses) con la siguiente distribución diagnóstica:

Este breve, pero intenso periodo, en el que confluye a esta reforma psiquiátrica, la del nivel de atención primaria, ofrece la doble particularidad de la creación del organismo Servicio Andaluz de Salud (SAS) por Ley de 6 de mayo de 1986, y el organismo Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASSS) por Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, organismo que ulteriormente queda adscrito a partir de 1990 a la nueva Consejería de Asuntos Sociales (creada por Decreto del Presidente 223/90, de 27 de julio).

En esta fase del proceso, pues, se comienza a diseñar y poner en práctica el modelo comunitario, cuyo objetivo fundamental era desmantelar el anterior modelo de exclusión manicomial (que se desarrollará paulatinamente a lo largo de la década siguiente, con el cierre último y definitivo del Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla en el año 2000), y paralelamente la creación e implantación de un conjunto de dispositivos multidisciplinares: los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), en coordinación con los equipo del nivel primario (EBAP), las Unidades de hospitalización (USMHG), las Unidades de Salud Mental Infantil (USMIJ) y las Unidades de Rehabilitación de Área (URA). Como “dispositivos experimentales” se diseñan las Comunidades Terapéuticas (CT), los Hospitales de Día (HD) y las Unidades de docencia y psicoterapia, conjunto de dispositivos que se regulan en el Decreto 338/1988, de 20 de diciembre.

Al final de este periodo, el nuevo panorama de la Salud Mental en Andalucía queda conformado en el año 1990 con 58 ESMD, 9 USMHG (Persistiendo 8 unidades temporales en Hospitales Psiquiátricos transferidos), 7 USMI, 1 HD y 1 Unidad de docencia y psicoterapia.

En cuanto a los recursos humanos se produjo un significativo incremento de las categorías que evidenciaban mayor carencia: de 32 (1986) Psicólogos se pasó a 184 (1990) y de 246 (1986) se pasó a 315 psiquiatras (1990).

Por último, para la llevanza de una correcta planificación, se creó el Sistema de Indicadores de Salud Mental de Andalucía (SISMA), instrumento que permitió conocer mejor la demanda y la actividad asistencial del nuevo sistema de salud mental.

2.2.2 Etapa de desarrollo y consolidación: SAS – FAISEM (1991-2007)

Una vez concluida la primera fase de la reforma, el documento técnico promovido por el SAS “*Plan Andaluz de Salud, área de análisis preferente núm. 1. Salud Mental*”, de junio de 1991, marca el objetivo de dotar el sistema de una red de recursos sanitarios alternativos en un periodo de cuatro años, proponiendo una serie de medidas que se concretan en:

- Ampliación de los dispositivos de salud mental de distrito, habilitando la posibilidad de que en estos se desarrollen programas de día.
- Apertura de unidades hospitalarias de salud mental en diversos hospitales así como la remodelación de los existentes.
- Apertura de unidades de rehabilitación de área (8).
- Apertura de comunidades terapéuticas (5).

Esta etapa, que se inicia con el cierre paulatino de los Hospitales Psiquiátricos a lo largo de esta década, la desaparición del organismo IASAM (1990) y la integración de todos los recursos sanitarios en una única red pública de salud mental, se desarrolla en largo recorrido hasta su finalización con la conclusión del I PISMA (2003-2007), en el que se suceden eventos tan destacados como la creación de la fundación pública FAISEM (1993) como red de servicios sociales específicos para pacientes mentales (con trastornos graves), y a partir de dicho momento el progresivo desarrollo por ambas instituciones (SAS y FAISEM) de los distintos programas y recursos que le son propios en sus respectivos ámbitos competenciales, cuya culminación podemos situarla en final de la vigencia del I PISMA en 2007, coincidiendo con la entrada en vigor del Sistema Andaluz de Atención a la Dependencia (SAAD) que crea la denominada Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

Hay también otros eventos, no menores, en dicho periodo, como son la creación de la Consejería de Asuntos Sociales en 1990, segregándose los servicios sociales de la unificación administrativa de la precedente Consejería de Salud y Servicios Sociales y la emergencia de los movimientos asociativos en este sector, fundamentalmente de familiares y allegados de los pacientes.

En primer lugar, tras la desaparición del IASAM y la integración de sus servicios administrativos en los centrales del SAS, como oficina del Programa de Salud Mental de Andalucía, se inicia un periodo que podemos situar en la década 1991-2000, en cuyos primeros años se demuestra la inviabilidad que por la Consejería de Asuntos Sociales se asuma a través de sus servicios sociales especializados los más específicos que se precisan para el colectivo de enfermos mentales, especialmente los resultantes del último periodo de desinstitutionalización, es decir, aquellos pacientes de externalización más difícil, al tratarse de personas, en su mayoría, con diagnóstico de psicosis muy residuales, gran deterioro y muy limitada funcionalidad, para los que se carecía de recursos para su acogimiento en la comunidad. Dichos pacientes, en su mayoría, a lo largo de los primeros años de los 90 fueron progresivamente trasladados a las escasas Comunidades terapéuticas que en dicho periodo fueron puestas en funcionamiento (7 y con muy escasas dotaciones de personal), lo que unido a la práctica ausencia de servicios sociales específicos (salvo los puestos en marcha por Faisem a partir de 1994), ocasionó cierto estancamiento en el desarrollo del proceso y no poca confusión en la articulación del sistema y de los pacientes y familiares afectados, circunstancia que se trasladó a las

quejas de la ciudadanía ante esta Institución, y cuya reflexión realizamos en la Queja 95/ 3096 (que tratamos en el apartado XXX de este informe).

Este periodo, que se inicia con ciertos síntomas de freno en el desarrollo del modelo comunitario, tras la creación de FAISEM adquiere un nuevo impulso como lo demuestra cuantitativamente los recursos desplegados por esta entidad en dicho periodo, al concluir al final con un incremento de 64 pisos (partiendo con 9 pisos iniciales), 17 casas-hogar, 46 residencias y 7 pensiones conveniadas, 86 talleres ocupacionales, 97 cursos de formación profesional, 8 empresas sociales y 17 clubes sociales, un esfuerzo cuantitativo que no desmerece el cualitativo: enriquecimiento del abordaje comunitario, al disponer de soportes de apoyo al empleo, emergencia de un nuevo dispositivo a interactuar con los servicios sociales comunitarios, especializados y específicos de salud mental, mejora de la continuidad con la colaboración de los servicios de salud mental de referencia, etc.

Por otro lado los incrementos de demanda asistencial en la referida década no favorecieron la consolidación del sistema como lo demuestran los incrementos superiores al 25%, 70% y 55% en los niveles de los equipos de salud mental comunitaria, hospitalización psiquiátrica y unidades de salud mental infanto-juvenil, respectivamente.

A la complejidad de la integración de las estructuras de salud mental en las del sistema sanitario general, se añadía la de los colectivos profesionales traspasados del ámbito local (funcionarios y laborales) al ámbito autonómico, a los que se les paralelamente se les ofertó un tercer régimen jurídico (régimen estatutario de la Seguridad Social) a la vez que la homologación profesional (Acuerdo de Consejo de Gobierno de 2 de agosto de 1988 y Decreto 127/1990, de 2 de mayo, de traspasos de competencias, funciones y servicios, así como diversas Órdenes de 1998, 1990, 1993 y 1995 sobre régimen de integración del personal traspasado).

Finalmente el periodo restante de esta etapa, que situamos entre los años 2001 y 2007, se caracteriza por el cierre definitivo del último Hospital Psiquiátrico, el Miraflores de Sevilla y la constatable evidencia de la carencia de recursos suficientes para atender la demanda (especialmente en relación a los trastornos mentales graves), en primer lugar por las altas tasa de incremento de esta como por la desviación sufrida en este largo periodo de las previsiones realizadas en 1984, en la cuantificación de los recursos en el nuevo modelo, momento en que la emergencia de los movimientos sociales y sus descontento sobre la evolución del desarrollo del proceso, al que se suman buena parte de los profesionales más comprometidos con el nuevo modelo (el informe sobre la Salud Mental en Andalucía de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría de 2003 es claro exponente de este contexto) y la propia Administración sanitaria, que a partir de dicho momento consideró conveniente introducir la planificación (con objetivos e indicadores) en la salud mental.

La década del 2000 comienza con las estrategias plasmadas en un Primer Plan de Calidad con pretensión transformadora del su sistema sanitario público, en el seno del cual se introducen dos objetivos que van a tener su particular desarrollo en los servicios de salud mental de los años siguientes, como son la atención por Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y la organización de los servicios basado en Unidades de Gestión Clínica (UGC), con un fuerte impacto en la salud mental, que se materializa en este periodo en los PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (2002), Trastornos de la Conducta Alimentaria (2003) y

Trastorno Mental Grave (2006), así como con la aprobación, a comienzo de 2004, del Primer Plan Integral de Salud Mental 2003-2007 (I PISMA), sobre el que tratamos en el apartado correspondiente a la planificación y evaluación de la salud mental.

Este I PISMA supone un nuevo impulso de la Salud Mental en el nuevo contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), en cuyas líneas maestras se incorpora, en lo que se refiere a la gestión asistencial, las novedades que suponen los Procesos Asistenciales Integrados (PAI), y el modelo de gestión mediante Unidades de Gestión Clínica (UGC), así como la puesta en marcha de la atención sociosanitaria que representa la fundación pública FAISEM.

Finalmente cabe señalar respecto a este periodo, que el año 2005 fue declarado por el Parlamento y Gobierno autonómico como "*Año de la Salud Mental*", con el que de alguna manera se quería visualizar este nuevo impulso de la política sanitaria en la salud mental.

2.2.3 Etapa actual: Dependencia: 2008-2012

A pesar de la brevedad de este periodo, se producen en él una serie de acontecimientos que, sin duda, marcarán el devenir de los Sistemas de Salud Mental, Servicios Sociales y Dependencia, cuyo futuro inmediato no nos atrevemos a barruntar, eventos que destacamos en los siguientes:

– El primero se refiere a la publicación del Proceso Asistencial Integrado sobre Trastorno Mental Grave (2006), cuya implementación se produce a lo largo de este breve periodo. Este proceso, al margen de suponer un reconocimiento explícito de la importancia que este tipo de cuadros tiene en la clínica, plantea la necesidad de un abordaje integral, coordinado y basado en procedimientos respaldados por la evidencia científica. Un dato adicional a mencionar es que en este documento se menciona la necesidad de crear equipos o programas que puedan realizar funciones de seguimiento y apoyo continuado a pacientes con conductas disruptivas y en situación de aislamiento social, abandono y baja adherencia al tratamiento, basados en el modelo funcional de Tratamiento Asertivo en la Comunidad (TAC).

– El segundo tiene que ver con la aprobación del Decreto 77/2008 de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del SAS (derogando el anterior de 1988, cuya vigencia se mantuvo durante dos décadas), norma que organiza los dispositivos de Salud mental conforme al modelo de Unidades de Gestión Clínica a la vez que ratifica la adscripción funcional y organizativa plena del conjunto de dispositivos y equipos profesionales al nivel especializado, sin perjuicio de la cooperación funcional con el nivel primario de atención.

– La aprobación del segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (próximo a finalizar), planificación en la que se produce una amplia participación de los profesionales y movimientos asociativos del sector y cuya evaluación se abordará en los meses venideros.

– La entrada en vigor (el 1.1.2007) de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, incorporando un conjunto de prestaciones y servicios de fuerte impacto en la financiación y organización de los servicios sociosanitarios, y por tanto en el espacio de los programas domiciliarios de Faisem.

– Por último, la brusca aparición de una brutal y persistente crisis económica y de las finanzas públicas, de profunda afectación a la totalidad del sector público (como el privado), con drásticas reducciones en los presupuestos de los servicios públicos y, por tanto, con restricciones de los derechos sociales (sanidad, educación, dependencia, etc.) a golpe de una cadena de reales decretos-leyes en el periodo 2010-2012 (sólo en el año 2012 una veintena larga de estas normas jalonan las medidas urgentes relacionadas con la crisis económica y las políticas restrictivas).

Todos y cada uno de estos aspectos se muestran en estos últimos años, siendo pues la crisis económica y de las finanzas y la emergencia del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), los que están marcando la pauta en el Sistema de Salud Mental, y ello a pesar de que Andalucía destaca como una Autonomía en la que se viene desplegando favorablemente el nuevo sistema, que sí permitieron barruntar una importante financiación y reforzamiento del sistema de servicios sociales generales, públicos y privados concertados, como los específicos de FAISEM. Pero lo cierto es que las fuertes reducciones presupuestarias y demoras en las transferencias están situando en una situación de colapso al sector de la dependencia (ayuda a domicilio, servicios residenciales, etc.).

2.2.4 Resultados del Proceso de Reforma

Los resultados de la reforma psiquiátrica al día de hoy muestran una gran diversidad en cada una de las Comunidades Autónomas, estando aún pendiente el estudio que evalúe el resultado del mismo, no solo en los aspectos cuantitativos y cualitativos de los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales, sino también los otros aspectos que inciden en el carácter integral de la atención (empleo, protección jurídica, etc.). Carecemos de un referente que nos permita calibrar como “óptimo” el nivel de desarrollo de todos y cada uno de los programas y recursos, para en función del mismo, valorar el grado de adecuación de la atención mental a los postulados de la Ley General de Sanidad.

El Informe SESPAS 2002 hace hincapié en las características comunes que atribuye a la mayoría de las reformas psiquiátricas o “psiquiatría comunitaria” puestas en marcha en el ámbito occidental, al afirmar que:

“a) La reforma psiquiátrica parte de la obsolescencia del sistema de salud mental, anclado en modelos del siglo XIX, con los mismos servicios institucionales de entonces y con inversiones muy por debajo de las necesidades reales de esta población. Así, 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. Si este proceso ha venido acompañado del cierre completo o de la transformación de los hospitales psiquiátricos es en realidad secundario al hecho nuclear: creación de un sistema comunitario de salud mental.

b) La reforma se ha caracterizado por un predominio de modelos teóricos sobre los empíricos, y el proceso ha llevado implícita una fuerte carga ideológica.

c) El proceso ha carecido de una secuencia lógica de planificación temporal. Así, se ha procedido al cierre de los servicios residenciales hospitalarios antes de la implantación plena de una red asistencial comunitaria alternativa.

d) *El modelo de reforma se ha centrado, en el ámbito internacional, en un subgrupo restringido de pacientes –pacientes psicóticos institucionalizados– que no es representativo de los enfermos mentales ni refleja las necesidades o las demandas de los enfermos mentales graves (por ejemplo, trastornos graves de personalidad, trastornos afectivos, retraso mental o drogodependencias). De hecho, los servicios para el subgrupo de pacientes psicóticos crónicos desinstitucionalizados no cubren si quiera las necesidades de los nuevos crónicos.*

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

f) *Ha faltado una evaluación sistemática de resultados.”*

Por otro lado, el “Informe de situación de Salud Mental” elaborado por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (2002), ofrece la particular perspectiva Ministerial sobre el proceso de reforma afirmando:

“El proceso de reforma, que ha afectado profundamente en las dos últimas décadas al sistema de prestación de servicios en el campo de la salud mental, ha seguido un ritmo desigual en las distintas Comunidades en función, entre otros factores, por un lado de la disponibilidad de alternativas a la institucionalización del paciente, y por otro lado, de servicios de rehabilitación y reinserción socio-laboral.

El esquema básico de la prestación de salud mental se articula a través de una red que tiene su eje en el Centro de Salud Mental. Este Centro, posiblemente por las reticencias que genera el paciente psiquiátrico, se ha constituido frecuentemente al margen de los Centros de Salud, de tal modo que la red de salud mental es una red especial, débilmente integrada en la red sanitaria general, con excepción de las unidades de hospitalización de corta estancia de los hospitales generales. La red de Centros de Salud Mental, con carácter general, se ha desarrollado de tal manera que se puede considerar aceptable su accesibilidad a los usuarios desde el punto de vista de su distribución territorial. Sin embargo, adolece en muchos casos todavía de un adecuado ratio de profesionales.

La evidente constatación de los cambios realizados en la desinstitucionalización de los pacientes no impide observar que todavía, en algunas Comunidades, no se ha producido la separación, bien que coordinada, entre las funciones de atención específica a la salud mental y las ligadas a las necesidades residenciales y sociales de los pacientes. En definitiva se echa en falta una mayor clarificación del espacio sociosanitario en relación con la problemática específica de los pacientes con necesidades crónicas de atención a su salud mental, simultáneamente con necesidades de servicios sociales de apoyo a sus carencias en el orden familiar, social y/o laboral.

Tras la primera fase de desarrollo del esquema comunitario de atención a la salud mental, y algunos casos sin que se haya completado la dotación básica, se ha asistido los últimos años a la puesta en funcionamiento de determinadas unidades especializadas en problemas de salud mental que requieren el concurso de otros especialistas (unidades infanto-juveniles, de trastornos de la conducta alimentaria, psicogerítricas, etc...) que han venido a añadirse a las ya más tradicionales de alcoholismo y drogodependencias, poniendo en evidencia la necesidad de una integración más estrecha entre la red de salud mental y la red sanitaria general, en aras a evitar la duplicación de esfuerzos y recursos.

Se constata una gran diversidad en los sistemas de obtención, registro y evaluación de la información, aunque dentro de esta diversidad se observa el predominio de los sistemas basados en fuentes tradiciona-

les de agregación de la información, con relativa escasa presencia de sistemas automáticos de recogida, selección y puesta a disposición de unidades de análisis de los datos brutos referidos a la demanda y a la atención asistencial, así como a la gestión del proceso. Estas carencias dificultan el conocimiento adecuado de la realidad de la demanda, así como de la respuesta de los sistemas, y por otro lado, la diversidad dificulta seriamente la comparabilidad de las distintas soluciones adoptadas ante las mismas necesidades y problemas.

Se constata la práctica ausencia de cartera de servicios en materia de salud mental, aunque algunas Comunidades manifiestan su intención de elaborarlas en sus planes, lo que constituye otro elemento que impide la necesaria transparencia en las relaciones del sistema de salud mental con sus usuarios.

Se observa una gran variación en los programas o proyectos piloto puestos en marcha en cada Comunidad. (...)

Por último, se hace obligado destacar que es una observación bastante generalizada, la carencia relativa de recursos en alguno de los elementos de la red de salud mental en prácticamente todas las Comunidades, aunque en algunas de ellas se acompaña de un desajuste de recursos entre diferentes dispositivos de la red, revelando las dificultades que conlleva una adecuación de los recursos, por un lado a las disponibilidades de la Comunidad y, por otro, a la evolución de la demanda y de los criterios de calidad asistencial.”

Otra visión más cercana nos la ofrece el dato actual de las hospitalizaciones en los Hospitales Generales, uno de los objetivos prioritarios de la reforma que solo parcialmente se ha logrado, y solo en el ámbito autonómico de Andalucía, Asturias y Navarra puede afirmarse que ha culminado con el cierre total de las instituciones manicomiales en estas. En este sentido el estudio realizado recientemente por la fundación andaluza FAISEM en su documento “Soporte para la ciudadanía”(2012) expone con rotundidad esta insuficiencia del proceso en el conjunto español al afirmar que “En el tema de los Hospitales Psiquiátricos, lejos de la creencia común de que han desaparecido quedan,..., cerca de 10.000 camas situadas fuera de los Hospitales Generales, camas a las que habría que añadir las que han dejado de considerarse “sanitarias” por haberse transferido a los Servicios Sociales, sin modificar su situación ni su régimen de funcionamiento. Ello significa que permanecen en instituciones monográficas, se llamen o no todavía “hospitales Psiquiátricos”, no menos de la mitad de las camas que había en dichas instituciones en 1985 (algo más de 30.000). Se incluyen aquí el 90% de las camas de larga estancia, pero también el 42% de las de corta estancia (la mitad de ellas en instituciones públicas. En la mayoría de las Comunidades los Hospitales Psiquiátricos siguen siendo, por tanto, un elemento de peso en la atención a la salud mental, produciéndose anualmente en ellos más del 25% del total de ingresos de corta estancia, contraviniendo así lo establecido en la propia Ley General de Sanidad”.

En lo que a Andalucía se refiere, la reforma psiquiátrica tuvo un destacado impulso por parte de las autoridades públicas (con homogeneidad política en la Administración autonómica y provincial) y en un amplio sector profesional, lo que a la postre facilitó el liderazgo conjunto en el seno del nuevo organismo IASAM, procediéndose a la desinstitucionalización en la totalidad de los hospitales psiquiátricos provinciales y respecto a la totalidad de sus usuarios, tanto de las personas afectadas por trastornos mentales que pasaron a ser atendidas en la nueva y reformada red de salud mental, sino también de los otros grupos allí institucionalizados: las personas con discapacidad intelectual y las personas mayores (con más de 65 años), que pasaron a ser derivados en su atención a los Servicios Sociales específicos.

El proceso de desinstitucionalización, que culminó con el cierre de los ocho Hospitales Psiquiátricos a lo largo de los 90 no estuvo exento de complicaciones, pues, en resumidas cuentas, se trataba de reubicar a los 2.800 residentes existentes en 1985, en los dispositivos alternativos existentes (especialmente respecto a los colectivos con discapacidad intelectual y mayores) y progresivamente los enfermos mentales (fundamentalmente esquizofrénicos) en los de nueva creación, inicialmente en la red de salud mental, a los que se sumaron posteriormente los recursos de Faisem.

En la actualidad los Hospitales Psiquiátricos integrados en la red pública de salud mental en Andalucía lo conforman 3 hospitales privados en la provincia de Málaga (con alrededor de 850 camas) y un hospital público estatal dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (con alrededor de 150 camas), hospitales todos ellos de cobertura nacional y con un alto porcentaje de residentes de fuera de Andalucía.

3. EL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

El modelo de salud mental comunitaria se fundamenta en una forma de concebir los procesos de asistencia a la enfermedad mental entrelazando lo terapéutico en el contexto del entorno individual, familiar y social que rodea al enfermo.

En España el modelo de psiquiatría comunitaria, sigue las pautas del modelo diseñado por la OMS, al que se acoge la Ley General de Sanidad de 1986 siguiendo las recomendaciones vertidas en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), modelo que siguiendo el desglose definido en el documento relativo a “Estrategia en Salud Mental del SNS”(2007), responde a los siguientes principios básicos:

Autonomía, entendida como la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas, fomentando las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad, mejorando la autosuficiencia para vivir en la comunidad como los aspectos positivos y los recursos personales del paciente en orden a la integración de estos en las redes y dispositivos naturales de la comunidad en la que residen, a la vez que promoviendo el apoyo a personas cuidadoras para coadyuvar a su sobrecarga y, finalmente, promover la lucha contra el estigma, la discriminación y la marginación.

Continuidad, entendida como la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal), fomentando la atención multidisciplinar, implantando «Planes Individuales de Atención», procedimientos de seguimiento comunitario-assertivo y gestionando la asistencia por «procesos de atención».

Accesibilidad, entendida como la capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten, a través del acercamiento de los recursos a los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales, ampliando los horarios de atención y facilitando las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías, así como las visitas a domicilio y reduciendo los tiempos de espera.

Comprensividad, favoreciendo la implantación de la red de dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria (sin perjuicio de que la atención a algunos trastornos de muy baja prevalencia/ elevada gravedad pueda centralizarse en unidades de referencia comunes a varias áreas sanitaria, desplegando una atención diversificada en sus prestaciones y en los escenarios asistenciales, incorporando la rehabilitación como una actividad terapéutica sanitaria.

Equidad, relativa a la distribución adecuada y proporcionada de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios objetivos. Este principio puede ponerse en práctica aplicando medidas como las siguientes:

Recuperación personal, que referido a un trastorno mental grave implica la promoción de dos procesos paralelos y complementarios, el primero, el que tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno y supone la recuperación de la salud en sentido estricto, y el segundo es un proceso de cambio y de crecimiento personal y autonomía, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata, pues, de retomar el propio curso vital y recuperar al máximo

las propias capacidades como individuo y como ciudadano. Este principio requiere poner en práctica medidas como: comprometiéndose a la organización asistencial y a los profesionales en sus actitudes a favor de este principio de recuperación personal, fomentando medidas de apoyo a las asociaciones de enfermos y sus familiares, así como su participación en los procesos de calidad junto a los profesionales, reduciendo la aplicación de medidas restrictivas y/o coercitivas, etc.

Responsabilización, entendida como el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los pacientes, sus familiares y la comunidad, compromiso que conlleva promover la transparencia en la gestión de los servicios sanitarios, mediante el establecimiento de criterios explícitos y transparentes de prioridades, publicidad de la cartera de servicios y prestaciones en salud mental y establecimiento de cauces adecuados para tramitar las quejas y darles respuesta.

Calidad, entendida como el uso constante de los mejores conocimientos probados y de evidencia científica disponibles, en orden a la consecución de los mejores resultados posibles sobre la salud del enfermo, en orden a preservar la dignidad de las personas con enfermedades mentales, proveer cuidados orientados a minimizar el impacto de la enfermedad y mejorar su calidad de vida y emplear intervenciones que capaciten a las personas con trastornos mentales a manejar su discapacidad por sí mismas.

En Andalucía, la apuesta por una psiquiatría de base comunitaria fue una decidida apuesta desde un primer momento, apuesta que a pesar de las dificultades y fluctuaciones a que se ha visto sometida en estas casi tres décadas (1984-2013), aún se percibe el decidido protagonismo que dicho modelo comunitario tiene tanto en el ámbito de la Salud (SAS) como en el ámbito sociosanitario que corresponde a FAISEM y al resto de los dispositivos sociales generales y especializados vinculados a la Administración Autonómica (Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia) y Local (Servicios Sociales Comunitarios).

Como se ha dicho, esta reforma pivota sobre un modelo comunitario de salud, con un carácter integral que trasciende la idea de salud como ausencia de enfermedad y en el que se integran los aspectos psicológico, biológico y social, desde la prevención de los trastornos hasta la rehabilitación e integración social de los pacientes, pasando por la estricta atención de la enfermedad.

Este modelo asistencial se organizó en diferentes niveles de intervención específicos e interrelacionados, con un nivel de intervención no sanitario formado por la comunidad, sus instituciones y sus redes de recursos sociales formales o informales, conjuntamente con otro nivel de intervención sanitaria básica formado por los equipos de Atención Primaria (en aquellos momentos iniciales en fase de diseño e implantación).

Por otro lado, paralelamente, un nivel de intervención sanitaria especializada, o segundo nivel de atención de salud mental, con cabecera y ubicación en el Distrito Sanitario, formado por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y cuyo ámbito de cobertura es el propio Distrito, que abarca las zonas básicas de salud que lo integran.

Por último, un tercer nivel de intervención para problemas específicos (segundo nivel de atención especializada, que lo conforman diversas unidades de Salud Mental para perfiles de usuarios con trastornos mentales graves fundamentalmente, cuyo ámbito de actuación es el Área funcional que la integran varios Distritos sanitarios).

La apuesta por los aspectos esenciales de dicho modelo sigue vigente, pues aun cuando se vienen produciendo reducciones significativas en las carteras de servicios sanitarios del SSPA y de servicios sociales del SAAD, no puede afirmarse que tales limitaciones hayan afectado al “núcleo esencial” de ambos sistemas, siendo el futuro económico del país y la voluntad política la que marquen el devenir de la salud mental en nuestro país.

4. CLASIFICACIÓN Y PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

4.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Siguiendo la definición dada por la OMS, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y con ello contribuir a su comunidad.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades, directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta definición comprende la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

En cuanto a la clasificación de este concepto, su finalidad básica es facilitar la recogida de información médica para estudiar el tratamiento de pacientes con un determinado diagnóstico y para estudios de seguimiento.

El término “trastorno mental” es más amplio que el de “enfermedad mental” y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática. Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad. Los dos modelos de clasificación más utilizados en la actualidad son la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) y el DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association (APA, 2001).

a) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (ICD en siglas inglesas): Constituye un sistema ordenado de categorías numéricas, asignadas a entidades nosológicas, de acuerdo a criterios establecidos previamente. En este sentido, el CIE-10 constituye una clasificación estadística de enfermedades, entre las que se hallan las de la patología mental, clasificación basada en categorías seleccionadas en orden a facilitar el estudio estadístico de los fenómenos psicopatológicos.

En relación al capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento), las categorías principales van desde el F00 hasta el F99 y describen los diferentes trastornos mentales agrupados a partir de criterios clasificatorios basados fundamentalmente en las manifestaciones clínicas del paciente. El término “trastorno”(término que se considera más apropiado que el de enfermedad o padecimiento), se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

Las categorías principales aparecen agrupadas del siguiente modo:

F00 - F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10 - F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicotropas.

F20 - F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30 - F39. Trastornos del humor (afectivos).

F40 - F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50 - F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas.

F60 - F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70 - F79. Retraso Mental.

F80 - F89. Trastornos del desarrollo psicológico.

F90 - F98. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F99. Trastornos mentales sin especificación.

Esta clasificación tiene 10 categorías de dos caracteres (de F0 a F9) y 100 categorías principales de tres caracteres. Dentro de cada grupo, identificados por los tres primeros caracteres, se encuentran incluidos los diferentes trastornos mentales.

El capítulo V de la CIE 10 ha sido publicado en diferentes versiones de acuerdo a las necesidades de su aplicación, siendo la más utilizada la que contiene las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de cada uno de los trastornos codificados (OMS, 1992).

En esta versión, cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas así como de las características secundarias, relacionando los síntomas para un mejor diagnóstico, seguido de sus pautas. Se relacionan aquí los síntomas, en la cantidad y en la especificidad que se requiere para un diagnóstico posible de cada trastorno.

Es la clasificación más usada a nivel mundial y europeo. Actualmente está en fase de reforma por la OMS la clasificación CIE-11, con la pretensión de que tenga una disponibilidad más alta.

b) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM): Es la clasificación avalada por la "American Psychiatric Association". Proporciona una guía útil para la práctica clínica y para facilitar la investigación, mejorando la comunicación entre los profesionales y los investigadores comprometidos en esta tarea. Sirve de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recolección de datos en la información clínica vigente. El DSM-IV responde a una evaluación multiaxial, que implica la consideración de varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar en el planeamiento del tratamiento y en la consideración del pronóstico de la patología sometida a estudio. Los ejes, son los siguientes: Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental. Eje III: Enfermedades médicas. Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales. Eje V: Evaluación de la actividad global.

En España es de uso casi exclusivo en los programas de formación de psicólogos e igualmente en la práctica profesional. No obstante es un sistema que está recibiendo importantes críticas al considerarse que este sistema clasificatorio esta psicopatologizando la vida cotidiana (por ej. al considerar trastorno la timidez, la apatía, la introversión, etc.).

4.2 PREVALENCIA Y MORBILIDAD

4.2.1 Prevalencia

Siguiendo el esquema y contenido expuesto en el segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA), el análisis de la prevalencia-vidaH de los trastornos mentales incluidos en el estudio ESEMD ha dado

como resultado que una de cada cuatro personas europeas mayores de 18 años sufre, a lo largo su vida (25%), alguno de los trastornos mentales estudiados mientras que en España esta prevalencia es inferior (19,5%).

En cuanto a la prevalencia-año, un 9,6% de la población europea y un 8,5% de la española, ha sufrido alguno de los trastornos mentales incluidos en este estudio en el último año.

De estos trastornos, los más frecuentes, tanto en Europa como en España, son los trastornos de ansiedad con una prevalencia del 6,4% y 6,2%, respectivamente.

Cabe destacar que, en todos los trastornos del ánimo y ansiedad la prevalencia-año en mujeres es más del doble que en hombres. Sin embargo, ésta se invierte al hablar de los trastornos por abuso de alcohol.

Se estima que en Andalucía 677.932 personas padecerían algunos de estos trastornos mentales, de los cuales 79.757 tendrían la consideración de graves (2006)

En cuanto al Trastorno Mental Grave (TMG), no existen estudios con metodología homogénea que permitan estimar la prevalencia en la población, aunque sí de la morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental. No obstante, existe consenso en que, aproximadamente, entre 1,5 y 2,5 por cada 1.000 personas de la población general sufre estos tipos de trastornos. (...)

Por otro lado, las personas en situación de incapacidad e invalidez constituyen un subgrupo de especial riesgo para el padecimiento de problemas de salud mental, con cifras claramente superiores al resto de las categorías en salud mental autopercibida y diagnosticada (autodeclarada). Un 9,5% de las personas encuestadas declaran padecer problemas de nervios, depresión u otros trastornos mentales autopercibidos y un 23,8% declaran haber sido diagnosticadas por personal médico de depresión y/o ansiedad (Encuesta Andaluza de Salud, 2007).

La duración media de las bajas registradas por trastorno mental es de tres meses (92,60 días), ligeramente superior a la duración media de las bajas por cualquier causa (87,8 días)

El 76% de las incapacidades laborales por trastorno mental de este periodo se han debido a Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, con una tasa de 10,18 por cada 1.000 habitantes en activo y una duración media de 88,8 días.

Por último, en relación con la población general, las personas internas en centros penitenciarios padecen entre 2 y 4 veces más trastornos psicóticos y depresiones mayores y casi 10 veces más trastornos antisociales de la personalidad.

Un 13,5% de las personas internadas presentaban trastornos psiquiátricos sin consumo de drogas, un 12,1% patología dual y un 24% abuso o dependencia de drogas sin patología psiquiátrica (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2006).

Los principales trastornos mentales que prevalecen en las personas internas, excluyendo el consumo de drogas de manera aislada, son los trastornos afectivos (12,8%), trastornos de la personalidad (9,4%) y trastornos psicóticos (3,4%). Las cifras encontradas son, en general, similares a las de otros estudios.

El factor de encarcelamiento multiplica la tasa de suicidio en todos los países y constituye una causa común de muerte en prisión. Según un informe del Consejo de Europa, en 2004, la tasa de suicidio en prisión para el conjunto de países de su ámbito fue de 88/100.000. En las prisiones españolas, la tasa en el año 2003 fue de 60/100.000.

En cuanto a las tentativas de suicidio en dichos centros, se registraron intentos de autolisis en un 2,7% de la población interna.

4.2.2 Morbilidad Atendida

4.2.2.1 Atención Primaria

Los datos ofrecidos por el II PISMA (referidos a 2004 y en relación a la población cubierta por las UGC existentes en dicho año), arrojan un total de 125.000 personas atendidas con algún problema de salud mental, lo que representaba un 11% de la población objeto del estudio. Para todos los grupos de edad (a excepción del de menores de edad), el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres.

Este grupo de pacientes generó 2,2 millones de visitas por su trastorno mental y/o comorbilidad presente, lo que supone una media de 17,54 visitas/paciente/año (15,5 en hombres y 19,0 en mujeres).

En comparación con otros procesos crónicos y sus comorbilidades, la media de visitas/paciente/año de este grupo de pacientes es inferior a otras patologías no psiquiátricas: diabetes (24,85), hipertensión arterial (23,30) y obesidad (22,23).

La mayoría de las personas atendidas con trastorno mental presentan además otras comorbilidades. Un 55,16% de las personas atendidas se agrupan en 3 grupos diagnósticos con varias patologías, circunstancia que pone de manifiesto las interrelaciones entre la enfermedad mental y física descritas en la bibliografía.

En relación a grupos de diagnósticos de especial interés en salud mental, un 58,40% de las personas con enfermedad mental atendidas en atención primaria padecen trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), un 3,34% Trastorno Mental Grave (TMG) y un 0,41% Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

De las personas atendidas por ADS casi un 75% son mujeres y principalmente de edades comprendidas entre los 31 y 50 años (28,54%). En el caso de la población atendida con TMG, la distribución por sexo varía, un 58,86% son hombres y un 41,14% mujeres. Las personas que padecen TCA son fundamentalmente mujeres de 18 a 30 años y de 31 a 50 años, representando estos grupos respectivamente el 44,12% y el 35,45% del total de personas atendidas por este tipo de trastornos.

En cuanto a la utilización de los recursos sanitarios por los pacientes con trastorno mental, el número de visitas es superior a la media estándar: 1,58 en hombres y 1,69 en mujeres, de lo que cabe deducir la mayor complejidad en el abordaje de este tipo de enfermedad, al requerir su atención un mayor número de visitas.

4.2.2.2 Atención especializada (salud mental)

En cuanto a las características demográficas de la población atendida en este nivel, durante el año 2011 (fuente: Boletín DIRAYA), el número de personas que acudieron a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) fueron 229.659, de las cuales, el 56,9% eran mujeres y un 43,1% hombres.

Respecto a número total de consultas realizadas en el 2011 fue de 1.058.153 en las Unidades de Salud Mental Comunitarias, siendo el número de primeras consultas procedentes de la Atención Primaria de 99.841.

En las Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil (USMI-J), el número de personas menores de 18 años que acuden en primeras consultas en el año 2011 fue de 13.337, de las cuales el 70,2% eran niños y el 29,8% niñas (fuente: Boletín DIRAYA), mientras que el total de consultas realizadas fue de 145.527.

5. LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Uno de los aspectos justamente enfatizados por la OMS en relación con la atención a la salud mental de la población es la necesidad de, además de formulaciones explícitas de las políticas públicas en este campo, establecer procesos programados de cambio mediante Planes y Programas de actuación, definiendo en ellos objetivos, estrategias, actividades e indicadores de proceso y resultado. Incluyendo las estructuras organizativas y los mecanismos de gestión de los servicios sanitarios y no sanitarios.

Se ha consolidado, en este ámbito de la salud, que la asistencia de esta patología esté planificada y evaluada, tal y como lo demuestran los siguientes instrumentos:

En el ámbito español: el Plan de Calidad del SNS (2006-2010) y la Estrategia de Salud Mental en el SNS (2006)

En el ámbito de Andalucía se ha consolidado una notable práctica administrativa de planificación (y evaluación) en el ámbito sanitario, como lo demuestran los distintos instrumentos y niveles de planificación de carácter general y específico en la materia de salud mental:

Planes Marco

- Plan Andaluz de Salud (I, II y III)
- Plan de Calidad del SSPA
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Planes Integrales

- I Plan Integral Andaluz de Salud Mental (2003-2007)
- II Plan Integral de Salud Mental (2008-2012)

Estrategias

- Estrategia de seguridad del paciente, de bioética del SSPA, para los cuidados en Andalucía en el siglo XXI, etc.

Planes de Salud

- Plan de atención a cuidadoras familiares, de apoyo a la familia, etc.

5.1 LA PLANIFICACIÓN ESTATAL EN SALUD MENTAL

En lo que al Estado se refiere, el *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud* establece en su 9ª estrategia, relativa a la mejora en la atención a determinadas patologías, una estrategia específica a la salud mental, poniendo especial énfasis en la necesidad de coordinación entre los dispositivos y niveles asistencia-

les e incluyendo entre sus proyectos, el relativo a la elaboración de una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad del paciente.

En cuanto a los planeamientos específicos a la patología mental, la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2006), viene a reconocer los avances alcanzado tras diez años de reforma (territorialización de los servicios de salud, integración de la atención a la salud mental en la red sanitaria, etc.), reconociendo que quedan pendientes aspectos sustanciales de la reforma, como son:

- Insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental.
- Insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social de calidad.
- Faltan en algunos territorios programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables (niños y niñas y adolescentes, ancianos y ancianas, inmigrantes, penados y penadas, etc.).
- Falta de una integración generalizada de la red de atención a las drogodependencias.
- Necesidad de una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud mental en el ámbito del área sanitaria (servicios sociales, atención primaria, atención especializada y rehabilitación y reinserción social), que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas objeto de atención por este sector sanitario.

• Insuficiente desarrollo de los aspectos de prevención y de promoción de la salud mental, así como las tareas a llevar a cabo «en y con» la comunidad.

El *Informe de Evaluación* sobre el nivel de cumplimiento de las líneas estratégicas, realizado dos años más tarde y publicado en el año 2011, se plasmó en el documento Nueva Estrategia para el periodo 2009-2013. En este documento se detalla que se habían cumplido algunos de los retos marcados, quedando no pocos temas pendientes, entre los cuales se destacaba la insuficiente dotación de profesionales especializados y de recursos de rehabilitación y de reinserción social de calidad.

Este informe de evaluación recoge, además, los recursos de cada comunidad autónoma en materia de salud mental, cuyo análisis proyecta, por una parte, una extraordinaria heterogeneidad y, a su través, disparidad de enfoques e intensidad en los respectivos modelos de atención y, por otra, la persistencia de acusadas diferencias, si bien en menor medida que en los últimos años, en la oferta de servicios.

5.2 LA PLANIFICACIÓN ANDALUZA SOBRE SALUD MENTAL

En lo que a Andalucía se refiere, el primer lugar el *III Plan Andaluz de Salud* establece en su Línea prioritaria número II.5 (“Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos” –personas con trastorno mental severo y carencia de recursos y redes sociales-) las siguientes estrategias: *a)* asegurar un adecuado seguimiento de la atención sanitaria con énfasis en la atención domiciliaria y *b)* impulsar el desarrollo y coordinación con programas de apoyo social (en áreas de alojamiento, ocupación de empleo, relaciones sociales y tutela jurídica, considerando la situación y necesidades específicas de hombres y mujeres).

Sin duda el documento de planeamiento más fundamental y específico en la salud mental lo constituye el *Primer Plan Integral de Salud Mental (I PISMA)* en el que se marcan las iniciativas vinculadas a los diferentes objetivos de sus 15 líneas estratégicas, caracterizándose esta primera planificación por la participación de los profesionales vinculados a la salud mental así como por las personas usuarias y sus familias.

El I PISMA, referido al periodo 2003-2007, surge estrechamente vinculado con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y también en el marco de otras estrategias de corte internacional como son la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea y el Parlamento Europeo, fijando como uno de sus prioridades fundamentales la eliminación del estigma social. Este objetivo tiene su continuación en el vigente *II PISMA 2008-2012* estableciendo entre sus ejes principales el diseño de una estrategia de comunicación dirigida tanto a la población general como a profesionales y agentes comunitarios relacionados con la salud mental, poniendo especial énfasis en la imprescindible colaboración de los medios de comunicación, en orden a combatir el estigma, promocionar la salud y prevenir la enfermedad mental.

Los Planes se completaron con programas específicos sobre la atención a grandes grupos de problemas. En concreto, en lo que respecta personas con trastornos mentales graves mediante el correspondiente Proceso Asistencial Integrado (PAI-TMG).

Este primer PISMA se integra como desarrollo del III Plan Andaluz de Salud, destacándose por primera vez sus contenidos, a diferencia del menor protagonismo en los anteriores Planes de Salud, abordando un análisis de la situación de los servicios sanitarios y de los recursos y programas de FAISEM, estableciendo unos específicos objetivos (cinco) y líneas de acción estratégicas (nueve) en orden a consolidar el modelo comunitario y de desarrollo de recursos vinculados a la salud mental.

Dicho PISMA fue objeto de *Informe de Evaluación* en el 2008, documento en el que se recogen los distintos logros alcanzados en dicho periodo, desglosado por cada una de las líneas estratégicas.

Tras la conclusión del I PISMA, este tuvo su continuación en la versión del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía –PISMA II– para el periodo 2008-2012, plan del que cabe resaltar la perspectiva de la recuperación al plantear las relaciones terapéuticas y la mayor participación de los pacientes y sus familiares en el proceso de tratamiento, con la pretensión de proyectarse hacia una mayor autonomía sobre la salud y el proyecto vital de sus destinatarios.

Este PISMA y sus diferentes líneas estratégicas dan un especial protagonismo a los programas de tratamiento intensivo de personas que sufren trastorno mental grave con especial riesgo y dificultad de seguimiento en las Unidades de Rehabilitación, entre otros programas, así como la implementación del Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en Andalucía preconizado en las USMI-J.

El II PISMA se centra en tres grandes objetivos o fines y ocho objetivos generales, cuya consecución se articula mediante 15 líneas estratégicas.

Como el anterior plan, sigue la línea incrementalista de recursos (creación de la Unidad de Salud Mental Comunitaria -Jaén Sur-); dos nuevas Unidades de Hospitalización (hospital Marítimo de Torremolinos e Infanta Margarita de Cabra); 5 Hospitales de Día (hospital Torrecárdenas, Infanta Margarita, Guadix, Antequera y Huelva); reforma o sustitución de diversos dispositivos (USMI-J del hospital Puerta del Mar, URA del hospital de Jaén, etc.) y puesta en marcha de dos programas de Día (hospital Valle de los Pedroches de Pozoblanco y en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Villamartín).

En relación con los programas de apoyo social, se prevé una línea estratégica de “Apoyo social a personas con trastorno mental grave”, con una importante implicación transversal en las distintas líneas, así como la participación de FAISEM en las estrategias de comunicación y lucha contra el estigma, de promoción de la salud, de tratamiento intensivo en la comunidad de personas con trastornos mentales graves, de atención a personas con trastornos de personalidad, de atención a personas en riesgo de exclusión social, de participación ciudadana y ayuda mutua y de los sistemas de información.

Cabe señalar que durante el periodo de vigencia de dicho plan se produce la brusca emergencia de una crisis económica y de las fianzas públicas de inusitada gravedad y persistencia, hecho que sin duda ha puesto freno en buena parte de las previsiones de dicho plan, a cuyas resultas de su evaluación quedamos pendiente. Ello no obstante no impide que un amplio sector profesional considere que el PISMA II, a pesar de la crisis, ha obtenido un saldo favorable, como desde otros se apunta una seria crítica al respecto, al considerar que este PISMA, como el anterior, mantiene la no integración del sistema de Salud Mental en el Sistema Sanitario ordinario, como demuestran sus continuas referencias a la cooperación de la salud mental con la atención primaria y a la coordinación entre unos y otros niveles de atención. En suma, se dice, que persiste una salud mental no integrada, extramuros del Sistema sanitario a través de su conformación como “Programa de Salud Mental”, administrativamente ubicado en los servicios centrales del SAS y un programa social bajo la responsabilidad de la fundación pública FAISEM, denuncia que se complementa con la ubicación extramuros de la atención a las drogodependencias y adicciones, bajo la responsabilidad de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social (hoy Consejería de Salud y Bienestar Social) y de las Diputaciones Provinciales.

6. CARTERA DE SERVICIOS Y RECURSOS DE SALUD MENTAL

6.1 CARTERA DE SERVICIOS

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, viene a sustituir el anterior Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en el que la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica estaban contempladas de forma harto genérica, como lo demuestra la escueta referencia a la hospitalización de agudos y la reagudización de procesos crónicos, como el resto de la asistencia especializada, así como el diagnóstico, seguimiento clínico, psicofarmacoterapia y psicoterapias individuales, grupales y familiares. En la nueva regulación se incrementan y concretan las prestaciones, a las que se añaden, como al resto de los usuarios por otras patologías, las prestaciones relativas a atención urgente, tanto en los centros sanitarios ambulatorios y domiciliarios, la prestación farmacéutica y el transporte sanitario.

Esta norma, pues, desarrolla las previsiones de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, cuyos artículos 12.2.h y 13.2.g se refieren a la salud mental, culminando de esta forma el mandato establecido en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad.

6.1.1 Cartera de servicios comunes de atención primaria

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, incluye:

- Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado”.

Respecto al ámbito de Andalucía, mayor concreción de la cartera de servicios de salud mental encontramos en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación de los servicios de Salud Mental en el SAS, toda vez que la asignación competencial se aborda individualmente para cada tipo de dispositivo, que respecto

a este nivel primario, es decir, para los centros de atención primaria les asigna las siguientes funciones en relación a los problemas de salud mental:

- a) Establecer el primer contacto con las citadas personas.
- b) Realizar la valoración y definición de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.
- c) Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.
- d) Realizar la derivación de las citadas personas al nivel especializado de atención a la salud mental, en los casos que sea necesario.
- e) Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
- f) Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

La atención primaria en Andalucía se encuentra territorialmente organizada en 33 Distritos de Atención Primaria. El Distrito es la unidad de planificación y de gestión a cuyo frente se encuentra un equipo directivo formado por un Director de Distrito, un Administrador y un Coordinador de Enfermería.

Cada distrito se encuentra organizado en Zonas Básicas de Salud (ZBS), conformando las unidades territoriales de asistencia (216 ZBS). Cada zona (correspondiente a un municipio o varios) cuenta con uno o más centros de atención primaria (CAP).

Los centros de atención primaria son de tres tipos: centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares. Actualmente existen 1.514 Centros de Salud y Consultorios (de ellos 334 Centros de Salud).

A efectos del tratamiento de la información la unidad básica utilizada es la Unidad Básica de Atención Primaria (UBAP), equivalentes a las ZBS en el medio rural y los centros de salud en el medio urbano (actualmente 388 UBAP en Andalucía), integrado por un equipo de atención primaria, que es el conjunto de profesionales que desarrollan las prestaciones básicas de medicina de familia, pediatría y enfermería de atención primaria.

Igualmente existen 7 Áreas de Salud, en las cuales los correspondientes Distritos de Atención Primaria están unificados con la estructura hospitalaria. Son las Áreas Gestión Sanitaria Norte de Almería, Campo de Gibraltar, Norte de Córdoba, Sur de Granada, Serranía de Málaga, Norte de Málaga y Este de Sevilla (Orden de 5 de octubre de 2006).

6.1.2 Cartera de servicios comunes de atención especializada

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

La atención a la salud mental comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la

hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

– Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

– Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

– Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

– Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

– Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

– Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

La vía ordinaria de acceso a esta red de atención especializada es el médico de Atención Primaria, quien, cuando considera oportuna la intervención de un especialista, deriva al paciente a la USMC correspondiente. No obstante, existen otras vías más excepcionales de acceso a este nivel a través de los Servicios de Urgencia de los Hospitales o desde los Servicios Sociales y desde el ámbito judicial o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Por su parte, en lo que a Andalucía se refiere, el citado Decreto 77/2008, de 4 de marzo, a la par que establece la organización de los servicios de salud mental, concreta las funciones para cada uno de los dispositivos asistenciales, en los términos siguientes:

Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)

La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente en la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Las funciones de la unidad de salud mental comunitaria son las siguientes:

a) Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

b) Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.

c) Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.

d) Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas u otras.

e) Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.

f) Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el Servicio Andaluz de Salud mediante convenio o concierto.

Unidad de hospitalización de salud mental (USMH)

La unidad de hospitalización de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental de la población correspondiente a su área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria, cuyas funciones son las siguientes:

a) Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.

b) Dar el alta al paciente en la unidad de hospitalización e informar de la misma a la correspondiente unidad de salud mental comunitaria, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

c) Atender a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen.

d) Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de salud mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia.

Unidad de salud mental infanto-juvenil (USMI-J)

La unidad de salud mental infanto-juvenil es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente, cuyas funciones, en relación con las personas menores de edad con problemas de salud mental, son las siguientes:

a) Prestar la atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

b) Prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de salud mental.

c) Desarrollar programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades planteadas por las unidades de salud mental comunitaria, o la generada por las instituciones públicas competentes en materia de atención y protección de menores.

d) Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, con independencia de que el ingreso de la persona menor de edad se produzca en la propia unidad, o en otros servicios de hospitalización del área hospitalaria o del área de gestión sanitaria correspondiente.

e) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente.

Unidad de rehabilitación de salud mental (URSM)

La unidad de rehabilitación de salud mental es el dispositivo asistencial de salud mental que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave del área hospitalaria de referencia o del área de gestión sanitaria correspondiente, correspondiéndole las funciones siguientes:

a) Prestar atención especializada, mediante el desarrollo de programas específicos de rehabilitación, a pacientes derivados de las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

b) Dar el alta al paciente de la unidad de rehabilitación de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.

c) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de rehabilitación para personas con trastornos mentales.

d) Colaborar, mediante una actuación coordinada, con los organismos e instituciones públicas con competencia en materia de servicios sociales, para la reinserción social de enfermos mentales.

Hospital de día de salud mental (HDSM)

El Hospital de día de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental, de hospitalización parcial y se configura como recurso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental, siendo sus funciones las siguientes:

a) Prestar atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención.

b) Dar el alta al paciente del hospital de día de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

c) Realizar las correspondientes interconsultas cuando el hospital de día de salud mental se encuentre ubicado en un centro hospitalario que carezca de unidad de hospitalización de salud mental.

d) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

Comunidad terapéutica de salud mental (CTSM)

La comunidad terapéutica es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, de forma permanente, completa y prolongada, siendo sus funciones las siguientes:

a) Prestar atención especializada a pacientes con trastorno mental grave derivados desde las unidades de salud mental comunitaria.

b) Dar el alta al paciente de la comunidad terapéutica e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otro dispositivo específico de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

c) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

d) Desarrollar programas de atención parcial en aquellos casos que sean precisos.

6.2 RECURSOS DE SALUD MENTAL

6.2.1 Recursos de Atención Primaria

El Decreto 197/2007, de 3 de julio, regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, estableciendo su organización en distritos de atención primaria integrados a su vez por demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud (ZBS), que ascienden a 216. En cada zona básica de salud se ubican los centros de atención primaria, en los que se presta la asistencia sanitaria mediante los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP).

Los distritos de atención primaria, constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación la docencia e investigación.

El SSPA está conformado por 24 distritos de atención primaria. La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, contando el territorio andaluz con un total de 1.514 centros sanitarios de atención primaria (centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares). Además existen 369 Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, junto con 120 Equipos Móviles para atención de urgencias.

En relación a este nivel, que atiende los trastornos menos severos de la salud mental (derivando los casos más complejos al nivel especializado), desde el propio sector de profesionales de Atención Primaria se nos expone en ocasiones los problemas que se le plantean en las consultas con ocasión de la presencia de trastornos psiquiátricos, señalando los distintos factores que inciden a la hora de su abordaje, desde aquellos relacionados con el propio paciente (escasa educación en salud mental de la población – que hace que acuda tarde-, ausencia de la consideración como enfermedad de los propios trastornos, rechazo a la utilización de psicofármacos por temor al “enganche”, etc.), con el propio facultativo de primaria (escaso tiempo en consulta para enfermos que requieren tiempo de dedicación, ausencia de canales de derivación, creencia de que estos enfermos deben ser atendidos por otros profesionales de la salud mental, desmotivación profesional, etc.) o

por la propia Administración sanitaria (cupos sobredimensionados, deficiente formación de los profesionales, controles en la prescripción, etc.).

6.2.2 Recursos especializados de salud mental

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza y estructurados en 15 áreas de salud mental, cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y domiciliaria, programas de día y hospitalización. Con la entrada del Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental, los dispositivos de salud mental se organizan en unidades de gestión clínica dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria.

Esta diversa red se compone de los siguientes dispositivos:

– 77 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). Las USMC son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

– 14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Las USMI-J prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia. En la mayoría de ellas se han organizado en régimen de “hospitalización parcial”(día) y solo en 3 existe “hospitalización completa”(con carácter breve).

– 20 Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM). Las UHSM atienden las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, prestando una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia. Cuentan con un total de 558 camas con un porcentaje de ocupación del 85%.

– 14 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM). Las CTSM son dispositivos asistenciales de salud mental dirigidos al tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia. Cuentan con un total de 240 camas. Existen 2 Comunidades Terapéuticas concertadas con 25 camas cada una de ellas.

– 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM). Las URSM tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia. Cuentan con un total de 300 plazas.

– 15 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM). Los HDSM son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia. Cuentan con 320 plazas.

6.2.3 Recursos Humanos en salud mental (nivel especializado)

Los equipos de trabajo de los diferentes dispositivos de salud mental los componen profesionales de diversa titulaciones: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Gestión administrativa y otras disciplinas.

Desde finales de 2003 a finales de 2007, el número de profesionales de los dispositivos de salud mental se ha incrementado en 303, pasando de 2.175 a 2.478. La tasa de medios personales adscritos a la Salud Mental en Andalucía ofrece tasas superiores a las de España. Así, respecto a datos del año 2007, la tasa de Psiquiatras por 100.000 habitantes en Andalucía, en el año 2007 se sitúa en 5,66 la de profesionales de Psicología clínica de 3,02 y la de Enfermería de 7,02, datos que contrastados a nivel nacional, recogen tasas de 3,6 psiquiatras, 1,9 profesionales de psicología clínica y 4,2 profesionales de enfermería por 100.000 habitantes.

En total, puede afirmarse que en el periodo de los dos PISMA, es decir de 2003 a 2012, los recursos humanos del conjunto de los dispositivos de salud mental se incrementaron en alrededor de 300 profesionales en cada uno de ellos, incluyendo las direcciones de las UGC, totalizando actualmente unos 2.760 profesionales, repartidos en las siguientes categorías:

Categoría profesional	Núm. de profesionales
Psiquiatras	512
Psicólogos Clínicos	261
Trabajadores Sociales	122
Enfermeras	635
Auxiliares de Enfermería	764
Auxiliares Administrativos	188
Terapeutas Ocupacionales	56
Monitores Ocupacionales	93
Celadores	129
Total	2.760

6.2.4 Actividad Asistencial

Y en cuanto a la actividad asistencial, a continuación se detalla por modalidad de dispositivo (SAS, 2011):

UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Pacientes atendidos.....	242.766
Primeras consultas.....	174.847
Consultas sucesivas	995.752
Total consultas	1.170.599

UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Pacientes atendidos.....	18.734
Primeras consultas.....	9.882
Consultas sucesivas	135.645
Total consultas.....	145.527

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

Ingresos (altas)	10.275
Estancias.....	156.176
Estancia media.....	15,20
Índice de ocupación (%)	74,03

OTROS DISPOSITIVOS

Unidades de rehabilitación.....	1.367
Comunidades terapéuticas	844
Hospitales de Día.....	1.783

6.3 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL (ATLAS DE SALUD MENTAL)

En la práctica cotidiana de las quejas de nuestra institución resulta habitual que desde determinados estamentos (entidades públicas, plataformas ciudadanas, etc.) y también por las asociaciones de familiares de enfermos mentales se nos plantea la necesidad de dotar a una determinada localidad o zona geográfica de un determinado dispositivo de salud mental, bien porque es inexistente o porque los existentes distan en demasía de la localidad o localidades de la población que lo demandan, y ello con identidad de fundamentos a como en ocasiones se promueven para los dispositivos sanitarios generales (centros de salud y hospitales preferentemente).

Ciertamente, en las quejas que nos dirigen con esta pretensión solemos carecer de un referente que nos permita recomendar el dispositivo en concreto o la mayor dotación de personal o medios de los existentes, toda vez que hemos venido careciendo de estudios que nos permitieran calibrar dichas pretensiones.

El Programa de Salud Mental de Andalucía, en el marco de los objetivos señalados en el I PISMA (2003-2007), encargó en 2005 la elaboración de un *Atlas de Salud Mental* a la asociación científica Psicot, que finalmente vio la luz en 2006, atlas que se elaboró sobre la base de los datos suministrados por el Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía (SISMA) y del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD).

Dicho Atlas aborda el estudio de la red de atención a la salud mental y la población atendida desde una perspectiva territorial, o lo que es lo mismo, desde su organización en el espacio, la accesibilidad temporal por carretera y la morbilidad psiquiátrica, cuyo producto final se ofrece a modo de atlas. Las conclusiones del mismo las podemos sintetizar de la manera siguiente:

“1. Análisis de la organización territorial de la salud mental en Andalucía.

– La organización territorial de la red de salud mental en Andalucía presenta algunos problemas para la planificación de sus recursos debido a que las divisiones están trazadas en función de la atención hospita-

laria de agudos, a la falta de consideración de las diferencias de planificación de servicios en áreas rurales y urbanas, y a la ausencia de relación entre la delimitación de las áreas de cobertura de los ESMD y las secciones y distritos censales como escala base para el estudio de sus características sociodemográficas.

– La organización territorial de la salud mental en Andalucía debería asimilarse a las escalas fundamentales de la salud general distribuida en Distritos de Atención Primaria, Áreas Hospitalarias y de Gestión Sanitaria y Áreas de Salud tal y como recoge el PISMA.

– Las áreas de cobertura de los ESMD deberían ajustarse a los Distritos de Atención Primaria definidos en el 2002, constituyendo a las grandes capitales como áreas de cobertura de los ESMD únicas con varios ESMD asignados. Esta organización tendría sentido debido a la mayor movilidad de los pacientes, debido a la alta accesibilidad y a medidas como la libre elección de profesional, o a la cada vez mayor función autónoma de las grandes entidades metropolitanas.

– Tanto las áreas de cobertura de los ESMD como las Áreas de Salud Mental sobrepasan en ocasiones los límites provinciales que son los que definen las Áreas de Salud, base de la organización, gestión y planificación para el Sistema Sanitario Público Andaluz.

– De estimarse la necesidad de realizar una zonificación propia de la red de salud mental resulta necesario delimitar claramente ésta por medio de una forma oficial, preferentemente mediante una Orden como en el caso del Mapa de Atención Primaria de 2002.

– La planificación de los servicios de salud mental debe partir de la diferenciación de áreas rurales, urbanas y, posiblemente, macrourbanas. Es necesario conocer en profundidad la situación de las áreas de cobertura de los ESMD de carácter rural. No tener en cuenta sus especiales características sociodemográficas y sus infraestructuras de comunicación supone una planificación que parte de una suposición de homogeneidad del territorio que produce inequidades en el acceso y la utilización por lo que partiendo de una idea de equidad global se produce problemas de inequidad reales (...).

2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental y de las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD).

– Las áreas de cobertura de los ESMD costeras presentan las mayores tasas de población extranjera, especialmente significativa en Almería, Málaga y Huelva, requiriendo una atención específica (...) es preciso una especial atención a las áreas de cobertura de los ESMD rurales que, aunque son las menos pobladas, presentan por lo general altos valores de población que vive en soledad (...).

3. Distribución territorial de los recursos de salud mental en Andalucía (dispositivos, profesionales, camas y plazas).

– No existen criterios consensuados que permitan definir el nivel mínimo de dispositivos con el que debe contar cada Área de Salud mental. Para definir este criterio sería necesario diferenciar entre áreas rurales y urbanas que requieren diferencias en la asignación de sus recursos. Lo mismo ocurre con su provisión de camas/plazas y profesionales por habitante. Estos criterios mínimos ayudarían a la disminución de los desequilibrios territoriales en la atención a la salud mental.

– Es necesaria una descripción estandarizada de los dispositivos que componen la red andaluza. Existen recursos como las Comunidades Terapéuticas que ofrecen tipos de atención de hospitalización total y parcial que no se ofrecen en los dispositivos del mismo nombre de otras Comunidades Autónomas (...).

Esta descripción permitiría disponer de un catálogo de servicios de salud mental que describiría los tipos básicos de atención ofertados.

– La ubicación de recursos de día como Hospitales de Día, Unidades de Rehabilitación de Área, Comunidades Terapéuticas y algunas USMI en áreas urbanas es indicativo de la necesidad de tener en cuenta en el sistema de planificación la densidad y la estructura del territorio. La localización de dispositivos de atención en áreas urbanas podría no ser una carencia del sistema sino una constatación de donde son útiles y la necesidad de crear dispositivos alternativos en áreas rurales.

– Los ESMD presentan una distribución homogénea por todo el territorio andaluz al tratarse de dispositivos diseñados como puerta de entrada al sistema de atención en salud mental y de apoyo a la atención primaria.

– La dotación de profesionales por habitante de los ESMD presentan amplios contrastes (...).”

No obstante, estas conclusiones del estudio deben considerarse con la debida cautela, en la medida que el mismo fue realizado en el curso de los años 2005 y 2006, es decir en el periodo de vigencia del I PISMA, sin que se hayan tenido en cuenta el destacado incremento de las infraestructuras como de los recursos humanos (que sólo en el periodo referido a la actualidad se ha incrementado en aproximadamente unos 600 profesionales), como destacamos en otro apartado de este informe.

7. GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y PROCESOS DE SALUD MENTAL

7.1 UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

La Sistema de Salud Mental del SSPA no es ajeno al modelo organizativo general establecidos en los Planes de Salud y que bajo la denominación de “Gestión Clínica”, viene a dotar a los profesionales que integran los equipos multidisciplinares, de mayor autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos, siendo su objetivo central prestar una atención sanitaria integral y de alta calidad, en espacios compartidos, en el seno de uno o varios centros asistenciales, con participación ciudadana.

En lo que al ámbito de la salud mental se refiere, la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC), como el resto de las unidades clínicas, es la estructura organizativa en la que se materializa la gestión clínica de salud mental en los dispositivos sanitarios del SSPA, entorno donde el equipo multidisciplinar aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación del enfermo mental y de su familia, poniendo el énfasis en los aspectos que definen a este modelo de atención: la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo de procesos asistenciales integrados.

Conforme al modelo general de UGC, las correspondientes a salud mental desarrollan sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la atención a la salud mental, articulando la participación de los profesionales, a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Asimismo, desarrolla sus actuaciones con criterios de gestión clínica, incorporando en la toma de decisiones clínicas el mejor conocimiento disponible, así como los criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica y los criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan: fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros, reforzar la continuidad asistencial entre los niveles de atención, mejorar la organización del trabajo y elevar la satisfacción de los pacientes.

El Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación de los servicios de Salud Mental, define las UGC en este ámbito, como la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental de la población e incorpora los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente.

Integran las UGC los profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento que con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones trabajan conjuntamente bajo la dependencia jerárquica y funcionalmente de la dirección de la UGC de salud mental. Los citados profesionales participarán en el desarrollo de los objetivos de la unidad de gestión clínica de salud mental, según su ámbito de responsabilidad y competencia.

El citado Decreto señala como funciones de dichas unidades las siguientes:

a) Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario, de urgencias y de hospitalización parcial o completa, a la población del área hospitalaria o área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental, a través de la coordinación entre los dispositivos asistenciales de salud mental que la integran, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada y expresamente recogida en el acuerdo de gestión clínica.

b) Desarrollar la atención especializada a la salud mental en su ámbito territorial, llevando a cabo la implantación de procesos asistenciales y programas de salud, y el desarrollo del plan integral de salud mental, en función de la planificación establecida por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental.

c) Establecer los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.

d) Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación y apoyo a la integración social y comunitaria de las personas con problemas de salud mental que reciben atención en alguno de los dispositivos asistenciales de la unidad.

e) Desarrollar las actividades de coordinación con los servicios sociales comunitarios que sean necesarias para mejorar la atención a las personas con trastorno mental y favorecer su inserción social.

f) Realizar las actividades necesarias para el desarrollo de planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica, en el ámbito de la atención a la salud mental.

g) Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.

h) Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de la unidad a los mapas de competencias establecidos para cada categoría profesional, así como participar en aquellas otras actividades formativas adecuadas a los objetivos de la unidad de gestión clínica.

i) Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías profesionales y áreas de conocimiento, de acuerdo con los convenios vigentes en cada momento en estas materias.

j) Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad.

El acuerdo de gestión clínica es el documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo, correspondiendo a la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del Área de Gestión Sanitaria la suscripción de los mismos con cada una de las direcciones de las UGC de salud mental del área correspondiente.

El acuerdo de gestión clínica estará orientado a asegurar a la población del área hospitalaria o área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental, una atención en materia de salud mental, eficaz, efectiva, orientada a atender las necesidades específicas de la población, asegurando la adecuada accesibilidad a los servicios que presta la unidad.

Dicho acuerdo recogerá, igualmente, los objetivos asistenciales, docentes e investigadores de la unidad, así como los correspondientes en materia de promoción de salud, prevención de la enfermedad, protección y educación para la salud. Igualmente, establecerá los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos, asignados para el periodo de vigencia del mismo, especificando además los criterios de asignación de los incentivos de la unidad y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos.

El acuerdo de gestión clínica tendrá un período de vigencia de cuatro años, susceptible de ser renovado, sucesivamente, por iguales períodos.

En los últimos años, desde la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud se viene impulsando la creación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) como estructura organizativa, habiéndose apostado en el ámbito de la atención a la salud mental por este nuevo modelo de gestión. Al amparo del I PISMA, en el año 2003 existían 7 UGC de salud mental, incrementándose hasta 24 en el año 2007. De éstas, 20 integraban todos los dispositivos de salud mental de su área hospitalaria o área de gestión sanitaria; dos están formadas por una o dos unidades de salud mental comunitaria; y otras dos por comunidades terapéuticas. Al final de dicho periodo, en el año 2007 el 65% de los servicios de salud mental especializada estaba integrado en UGC. Asimismo, el porcentaje de profesionales de salud mental que formaban parte de UGC era del 68%.

En la actualidad, a finales de 2012, concluido el II PISMA, puede afirmarse que la práctica totalidad de los dispositivos de salud mental se han acogido a esta modalidad de gestión.

El estado de situación de las UGC existentes actualmente puede consultarse en la siguiente página web del SAS: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ugcactivas/mapas/MapaUGC>.

No podemos obviar la existencia de visiones críticas sobre las UGC de salud mental, como son las relativas a las dificultades de adscripción del personal de enfermería de los Distritos al ámbito especializado de Salud Mental, la incorporación de nuevas estructuras jerárquicas de dirección, como son las referidas a los Coordinadores de Área con los Directores de las Unidades y de la Unidad provincial, aparte de los Directores de Distrito y los Directores Gerentes hospitalarios, la elevada carga burocrática que repercute en la gestión y actividad clínica, etc.

Por otro lado, las restricciones presupuestarias también están afectando, no solo a las retribuciones del personal sanitario (como al resto de los empleados públicos), sino a la constante renovación (cada dos meses para profesionales ligados por años a la actividad de las UGC), crítica frente a los criterios de reparto de incentivos, a los que se le atribuye el empeoramiento del clima laboral de las mismas, como del deterioro de la calidad asistencial.

Por otro lado, parte de la doctrina destaca, respecto al nuevo Decreto 77/2008 de ordenación de los servicios de salud mental, que éste sólo ha conseguido la transformación “formal” de todos los recursos sanitarios, pero no la “funcional”, al persistir la doble adscripción del personal a Hospitales (personal facultativo) y Distritos de Atención Primaria (personal de enfermería, trabajo social y administrativo). Igualmente se cues-

tiona la predicada (limitada) autonomía de gestión de estas unidades, obligadas a adaptarse a los recursos materiales y humanos que los órganos de gestión finales (Hospitales y Distritos de A Primaria) les asignan.

Por otro lado se destaca igualmente la cuestión relativa al control del gasto farmacéutico, el más relevante en el conjunto del sistema, con relación a la conflictividad asociada al visado exigible para determinados grupos de fármacos (caso de los denominados “antipsicóticos atípicos”) o a la política de prescripción por “principio activo” o de determinados principios activos dentro de un grupo terapéutico, en tanto pueda generar desigualdades en relación a otras Autonomías o contradicción con las recomendaciones plasmadas en guías clínicas.

7.2 PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. ESPECIAL REFERENCIA AL PAI DEL TMG

7.2.1 Concepto y finalidad de los PAI

Es a partir del Primer Plan de Calidad de la Consejería de Salud (2000), cuando se pone en marcha un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados como parte de una estrategia para garantizar la calidad de las prestaciones en el sistema sanitario público. Así, el citado Plan define la gestión integral de procesos desde la perspectiva del devenir del paciente a través del sistema sanitario, con la pretensión de lograr una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud, reordenando los flujos de trabajo en la atención sanitaria a la par que eliminando las actuaciones que no aporten valor añadido. Se conforma, pues, como una herramienta destinada a conseguir los objetivos de “calidad total”, con base en los siguientes elementos: enfoque centrado en el usuario, implicación de los profesionales, uso de guías de práctica y desarrollo de vías clínicas, desarrollo de un sistema de información integrado y continuidad asistencial. El Plan concreta el proceso asistencial integrado con las siguientes notas:

1) Diseño de actuaciones centradas en el usuario, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas como paso inicial al diseño de un proceso. Esto supone que el usuario introduce en la visión de la calidad aspectos más allá de los científico-técnicos. Esta perspectiva proporciona un enfoque que favorece el cambio cultural de la organización, y que se orienta a tener presente quién es el verdadero centro de nuestras actuaciones: el paciente.

2) Implicar a los profesionales, convirtiéndolos en protagonistas de las propuestas y actuaciones innovadoras y la gestión de los recursos que integran la gestión clínica. Para ello, se forman grupos de trabajo multidisciplinares, que se organizan y trabajan desde la perspectiva de la mejora continua.

3) Realizar una práctica clínica adecuada, que aporte al proceso las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados en los que basar las decisiones clínicas, evitando la variabilidad de las actuaciones.

4) Incorporar un sistema de información integrado, que aporte información sobre las actividades que se realizan, su efectividad, sus resultados y su coste. Un sistema que permita a los profesionales tener información de sus actuaciones y realizar propuestas de mejora, y que a su vez aporte una base sólida a los gestores en la toma de decisiones. En definitiva, un sistema de información que permita evaluar para la mejora continua.

5) La continuidad de la asistencia, como uno de los objetivos clave. Se trata de articular las medidas necesarias que aseguren la cooperación y la participación entre distintos niveles asistenciales con la realización de grupos para el consenso, oferta de consultorías...; en definitiva, todas las medidas que faciliten el paso del usuario entre los diferentes niveles asistenciales, evitando las interfases y eliminando las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso de asistencial.

En la elaboración de los procesos asistenciales integrados, grupos de profesionales con la participación de sociedades científicas han seleccionado y priorizado los procesos a abordar basándose en su prevalencia, trascendencia social, impacto en los usuarios, coste, factibilidad, etc., según diversas fuentes de información (estadísticas de morbimortalidad, Grupos Relacionados con el Diagnóstico [GRD] más frecuentes, Conjunto Mínimo Básico de Datos [CMBD] hospitalario, lista de espera quirúrgica, planes estratégicos...). Se ha obtenido así un listado de procesos priorizados, donde diversos grupos de trabajo multidisciplinares analizan, diseñan y elaboran, según una metodología específica, un documento para presentar al resto de los profesionales de la organización sanitaria.

En la actualidad, se han completado y publicado casi 70 procesos asistenciales, entre ellos los correspondientes a determinadas patologías encuadradas en los trastornos mentales, como son el proceso *Ansiedad*, *Depresión*, *Somatización*, el Proceso *Trastornos de la Conducta Alimentaria* y el Proceso del *Trastorno Mental Grave*. A lo anterior cabe añadir que se han elaborado, al amparo y desarrollo de estos PAI, un total de 5 procesos de soporte, 10 guías de información para pacientes y 2 instrumentos de ayuda para la toma de decisiones dirigidos a pacientes oncológicos.

A los tres PAI relativos a trastornos mentales, próximamente se añadirá el relativo al *Trastorno Límite de Personalidad* (TLP), igualmente previsto en el II PISMA, del que conocemos el Documento Técnico sobre el mismo, en el que se justifica dicha iniciativa por la alta prevalencia de esta patología, así como a los altos niveles de sufrimiento personal y familiar que conlleva en los casos más graves.

Una vez acordados los documentos finales de cada proceso, se procede a su adaptación a los diferentes escenarios donde se realiza la práctica clínica (Distritos, Zonas Básicas de Salud, Unidades Clínicas, Servicios Hospitalarios...), implicando a los directivos a la vez que su traslación a las normas de calidad y a los contratos programa.

Por último, queremos hacer referencia a otra patología que tiene significativa presencia en la casuística de las quejas, sin duda por las dificultades que ofrece su manejo clínico, como es el trastorno bipolar, respecto al cual el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha aprobado, en el seno de la Estrategia de Salud Mental aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS (2006), la Guía de práctica Clínica del Trastorno Bipolar (2012) que se une a otras guías elaboradas sobre problemas de salud mental como son las relativas a Trastornos de la Conducta Alimentaria y Ansiedad, Depresión y Esquizofrenia.

7.2.2 Especial referencia al PAI relativo al Trastorno Mental Grave (PAI-TMG)

En lo que aquí interesa, dentro del Plan de Calidad y de los PISMA se inserta el PAI relativo al TMG, con el que se pretende organizar la atención a grupos de personas con problemas que, pese a poder tener

entidades clínicas distintas, presentan necesidades de atención susceptibles de ser abordadas con estrategias comunes.

La definición que logra un mayor consenso a la hora de definir el TMG viene dada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU., que define a este colectivo como “ un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”(NIMH, 1987).

Un aspecto clave en la atención a personas con trastornos mentales graves, como ya se mencionó al hablar de la atención comunitaria y de las necesidades concretas de este grupo de personas, es dotarse de algún tipo de protocolo de atención que sirva de guía para la organización de las intervenciones de la compleja red de profesionales y servicios necesarios.

En concreto, el PAI-TMG pretende contribuir a mejorar la atención desde el sistema público andaluz a las personas que padecen este tipo de problemas, atención que, pese a la positiva evolución que la Reforma Psiquiátrica ha permitido en relación con la tradicional, seguía teniendo problemas no adecuadamente resueltos y pautas aún distantes de algunas de las recomendaciones internacionales.

El proceso parte de unos criterios de inclusión que, respetando los patrones internacionales de referencia, establece los pasos a partir de los cuales elaborar una estrategia de intervención. Desde dicha perspectiva el TMG de una persona con TMG ha de reunir el siguiente perfil:

- Presentar sintomatología psicótica o pre psicótica, es decir, genera problemas de captación y comprensión de la realidad, distorsiona la relación con los otros, supone o puede suponer riesgo para su vida y repercute negativamente en distintas áreas del funcionamiento personal (discapacidad).

- Precisa un abordaje complejo, incluyendo: atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación, atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial) e intervenciones sobre el medio social y familiar.

- Presenta una evolución prolongada con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención.

Dentro del PAI-TMG se incluyen los diagnósticos de esquizofrenia y psicosis delirantes, psicosis afectiva y trastorno límite de la personalidad.

El proceso por el que ha de discurrir el PAI-TMG (lo que se conoce como “componentes del proceso”) incluye:

- a) La detección e identificación precoz, que se produce en el sistema sanitario (Atención Primaria y Servicios de salud Mental), pero en estrecha conexión con servicios sociales y educativos, así como también con la policía y el aparato judicial.

- b) La evaluación integral, que permite confirmar que se trata de un TMG pero sobretodo establecer sus necesidades específicas de atención.

- c) La elaboración consensuada de un Plan Individual de Tratamiento (PIT), a iniciativa de la unidad de Salud Mental Comunitaria correspondiente (con participación en su caso otras Unidades de Salud Mental que hayan intervenido en el caso) y que debe ser ratificada por una Comisión de Trastorno Mental Grave de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (en la que participa FAISEM), plan que ha de incluir la

asignación de dos figuras de referencia, la del Facultativo responsable y la del Referente personal o gestor del caso y debe ser consensuado con el paciente.

d) El desarrollo y aplicación de un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia y que incluyen técnicas sanitarias (biológicas y psicosociales) así como de apoyo social.

El PAI-TMG establece una serie de intervenciones sanitarias generales (atención urgente, seguimiento e interconsulta) y específicas (biológicas –tratamiento farmacológico y TEC– y psicológicas – psicoterapia, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva e psicoeducación del paciente y/o familiar-) y de apoyo social en función de las concretas necesidades del enfermo (ingresos económicos, programa residencial, programa ocupacional, orientación y apoyo al empleo y relaciones sociales y tutela jurídica).

El PAI-TMG establece que la intervención terapéutica requiere un análisis de las necesidades y competencias de la persona, una valoración de su entorno familiar más inmediato, la definición de objetivos individualizados, diseñados y consensuados de manera interdisciplinaria entre los diferentes servicios asistenciales, y todo ello ha de plasmarse en un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) temporalizado y evaluable.

Con carácter general, podemos decir que el PAI-TMG ha supuesto un considerable avance en el abordaje de las patologías y perfiles que abarca, en la medida en que:

a) Establece un marco común individualizado y estable (de larga duración) para la atención integral: sanitaria y social.

b) Fija criterios comunes para el abordaje conjunto de profesionales y dispositivos, basados en un modelo biopsicosocial, con objetivos de recuperación y de ciudadanía y enfatizando la necesidad de una evaluación y una atención integral.

c) Promueve estructuras de coordinación ajustada a cada caso concreto, asignando responsabilidades a cada uno de sus agentes.

Finalmente, en lo que respecta a los programas y servicios de apoyo social, contempla en todo momento (desde la redacción a la coordinación de las intervenciones en las comisiones de Trastorno Mental Grave, pasando por la especificación del tipo de programas incluidos) el papel de FAISEM como mecanismo público de provisión de estos recursos, dentro de la cartera de servicios de los servicios sociales en general.

En relación a este proceso, el II PISMA promueve, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía, un proyecto para la mejora de la seguridad de los/as pacientes con trastorno mental grave atendidos/as en el ámbito comunitario en Andalucía, con el propósito de conocer, desde la perspectiva de la recuperación, los principales problemas de seguridad de los/as pacientes atendidos/as en el ámbito comunitario y ofrecer propuestas para la prevención o minimizar el posible daño a los/as pacientes.

Con ello se pretende aumentar el conocimiento sobre posibles eventos adversos de la asistencia al TMG fuera del contexto hospitalario; aportar mejoras transversales a un ámbito con múltiples actores, con organizaciones diferentes, incluso, de sectores no exclusivamente sanitarios, así como aportar orientaciones o pautas de buena práctica en este ámbito.

Igual resalte debemos hacer respecto a la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), en desarrollo de una de las estrategias del Plan de Calidad del SNS relativa a la elaboración de guías de práctica clínica en patologías prevalentes.

Dicha guía viene a establecer una serie de recomendaciones sobre cada una de las intervenciones rehabilitadoras que propone (psicológicas, sociales, intervenciones de nivel de servicios e intervenciones con subpoblaciones específicas), intervenciones que si bien complementan los tratamientos farmacológicos tradicionales, lo cierto es que un porcentaje significativo de este colectivo plantea la necesidad de utilizar un enfoque más amplio, en la que el tratamiento farmacológico se complementa con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.

La gestión por procesos asistenciales en salud mental que se desarrolla en Andalucía ha sido resaltada en la evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud como único ejemplo de modelo de gestión integrada de problemas de salud mental.

Desde el año 2010, la práctica totalidad de los dispositivos y profesionales de atención a la salud mental están integrados en UGC de Salud Mental, cumpliendo así lo establecido en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental, gestión por procesos que constituye, junto a la gestión clínica, la gestión por competencias y la acreditación, una de las líneas estratégicas de los Planes de Calidad del SSPA.

En cuanto a la perspectiva farmacológica, somos conocedores de diversos estudios sobre la correcta utilización del medicamento como estrategia básica para disminuir la variabilidad de los recursos utilizados y resultados obtenidos, y ello en relación a las recomendaciones farmacoterapéuticas que se recogen en la práctica totalidad de los PAI existentes, y cuyas conclusiones alumbran resultados cuantitativos satisfactorios, destacando como aspectos relevantes la indicación de pautas posológicas, la selección de medicamentos de primera elección respecto a los que constituyen una elección alternativa y la consideración de alternativas no farmacológicas (presentes en una mayoría de los PAI). Igualmente destacan la alta frecuencia de inclusión de alternativas no farmacológicas, lo que a la postre supone un avance en la desmedicalización de muchos procesos asistenciales, especialmente en aquellas enfermedades muy ligadas a tratamientos de esta naturaleza, como es el caso de las patologías que se integran en el TMG, como vienen reclamando un amplio sector de los profesionales clínicos.

Valoración diferente merece el bajo cumplimiento los aspectos referentes a la inclusión de recomendaciones sobre interacciones y para minimizar las reacciones adversas, lo cual podría explicarse por la complejidad de estas materias y la escasa presencia de estos ítems en las GPC. Sólo la mitad de los PAI incluyen indicadores de evaluación del seguimiento de las recomendaciones farmacoterapéuticas, lo que evidencia la escasa importancia que esta faceta tiene en su desarrollo.

Respecto al análisis por áreas, no suelen destacarse la farmacoterapia relacionada con la salud mental, destacando la relacionada con el área quirúrgica, y en concreto con la especialidad médica de cardiología.

7.3 LOS CONTRATOS PROGRAMA

El Contrato Programa constituye un instrumento que permite orientar a los proveedores y gestores de servicios sanitarios públicos sobre los criterios de actuación, basados en la demanda de servicios y en función de los objetivos de salud descritos en el Plan Andaluz de Salud y en los criterios del Plan de Calidad.

Así, el Contrato Programa de la Consejería de Salud y Bienestar Social con el Servicio Andaluz de Salud y con las agencias públicas empresariales y entidades de derecho público adscritas a dicho organismo, tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, establece el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía. Su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación. La firma del Contrato Programa representa no solo el compromiso de las instituciones para alcanzar las metas fijadas en los tiempos establecidos, sino también la implicación de la totalidad de sus profesionales con la mejora de la salud, el bienestar y el desarrollo individual y colectivo de los usuarios de dichos servicios.

El actual Contrato Programa 2010-2013 de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud establece, elaborado en el marco del IV Plan Andaluz de Salud y del III Plan de Calidad, con un horizonte cuatrienal, fija cinco ejes globales de actuación: la construcción de un sistema de salud más cercano a las personas, con más servicios, derechos y prestaciones, más democrático y participativo; el impulso de la salud pública para mejorar la salud del conjunto de la ciudadanía; el establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que sean protagonistas de los servicios de salud; la potenciación de la investigación biomédica; y el refuerzo de las infraestructuras y el equipamiento sanitario. En consonancia con las directrices establecidas en el Contrato Programa, el Servicio Andaluz de Salud desarrolla a su vez los Contratos Programa de sus centros sanitarios y los Acuerdos de Gestión de las Unidades de Gestión Clínica, trasladando a tales niveles de responsabilidad los contenidos del Contrato Programa firmado por el servicio regional de salud.

Este Contrato-Programa, que viene a sustituir el anterior 2005-2008, así como el excepcional establecido exclusivamente para el 2009 (ante la circunstancia de la reordenación competencial y organizativa derivada del Decreto 193/2008, de 6 de mayo), establece entre sus prioridades (la 6ª), el *“Mejorar la atención a la salud mental, con nuevas UGC, más Comunidades Terapéuticas, nuevos Hospitales de Día y nuevas plazas de hospitalización de agudos”*, señalando en los *“indicadores de seguimiento”* para cada una de las anualidades de vigencia del contrato, con el número de orden 65, el relativo al objetivo *“Pacientes con TMG con Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)”*

En el periodo 2003-2005 se mantuvo la estructura de los contratos-programa de años anteriores, basada en la metodología de procesos y en un marco cuatrienal, cuyos objetivos, coincidentes con los del III Plan Andaluz de Salud y con el II Plan de Calidad del SSPA, se estructuraba en cinco ejes: asumir las necesidades y expectativas del ciudadano, garantía de la calidad de los servicios y de las políticas de salud pública, del conocimiento así como el impulso de la modernización y la innovación.

A título meramente informativo (pues en la actualidad las directrices y objetivos se trasladan a los contratos-programa que niveles o dispositivos se establezca, y más en concreto en los acuerdos de las UGC existentes), exponemos las directrices señaladas en los contratos-programas antecedentes respecto a al ámbito de salud mental. Así el Contrato Programa de Hospitales 2005-2008 (Área de Planes Integrales de Salud), establece las siguientes directrices:

“6.1 Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

En el ámbito de la salud mental, el Hospital desarrollará prioritariamente las siguientes líneas de actuación:

Ordenación de la demanda

El Hospital establecerá un plan de calidad junto con los dispositivos de Atención Primaria que fomente la coordinación interniveles. Se mantendrá la capacidad de resolución de los Equipos de Salud Mental Comunitarios. Se pactará con Atención Primaria el número de primeras consultas que oferta Salud Mental, para éstas, que será el mismo número de primeras consultas que el año anterior.

El Hospital deberá asegurar la personalización de los cuidados mediante la asignación de una enfermera de referencia en las Unidades de Hospitalización y las Comunidades Terapéuticas y mediante una enfermera referente en aquellos dispositivos (ESMD, USMI-J, URA y HD) con más de una enfermera adscrita.

Seguirá desarrollándose la implantación de los procesos asistenciales “Ansiedad, Depresión y Somatizaciones” y “Trastorno de la Conducta Alimentaria”, y comenzará la implantación del proceso “Trastorno Mental Grave” como elementos favorecedores de la coordinación entre niveles.

Mejora de la Atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave

El Hospital garantizará que todo paciente con Trastorno Mental Grave (TMG) disponga de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), un responsable del Plan y un referente personal que garantice la ejecución de las actividades y el seguimiento del paciente.

El Hospital garantizará que a cada paciente con TMG se le realicen, al menos, 7 consultas programadas al año y que las consultas domiciliarias a dichos pacientes se mantengan, como mínimo, en los niveles del año anterior.

En cada Área / UGC de salud mental la Comisión de TMG se reunirá al menos 10 veces al año, con inclusión de profesionales de Salud Mental, Atención Primaria y FAISEM.

Calidad asistencial en la Unidades de Salud Mental

El Hospital garantizará que los distintos Equipos de Salud Mental remitan a las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, en el plazo de 48 horas, informes de ingreso y de continuidad de cuidados de aquellos de sus pacientes que sean ingresados en la misma.

Se fomentará un clima terapéutico adecuado mediante distintos programas con implicación tanto de facultativos como de personal de enfermería. La contención mecánica se aplicará según el protocolo establecido.

El Hospital se ajustará al estándar establecido en el porcentaje de reingreso y a la estancia media para los pacientes con GDR 430.

Atención a los niños y adolescentes

El Hospital fomentará la coordinación y cooperación de los profesionales referentes de la atención infantil de los Equipos de Salud Mental con los pediatras de Atención Primaria y con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia.

El Hospital mantendrá una demora máxima para la primera consulta en USMIJ igual o inferior a 30 días y un número de consultas facultativo / día igual o superior a 7 consultas”.

Por otro lado, el Contrato Programa Distritos de Atención Primaria 2005-2008 establece:

“En el ámbito de la salud mental, el Distrito desarrollará prioritariamente las siguientes líneas de actuación:

5.2.1 Ordenación de la demanda

El Distrito establecerá un plan de calidad junto con los hospitales correspondientes que fomente la coordinación interniveles, así mismo, pactará el número de primeras consultas que oferta Salud Mental, siguiendo el estándar establecido por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, manteniendo en 15 días la demora media y 60 de máxima para éstas.

Seguirá desarrollándose la implantación de los PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Trastorno de la Conducta Alimentaria y la atención al paciente con TMG como elementos favorecedores de la coordinación entre niveles.

El Distrito establecerá los mecanismos necesarios para facilitar la relación de las enfermeras de los distintos dispositivos de Salud Mental con las enfermeras de Atención Primaria (Enfermera Gestora de Casos, Enfermera de Familia) para la continuidad de cuidados. Para la continuidad de cuidados con la Unidad de Salud Mental del Hospital General, las enfermeras de salud mental de ambos niveles de atención utilizarán el informe de continuidad de cuidados. Éste documento se emitirá al alta hospitalaria y la enfermera del Equipo de Salud Mental deberá contactar con el paciente antes de las 48 horas desde la recepción del informe.

5.2.2 Atención a los niños y adolescentes.

El Distrito fomentará la coordinación y cooperación de los profesionales referentes de la atención infantil de los equipos de salud mental con los pediatras de Atención Primaria.

5.2.3 Mejora de la Atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave.

El Distrito evaluará el cumplimiento del protocolo de atención integral a dichos pacientes a los que se les realizará, al menos, 7 consultas programadas / año, y mejorará, asimismo, la atención domiciliaria de los pacientes que lo requieran garantizando que el número de visitas se mantenga en los mismos niveles que el año anterior.

El Distrito asegurará que todo paciente con Trastorno Mental Grave disponga de un Plan Individual de Tratamiento, un responsable del Plan y un referente personal a modo de gestor de casos que garantice la ejecución de las actividades y continúe el seguimiento del paciente. Se evaluará el cumplimiento del protocolo de atención integral de estos pacientes en los siguientes aspectos:

- ¾ Actualización del censo de pacientes.*
- ¾ Implantación del plan de individual de tratamiento basado en una valoración integral y plan de cuidados, incluyendo atención domiciliaria, programas de rehabilitación, psicoterapia y atención a familiares”.*

7.4 DIRAYA

Diraya es el sistema que se utiliza en el SSPA, por un lado como soporte de la historia clínica electrónica, sistema en el que se integra toda la información de salud de cada ciudadano, para que el facultativo

correspondiente pueda disponer de ella en el lugar y en el momento preciso para su atención, y por otro como instrumento para la gestión del sistema sanitario.

Antecesor de este sistema ha venido funcionando en la red de salud mental el denominado SISMA (Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía), sistema que se prevé continúe funcionando temporalmente hasta la total puesta en marcha de DIRAYA en todos los dispositivos de Salud Mental, en la misma forma que se ha llevado a cabo la implantación de los sistemas CMBD/INIHOS en las Unidades de Hospitalización. El DIRAYA, a diferencia del SISMA, se nutre de la Base de Datos única del total de la población andaluza (con Tarjetas Sanitarias individuales desde el nacimiento) y es compartido por todos los servicios asistenciales del SAS.

Respecto al SISMA, este se utiliza en la totalidad de los ESMC y de y en las USMI-J, (en su versión (V.2.3) y en el resto de dispositivos, CT, URA y HD, se utiliza en otra versión (3N). Por el contrario, en las USM-HG las fuentes de información son el CMBD e INIHOS.

Mensualmente, desde el Programa de Salud Mental se explotan los indicadores de todos los dispositivos y se remiten a los diferentes niveles de la organización para su análisis y evaluación.

En relación a DIRAYA, los ESMC están conectados a los terminales DIRAYA y la mayoría de estos equipos tiene abierta la agenda de citación para Primeras Consultas procedente de Atención Primaria, manteniendo provisionalmente y, de manera paralela, las citas a través del SISMA. Por el contrario, queda aún pendiente de ultimar la instalación del DIRAYA en el resto de los dispositivos (USMI-J, CT, URA y HD).

Corresponde al Grupo Director de Evaluación (ahora denominado Grupo Director de Epidemiología, Evaluación y Sistemas de Información, con la incorporación de profesionales expertos en Epidemiología) la elaboración de propuestas de mejora para:

- Asegurar el mantenimiento de SISMA hasta la implantación completa de DIRAYA (módulos de citación, clínico y de tratamiento de la información) para posteriormente mantener el SISMA como Base de Datos de consulta.

- Completar la instalación de los terminales Diraya en los ESMC, para que el módulo clínico (de especializada) entre en funcionamiento junto al resto de dispositivos del área hospitalaria correspondiente, así como conectar e instalar los terminales Diraya en todos los dispositivos de tercer nivel.

- Completar la implantación del módulo de citación en los ESMC y USMI-J (atención ambulatoria), una vez elaborado y aprobado un modelo homogéneo de agenda para estos dispositivos.

- Inclusión de indicadores de salud mental de ESMC y USMI-J (atención ambulatoria) en la aplicación Diábaco.

- Además de los indicadores de USM-HG, incluir en el CMBD de Hospitalización los indicadores de hospitalización completa de CT y de USMI-J, y en el CMBD de Hospital de Día Médico (recientemente creado), los de Hospital de Día, la URA, el hospital de día de USMI-J y el programa de día de la CT.

- Desarrollo de la Historia Clínica en Salud Mental, incluyendo los códigos diagnósticos CIE-10 y la cartera de servicio de salud mental.

- Desarrollo del módulo de procesos asistenciales integrados para ADS, TCA y TMG.

Por último, cabe decir que la implantación del DIRAYA ha estado sometida en sus primeras fases a continuos incidentes (“caídas del sistema”) que motivaban numerosas reclamaciones por parte de los profesionales

y de los usuarios, en tanto que distorsionaba el normal desenvolvimiento de las agendas clínicas, cuestión que en múltiples ocasiones se nos trasladó por vía de quejas ante esta Institución.

7.5 CALIDAD

Los Planes de Calidad son los instrumentos previstos en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, con los que se pretende impulsar una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades, a la vez que de apoyo a los profesionales sanitarios para el fomento de la excelencia clínica y la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

Su primera plasmación estatal la tenemos en el *Plan de Calidad 2006-2010*, plan que contempla seis grandes áreas de actuación que se concretan en 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción que abarcan: la protección, promoción de la salud y la prevención; fomento de la equidad; apoyo a la planificación de los recursos humanos; fomento de la excelencia clínica; utilización de las tecnologías de la información y aumento de la transparencia.

Su evaluación, en un informe de 2010, viene a incidir en la necesidad del Registro de Profesionales (aludiendo a la troncalidad y al decreto de homologación de títulos), así como a la mejora de la práctica clínica y de la seguridad de los pacientes y en la utilización de las tecnologías de la información con la Historia Clínica Digital.

El nuevo *Plan de Calidad de 2010*, incluye entre los proyectos que se prevén los siguientes:

- Celebrar, en el marco de la Presidencia Europea, la Conferencia “Mental Health and Well-being of Older People – Making it Happen”.
- Participar activamente en el desarrollo de los compromisos internacionales: Pacto Europeo por la Salud Mental, Conferencia de Helsinki OMS, indicadores OCDE y Derechos Humanos (Consejo de Europa)
- Elaborar una Guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad del paciente.

Coincidiendo con el inicio del milenio, Andalucía desarrolló la estrategia de calidad al considerar esta un elemento inherente a la propia concepción de servicio público y de sistema sanitario, como un valor imprescindible y una apuesta irrenunciable, que conllevaría, a largo plazo, un cambio cultural y estratégico en el seno de la organización sanitaria. Bajo este prisma, las estrategias puestas en marcha en la sanidad pública andaluza en el año 2000 inauguraron un modelo estratégico, materializado en un primer Plan, que entendía la calidad como un motor de profunda transformación de su sistema sanitario público, orientado fundamentalmente al ciudadano.

Aquella estrategia tuvo su continuidad y consolidación con la aprobación del II Plan de Calidad (2005), otorgando en esta ocasión un protagonismo especial a la participación de los profesionales, así como en el desarrollo del mismo, con la pretensión de lograr equipos profesionales más cohesionados, responsables y comprometidos.

Finalmente en 2010 se sigue con la apuesta al aprobar el *III Plan de Calidad 2010-2014*, actualización del Plan que gira en torno a tres escenarios: la “Ciudadanía”, y su posición que debe ocupar en un sistema sanitario que considera la participación, la autonomía en la toma de decisiones, la diversidad y la corres-

ponsabilidad como valores que deben formar parte esencial nuestra organización y de nuestra sociedad en su conjunto. Los “Profesionales”, como elementos esenciales de las actuaciones en salud favoreciendo en el conjunto del sistema sanitario la generación de conocimiento, su transmisión, diseminación y aplicación, posibilitando un sistema de salud excelente que contribuya de forma aún más notable al desarrollo social y al crecimiento económico de Andalucía. Y como tercer escenario el “Espacio Compartido”, donde se produce el encuentro entre pacientes y profesionales sanitarios, donde se originan las actuaciones clínicas a partir de la relación entre la persona con un problema de salud o una necesidad de atención y el equipo profesional.

En lo que a Andalucía se refiere, la Administración Sanitaria no ha estado ajena a este nuevo escenario, cuyo II Plan de Calidad del SSPS (2005-2008) ha sido objeto de evaluación y permanece la vigencia del III Plan de Calidad 2010-2014, que se sitúa sobre tres escenarios (ciudadanía, profesionales y espacio compartido) en los que se aglutinan los objetivos a alcanzar y las líneas de actuación a desplegar.

Por último, cabe señalar que en nuestro ámbito autonómico, la *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), bajo la forma jurídica de fundación pública, asume las competencias relativas a los procesos de acreditación y de la evaluación de tecnologías sanitarias, con la finalidad de garantizar la calidad y mejora continuada de los servicios andaluces de salud. Sus objetivos fundamentales son incrementar la confianza de los ciudadanos en el SSPA y promover la mejora continua de los servicios que prestan las instituciones y profesionales sanitarios a su servicio. Para conseguir esta finalidad, la ACSA se erige como la entidad certificadora de los programas de acreditación de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales y de formación continuada con el referente de la excelencia y la mejora continua en la atención sanitaria del SSPA.

8. LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN SALUD MENTAL

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula los visados o autorización de la prescripción previa a la dispensación de medicamentos en su artículo 24, facultando a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (en adelante Agencia), a someter a reservas singulares la autorización de medicamentos que así lo requieran por su naturaleza o características, así como sus condiciones generales de prescripción y dispensación, añadiendo en su artículo 89 que para asegurar el uso racional del medicamento el Ministerio de Sanidad podrá someter a reservas singulares las condiciones específicas de prescripción, dispensación y financiación de los medicamentos en el SNS, de oficio o a solicitud de las comunidades autónomas interesadas. En dicho precepto se indica que la decisión de excluir total o parcialmente o de someter a condiciones especiales de financiación los medicamentos ya incluidos en la prestación farmacéutica, se hará teniendo en cuenta los criterios anteriores, el coste de tratamientos similares, así como las orientaciones del Consejo Interterritorial del SNS.

A instancia de la Comisión Europea, el Ministerio de Sanidad introdujo procedimientos de decisión más transparentes para la financiación de los medicamentos en España, para no obstaculizar el libre comercio ni perjudicar a los pacientes, mediante el Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo de 2007, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de medicamentos, con el fin de asegurar que la utilización de los medicamentos se atiene a las condiciones de la autorización de comercialización, a las indicaciones terapéuticas de la ficha técnica, y a las indicaciones financiadas por el SNS, promoviendo el uso racional de los medicamentos para lograr una prestación farmacéutica de calidad. En esta normativa se establece que podrá imponerse el uso de visado para tratamientos con medicamentos que sólo puedan seguirse en medio hospitalario, medicamentos de diagnóstico hospitalario, medicamentos de especial control médico, aquellos que la Agencia determine por cuestiones de seguridad o para determinados grupos de riesgo, aquellos que se financien únicamente en algunas de sus indicaciones terapéuticas o para los que se aplique una aportación reducida según el tipo de paciente.

Con anterioridad al citado Real Decreto, Andalucía estableció unilateralmente limitaciones administrativas para el acceso a algunos fármacos a través de la prestación farmacéutica del SNS, basándose en la promoción del uso racional del medicamento, inicialmente sobre medicamentos de la familia de los inhibidores selectivos de la enzima COX-2 (COXIBS) especialmente indicados para el tratamiento de enfermedades reumáticas en el 2001 (actualmente eliminada la restricción) y posteriormente sobre los medicamentos antipsicóticos atípicos, utilizados en cuadros de esquizofrenia (Resolución 612/2003, de 4 de julio), argumentando el elevado porcentaje de prescripciones para indicaciones no autorizadas.

En 2004, la citada Agencia alertó sobre los problemas de seguridad relacionados con riesgo de accidentes cerebrovasculares asociados al uso de antipsicóticos atípicos como olanzapina o risperidona, en pacientes ancianos con trastornos psicóticos y/o de conducta vinculados a demencia. Paralelamente, el Ministerio de Sanidad constató la existencia de un elevado porcentaje de pacientes mayores de 65 años, a los que se les venía prescribiendo antipsicóticos fuera de indicación, instándose por el Consejo Interterritorial del SNS al

Ministerio a adoptar el establecimiento de medidas al respecto, que fueron adoptadas en febrero de 2005, estableciendo la limitación respecto a los mayores de 75 años.

En contra de esta decisión se opusieron diversos sectores de profesionales, movimiento asociativo, al considerar que se dificultaba el acceso a una medicación innovadora y más cara, pero con beneficios adicionales o menores efectos secundarios que otros antipsicóticos clásicos. Este hecho puede resultar más preocupante en enfermedades con gran repercusión familiar y social como las de origen mental. Así, el colectivo médico expresó que a través de esta medida, se limitaba su labor asistencial y su capacidad de elección a la hora de establecer tratamientos.

El SAS, por su parte, argumenta su posicionamiento en que la diferencia es que en Andalucía dicho visado se exige independientemente de la edad del paciente y no sólo a partir de los 75 años, como se hace en el resto de España, afirmando que esta situación, lejos de perjudicar a los enfermos mentales andaluces, garantiza los mejores medicamentos para cada caso concreto, y, sobre todo, la seguridad de quienes utilizan los antipsicóticos atípicos, añadiendo que la implantación del visado fue avalado por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA). Esta sentencia destaca la competencia indiscutible de la Comunidad Autónoma para adoptar la medida y reconoce que el SAS actuó legalmente cuando exigió visado en las recetas oficiales en las que se prescriben los medicamentos olanzapina, risperidona, quetiapina, zuclopentixol, amilsulprida, y ziprasidona.

El TSJA considera que la actuación del SAS “no resulta arbitraria sino encaminada a la consecución de un fin –el uso racional del medicamento– exclusivamente para la indicación autorizada, finalidad legítima y acorde con su deber de proteger el derecho y salud de los andaluces consagrado en el artículo 43 de la CE”.

Hay que señalar que, son precisamente los movimientos asociativos de familiares de enfermos mentales los que nos plantean denuncias, de manera genérica, sobre la elevada presencia del tratamiento farmacológico en detrimento de otras terapias alternativas no medicamentosas para estas enfermedades, tesis que apoyan con estudios de variada procedencia.

El propio documento elaborado por la Consejería de Salud y Bienestar Social “*Derechos Humanos y Salud Mental*”(2012) pone énfasis en este aspecto, destacando la vulneración del derecho al consentimiento del enfermo o su representante legal en la práctica clínica de la prescripción de un tratamiento, medicación o intervención, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente (“Si el paciente es una persona con discapacidad, se les ofrecerán las medidas de apoyo pertinente, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”).

En este sentido, el referido documento se postula a favor de elaborar un “*Protocolo* (específico para personas con trastornos mentales) *para garantizar el derecho de rechazar el tratamiento a través del consentimiento informado escrito y firmado*”, así como la creación de un grupo de trabajo sobre “*uso y efectos de la medicación*”(psiquiátrica), a la par que proponiendo medidas alternativas a la medicación, incrementando la oferta de psicoterapias y de intervenciones psicoeducativas en los dispositivos sanitarios.

9. LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL

9.1 ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA

En la fase de reforma psiquiátrica, el IASAM elaboró en 1988 el documento “*La organización de la atención especializada en Salud Mental Infantil*”, donde se recogía el modelo general para la organización de los servicios de salud mental infantil, documento en el que se hacía referencia al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, en el que aparte de postularse por el modelo comunitario de atención a la Salud Mental, se reconocía la atención a la salud mental infanto-juvenil en sus líneas básicas al dar prioridad a los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil y considerarlo como uno de los programas especiales de carácter permanente, responsabilizando a las Comunidades Autónomas para que diseñaran y formularan este tipo de programas de acuerdo a sus características.

Asentado el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía, la Ley 1/1998, de 20 de abril, Ley de los Derechos y Atención al Menor en Andalucía, regula el derecho a la salud de los menores atribuyendo a la Administración Pública andaluza la obligación de promover, a favor de estos, la adecuada educación para la salud, así como a recibir una información adaptada a su edad, desarrollo mental, estado afectivo y psicológico con respecto al tratamiento médico al que se les someta.

Al hilo de esta previsión legal, la Consejería de Salud aprueba en el año 2005 el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de edad.

Más recientemente, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía dispone en el artículo 6:

“1. Las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán el interés por la salud desde la infancia, incidiendo en el medio educativo con la sensibilización de las personas menores de edad sobre la relevancia de la salud, y fomentando una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados.

2. Las Administraciones Públicas Andaluzas promoverán acciones divulgativas sobre la salud, adaptadas a las necesidades y al desarrollo madurativo de las personas menores. Asimismo, establecerán redes y espacios de salud para las personas menores de edad, que permita concienciarles sobre la importancia de la salud y de los estilos de vida saludables”.

En este orden de cosas y en lo que al ámbito de la salud mental infantil se refiere, el Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, crea la Unidad de Salud Mental Infantil de Área como una unidad no hospitalaria a la que corresponderá el desarrollo de programas especializados de atención a la población infantil y adolescentes de edad no superior a quince años (art. 8).

Posteriormente el Decreto 137/2002, de apoyo a las familias andaluzas, alude a los dispositivos socio-sanitarios de salud mental expresando “Al objeto de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan determinadas psicopatologías en la población Infanto-Juvenil, se crea una red especializada para las patologías más complejas, que comprenderá Hospital de Día y Hospitalización Completa. Asimismo, se establecerán medi-

das para consolidar la atención comunitaria desde los equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud”(art. 28).

Al amparo de este Decreto se amplían las prestaciones de las USMI-J y se crean los Hospitales de Día y las camas hospitalarias para menores en las Unidades de Pediatría (un informe del Grupo de Trabajo de USMI, del Programa de Salud Mental del SAS, especifica las funciones de las nuevas USMI-J-HD, los programas y protocolos a desarrollar).

Por último, el Decreto 77/2008, de ordenación de los Servicios de Salud Mental viene a potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, de hospitalización parcial y la atención domiciliaria; realizándose las hospitalizaciones de pacientes, cuando se requiera, en unidades hospitalarias de salud mental.

Este último decreto pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, así como que la asistencia a las personas con trastorno mental se lleve a cabo, tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin, como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permita profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados, evitando la fragmentación de la atención. Deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre atención primaria y atención especializada.

Contempla el decreto la creación de la Unidad de Gestión Clínica (UGC), que referidas a las USM-J le asigna las siguientes funciones:

a) Prestar la atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial a la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental comunitaria de su ámbito de influencia.

b) Prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de la salud mental.

c) Desarrollar programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades plantea por las unidades de salud mental comunitaria, o la generada por las instituciones públicas competentes en materia de atención y protección de menores.

d) Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, con independencia de que el ingreso de la persona menor de edad se produzca en la propia unidad, o en otros servicios de hospitalización del área hospitalaria o del área de gestión sanitaria correspondiente.

e) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente.

Hasta aquí el marco normativo donde se recoge la regulación de los recursos en materia de salud mental infantil. No obstante la Comunidad Autónoma de Andalucía dispone de un amplio catálogo de planes, programas y protocolos en materia de salud que pone el foco en la infancia y la adolescencia y que analizaremos a continuación.

El III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) recoge en su objetivo núm. 2 una importante relación de estrategias para fomentar la salud de niños y adolescentes, entre ellas, potenciar actividades de promoción de la salud instituciones y dispositivos no sanitarios implicados en la atención comunitaria a la Salud Mental.

Por su parte el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (I PISMA), en lo que a la población infantil se refiere recoge el dato de que el porcentaje de pacientes atendidos con trastornos de la infancia/adolescencia representa el 3,85%.

En este I PISMA, se definen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) en cada Área de Salud Mental, como “Unidades específicas de apoyo a los ESMC y de atención ambulatoria y hospitalaria, total o parcial, a los problemas de salud mental más graves de niños/as y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMC. Tienen una triple función de apoyo a la atención infantil de los ESMC, atención clínica directa y desarrollo de programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales.

Sin duda esto supuso un importante avance en esta patología cuando afecta a la población infantil, dado que en este Plan se amplía la capacidad de las USMIJ en relación con lo que venía recogido en el Decreto 338/1988, en el sentido de que en esta norma reglamentaria la unidad de salud mental infantil no era una unidad hospitalaria y solo atendía a una población infantil y adolescente de edad no superior a quince años.

En el marco de este I PISMA se elaboró el PAI relativo al Trastorno de la Conducta alimentaria (TCA), proceso que define como el conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa según CIE-10 sin límites de edad.

Con criterio de continuidad, el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), tras destacar que la infancia y la adolescencia son etapas del desarrollo humano que requieren, por su complejidad, especificidad, necesidades del entorno y por su vulnerabilidad a los cambios sociales, un tratamiento diferente al de las personas adultas, se postula a favor de la necesidad de que, dentro de las líneas estratégicas de salud mental, queden explicitadas estas diferencias y se desarrollen actuaciones transversales de promoción de salud, detección e intervención precoz en las patologías más graves y prevalentes. Por eso, este Plan Integral recoge una línea específica dirigida a este grupo poblacional.

Estas actuaciones, que han de desarrollarse tanto en los Servicios Sanitarios, como en el entorno familiar, educativo y comunitario, han demostrado ser eficaces para mejorar las competencias afectivas, cognitivas y sociales de niños, niñas y adolescentes, repercutiendo de manera positiva en el bienestar mental y en la calidad de vida de las y los menores y sus familias.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, destaca que los programas de promoción y prevención en salud mental de la infancia y adolescencia han de desarrollarse desde las primeras etapas evolutivas, incluida la atención perinatal, prestando una especial atención a la promoción de un apego positivo y de lazos afectivos tempranos, así como ser sensible a los cambios sociales y a las nuevas expresiones sintomáticas motivadas por los mismos que, en ocasiones, se traducen en problemas que se perciben como especialmente relevantes en estos grupos de población (trastornos de la conducta alimentaria, dificultades atencionales, problemas conductuales...).

Los problemas de salud mental con mayor riesgo de aparición en la población infantil, en ambos sexos, son la hiperactividad y los trastornos de conducta, seguido de los síntomas emocionales y dificultades relacionales con compañeros y compañeras, cuya incidencia es menor.

Señala este II PISMA como objetivos específicos en salud mental infanto-juvenil:

1.º Incorporar la perspectiva de promoción y prevención en salud mental a las iniciativas dirigidas a la infancia y adolescencia.

2.º Potenciar los factores protectores de la salud mental y reducir los factores de riesgo en los entornos familiares, escolares, comunitarios y sanitarios.

3.º Garantizar la coordinación intersectorial y favorecer la atención integral a los problemas de salud mental de la infancia y de la adolescencia.

4.º Adecuar los recursos y los modelos de atención a las necesidades específicas de cada grupo de edad (infancia y adolescencia), con enfoque de género y de diversidad.

5.º Completar y homogeneizar los recursos y cartera de servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma.

6.º Potenciar el trabajo conjunto con familia y escuela para dar continuidad al cuidado de los y las menores, evitando la interrupción de su desarrollo evolutivo y de su aprendizaje.

Para la consecución de estos objetivos señala las siguientes actividades a desarrollar:

1.º Se desarrollarán los acuerdos entre las Consejerías de Salud, Educación, Igualdad y Bienestar Social y Justicia y Administración Pública y se creará una comisión de seguimiento que permita dar respuesta a los problemas de la infancia y adolescencia que requieren intervenciones intersectoriales.

2.º Se coordinarán las actuaciones del PISMA con otras iniciativas, como el Plan de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía, la Estrategia Forma Joven y otras que se desarrollen desde el SSPA.

3.º Se realizarán actividades formativas y divulgativas dirigidas a madres, padres y educadores, orientadas a la promoción de salud y la prevención de la enfermedad mental.

4.º Se elaborará un “Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía” que refleje las bases conceptuales y modelo de atención, los recursos y necesidades asistenciales, los espacios de cooperación intersectorial necesarios en este ámbito, la evaluación y las estrategias de mejora.

5.º La cartera de servicios para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia debe incluir programas ambulatorios, de hospital de día y de hospitalización completa, diferenciando espacios para las edades infantil y adolescente, en base a las características de cada etapa del desarrollo.

6.º Se desarrollarán e implantarán protocolos de actuación conjunta entre atención primaria, salud mental y otras instituciones que intervengan en la atención de menores, para garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial e interniveles.

7.º Se revisarán y actualizarán los PAI relacionados con la salud mental de la infancia y adolescencia y se elaborarán nuevos procesos o subprocesos sobre aquellas patologías que lo requieran.

8.º Se establecerán mecanismos de coordinación y colaboración entre los profesionales de los distintos sectores que intervienen en el Programa de Atención Temprana, que permitan optimizar el desarrollo de las acciones relacionadas con la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo y otros).

9.º En las consultas de atención primaria a menores, se incluirá la detección precoz de situaciones de riesgo psicosocial, con especial atención a aquellos casos cuyos progenitores padecen una enfermedad mental grave.

10.º Se realizará un estudio epidemiológico y de la situación actual de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, que permita conocer, evaluar y proponer actuaciones de futuro en base a criterios de calidad y equidad.

Por último hemos de referirnos al específico **Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PAISMA)**, que en desarrollo de la línea estratégica núm. 8 del II PISMA ve la luz en el año 2011,

programa que se concibe como elemento de apoyo a la red sanitaria de atención a la salud mental y con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados de niños y niñas y adolescentes y, de esta manera, mejorar su salud y bienestar.

Las características generales de este planeamiento son:

- Potenciar las fortalezas del niño, de la familia y de la comunidad, que permitan reducir los factores de riesgo y por tanto disminuir la necesidad de atención sanitaria.
- Ocupar un lugar prioritario la adopción de estrategias específicas de la promoción de la salud y del bienestar basado en un modelo de desarrollo positivo, prevención de la enfermedad y detección precoz del trastorno mental en la infancia y adolescencia.
- Favorecer la coordinación intersectorial en orden a desarrollar los pilares de una atención integral a la salud mental en los primeros años de vida.
- Reforzar la orientación estratégica hacia la especialización creciente de los servicios y profesionales y hacia la adecuación de los entornos y de los procesos terapéuticos a la especificidad inherente al ciclo vital infantil y del adolescente, con especial énfasis tanto en las Unidades de Salud Mental Comunitarias como en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Enfocar sus propuestas para garantizar la equidad, un enfoque de género, prestar atención a la diversidad y la no estigmatización ni discriminación de menores por padecer él/ella o sus cuidadores/as enfermedad mental.
- Facilitar la atención terapéutica del niño o la niña y de sus padres y madres u otros miembros de la familia, garantizando la continuidad de cuidados, especialmente en aquellos casos en que sabemos que la atención se va a prolongar durante varios años.
- Desde la perspectiva comunitaria, en la que se encuadra el modelo de atención a la salud mental en Andalucía, debe incluir a la familia en las actuaciones, programándolas y desarrollándolas de manera coordinada entre los distintos niveles sanitarios y también con otros sectores, especialmente con Educación, Servicios Sociales y Justicia.

El propio programa define, a este respecto, las “líneas de mejora”:

- 1.º Definir áreas prioritarias de actuación en salud mental infanto-juvenil tanto en Atención Primaria como Especializada, así como mejorar los servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia atendiendo al modelo de atención desarrollado en el II PISMA y de acuerdo con la normativa vigente.
- 2.º Desarrollar una cartera básica de prestaciones orientadas a la población infanto-juvenil, acorde con los criterios de equidad, calidad, eficacia, eficiencia, atención a la diversidad y accesibilidad a los servicios.
- 3.º Impulsar la formación específica del equipo multidisciplinar en infancia y adolescencia.

Y finalmente se hacen una serie de “propuestas de futuro”:

Unidades de Hospitalización: Aunque la recomendación de hospitalización de menores por razones de salud mental es poco frecuente, determinadas situaciones clínicas, especialmente cuando concurren circunstancias familiares difíciles, hacen necesaria una hospitalización completa. Esta hospitalización debe cumplir con dos requisitos aparentemente contradictorios: Por un lado debe evitarse al máximo la estigmatización y, por otra parte, el dispositivo de hospitalización debe responder adecuadamente a las necesidades específicas de estos pacientes así como a las particularidades del tratamiento. Para responder a estas especificidades cada USMI debería disponer de una pequeña unidad de hospitalización aneja a Pediatría, aunque con la

suficiente autonomía y con personal específico. La hospitalización de adolescentes mayores de quince años podría hacerse en una zona especialmente reservada y adecuadamente dotada de personal y mobiliario, aneja a las unidades de hospitalización de salud mental de adultos.

B. *Unidades de Media Estancia*: Hay adolescentes que pueden necesitar un tratamiento en régimen de hospitalización completa más prolongado que el razonable en las unidades de hospitalización descritas. Se plantea la creación de Unidades de referencia en Andalucía por un período experimental de cuatro años. Cada una de estas unidades tendría capacidad para diez pacientes en régimen de residencia y otros diez en régimen análogo al de hospital de día. Estas unidades, similares a una comunidad terapéutica, deberían disponer, además de los servicios sanitarios, de un programa formativo-académico que estaría bajo la responsabilidad de la Administración Educativa, mediante el establecimiento de los acuerdos intersectoriales que sean necesarios.

Estas Unidades de Media Estancia estarían orientadas a patologías graves de salud mental de la infancia y la adolescencia. Tal y como señala la Estrategia del SNS, no se recomiendan dispositivos específicos para patologías determinadas. Sería necesario realizar un censo sobre los casos, patologías concretas y las edades que requerirían este tipo de dispositivo, en base al cual se cuantificaría el número de Unidades de Media Estancia requeridas.

C. *Centros de Día*: Dispositivos a implantar en colaboración con otros sectores de ámbito regional, provincial o local, con competencias en menores, destinados a facilitar espacios de convivencia, ocio o actividades lúdicas con orientación terapéutica para menores que, por diferentes situaciones o problemas psicopatológicos, tienen dificultades para relacionarse con normalidad en su medio. Estarían orientados a proporcionar a los/las menores experiencias correctoras y normalizadas que les permitan recuperar su autoestima y confianza en sus capacidades. La UGC de referencia tendría la competencia de elaborar el programa a desarrollar, la preparación de monitores/as y educadores/as y la supervisión técnica reglada. Este tipo de dispositivo sería particularmente necesario en las zonas más alejadas de los núcleos urbanos donde suelen concentrarse los dispositivos sanitarios.

D. *Programa Terapéutico en Familias de Acogida*, en colaboración con el Servicio de Acogimiento y Adopción, Dirección General de Infancia y Familia, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Serían programas de acogimiento de menores, especialmente indicado para los/las más pequeños/as en grave situación de riesgo clínico, familiar o social, que hacen inviable el abordaje terapéutico en su propia familia, pero que requieren de un periodo de tratamiento intensivo en espacios de acogida y entornos familiares.

E. *Programa de Acompañamiento Terapéutico*: El apoyo domiciliario y la tutoría de menores es una estrategia de intervención terapéutica orientada a aquellos casos con problemática familiar grave, dificultades escolares derivadas de problemas de salud mental, desajustes emocionales entre los miembros de la familia y otros. Permite que el niño o la niña pueda estar con su familia y tener una figura referente o "intermediaria" con la que establecer otro tipo de relaciones más ajustadas, mantener la asistencia al colegio, no sentirse expulsado/a de su familia ni ser la víctima de los problemas familiares.

F. *Otros dispositivos o programas* a crear en colaboración con distintas instituciones: Será necesario llegar a acuerdos y suscribir convenios de colaboración entre distintas Instituciones para dar respuesta a aquellas demandas y necesidades de menores que por sus características de gravedad y especificidad, requieren de corresponsabilidad en su abordaje y que exceden las competencias de una única administración.

9.2 EL MODELO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El modelo de atención a la infancia y adolescencia en Andalucía, en los diversos dispositivos de salud mental, se desarrolla en los siguientes términos:

Un primer nivel de atención es el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), dispositivo en el que sus profesionales (Pediatras, Médicos de Familia, Enfermería) tienen el primer contacto con la población. Se realizan actividades de prevención y promoción de la salud mental, se resuelven determinadas demandas y se detectan y derivan los problemas psicopatológicos, al nivel especializado, realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con dichos dispositivos.

Un segundo nivel de atención lo constituye la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) (antes Equipo de Salud Mental de Distrito –ESMD–), que es el primer nivel de la atención especializada a la salud mental de niños/as y adolescentes, siendo el dispositivo básico en su ámbito de influencia con el que se coordinan el resto de los dispositivos. Presta atención ambulatoria a la demanda de salud mental infanto-juvenil derivada desde Atención Primaria y realiza actividades de apoyo y asesoramiento en programas de salud mental infanto-juvenil.

Este segundo nivel (y primero especializado) deriva al nivel especializado superior (USMI-J) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo.

En un tercer nivel de atención (y segundo especializado), se encuentra la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), dispositivo destinado a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a dieciocho años, dispositivo al que le corresponde desarrollar las siguientes funciones:

- Prestar atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización total o parcial a la población infantil y adolescente con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de actuación.
- Dar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos de salud mental.
- Poner en marcha programas asistenciales específicos para dar cobertura a la demanda derivada desde las unidades de salud mental comunitaria, o desde instituciones sanitarias y no sanitarias con competencia en materia de menores, con las que se haya establecido cauces de coordinación.
- Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.
- Participar en el diseño y desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente a implantar en otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia, prestándoles el asesoramiento necesario.
- Desarrollar actividades de formación continuada, docencia de pregrado y postgrado e investigación en salud mental.
- Aquellas funciones que así lo precisen, se ejercerán en colaboración con las instituciones competentes en materia de atención y protección de menores.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) desarrolla estas funciones en tres modalidades asistenciales:

- Consultas Externas: donde se atiende a los menores que presentan problemas de salud mental y sus familias, de forma ambulatoria por el equipo multidisciplinar, garantizando la accesibilidad y continuidad asistencial.

- Hospital de Día: dispositivo orientado a atender a menores que, por la gravedad de su patología, requieren una intervención especializada, intensiva y continuada. Se intenta mantener al niño, niña o adolescente integrado en la escuela y en su medio, siempre que sea posible, adecuando el plan de tratamiento a estas necesidades.
- Hospitalización completa: para situaciones de crisis en las que sea necesario el internamiento hospitalario, éste se llevará a cabo en camas disponibles y adecuadas para estas edades.

Asimismo junto con este modelo, la Consejería de Salud y Bienestar Social crea una herramienta para atender aquellas patologías psiquiátricas más prevalente y a las que nos hemos referido en otros apartados de este informe, los procesos asistenciales integrados (PAI), a los que se refería el I Plan Integral de Salud Mental (2003-2007) y que fueron desarrollados en el periodo de vigencia de dicho plan:

– El *Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)*, que se define funcionalmente como el conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa según la CIE-10 sin límites de edad.

– *Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS)*, en el que se comprenden las siguientes actuaciones:

- Encaminadas a la atención de las personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión (estén o no diagnosticadas de enfermedad psíquica o física) o síntomas somáticos no relacionados con una enfermedad orgánica.
- Basadas en los principios de buena práctica, evitando tanto la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental, y generando autonomía y satisfacción en ciudadanos y profesionales.
- Fundamentadas en un modelo de cooperación entre los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental.

– El *Trastorno Mental Grave (TMG)*:

Conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con trastorno mental grave, incluyendo:

- La detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas con trastorno mental grave o en riesgo de evolucionar hacia el mismo.
- La evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno más próximo.
- La elaboración consensuada de un Plan individualizado de tratamiento.
- La aplicación de distintas intervenciones sanitarias e intersectoriales basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.

– La *Atención Temprana: trastorno del espectro autista*

Conjunto de actuaciones coordinadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía que desarrollan profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, sus familiares y su entorno, que tienen como finalidad detectar, de forma precoz, la aparición de Trastornos del Espectro Autista (TEA) y atenderlos en su caso. Para ello, se propone la realización de determinadas actuaciones de carácter preventivo sobre progenitores con familiares afectados y se establece, una atención integral sobre la población infantil afecta, la familia y el entorno dirigida a evitar o minimizar su agravamiento y a optimizar su desarrollo.

9.3 LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PSIQUIÁTRICOS A LA INFANCIA

Existe la sobreentendida idea de la “excesiva medicalización de la infancia” afirmación que debe situarse en el contexto de una sociedad excesivamente medicalizada a la hora de abordar sus males, y que se trata de fenómeno que transcurre sin grave denuncia social, quizás en el convencimiento de que este hecho la beneficia, frente al perjuicio en el que supuestamente incurriría una sociedad insuficientemente medicalizada.

No obstante, la cuestión adquiere una especial relevancia cuando se trata de la medicalización (o si quieren la “excesiva” medicalización) de la infancia, pues en este ámbito la voluntad que juega es la de sus padres como representantes legales, y no la del niño o adolescente enfermo, recayendo en este los posibles efectos perversos de dicha medicación.

Una simple consulta de las distintas páginas web en internet, relativas a este fenómeno, nos permite conocer datos que, de ser verosímiles, deben movernos a reflexión y preocupación:

- España es el tercer país del mundo en recetar psicofármacos a menores de edad (por detrás de Canadá y EEUU).

- Los medicamentos más utilizados en esta franja de edad son los relacionados con ansiolíticos y antidepresivos.

- El 99% de los niños españoles diagnosticados y tratados con anfetaminas, por supuestos trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) no están enfermos en realidad, sino que han sido víctimas de un “exceso en el diagnóstico” cometido por los psiquiatras que les trataron y por sus propios padres, que demandan la ‘pastilla mágica’ que acabe con las molestias que pueden dar los hijos.

- La Encuesta de Salud de la Generalidad catalana muestra un aumento notable de la medicación en niños en estos últimos años. Sobre psicofármacos no hay estadísticas específicas, aunque un informe extrapolable de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Osakidetza apunta que la dispensación de metilfenidato, el fármaco más recetado para tratar la hiperactividad, se multiplicó, en el País Vasco, por 18 entre el 2001 y el 2007.

Es cierto que vivimos en una sociedad en la que se ha ido asentando la idea de que determinados “comportamientos” de nuestros menores deben ser abordados por la vía de la medicalización, sin ponderar suficientemente si existen otras vías alternativas o terapias no necesariamente farmacológicas.

Los casos que en esta materia se nos ha planteado en esta Institución van referidos a los tratamientos de trastornos de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de psicofármacos ansiolíticos, destacando lo indiscriminado de su prescripción y de los efectos secundarios que produce en tan iniciáticas edades.

9.4 LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS MENORES INSTITUCIONALIZADOS

Por la Junta de Andalucía, en cumplimiento de la legalidad vigente se viene adoptando medidas de protección sobre los menores sobre los que haya recaído una medida administrativa o judicial de dicha naturaleza, siendo el acogimiento residencial una de las medidas previstas en orden a tal finalidad.

Dicha protección conlleva la obligación de los poderes públicos de promover una atención y educación integral en el marco de una convivencia normalizada durante su periodo de estancia en el centro, que debe ser siempre temporal e instrumental, con el objetivo de dar una solución permanente o definitiva de tipo familiar,

potenciando el pleno desarrollo de su personalidad a través de un plan de intervención individualizado y de programas adecuados que posibiliten el desarrollo de sus capacidades y el tratamiento de la problemáticas personales que presenten.

Los programas de acogimiento

Los menores de edad ingresados en un centro de protección en virtud de una resolución administrativa de desamparo, son atendidos de acuerdo con sus circunstancias, son acogidos en base a tres tipos de programas: de acogida inmediata, de atención residencial básica o programas específicos, siendo estos últimos los que van a ser objeto de nuestro análisis.

Los programas específicos son aquellos a través de los cuales se atiende a menores cuyas necesidades específicas exigen un abordaje segregado, diferenciado. Se desarrollan en Centros que, por sus características especiales, profesionales e instrumentales reúnen las condiciones adecuadas para un acogimiento terapéutico, ya sea de forma temporal, destinado al retorno a un entorno normalizado o bien con carácter permanente, si así lo exigiera la situación de cada menor (Orden de 13 de julio de 2003).

Las situaciones que se incluyen entre estos programas son:

– El abordaje de *graves trastornos del comportamiento relacionados con patologías psicosociales y educativas*. Este tipo de programa va destinado a menores cuyos comportamientos devienen en altamente conflictivos, no necesariamente asociados a patologías psiquiátricas, que son incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. Se aplican técnicas y actuaciones basadas en la contención y corrección de carácter terapéutico y socioeducativo de aquellas conductas o comportamientos altamente contrarios al modelo de convivencia, provocando el aprendizaje de comportamientos positivos y la asimilación de las reglas sociales básicas.

– El tratamiento de *graves trastornos de la conducta asociados con patologías psiquiátricas*. Son los casos en que los problemas conductuales están asociados a deficiencias o trastornos de tipo psiquiátrico, en menores profundamente afectados por dichas deficiencias o patologías.

En este programa se requiere una alta especialización, del personal del centro, así como de los espacios y de los recursos materiales, como de las propias condiciones espaciales, así como la combinación de técnicas, medios y procedimientos propios de la medicina psiquiátrica.

– La atención a menores con *grave discapacidad*, dirigido a menores con grave discapacidad física, psíquica y/o sensorial, los cuales por su perfil o gravedad de su patología requieren ayuda constante por parte de otras personas para desarrollar las actividades de la vida diaria, así como precisan contar con una infraestructura apropiada y personal altamente cualificado.

El perfil de los menores de los centros

La Dirección General de Infancia y Familias (hoy Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familias) elaboró, en colaboración con el Observatorio de la Infancia para Andalucía, en febrero del 2012,

un estudio titulado “Centros de protección de menores en situación de desamparo que presentan trastornos de conducta en Andalucía”, donde se analiza el diverso perfil de los menores en acogimiento residencial, como son: menores con problemas de conducta, emocionales y de salud mental; menores con conducta violentas; menores infractores con medidas protectora; menores extranjeros no acompañados y acompañados con modelos familiares carenciados; menores provenientes de países en conflicto; menores sin previsión de reintegración familiar, con problemáticas familiares muy cronificadas o con intervenciones fallidas y menores denunciados por sus padres debido a dificultades en el control de la conducta de sus hijos.

Al hilo de esto último el perfil de los menores residentes, se alude a sus trastornos del comportamiento o dificultades de adaptación social entre otros criterios, sin embargo se ha detectado y así lo hemos señalado anteriormente, que no siempre se cumplen estos criterios y a veces, para dar respuesta a la angustiosa situación de algunas familias se ingresa allí a menores con graves problemas de salud mental, puesto que no existe en la red sanitaria otro recurso institucional.

Esta Institución con motivo de la elaboración del “Informe especial sobre menores con trastornos de conducta en Andalucía”(2009) en el que poníamos de manifiesto:

- No existe un sistema estructurado de diagnóstico de los problemas que pueden presentar los menores y en un alto porcentaje de los casos son derivados a estos centros sin un diagnóstico claro de su comportamiento.
- Se observa que en un alto número de casos las decisiones para diagnóstico y derivación no están basadas en instrumentos estructurados o estandarizados que deben acompañar a toda valoración psicológica, social y educativa.
- Existe cierto grado de indefinición en los tratamientos utilizados. No siempre hay una clara definición de los objetivos del tratamiento y, por tanto se hace difícil la evaluación de esas intervenciones.
- Los profesionales de los centros coinciden en señalar que en muchos casos la información sobre el expediente del menor no llega al centro hasta ya avanzada la intervención y en algunos casos, la información que se recibe es de carácter administrativo, pero no de la historia del menor, su trayectoria vital, sus características personales y familiares, así como otra información relacionada directamente con la intervención que se haya venido desarrollando con el menor.

Otro de los aspectos tratados en nuestro informe era el referido a los criterios de ingreso de un menor en un centro de protección, toda vez que constatamos como en los mismos permanecían ingresados tanto menores que presentaban comportamientos disruptivos en sus centros de origen o conducta de riesgo social o sexual (sin que mediase una patología clínica de carácter psiquiátrico claramente diagnosticada), como menores con graves trastornos psiquiátricos diagnosticados.

En relación con esto último poníamos de manifiesto como las omisiones y deficiencias más frecuentes afectaban a los informes médicos y educativos, siendo especialmente graves estas deficiencias en el caso de los informes médicos, por cuanto en los mismos no siempre expresaban el diagnóstico clínico del trastorno de conducta ni la propuesta terapéutica, bien porque no habían sido diagnosticados o este no se acompañaba a la documentación pertinente, impidiendo de este modo que el menor sea derivado a otro recurso más idóneo.

En relación a este colectivo, más recientemente, exponíamos los déficits detectados en nuestras Jornadas de Coordinación de Defensores (Zaragoza, junio de 2012), entre los que destacábamos los siguientes:

- Insuficiencia de medios personales en los recursos especializados de salud mental infanto-juvenil.
- Insuficiencia de los recursos especializados en el ámbito educativo destinados al diagnóstico de los menores con necesidades educativas especiales; ello conduce, en ocasiones, a un abordaje exclusivamente disciplinario de estos trastornos en dicho ámbito. La falta de formación del personal docente sobre este tipo de trastornos tampoco favorece la correcta atención del problema.

- En cuanto al tratamiento, ausencia de protocolos de intervención con participación de la familia y los sistemas sanitario, educativo y social, induciendo a que su tratamiento se aborde desde una perspectiva exclusivamente sanitaria (tratamiento farmacológico y ambulatorio).

- La carencia de recursos específicos en el ámbito de la salud mental para atender a este tipo de trastornos conduce, en algunas ocasiones, a la derivación de los jóvenes que los padecen a centros de protección, a pesar de parecer más adecuado que el abordaje se realice desde la sanidad pública y no desde el sistema de protección social.

- La indefinición de los programas y atenciones que se ofertan en los centros de menores con trastornos de conducta propicia, en ocasiones, ingresos injustificados que posteriormente deben ser rectificadas, e impide la derivación a otros recursos más adecuados para atender el trastorno que esté presente.

- Se registran internamientos de menores con enfermedad mental en centros de trastornos de conducta mediante decisión administrativa, sin contar con la preceptiva autorización judicial (art. 271 del Código Civil para los menores tutelados y art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil por lo que a menores sometidos a patria potestad).

Hay que señalar, que también la Fiscalía de Menores viene destacando en sus Memorias anuales distintos déficits a este respecto: resistencia de la Administración a asumir guardas o tutelas de adolescentes de edades superiores a 15 años, excesivo recuso a la restricción de la libertad en los procedimientos disciplinarios, prescripción de fármacos por facultativo de atención primaria y no por facultativo psiquiatra (sin consentimiento informado en el caso de menores maduros), etc.

Por su parte, la Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familias, atendiendo nuestra recomendación efectuada en el citado informe especial de 2009, estableció los siguientes criterios de derivación:

- Que la entidad pública competente haya determinado declarar la situación legal de desamparo del menor o bien haya asumido su guarda.

- Que el menor presente un grave trastorno del comportamiento, relacionado con patologías psicosociales y educativas, una adicción grave a cualquier tipo de drogas o un grave trastorno de la conducta, asociado con patologías psiquiátricas cuyas necesidades específicas requieren de un abordaje segregado en base a comportamientos incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. La existencia de estos trastornos deberán estar convenientemente avalados por una evaluación e informe correspondiente.

- Que le faciliten o se le haya facilitado formas alternativas de tratamiento al internamiento en el centro específico, en el propio centro de origen o en su entorno familiar utilizando los programas complementarios y que estos hayan resultado eficaces.

De igual modo, entre las actuaciones técnicas y administrativas que se requieren para que un menor que se encuentra en un recurso residencial ingrese en un centro específico de trastornos de conducta, se

señala la exigencia de que el informe diagnóstico justifique y fundamente el ingreso del menor en el centro especializado.

Por último, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha elaborado el “Protocolo Básico de actuación en centros y/o residencias con menores diagnosticados con trastornos de conducta” dedicando un apartado específico a la atención e intervención con menores en estos centros especializados, unificando los criterios mínimos de actuación adaptada a estándares internacionales.

10. PARTICULARIDADES DE ALGUNAS MODALIDADES DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL

10.1 EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)

En principio, el abordaje cifrado en el denominado tratamiento asertivo comunitario (TAC), puede considerarse implícito en el modelo de atención comunitaria, y en especial en un sistema carente de dispositivos alternativos como sucedía en buena parte del periodo de reforma y consolidación del sistema de salud mental. Nace, pues, este modelo, extramuros de los planes estratégicos y de las carteras de servicios, y así las experiencias quedan, la mayoría de las veces, aisladas y dependientes de que se produzcan determinadas coyuntura económicas y políticas y, sobre todo, en el voluntarismo de algunos directivos y profesionales más comprometidos con el objetivo de actuar «en y desde la comunidad» con aquellas personas afectadas de patología mental grave.

La salud mental comunitaria es una forma de concebir los procesos de salud-enfermedad en general y, en concreto, su vertiente terapéutica inserta en el contexto y entorno vivencial de las personas y los grupos.

En Andalucía, desde los inicios de la reforma psiquiátrica de la década de los 80, la apuesta por una psiquiatría de base comunitaria ha sido firme y constante, habiéndose desarrollado a lo largo de más de dos décadas una red de atención especializada diversificada y distribuida geográficamente, contando con equipos multidisciplinares que interactúan desde los distintos niveles asistenciales con el apoyo del nivel primario. Resulta pacífico afirmar que la comunidad es la opción terapéutica más eficaz para atender a los pacientes con trastornos mentales más graves.

En nuestro ámbito autonómico suelen destacarse las iniciativas llevadas a cabo en la Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de los Hospitales Valme y Macarena en Sevilla, el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES) de la UGCSM del Hospital Carlos Haya de Málaga o los equipos transversales de tratamiento intensivo de las UCG de salud mental de los Hospitales de Jerez de la Frontera y de Puerto Real en Cádiz.

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) establece entre sus estrategias prioritarias de actuación el tratamiento asertivo comunitario, además de un especial hincapié en la atención a la salud mental de la población en riesgo de exclusión social, una situación final de un proceso que se caracteriza por la ruptura con los tres principales sistemas de apoyo social: la familia como sistema de apoyo emocional y económico; los mercados de trabajo y de alojamiento; y los servicios públicos y los sistemas de seguridad social. A este respecto el citado plan desarrolla acciones destinadas a 4 colectivos específicos: personas sin hogar, determinadas personas inmigradas, personas con drogodependencias y personas que están o han estado en prisión o en centros de internamiento de menores. Para cada uno de estos colectivos se viene trabajando en grupos de trabajo intersectoriales, donde se analiza la situación y se diseñan estrategias y protocolos de actuación conjunta con las entidades y organizaciones vinculadas.

En desarrollo de dicha previsión, se ha elaborado el documento marco “*Desarrollo de Programas de tratamiento asertivo en Andalucía*” (Consejería de Salud/SAS, 2010), en el que en relación a esta concreta modalidad de atención del tratamiento establece los siguientes objetivos específicos:

1.º Establecer desde la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental, programas de tratamiento y cuidado intensivo comunitarios para las personas con TMG de difícil abordaje, adaptados a las características del modelo comunitario de atención a la Salud mental existente en Andalucía, y basado en la mejor evidencia científica posible.

2.º Definir con precisión los criterios de inclusión para acceder a estos programas, determinando límites de entrada y salida, y garantizando la equidad de acceso.

3.º Dotar a la red asistencial con los recursos necesarios para llevar a cabo estos programas.

4.º Garantizar una coordinación adecuada entre las administraciones y los dispositivos intersectoriales implicados en la atención a este grupo de pacientes, que permita la continuidad en el desarrollo de su plan de tratamiento.

Las actividades que se detectaron como necesarias dentro de la estrategia para la implantación de estos programas fueron:

a) Crear un grupo de trabajo que elabore directrices a nivel regional, con los objetivos y actividades de los programas de tratamiento asertivo comunitario, basados en el Proceso Asistencial Integrado TMG y en el modelo funcional de los modelos asertivos comunitarios, y que defina los criterios de inclusión para acceder a los mismos.

b) Identificar los recursos humanos y los cambios organizativos para el desarrollo de estos programas.

c) Implantar en las UGC de Salud Mental los programas de tratamiento asertivo comunitario según las directrices que se establezcan a nivel regional.

d) Ofertar un plan de formación específica para profesionales que participen en los programas TAC.

e) Establecer en el seno de las comisiones intersectoriales provincial y central acuerdos para el desarrollo de estos programas, asumiendo cada entidad la implicación necesaria para su desarrollo”.

Este documento ofrece una perspectiva general de los programas de tratamiento asertivo comunitario (contexto, características, criterios de calidad, cuestiones éticas,...), la implementación en Andalucía (objetivos, perfil de pacientes diana, criterios de derivación, composición y funcionamiento del equipo asertivo comunitario,..) y la dinámica de evaluación. En el año 2011 se iniciaron la monitorización de 7 proyectos piloto en diferentes Unidades de Gestión Clínica.

Con respecto a la atención que reciben las personas con trastornos límites de la personalidad (TLP), ya hemos hecho referencia al documento técnico elaborado por la Consejería de Salud/SAS y FEAFES, en colaboración con la EASP, documento base para la aprobación del PAI previsto en el II PISMA, proceso que, sin duda, facilitará abordar de forma más efectiva los programas e intervenciones específicas de atención a este colectivo.

De la información suministrada por el II PISMA, se deduce que los programas de TAC puestos en marcha alcanzan un total de cinco, que se desarrollan en 2 Equipos específicos, 2 USMC y una Comunidad Terapéutica, programas cuyo población diana lo constituyen personas con perfil incardinado en el PAI-TMG, personas sin hogar y TLP.

En este apartado cabe destacar el programa PISMES antes citado, puesto en marcha por el Hospital Carlos Haya de Málaga en 2006, en el que la colaboración de Salud Mental, FAISEM y Ayuntamiento de Málaga (Centro de Acogida Municipal –CAM–), así como el tercer sector (FEAFES, Cáritas, etc.), a través

de una amplia experiencia de sobre personas sin hogar que presentan asociado un trastorno mental grave, en base a la cual se ha elaborado el documento “*Guía para la elaboración de un programa de atención a las personas en situación de sin hogar y que presentan asociado un trastorno mental grave*”(2011), en la que se detalla las premisas y características de este modelo de atención.

10.2 EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO (TAI)

Resulta una constante la traída a colación de los tratamientos involuntarios en la salud mental, especialmente en relación a los tratamientos ambulatorios, cuestión que se ha residenciado las más de las veces en el plano teórico (constituyó tema monográfico en las Jornadas de Coordinación de Defensorías de 2012) que en la práctica, pues lo cierto es que no suele plantearse, al menos de forma directa o como pretensión principal, como cuestión de fondo en las quejas que presenta la ciudadanía en materia de salud mental.

No obstante, es cuestión que tiene una trascendencia práctica, pues sabido es que un alto porcentaje de los enfermos mentales graves no suele tener conciencia de su enfermedad y, por tanto, tampoco sobre la importancia de que los tratamientos han de seguirse en su beneficio, conforme se les prescribe. En suma, su escasa adherencia al tratamiento, cuando no su rechazo, ha de plantearse, en no pocas ocasiones, en el contexto de los tratamientos forzosos.

En lo que respecta a las Defensorías, con independencia de que esta modalidad de atención incide frontalmente en el ámbito de los derechos relativos a la personalidad y dignidad de los enfermos mentales (aspecto que por sí solo justificaría nuestra atención), lo cierto es que en la práctica cotidiana de las quejas que ordinariamente nos dirigen los familiares de estos enfermos, no resulta extraño que por estos, en algunos casos en los que suele estar presente un enfermo de un determinado perfil, se nos traiga a colación la procedencia de este tipo de tratamiento como solución más adecuada frente a los reiterados fracasos de las intervenciones precedentes.

Debemos tener en cuenta que el colectivo de personas con enfermedad mental está integrado no solo por aquellas consideradas habitualmente como personas con enfermedad mental (personas que padecen esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, trastorno paranoide, trastornos de carácter psicopático, etc.), sino también aquellas otras que padecen demencia senil u otro tipo de enfermedades degenerativas tipo Alzheimer, u otro tipo de trastornos como los alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia), las adicciones (alcohol, drogas), o trastornos mentales de origen orgánico (encefalitis, meningitis, entre otras).

El perfil de los enfermos objeto de este análisis, y por tanto, susceptibles de tratamientos de esta naturaleza, ya sea en el seno de los establecimientos psiquiátricos (mediando ingreso, voluntario o no), en el de establecimientos sanitarios ordinarios, en el domicilio o en cualquier otro lugar adecuado, para el caso de tratamientos ambulatorios involuntarios, admite diferenciaciones según se trate de internamiento involuntario o tratamiento ambulatorio involuntario, más la doctrina suele sintetizarlo en las personas con trastorno mental severo, enfermos mentales con escaso o nulo reconocimiento de su enfermedad y enfermos mentales con reiterados fracasos terapéuticos (refractarios al tratamiento).

En las Jornadas de Coordinación a que nos referíamos anteriormente, estos tratamientos fueron objeto de un análisis monográfico, en el que se sentaron las siguientes reflexiones:

“1.^a Una primera reflexión nos lleva a poner de manifiesto el mayoritario consenso en los colectivos familiares y profesionales a favor de los tratamientos asertivos comunitarios frente a los tratamientos obligatorios de la enfermedad mental, con el objetivo de reeducar y evitar así el recurso inmediato a los tratamientos ambulatorios involuntarios.

Así pues, en línea con lo planteado por tales colectivos, antes de plantear la posibilidad de instauración de un tratamiento involuntario en este ámbito -lo que podría significar ampliar, aún más, el ámbito de restricción de los derechos de los enfermos-, deberían desplegarse todos los recursos comunitarios que la Ley General de Sanidad prevé, entre otras actuaciones más adecuadas a los derechos de los pacientes, en cuanto a los tratamientos involuntarios, y mediante la adopción de medidas menos restrictivas para el paciente, respetando su dignidad y demás derechos fundamentales.

Es preciso agotar las medidas alternativas menos restrictivas al tratamiento forzoso y coercitivo, utilizando adecuadamente todos los recursos disponibles para rehabilitar al enfermo en el ámbito ambulatorio y de la comunidad, como tratamientos multidisciplinarios, con programas individualizados de rehabilitación psicosocial, con una posible intervención consensuada del profesional con el paciente, con el intento de convencerle para que consienta éste el tratamiento, o como podría ser, también, la utilización de las voluntades anticipadas (instrucciones previas), estableciendo los mecanismos que hagan efectivos los derechos de los ciudadanos, incorporando aquellos aspectos técnicos o nuevas técnicas que sean favorables al despliegue de los procesos y protocolos de la buena actuación del momento, para que el trato sea respetuoso y puedan conjugarse los deberes de los profesionales de la salud, con los derechos de los enfermos en todos los actos asistenciales.

2.^a Frente a la mayoritaria tesis anterior, nos encontramos con postulaciones que se decantan en favor de una regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario, tesis que sostiene que esta opción dotaría al Sistema Sanitario de un instrumento con posibilidades de mejorar el control de algunos trastornos mentales graves.

Aún en este hipotético escenario cabe señalar que la normativa que se estableciera al respecto debería recoger con claridad que sólo sería aplicable a personas que, por su grave psicopatología, no tuvieran capacidad para decidir en un determinado momento sobre el cuidado de su salud mental.

El respeto a la dignidad del interesado requeriría que las acciones necesarias para la puesta en práctica quedaran limitadas al ámbito de lo sanitario en la medida de lo posible, debiendo considerarse el TAI como un último recurso, tras el esfuerzo de abordar con el enfermo los motivos de su negativa al tratamiento e intentar su consentimiento.

El paciente debe mantener íntegramente su derecho a estar permanentemente informado sobre todos los aspectos sanitarios que le conciernan, incluyendo las alternativas en caso de incumplimiento. Tanto previamente como durante el desarrollo de la medida, el psiquiatra tendría que informar e intentar educar incesantemente al paciente sobre su enfermedad y procurar una alianza terapéutica con él.

Debería ser aplicable cuantas veces fuera necesario y durante el tiempo que se precisara, mediante las adecuadas cautelas, incluyendo la autorización judicial, renovable cada tres meses previo informe del Facultativo.

Para una correcta aplicación de la medida, deberían fijarse por las Administraciones Sanitarias y las Sociedades Científicas los criterios clínicos mínimos para una buena práctica clínica, los cuales habrían de ser aplicables al caso concreto de que se tratara y ser argumentados en la propuesta a la autoridad judicial.

Por último, en este supuesto resultaría determinante que la legislación fijara las consecuencias para el incumplimiento, debiendo preverse medidas alternativas para el caso de que el paciente no acuda a tratamiento. Aunque representa un riesgo de judicialización excesiva del tratamiento psiquiátrico, sería lógico que se establecieran a priori planes de actuación para el caso de que el paciente rechace acudir a tratamiento, con criterios de intervención e ingreso explícitos; y que se dictara una Instrucción de la Fiscalía General del Estado instando a que los miembros del Ministerio Público soliciten las medidas que sean pertinentes en casos de enfermos severos refractarios al tratamiento.

En todo caso, esta modalidad de intervención exigiría un abordaje integral del enfermo, incluyendo no sólo tratamiento terapéutico-psicofarmacológico, sino también medidas de rehabilitación psicosocial, todo lo cual debería contenerse explícitamente en la propuesta a la autoridad judicial, al objeto de conocer mejor las características del enfermo y de su patología, sus necesidades terapéuticas y la eficacia esperable del tratamiento, toda vez que las necesidades de las personas tributarias de estos tratamientos no se limitan a la mera administración de un tratamiento farmacológico o psicoterápico, sino que abarcan otros problemas y discapacidades.

3.^a Con independencia del posicionamiento a favor o en contra de la regulación expresa de los tratamientos ambulatorios involuntarios o de la interpretación que quepa hacer sobre la extensión a este ámbito de la regulación establecida respecto a los tratamientos hospitalarios (y de si en este último supuesto resulta implícita la autorización para el tratamiento ambulatorio forzoso), sería necesario unificar los criterios de intervención aplicables a los internamientos involuntarios psiquiátricos.

La práctica cotidiana refleja la dramática situación que padecen las familias durante su intervención en las situaciones de crisis del enfermo, desde el momento del conocimiento del proceso agudo de la enfermedad mental hasta la ejecución de un ingreso psiquiátrico, pasando por la decisión del internamiento, el auxilio policial, el transporte sanitario, etc. (...).

4.^a Las posibilidades que el ordenamiento ofrece en relación a las Instrucciones Previas o Anticipadas deben ser aprovechadas en estos especiales y difíciles supuestos, dado que permiten a las personas con trastornos mentales señalar qué cosas consideran aceptables en relación a su asistencia y cuáles no para aquellos períodos en que se encuentran en condiciones que nos les permiten adoptar decisiones informadas. También pueden establecer quien debe adoptar decisiones en su nombre cuando se encuentren en dichas situaciones. Potenciar dicha medida, facilitando su conocimiento entre la ciudadanía, puede solucionar algunos problemas que se plantean en situaciones de descompensación mental.

5.^a Con idéntico objetivo, debe promoverse la adecuada utilización de instituto jurídico de la incapacitación, sin que con ello se quiera decir que el carácter grave y crónico que acompaña a buena parte de los perfiles de estos enfermos, sean por sí mismo determinantes de una incapacitación judicial. Incluso siendo procedente la misma, cabe la posibilidad (recomendable), de que dada la posibilidad de su graduación, circunscribir sus efectos a aquellos estrictos términos que demande la medida de apoyo asistencial.

6.^a El tratamiento ambulatorio involuntario evidencia la necesidad de mayores recursos y de un cambio del paradigma asistencial priorizando los casos más graves. Una norma, por excelsa que sea, sin adecuado

soporte material para su aplicación resulta inefectiva. Por tanto, la regulación de los tratamientos ambulatorios involuntarios, debe ir acompañada de una red asistencial suficiente que haga posible su efectiva aplicación.

Dada la saturación existente en muchos dispositivos de Salud Mental, antes de proponer un tratamiento involuntario a la instancia judicial, los servicios de Psiquiatría deberían valorar concienzudamente la adecuación de los medios disponibles y el grado de posible detrimento que la medida pudiera implicar para el resto de la actividad asistencial.

Es muy posible que ese número pudiera llegar a ser claramente menor si los actuales Servicios de Salud Mental Comunitarios contaran con más medios materiales y humanos, lo que permitiría estar mejor coordinados con los Centros Hospitalarios de referencia y dedicar más tiempo, por un lado, a optimizar el estado de los pacientes recién salidos del Hospital por otro, a intentar hacerse con la voluntad de los enfermos que, llevados por sus familias, se muestran reacios a tratarse, pudiéndoles ofrecer medios más amplios que los meramente psicofarmacológicos. Un aumento de camas hospitalarias de media estancia permitiría también disminuir la actual presión para dar el alta a pacientes en situación de impregnación psicofarmacológica (con dosis todavía no ajustadas y, como consecuencia, con efectos secundarios al menos desagradables) y de respuesta todavía parcial del cuadro psicopatológico (sin que haya sido posible evaluar a fondo el efecto del tratamiento), asociación de factores que sin duda propicia el abandono posterior del tratamiento.

En conclusión, el incremento de los escasos recursos actualmente dedicados a Salud Mental probablemente haría innecesario el TAI en muchos casos. Por otra parte, el desarrollo reglamentario que defina la configuración y funcionamiento de tal dispositivo asistencial no sólo no eximiría a la Administración de ese incremento, sino que haría insoslayable la dedicación de medios específicos para su realización, su coordinación y la atribución de responsabilidades.

Finalmente, una optimización de medios y un adecuado control de casos, requeriría que las diferentes Administraciones competentes en materia sanitaria asumieran el funcionamiento de órganos de seguimiento de esta medida (...).

La propuesta de ampliar la regulación de la hospitalización involuntaria al tratamiento ambulatorio en la asistencia de la salud mental se viene proponiendo desde distintos sectores profesionales y de la ciudadanía, como una medida que pudiera mejorar la atención a un grupo indeterminado, pero minoritario, de personas afectadas por trastornos mentales graves. Se trata de enfermos que presentan severas dificultades en distintos aspectos de su funcionamiento personal y social, en ocasiones con conductas socialmente disruptivas y que plantean graves problemas de atención y seguimiento en los contextos habituales de los servicios de salud mental, con hospitalizaciones reiteradas, sobrecarga familiar y frecuentes complicaciones e incidencias en el ámbito judicial.

Esta cuestión viene siendo objeto de encontrados debates, similares a los habidos en distintos países de nuestro entorno en los que se ha pretendido regular o bien se ha regulado algún procedimiento de esta naturaleza, si bien la situación internacional sobre este extremo es diversa. De hecho solo algunos países han establecido procedimientos de atención ambulatoria involuntaria y sus modalidades de actuación difieren sustancialmente (objetivos, requisitos e intervenciones).

En nuestro país, como es bien conocido, se han planteado dos iniciativas de regulación legal en este sentido, que a la postre no obtuvieron el consenso necesario en sus respectivos trámites parlamentarios,

en el que se habilitaron un amplio trámite de audiencia a los distintos sectores relacionados y con interés en la materia.

Así, nos encontramos con posiciones contradictorias en el ámbito profesional (en concreto una de las asociaciones –La Asociación Española de Neuropsiquiatría– está claramente en contra) y en los últimos años se ha producido un cambio de postulación en la principal asociación de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES), con una postura crítica al respecto, coincidente con la de los movimientos de usuarios y usuarias de los servicios de salud mental, que en todo momento se han mostrado en contra de una regulación en este sentido.

En el ámbito de los profesionales de la salud su planteamiento conlleva controversias, si bien puede afirmarse que las sociedades científicas se posicionan firmemente en contra de una regulación normativa por varias razones, de las que destacan la relativa al incremento de la estigmatización de las personas con trastornos mentales a la vez que la judicialización de un proceso de clara connotación sanitaria y social.

Las controversias tienen que ver lógicamente con distintas valoraciones de la importancia relativa de los distintos de valores de referencia (justicia, equidad, autonomía, integración, responsabilidad, etc.) y derechos básicos (salud, libertad y seguridad) y de las funciones, modelos y características de la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales, pero también de la eficacia real y las repercusiones de esta modalidad de intervención. Y ello no solo en un terreno general, más o menos teórico en el que a veces se plantea, sino en la concreta realidad de nuestro país y sus distintos servicios de salud autonómicos.

Los defensores de esta modalidad de intervención (recientemente traída a colación tras la sentencia del Tribunal Constitucional declarando la necesidad de la regulación de la hospitalización involuntaria mediante una regulación específica mediante ley orgánica), ponen énfasis en la necesidad de mejorar la atención a un grupo limitado de pacientes (aunque no perfectamente definido), mediante un procedimiento que facilitaría un apoyo legal y del poder coercitivo público a los profesionales para garantizar la toma de medicación y el seguimiento periódico, sin necesidad de hospitalización. Desde este posicionamiento se sostienen que se trataría de un procedimiento menos coactivo que este, que podría suponer una mejora en la adherencia al tratamiento y con ello la evolución de una minoría de enfermos mentales con especiales dificultades de atención”.

Las consideraciones expuestas a lo largo del presente análisis lleva al conjunto de las Defensorías, del Estado y Autonómicas, a concluir lo siguiente:

PRIMERO. Las actuales tendencias en la atención a las personas con trastornos mentales graves, desde las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud, consensos profesionales y declaraciones de los movimientos asociativos de familiares y enfermos, ponen especial énfasis en los objetivos de recuperación y ciudadanía, procedimientos de atención sanitaria y social, integrados y sostenidos en el tiempo, basados en la alianza terapéutica, la coordinación intersectorial centrada en la persona y modelos de atención intensiva o asertiva. En suma, procedimientos que pretenden mantener a las personas en la comunidad a la vez que disminuir el efecto estigma y la discriminación, reduciendo la intervención legal y coercitiva al mínimo estrictamente indispensable.

SEGUNDO. En lo que a los tratamientos ambulatorios involuntarios se refiere, teniendo en cuenta la información científica disponible hasta el momento (en relación a los efectos de los distintos procedimientos

coercitivos –desde la influencia, presiones y negociaciones hasta la obligatoriedad de la hospitalización, la restricción de movimientos o la administración forzada de medicamentos–, sobre la adherencia y el usos de servicios posteriores), así como los resultados de la evaluación específica de estos tratamientos, estos avalan el modelo referido.

A este respecto, las conclusiones del exhaustivo informe de la Colaboración Cochrane muestran, a partir de los dos únicos estudios internacionales basados en rigurosos estándares de evaluación (grupo de control y distribución aleatoria), que los tratamientos ambulatorios involuntarios pueden mejorar débilmente algunos parámetros de personas con trastornos psicóticos si se hacen con procedimientos asertivos o intensivos de atención, sin que en estas modalidades de intervención juegue un papel determinante el establecimiento o no de la obligación legal. Es decir, el factor de éxito o fracaso en la intervención pivota más en la intensidad de la atención que en el establecimiento que en la coerción legal se establezca.

TERCERO. En nuestro actual nivel de desarrollo de los recursos sanitarios –salud mental– y socio sanitarios, la atención a las personas con graves trastornos mentales pasa por mejorar la dotación y funcionamiento de ambos dispositivos, asegurando en todas y cada una de las Comunidades Autónomas sistemas comunitarios de atención, sobre la base de equipos multidisciplinarios suficientemente dotados, cercanos y accesibles a la población, con procedimientos asertivos y disponibilidad de intervenciones biológicas, psicológicas y sociales.

Sin esta base, la ampliación del ámbito de la involuntariedad más allá de la hospitalización supondría dar una respuesta inadecuada e insuficiente, limitada a un tratamiento farmacológico no siempre efectivo, que obliga a implicar a las fuerzas de seguridad en relación inversa con la disponibilidad de equipos de intervención intensiva comunitaria, y ello, además, con graves riesgos no deseados, en términos de estigma social, confusión de competencias sanitarias, sociales y judiciales, sin excluir la posibilidad de un efecto desincentivador de la buena práctica profesional al distorsionar la necesaria alianza terapéutica, imprescindible en el abordaje prolongado de la patología de estos enfermos.

En *CONCLUSIÓN:* en la situación actual, persisten las razonables dudas sobre la oportunidad de ampliar el ámbito de involuntariedad a los tratamientos ambulatorios, lo que nos lleva a reafirmarnos en favor de las medidas que hasta el momento vienen demostrando su eficacia, que no son otras que la mejora de la estructura, dotación y funcionamiento de los servicios sanitarios y socio sanitarios, con modelos comunitarios y asertivos de atención, restringiendo la hospitalización para los casos extremos”.

10.3 LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Uno de los aspectos más controvertidos en la práctica de la asistencia psiquiátrica es la relativa a la denominada “intervención en crisis”, expresión con la que se viene a describir el complejo proceso de abordaje de un enfermo mental que debuta, en un determinado momento y en cualquier lugar ajeno a los dispositivos sanitarios (domicilio, calle, etc.), en una crisis psicótica que demanda una inmediata atención asistencial por parte de los dispositivos de salud mental, que en la práctica generalizada requiere la ayuda de las fuerzas y cuerpos de seguridad (policía nacional, guardia civil o policía local).

Este aspecto ha estado presente en numerosas quejas individuales y colectivas (del movimiento asociativo), en las que viene a describirnos el drama que rodea estos hechos, en los que la actuación policial conlleva una fuerte estigmatización del enfermo mental que se traduce en una visión global del enfermo mental como un delincuente.

A lo anterior cabe añadir que la complejidad de estos casos involucra, aparte de la familia, a múltiples agentes como son los dispositivos de atención primaria, urgencias, salud mental, 061, fuerzas de orden público, instancias judiciales, etc., lo que supone un esfuerzo de coordinación entre los diferentes niveles, que exceden de lo puramente asistencial, y que cada uno de ellos tienen marcos de referencia y guías de actuación distintas, careciéndose de un mecanismo claro, único, ágil y consensuado que protocolice de manera eficaz el ejercicio de los distintos ámbitos competenciales. Esto ocasiona retrasos injustificados en la atención, intervenciones basadas en el voluntarismo, el riesgo de estigmatización del paciente y la familia, descoordinación de las actuaciones y sobre todo sentimientos de desprotección del afectado y de la familia.

Por ello se viene destacando por los distintos profesionales la importancia de dotarse de protocolos escritos de las prácticas y actuaciones terapéuticas que garanticen la aplicación de medidas consensuadas y basadas en la evidencia. Por todo ello se considera prioritario el desarrollo de guías clínicas y protocolos relacionados con la atención urgente en el entorno hospitalario y comunitario y la homogeneización de los procedimientos establecidos para la aplicación de las diversas medidas restrictivas necesarias y del pleno respeto de los derechos de los enfermos mentales en tales supuestos de excepcionalidad y necesidad.

Por la Administración sanitaria se ha expuesto en reiteradas ocasiones la dificultad e inconveniencia de crear, en el contexto de los dispositivos de salud mental, de unidades específicas para asumir esta concreta atención, desde la que prestar *in situ* ante la repentina crisis psicótica, hasta su traslado a los dispositivos ordinarios de salud mental.

Buen ejemplo de la problemática que rodea esta cuestión nos la ha planteado en diversas ocasiones el movimiento asociativo de familiares AFESOL en la Queja 04/3033 en la que un supuesto de abordaje de un enfermo mental en brote sicótico fue objeto de reducción por parte de miembros de las fuerzas policiales, hecho que exponían de la siguiente manera:

“Por norma los ingresos forzados requieren la presencia de fuerzas de seguridad en apoyo del equipo médico ¿es posible que todavía no contemos con los dispositivos de atención en crisis previstos hace 20 años? Por la eterna estrechez de presupuestos o falta de interés no se cuenta con personal especializado, es decir, los ya mencionados *dispositivos de atención en crisis*. (...). De este modo, este tipo de ingreso es de por sí humillante ya que el afectado, tras vencer su resistencia de manera violenta, es llevado esposado en presencia de todos los curiosos del vecindario (...). Es necesario que se adopten medidas ya, que los dispositivos sean una realidad”.

Frente a este planteamiento el SAS rechaza rotundamente la creación de estos dispositivos al afirmar en el referido expediente de queja que:

“1. la atención urgente y, en su caso, la indicación y traslado de los pacientes mentales a un centro hospitalario, se realiza de forma protocolaria conforme a lo dispuesto en la Resolución de la Dirección-Gerencia del SAS 261/2002, de 26 de diciembre, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

2. La intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado se lleva a cabo siempre por indicación facultativa, cuando se ha valorado un claro riesgo de auto o heteroagresividad.

3. Los “Dispositivos de atención en crisis específicos para el traslado de pacientes mentales supondrían una red de atención paralela, e incrementarían el riesgo de estigmatización de dichos pacientes”.

Desde un principio, el SAS dictó la Resolución 19/1990, de 18 de abril, para posteriormente ser objeto de nueva regulación por Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos en la que se viene a establecer, en su apartado décimo, lo siguiente:

“1. La urgencia de salud mental detectada y demandada, ya sea por el propio paciente, familia, servicio social, Fuerzas de Seguridad u otras instituciones, será atendida por los canales propios de cada urgencia sanitaria.

2. A tal fin, el primer nivel de atención a esta urgencia corresponderá a los dispositivos de atención primaria, bien a través de los Equipos Básicos de Salud donde estén constituidos, o en su defecto por los Médicos Generales de Zona.

3. En horarios no cubiertos por esos recursos, la atenderán los servicios normales o especiales de urgencias o los establecidos a tal fin en la Zona Básica correspondiente.

4. Cuando la urgencia sea atendida por parte de los facultativos de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU), tras la recepción de la llamada, y ante la certeza de lesiones vitales por autoagresión, se activarán en áreas con cobertura 061 a los Equipos de Emergencias Sanitarias que, tras la estabilización hemodinámica o respiratoria, monitorizarán y aplicarán medidas de soporte vital durante el traslado.

5. En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Equipos de Salud Mental.

Cuando la capacidad de respuesta de este primer nivel se vea desbordada por la propia urgencia, el facultativo que la atiende podrá solicitar (telefónicamente) el apoyo de:

1. El Equipo de Salud Mental del Distrito correspondiente. Con su asesoría, y tras la valoración del caso, el facultativo podrá tomar alguna de las siguientes medidas: a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Equipo de Salud Mental y, en su caso, derivar posteriormente al paciente al dispositivo adecuado; b) Trasladar al paciente a la sede del Equipo de Salud Mental; c) Trasladar al paciente al Hospital General del Área de referencia (previo contacto telefónico con la Unidad Hospitalaria por parte del Equipo de Salud Mental); d) Eventualmente, y para colaborar en la atención a la urgencia, el Equipo de Salud Mental podrá desplazar a algunos de sus miembros al lugar donde se encuentre el paciente.

2. Fuera del horario del Equipo de Salud Mental, podrá solicitar el apoyo del Servicio de Urgencia especializado ubicado en el Hospital General del Área de referencia. Con su asesoría y tras la valoración de urgencia, el facultativo tomará alguna de las siguientes medidas: a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Servicio de Urgencia especializado y, en su caso, derivar posteriormente el paciente al dispositivo adecuado (...).”

Por último, esta Institución, como consecuencia de que esta problemática se venía planteando en un número significativo de casos respecto a la capital de Sevilla, elaboró conjuntamente con otras instancias administrativas (SAS, FAISEM, Ayuntamiento de Sevilla, Poder Judicial, etc.) la “Guía de intervención en

procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos”(2009), guía a la que nos referiremos en un apartado final de este informe, en la que se acordaron, entre otras, las siguientes pautas:

“Ingresos urgentes.

El internamiento en Unidad Hospitalaria de Salud se realizará exclusivamente por criterio facultativo, sin necesidad de intervención judicial previa, en situaciones de brote agudo y con riesgo grave para la persona y/o bienes.

La medida se llevará a efecto utilizando el dispositivo sanitario habilitado al efecto, con auxilio de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad si fuese necesario (...).

Supuestos de urgencia inmediata.

De forma excepcional, en los casos en que sea imprescindible la entrada inmediata en el domicilio de la persona para llevar a efecto un ingreso urgente e inmediato, que no puede esperar al ser una situación extrema, o para una actuación de protección que no puede retrasarse por suponer un grave y claro peligro para la propia persona con discapacidad, para otras personas y/o bienes, no será necesaria autorización judicial previa.

Cualquier persona, en el supuesto anterior, incluidas las Fuerzas de Seguridad del Estado, Bomberos y Servicios médicos-sociales se encuentra legitimada para realizar de forma excepcional esta entrada.

Cuando la situación de extrema urgencia lo permita, el dispositivo se activará de forma previa a la entrada, con llamada al teléfono de urgencias o al CECOP, requerirá la presencia física de los servicios médicos, y se podrá recabar el auxilio de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de los Bomberos, si fuera necesario.

Se solicitará, con carácter previo, la autorización para la entrada en el domicilio al Juzgado Civil-Familia, del lugar de residencia de la persona con discapacidad. Asimismo se deberá acompañar a la solicitud de toda la documentación que se posea sobre la persona afectada (información médica, informe social, información testifical de familiares, vecinos, denuncias, etc.).

Una vez obtenida la correspondiente autorización judicial, se podrá solicitar el auxilio de las fuerzas o cuerpos de seguridad, servicios sanitarios y, en su caso, de los bomberos con el fin de entrar en la vivienda”.

Hay que señalar que, en la práctica, los distintos dispositivos a que nos referimos se han venido dotando de “Protocolos” de actuación que clarifican y estandarizan las distintas actuaciones, como son los relativos al: protocolo para pacientes con riesgo de suicidio o autolesión; para pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad, o comportamientos antisocial; protocolo para la aplicación de medidas restrictivas, etc.

10.4 INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO

Cada vez son más los supuestos en los que una persona debe ser ingresada en contra o sin su voluntad, al no estar en condiciones de decidirlo por ellas mismas, esencialmente en supuestos de personas que sufren graves trastornos mentales, así como mayores con algún tipo de demencia, y cada vez más en casos de menores con trastorno grave de conducta.

Hay que comenzar recordando que el ingreso involuntario no tiene que suponer que la persona a la que afecte esté judicialmente incapacitada ni que tenga que estarlo en un futuro más o menos lejano.

Nos encontramos con una situación que afecta a un derecho fundamental, a la libertad, garantizado en el artículo 17 de la Constitución. Por tanto cualquier internamiento debe contar con el consentimiento expreso del afectado o bien contar con autorización judicial.

Por otro lado el derecho a la libertad personal y a la seguridad personales viene reconocido en el artículo 9.1 del Pacto Internacional de los derechos civiles y políticos de 1966, con la consiguiente garantía de legalidad en su restricción, cuestión que ha sido interpretada por el Comité de Derechos Humanos de la ONU, cuyas resoluciones sobre el alcance del derecho, al declararlo aplicable a todas la formas de privación de libertad, incluidas las que traen causa de enfermedades mentales.

El ingreso involuntario debe estar presidido por el principio de proporcionalidad (STC de 8.6.92), y en él se produce la colisión entre el derecho a la salud y el derecho a la libertad. Esta materia ya aparece consagrada en el Convenio Europeo para Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (art. 5.1 e), al establecer y reconocer el derecho a la libertad, exige que los supuestos de privación de libertad sólo podrán ser acordados con arreglo a procedimiento establecido en la ley y se refiere expresamente al “*enajenado*”.

En base a dicho Convenio, la jurisprudencia del citado Tribunal establece tres condiciones mínimas para el internamiento involuntario: a) haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real; b) que ésta revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento; y c) dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y en consecuencia debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo (Sentencia de 24 de octubre de 1979, caso Winterwerp).

En el mismo sentido la STC 104/1990, al disponer *“Para privar al enajenado de su libertad, según la doctrina consolidada del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, debe establecerse judicialmente que el afectado padece una perturbación mental real, comprobada médicamente de forma objetiva, y que esa perturbación presenta un carácter o magnitud que justifique ese internamiento, por no poder vivir esa persona libremente en sociedad. Además ese internamiento no puede prolongarse lícitamente sino en la medida en que persista esa situación de perturbación que le impida la vida en libertad.”*

En cuanto al procedimiento, habrá de sustanciarse por la norma prevista en el artículo 763 LEC. En todos los ingresos involuntarios rige el principio de contradicción, con posibilidad de oposición, y del beneficio e interés del paciente. Así cuando el facultativo considere que debe darse el alta así lo hará, poniéndolo en conocimiento del tribunal.

La necesidad del control y seguimiento judicial ha sido valorada muy recientemente en la STC de 2 de julio de 2012 (Sentencia núm. 141/2012, BOE de 30 de julio de 2012), postulándose en defensa del derecho a la libertad del ingresado involuntariamente. Otorga el amparo y recalca la necesidad de cumplir con todas las exigencias del artículo 763 LEC, tanto en el fondo como en la forma.

Comienza la Sentencia por señalar los requisitos generales:

“a) Se configura como presupuesto objetivo de la medida la existencia en la persona de un trastorno psíquico, al que viene a sumarse la circunstancia de la «urgencia» o necesidad inmediata de la intervención médica para su protección;... sin que en ningún caso puedan considerarse como expresión de trastorno o enfermedad mental la discrepancia del afectado con los valores sociales, culturales, políticos o religiosos imperantes en la comunidad.

b) La procedencia de la medida y su completa duración, deben satisfacer en cada caso concreto los requisitos de necesidad y proporcionalidad.”

Continúa indicando las exigencias de la fase médica de la medida, cuando se adopta de manera urgente e inmediata:

“5. La fase extrajudicial del internamiento urgente se encuentra determinada en su validez por el cumplimiento de cuatro exigencias básicas derivadas del respeto al derecho fundamental a la libertad personal (art. 17 CE), cuales son:

a) Existencia de un informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato: si bien el responsable del centro médico está facultado para tomar ab initio la decisión de internar a la persona, es evidente que esto se condiciona al hecho de que consten acreditadas en ese momento y tras su reconocimiento, la necesidad y proporcionalidad de la medida, de la que ha de informarse al interesado hasta donde le sea comprensible, debiendo quedar plasmado por escrito el juicio médico para su posterior control por la autoridad judicial.

b) Información al afectado o su representante acerca del internamiento y sus causas: resulta evidente que nadie puede ser privado de libertad sin conocer los motivos que lo determinan, como proclama el artículo 17.2 CE para la detención.

c) Obligación del centro de comunicar al Juez competente el internamiento y los motivos que lo justificaron, en el plazo de 24 horas: la imposición de un límite temporal ha de venir impuesto por la norma legal de desarrollo, en este caso el ya citado artículo 763 LEC, donde se señala que «el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida»”.

Continúa señalando que estas 24 horas son desde el momento material del ingreso y si hay exceso de plazo se puede acudir al procedimiento de Habeas Hábeas.

La sentencia es exigente con el cumplimiento de los plazos y garantías legales:

“Como garantías propias de esta fase del procedimiento, coherentes directamente con el derecho fundamental a la libertad (art. 17.1 CE), aparecen las siguientes:

a) El Juez ha de informar al interno o a su representante acerca de su situación material y procesal, lo que implica a su vez el derecho del afectado (o su representante en su nombre) a ser oído personalmente dentro del procedimiento.

Además y conforme recoge expresamente el artículo 763.3 LEC, el privado de libertad también será informado de su derecho a contar con Abogado y Procurador en este trámite y de su derecho a la práctica de pruebas.

b) En el plano probatorio, además de efectuar el examen directo del interno en el centro, el Juez proveerá a la práctica del reconocimiento pericial por un médico designado por él.

c) Sin duda una de las principales garantías de este marco regulador del internamiento urgente lo constituye el límite temporal del que dispone el Juez para resolver, inédito hasta la aprobación de la LEC 1/2000. La base constitucional de dicho plazo, al tratarse de una privación de libertad judicial, no reside en el artículo 17.2 CE, sino el artículo 17.1 CE, como tenemos ya dicho (SSTC 37/1996, de 11 de marzo, FJ 4; 180/2011, de 21 de noviembre, FJ 2). El plazo ha de considerarse improrrogable...”.

Otro aspecto íntimamente relacionado con la involuntariedad en este ámbito es el relativo a la *contención o sujeción mecánica* de las personas con trastornos mentales (también extensible a otras patologías y a otros dispositivos sanitarios y sociosanitarios) sobre el que se ha editado un “*Protocolo de contención mecánica*”(SAS/EASP, 2010) en el que se recogen con detalle los aspectos legales, indicaciones y medidas preventivas, instauración y supresión, cuidados (acompañamiento familiar) y registro.

A este respecto cabe destacar que en el documento “*Derechos Humanos y Salud Mental*”(“*Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las personas con Discapacidad*”(Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012) se expone cómo con relación a los ingresos involuntarios y a la contención mecánica, pueden ser transgredidos en la práctica clínica más habitualmente de lo deseable, motivo por el cual se proponen una serie de medidas:

a) Medidas sobre ingreso involuntario

– Revisar la resolución del Servicio Andaluz de Salud de 2002 sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos (según Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y Ley de Autonomía del Paciente) y asegurar su aplicación. Todas las actuaciones deben estar reflejadas por escrito y firmadas por el/la facultativo/a de referencia.

– Facilitar, con prontitud, feedback a los profesionales y a los representantes de pacientes y familiares.

– Creación de una comisión conjunta con la Administración de Justicia que revise la situación actual e inste a jueces a revisar los ingresos involuntarios desde la perspectiva CDPD.

– Teléfono para asistencia a pacientes que hagan consultas en relación a sus derechos en los Ingresos.

– Disposición de un abogado de oficio a los pacientes con ingreso involuntario.

b) Medidas sobre aislamiento y contención mecánica

– Facilitar, con prontitud, feedback a los profesionales y a los representantes de pacientes y familiares (p.e. auditorías sobre contención mecánica realizadas en 2010 por el Servicio de Inspección Médica de la Consejería de Salud).

– Protocolizar que cualquier medida de aislamiento tenga registro en Historia Clínica y que se obligado argumentar su decisión.

10.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los distintos instrumentos internacionales sobre tutela de los Derechos Humanos, entre los cuales cabe destacar Los Principios de Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la ONU (17 de diciembre de 1991) se refiere al consentimiento informado en los siguientes términos:

“El consentimiento obtenido libremente sin amenazas o persuasión indebida, después de proporcionarle al paciente la información adecuada y comprensible, en una forma y lenguaje que éste entienda, acerca de:

a) Diagnóstico y su evolución.

b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener en el tratamiento propuesto.

c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidos los métodos menos alteradores posibles.

d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto”.

También señala el mencionado Principio que *“no se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar el consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado”.*

En España, el artículo 10 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, recoge el derecho del paciente a dar su consentimiento, derecho que es objeto de concreción en el artículo 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que se define como *«la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud»*. Consecuentemente, la validez del consentimiento exige la existencia en el paciente de capacidad de comprensión y libertad para elegir, la existencia de información suficiente y necesaria para que tome su decisión y la expresión verbal (con constancia escrita en la historia clínica) o por escrito de dicha decisión. La información previa a dar el consentimiento puede proporcionarse verbalmente, pero en determinadas circunstancias, cuantos más riesgos conlleve la intervención, o los resultados sean más inciertos, mayor necesidad existe que esta sea más personalizada, extensa y precisa, cuya constancia ha de acreditarse por escrito. Para garantizar el cumplimiento de este derecho, la citada Ley 41/2002 dispone la figura del médico responsable del paciente, definido como *«el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, ...»*.

Mediante Orden de 8 de julio de 2009, se dictan instrucciones a los Centros del SSPA, disponiendo respecto al procedimiento lo siguiente:

“Antes de realizar una actuación o intervención en el ámbito de la sanidad es preciso obtener el consentimiento libre, voluntario e informado de las personas que vayan a recibirla.

No puede haber actividad sanitaria que no vaya precedida de un proceso de información y consentimiento, salvo en los supuestos excepcionales reconocidos en la legislación vigente.

Al ser el consentimiento informado un proceso comunicativo y participativo de carácter verbal, que se realiza en el seno de la relación profesional-paciente, siempre debe dejarse constancia escrita de los aspectos fundamentales de este proceso de información en la Historia Clínica, como se hace con todos los demás aspectos de la actividad asistencial.

La cantidad de información proporcionada a la persona paciente o usuaria del sistema sanitario debe ser la adecuada a sus necesidades y nivel de comprensión, de tal forma que pueda decidir libremente. Esto exige del personal sanitario una actitud activa de exploración expresa de dichas necesidades en el contexto de la relación sanitaria.

La oferta explícita de información, abarcará, como mínimo, aspectos relacionados con las circunstancias de la indicación, la manera en que se realizará el procedimiento, los beneficios esperados y los riesgos en función de las características específicas de la persona, del estado actual del conocimiento científico y del centro donde se va a realizar la intervención. También será informado de los riesgos derivados de la no realización del procedimiento así como de las alternativas que en su caso existieran.

La información debe comunicarse a la persona interesada de forma comprensible, evitando en lo posible el uso de tecnicismos, de tal forma que, sin menoscabar la veracidad científica, se optimice al mismo tiempo la comunicación efectiva (...)

La persona que vaya a ser atendida es el titular del derecho a la información y la única reconocida para otorgar, de forma voluntaria, su consentimiento a la intervención propuesta. Cuando esta persona no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del profesional sanitario responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, se otorgará el consentimiento por representación. No obstante, el personal sanitario podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas necesarias e indispensables a favor de la salud de las personas, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley, o cuando exista un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica de la propia persona (...).

En cualquier caso, la persona paciente o usuaria del sistema sanitario, deberá ser siempre informada de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y participará en el proceso de toma de decisiones en la medida de sus posibilidades.

También tendrá derecho a revocar el consentimiento otorgado (...).”

La circunstancia de que en el ámbito de los trastornos mentales se den supuestos de enfermos que carecen de la suficiente capacidad, y por tanto, con idéntico impedimento para informarle y recabar su voluntariedad, será necesario el consentimiento de la representante legal, que en los casos de los menores de edad, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión (si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión).

Corresponde al Psiquiatra tratante valorar el grado de capacidad del paciente para adoptar o no sus propias decisiones, es decir, para ser o no capaz de participar en el proceso del consentimiento informado.

A este respecto cabe añadir que el SAS tiene emitido distintos formularios relativos al consentimiento informado, entre los que se encuentra el relativo a la terapia electroconvulsiva (que se realiza en quirófano bajo anestesia general), debiendo tenerse en cuenta que también deberá recabarse el consentimiento informado en los casos de administración de determinados fármacos, así como la inclusión en protocolos de investigación.

Pues bien, frente a la rotundidad de este planteamiento legal del consentimiento informado, que la práctica clínica cumple con rigurosidad con carácter general, cabe decir que quiebra cuando de pacientes con trastornos mentales significativos se refiere (depresión grave y trastorno mental grave), como lo ha puesto de manifiesto el documento “Derechos Humanos y Salud Mental (Consejería de salud y Bienestar Social, 2012) al afirmar

que este derecho “es transgredido habitualmente”, dado que *“en la atención a este colectivo se cuestiona con mucha más frecuencia que en la atención a otros pacientes la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su proceso de salud-enfermedad. Históricamente se ha tendido a identificar enfermedad mental con capacidad limitada, y enfermedad mental e incapacidad no deben ser entendidas como sinónimas.”*

En congruencia con este planteamiento, el documento se postula a favor de la adopción de medidas de apoyo al enfermo en la toma de decisiones o a través de los instrumentos de apoyo que anticipen su voluntad cuando la persona se halle en disposición de hacerlo, *“diseñando un formato de voluntades anticipadas en salud mental, en el marco del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), e incluirlo en la Historia Clínica”, así como asegurar la asignación de profesionales referentes y la participación activa de los pacientes en los planes de tratamiento (que no se asegura exclusivamente con la firma del Plan Individualizado de tratamiento por parte del paciente)”*.

10.6 COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Ya el Consejo Interterritorial del SNS se planteó la necesidad de elaborar un texto en el que se estableciera las líneas generales de un modelo de atención sociosanitaria, mandato que cristalizó en el documento denominado *“Bases para un modelo de atención sociosanitaria”*(2001), iniciativa que tras una década se materializa en el *“Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España”*(2011).

La atención integral de la salud y la mejora del bienestar es la base compartida por el Sistema Nacional de Salud y por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SNS y SAAD), y en este sentido, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, señala la importancia de los mecanismos de integración en la atención social y sanitaria y establece la garantía de la continuidad del servicio mediante la coordinación de las administraciones públicas que correspondan y define las prestaciones de atención sociosanitaria como *“el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*. Esta debe comprender, en cualquier caso: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Establece, asimismo que son las CCAA las encargadas de determinar los niveles de atención en el ámbito sanitario.

Las distintas estrategias establecidas para la atención de enfermedades, generalmente crónicas, que generan diversos grados de dependencia (EPOC, ICTUS, cuidados paliativos) señalan la importancia de la coordinación sociosanitaria para la atención integral de estos enfermos. Algunos de estos objetivos tienen que ver con el desarrollo de servicios sociosanitarios de calidad, diseño de circuitos de coordinación y atención entre el sistema sanitario y social, o el establecimiento de un sistema de coordinación con recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones.

La existencia de dos sistemas claramente diferenciados, el sanitario y el social, hace preciso el trabajo conjunto y complementario de ambos para una atención integral y de calidad cuando las necesidades de las personas se presentan de forma simultánea.

La atención sanitaria es un derecho social, subjetivo, universal reconocido en la legislación sanitaria que tiene, igualmente su traslación en la legislación de dependencia. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) ha elevado a la categoría de derecho la atención a la dependencia, contribuyendo, de manera decidida, a la equiparación de ambas modalidades de atención. No obstante y debido a la trayectoria y al diferente ritmo y fuentes de financiación de ambos sistemas, entre otros aspectos, estos responden a diferenciados patrones culturales que hacen prevalecer el carácter de derecho de la asistencia sanitaria y graciable o discrecional el social. Aún hoy se perciben por la ciudadanía y por los propios profesionales en diferentes niveles de reconocimiento, a pesar de la plena equiparación legal.

Andalucía ha desarrollado diversos planes, programas y proyectos donde se hace énfasis en la coordinación sociosanitaria, como son:

– El I Plan Integral de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía 2003-2006 (PAIPDA) es un plan de la Junta de Andalucía, de carácter horizontal, interdepartamental, plurianual, que abarcaba todas las áreas de la intervención administrativa relacionadas con las personas con discapacidad: salud, educación, empleo, servicios sociales, vivienda, accesibilidad a la comunicación, accesibilidad a la edificación, urbanismo, transportes, cultura, deportes, etc. Su ámbito de aplicación se extiende a todas las Consejerías de la Administración andaluza, siendo su objetivo fundamental la consecución de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

– El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 abogaba por un enfoque intersectorial e insta a avanzar hacia la cooperación y la corresponsabilidad de los diferentes sectores implicados en la identificación, formulación y seguimiento de las políticas y estrategias de salud debiéndose ser ésta la base para el consenso que guíe las acciones horizontales (Consejerías de Salud, Educación y Asuntos Sociales, Administraciones Locales, Organizaciones sociales, etc.) y verticales (Administración autonómica, provincial y municipal), resaltando que la coordinación entre estos sectores reforzará los efectos beneficiosos de las acciones en salud.

– El Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010 aunaba y coordinaba el esfuerzo estratégico de las Consejerías de Salud y para la Igualdad y Bienestar Social con el fin de seguir impulsando las medidas necesarias en el ámbito de las personas y familias afectadas del mal de Alzheimer. Todo ello bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad y accesibilidad, que son compartidos tanto por el Sistema Sanitario Público como por el Sistema de Servicios Sociales de Andalucía. Para el desarrollo del Plan, se estableció un convenio marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y la Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.

– Por último, el II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012 incorpora, de forma transversal, el principio de equidad, lo que supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades detectadas, en la protección de las personas más vulnerables. Igualmente plantea la importancia de la acción intersectorial, promoviendo en todo momento acciones que faciliten la cooperación con otros sectores, que juegan un papel en la promoción de la salud mental y en la atención y recuperación de las personas que padecen problemas de salud mental y sus familias (incluidas la inserción social y laboral).

Sin duda los perfiles que se integran en los trastornos mentales graves son los más tributarios de coordinación sociosanitaria para su abordaje, como hemos tenido ocasión de ver en el PAI del TMG y también con ocasión del tratamiento asertivo comunitario (TAC).

Del análisis que se deduce del Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria (2011), se desprende una tendencia generalizada y positiva a desarrollar fórmulas que promuevan la atención integral y la coordinación entre el sector sanitario y social, aunque los modelos que se han desplegado a nivel estatal y autonómico se centra más en el nivel “macro” de creación de genéricos objetivos y estructuras más o menos estables y efectivas, que en el nivel micro de la práctica, y ello con resultados muy dispares, en la medida que se hayan implementado.

A nivel estructural por ejemplo, destaca la creación de un único Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, situación en la que se encuentran siete Comunidades Autónomas en las que una única Consejería agrupa las funciones del sistema sanitario y social frente a las demás donde las competencias de ambos sistemas recaen en consejerías separadas, supuesto en el que se encuentra la Junta de Andalucía tras la última reestructuración de Consejerías, con la creación de la Consejería de Salud y Bienestar Social, a la que se vincula, entre otras las agencias Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la Agencia de Dependencia y Servicios Sociales de Andalucía.

El Libro Blanco viene a destacar cómo el desarrollo de planes específicos sociosanitarios se muestra más eficaz en los casos en los que las soluciones se han diseñado de manera conjunta y cuya implementación y reordenación de recursos se ha realizado sinérgicamente.

Respecto al ámbito organizativo, pocas Comunidades Autónomas han llevado a cabo una sectorización que facilite la coordinación sociosanitaria, como lo demuestra el hecho de que sólo en el 30% de estas existe similitud entre los mapas sanitario y social, lo que viene a representar una dificultad añadida a la hora de plantear planes de intervención coordinada sobre estructuras entre las que no existe correlación. Esta medida se ha considerado eficaz para evitar la fragmentación, y la duplicidad y mejorar la equidad en la planificación territorial de los servicios.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas se han creado estructuras formalizadas para fomentar la coordinación, si bien el éxito de su funcionamiento no radica, en la práctica, en la implicación de todos los agentes que participan en el proceso asistencial.

Por otro lado, la necesidad de contar con protocolos de derivación (consustancial a la existencia de mecanismos o estructura de coordinación), como en el caso de las patologías mentales implican la coordinación entre los niveles sanitarios (primaria, especializada-salud mental, etc.) y los dispositivos sociales (servicios sociales comunitarios –municipales–, servicios sociales especializados –autonómicos–) y otros estamentos (judicial, policial, fiscalía, etc.), tienen un distinto grado de desarrollo y efectividad, cuando no tienen un carácter informal.

Respecto a la perspectiva asistencial, todas las Autonomías han desarrollado “programas específicos” para enfermedades mentales, planes de cuidados paliativos, etc., especialmente en relación a planes o programas integrales en los que destaca la nota de cronicidad, lo que a la postre facilita la correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes y crónicas, que exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios. La atención primaria, los hospitales y los servicios sociales son interdependientes y por tanto es necesario buscar y compartir fórmulas coordinadas en la atención de los problemas de salud específicos. Para ello, los protocolos y procesos deben desarrollarse desde una visión amplia que contemple los recursos de los diferentes niveles, departamentos y sectores, con independencia de que estos estén vinculados a Administraciones diferentes, como suele suceder en buena

parte de los enfermos con trastornos mentales graves, en los que concurren circunstancias de dependencia y discapacidad que requieren la actuación sociosanitaria de las distintas administraciones territoriales.

El citado Libro Blanco pone especial énfasis, especialmente en relación a la enfermedad mental, sobre la necesidad de que la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios requiere la aplicación de criterios comunes que faciliten las intervenciones y, en lo posible, eviten solapamientos entre los servicios, desfases temporales en la secuencia de las intervenciones y duplicaciones innecesarias de los esfuerzos.

Finalmente el Libro Blanco se postula a favor de introducir la evaluación continua de las iniciativas de coordinación sociosanitaria implementadas, cuestión que debe abordarse como un elemento más del propio proceso, señalando que este aspecto es uno de los puntos débiles de las experiencias existentes. Para ello considera la necesidad de incorporar estándares de calidad referidos al diseño, equipamiento, dotación de recursos humanos y materiales, medidas que valoren el grado de efectividad y de satisfacción de los servicios en la atención al usuario.

Consecuencia de lo anterior, el Libro Blanco concluye:

– *“La creciente demanda de cuidados profesionales desde los sistemas sanitarios y sociales precisa, para responder a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y con enfermedades crónicas, modificar la forma de organización de los servicios sanitarios y sociales y en consecuencia, buscar nuevas fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias que demandan estos colectivos.*

– *El desafío al que se enfrenta el sistema sanitario y social es garantizar la doble dirección y la continuidad de los cuidados a través de un modelo flexible que sea capaz de responder a las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial. Es necesario que nuestros sistemas cambien el modelo de atención actual centrado en el episodio agudo a un modelo centrado en el paciente y su familia, que permita una valoración integral del usuario, que garantice el abordaje interdisciplinar y que dé prioridad a la calidad de vida y a la calidad de la atención.*

– *La coordinación sociosanitaria se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica”. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y facilitar la continuidad de los cuidados.*

– *El reto del abordaje de la cronicidad y dependencia no se circunscribe solamente a nuestro país, actualmente su abordaje es también prioritario en el resto de países, algunos de los cuales han avanzado en estrategias e instrumentos de coordinación que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo y consolidación de nuestro propio sistema de coordinación.*

– *El análisis de la literatura internacional ha permitido identificar a partir de las experiencias desarrolladas en otros países un conjunto de elementos que favorecen la coordinación. Estos elementos tienen en cuenta el sistema normativo, organizacional, asistencial, de gestión, de formación de los profesionales, de financiación, de sistemas de información y de evaluación de la calidad.*

– *El análisis de las experiencias desarrolladas hasta la fecha en nuestro país ha permitido constatar la existencia de una gran diversidad de iniciativas y experiencias en el ámbito de la coordinación sociosanitaria. Estas iniciativas han sido promovidas desde la Administración General del Estado y desde las Administraciones Autonómicas.*

– *El importante esfuerzo realizado hasta el momento a nivel estatal y por las comunidades autónomas en cuanto a acuerdos puntuales, desarrollo de recursos sociosanitarios y de experiencias innovadoras, son un buen punto de partida para empezar a consolidar un modelo de coordinación que garantice la continuidad y la calidad en los cuidados a las personas en situación de dependencia.*

– *Las experiencias recopiladas en este documento nos permiten identificar elementos de buena práctica que podrían ser potenciados a nivel nacional, generalizando experiencias para avanzar hacia la consolidación de un sistema proactivo que garantice la continuidad, calidad y equidad de la atención y de los cuidados de los usuarios de nuestro SNS.*

– *A pesar de los esfuerzos realizados y del número de experiencias desarrolladas, es preciso avanzar en el establecimiento de estrategias de coordinación que han tenido un desarrollo tímido y que son necesarias para facilitar la coordinación sociosanitaria.”*

Por otro lado, en lo que a Andalucía se refiere, la coordinación sociosanitaria no se circunscribe a su previsión en los instrumentos de planificación y en los protocolos de derivación a que hemos hecho referencia general y específica en la salud mental, sino que el propio ordenamiento jurídico establece puesto y estructuras cuyo cometido fundamental es dicha coordinación. Así el Decreto 77/2008 de ordenación de los servicios de salud mental, crea y regula en este ámbito sanitario concretos puestos de coordinación como son los de “Coordinación de los dispositivos asistenciales que integran la UGC de salud”(art. 17) y el relativo a la “Coordinación de cuidados de enfermería”(art. 18).

También en los actuales PAI relativos a las enfermedades mentales se articulan mecanismos de coordinación, no solo con los niveles sanitarios sino también con los sociales y otros.

Sin duda, la mejor expresión de la coordinación sociosanitaria la tenemos en el Acuerdo de Cooperación entre el Programa de Salud Mental del SAS y la Fundación FAISEM (1 de enero de 2007), en el que se crea la Comisiones intersectoriales para la aprobación, en el seno de los procedimientos de dependencia, de los Programas Individuales de Atención (PIA), antes de su ratificación por el SAAD, y en concreto respecto a las medidas de apoyo social derivadas de dicho sistema.

Igualmente se establecen los siguientes objetivos comunes o complementarios:

- a) Potenciación de los espacios de coordinación y colaboración intersectorial
- b) Avanzar hacia una planificación conjunta de recursos y programas de apoyo social, en el marco del PISMA
- c) Consensuar y agilizar los procedimientos de acceso a los programas de apoyo social
- d) Desarrollar y optimizar el seguimiento conjunto de pacientes, usuario/as de apoyo social

A tal fin, dicho acuerdo se establecen los siguientes niveles de intervención intersectorial:

Nivel	Ámbito	Función	Espacio de coordinación
1	Regional	Planific. / organiz.	Comisión Central Intersectorial
2	Provincial	Planific. / organiz.	Comisión Provincial Intersectorial
3	Área / UGC	Estudio de casos	Comisión PAI-TMG
4	Dispositivos	Seguimiento pacientes	Encuentros regulares profesionales

11. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES (FAISEM)

11.1 INTRODUCCIÓN

El modelo de atención comunitaria de salud mental implica, especialmente en relación a los trastornos mentales graves, que el conjunto de intervenciones biológicas y psicológicas han de completarse con la disponibilidad de intervenciones y dispositivos de carácter o apoyo social, y ello tanto para asegurar el mantenimiento del enfermo en la comunidad (eliminando barreras y favoreciendo el ejercicio de sus derechos), como un complemento o prolongación de la atención sanitaria de tratamiento o rehabilitación que venga recibiendo de los servicios sanitarios.

Las circunstancias de salud y de necesidades sociales de este colectivo, hacen que su realidad esté muy relacionada, aparte con los servicios sanitarios ordinarios y de salud mental, con los servicios sociales y de otro orden como son: los Servicios Sociales (comunitarios y especializados), a través de los que se accede a las prestaciones de carácter general y a aquellas que establece la Ley de Dependencia, programas generales del sistema educativo que permiten compensar carencias formativas en general, como particular para el acceso al empleo (programas de “educación de adultos”, de garantía social...), programas del Servicio Andaluz de Empleo, cuyo objetivo es incrementar la empleabilidad (orientación profesional, prácticas en empresas, etc.), programas de apoyo al alojamiento de sectores desfavorecidos, y atención por parte de la Administración de Justicia en la doble vertiente civil y penal.

El colectivo diana de la fundación FAISEM lo constituye el colectivo que padece trastorno mentales graves, cuya delimitación viene dada por el PAI-TMG como aquellas *“personas que sufren entidades clínicas diferentes, pero que, además, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad”*, colectivo que por sus dificultades de funcionamiento personal y social, de carácter severo y persistente, requiere una atención preferente, que ancestralmente ha sido objeto de atención de corte hospitalario ante las dificultades de su abordaje en el modelo comunitario.

Se trata de personas con sintomatología principal psicótica (fundamentalmente esquizofrénica), de carácter crónico que debuta en grave discapacidad.

Así pues, los programas de apoyo social que desde el ámbito público se oferta por parte del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía integra todo este elenco de perspectivas en el conjunto de programas y actividades que estatutariamente tiene atribuidas la fundación pública FAISEM en relación a las personas con trastornos mentales graves y persistentes.

La circunstancia de que la actividad de FAISEM (sobre cuya creación y desarrollo en el proceso de la Reforma Psiquiátrica lo referimos en el apartado correspondiente de este informe) se focalice sobre las personas enfermas mentales y, más en concreto, sobre las personas con “trastornos mentales graves”, en la medida que el acceso a los recursos residenciales se integra en el ámbito de los derechos a la dependencia, por vía de los servicios sociales (servicios sociales comunitarios y servicios sociales autonómicos de la Consejería de Salud y Bienestar Social –Agencia de Servicios Sociales y Dependencia–) en base a un diagnóstico y valoración clínica de los Servicios de Salud Mental (SAS), ha planteado problemas de articulación (que se solventan en buena parte a través de las Comisiones intersectoriales a que hemos

hecho referencia en el apartado anterior), lo que unido a la escasez de plazas dependientes de FAISEM conduce a situaciones cuasi irresolubles, como expondremos en el capítulo relativo a la casuística que se nos plantea por la ciudadanía.

11.2 EL PROGRAMA RESIDENCIAL DEL FAISEM

El programa residencial de FAISEM lo constituye un conjunto de actividades y dispositivos que tiene como objetivo favorecer la permanencia y participación activa del enfermo mental en la comunidad, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas de la vida cotidiana (alojamiento, manutención, autocuidados, medicación, etc.) y otras medidas de apoyo social.

Este programa se desarrolla a través de dos tipos de actuaciones:

- El apoyo domiciliario, para aquellas personas que por sus circunstancias viven solas o con su familia sustituta, en su propio domicilio o en otra opción (pensión).
- Alojamiento en dispositivos específicos, con distintos niveles de supervisión y apoyo: residencias o casas-hogar y viviendas supervisadas.

Estos recursos residenciales se estructuran en base al perfil de los usuarios que atienden, el grado de autonomía personal que presentan en su caso, la necesidad de contar con personal no sanitario durante 24 horas. En todos los supuestos tienen un carácter social, complementarios a la atención sanitaria que precisan y carácter sustitutorio de la familia.

En relación a criterios de inclusión en el programa (coincidente con los criterios de inclusión en el PAI-TMG, salvo el carácter crónico o prolongado de su evolución), se establecen con carácter general en los siguientes:

- Edad comprendida entre 18 y 60 años, ambos sexos.
- Padecer enfermedad o trastorno mental grave y crónico (psicosis crónica).
- Situación patológica estabilizada, sin sintomatología aguda y ausencia de trastornos de conducta excesivamente perturbadores y ausencia de consumo habitual de tóxicos.
- No padecer enfermedades crónicas graves que exijan una asistencia médica y/o de enfermería especializada de forma permanente.
- Estar siendo atendido en algún dispositivo de la Red de Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Andaluza.
- Haber agotado las posibilidades residenciales en recursos propios o a través de familiares.
- Preferentemente habrán realizado algún programa especial, previo al ingreso, en algún dispositivo de rehabilitación o de tercer nivel de la Red de Servicios de Salud Mental.

La forma de acceso se realiza por derivación de la red de atención a la salud mental, mediante la emisión de una propuesta-informe, acompañada de informe clínico social, por parte del servicio responsable de la atención en salud mental, donde se especifique el tipo de recurso residencial solicitado una vez agotada otras alternativas residenciales en el ámbito familiar comunitario u otros.

Dicho informe-propuesta se remitirá, una vez completado, al Coordinador de Área de Salud Mental correspondiente al dispositivo que elabore el informe quien con su visto bueno y aprobación lo presentará a la Subcomisión Residencial del Área de Salud Mental-FAISEM.

Los usuarios, familiares o los tutores de los mismos si estuvieran incapacitados, cuya propuesta haya sido aceptada en la Subcomisión Residencial formalizarán un contrato de ingreso con FAISEM para el programa residencial.

Se prevé la posibilidad de que FAISEM se entreviste directamente con el usuario a fin de valorar la opinión y disponibilidad de éste a cerca de la incorporación al programa que se propone.

En todo caso se establece un período de prueba de 2 ó 3 meses.

En cuanto a los criterios de alta en el programa residencial, las salidas de los usuarios de estos recursos podrán efectuarse por los siguientes motivos:

- A petición del usuario o tutor, procurando una previa valoración de la situación clínica y social por parte del dispositivo sanitario que realiza el seguimiento y firma del documento de renuncia por parte del usuario o tutor.
- Por inadaptación o incumplimiento reiterado de las normas de funcionamiento por parte del usuario, planteándose el caso en la Subcomisión Residencial del Área de Salud Mental que lo hubiese derivado.
- Por cumplimiento de los objetivos marcados en el programa residencial respecto al usuario, planteándose en la Subcomisión Residencial el alta o su derivación a otro recurso residencial.
- Una vez efectuada la salida del programa residencial, el dispositivo de referencia que lo derivó asume el seguimiento del usuario, salvo acuerdo específico que aconseje una alternativa diferente.

Los recursos residenciales dependientes de FAISEM son los siguientes (2010):

Provincia	Casas Hogar	Viv. Superv.	A. Domic.*	Total
Almería	76	63	23	162
Cádiz	177	69	38	284
Córdoba	70	61	34	165
Granada	111	78	65	254
Huelva	60	49	16	125
Jaén	78	64	19	161
Málaga	143	163	173	479
Sevilla	180	191	87	458
Andalucía (total)	895 (55 Casas)	738 (168 viv.)	455	2.088

11.3 EL ACCESO AL PROGRAMA POR VÍA DE LA DEPENDENCIA

La práctica de la aplicación de la articulación del programa, definido en su apartado anterior, plantea dificultades cuando el acceso se realiza por la vía de la dependencia.

El procedimiento normal de acceso a los recursos residenciales de FAISEM por parte de los pacientes atendidos en los servicios públicos de salud mental, ha sido establecido por FAISEM mediante un protocolo y unos mecanismos de derivación.

En el Plan de Calidad 2006-2010 de FAISEM, publicado por el propio organismo, se detallan estos mecanismos en el Anexo I (Procedimientos de Derivación, acceso y seguimiento a los programas de Apoyo Social de FAISEM, página web) y Anexo II (Protocolo de Derivación, página web). Ni en los criterios generales, ni en los específicos que se mencionan en dicho documento como requisitos para acceder a los recursos, se incluye nada relacionado con la dependencia. Sí se señala que “las solicitudes de incorporación a los programas de FAISEM serán estudiadas y valoradas en la Comisión Provincial de Coordinación”.

Por otra parte, el Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave (PAI TMG) publicado por la Consejería de Salud y Bienestar Social, establece que los Planes Individualizados de Tratamiento (PIT) de estos pacientes deberán ser ratificados en la Comisión del TMG de la UGC.

A lo largo de los últimos años, el cumplimiento por parte de los servicios de salud mental de estos dos requisitos (cumplimentación y envío de los Protocolos de Derivación a FAISEM y ratificación del PIT) no producía efecto alguno. FAISEM no realiza ni siquiera acuse de recibo de los protocolos que se le envían. La Comisión Provincial no valora los casos remitidos desde la UGC por negativa expresa y reiterada de las Delegaciones Territoriales de Salud y Bienestar Social, en el sentido de que sólo se valorarán exclusivamente los casos a los que les sea asignado un recurso residencial en virtud de la denominada Ley de la Dependencia.

La regulación del acceso a las prestaciones de la citada ley sólo otorga al SAS la obligación de emitir un informe a través de la Enfermería de los Centros de Atención Primaria, y establece una Comisión de Valoración que es la que dictamina y que no tiene nada que ver con los servicios sanitarios ni con los cometidos de las dos comisiones mencionadas más arriba.

El hecho es que en número significativo de pacientes tienen bloqueado desde hace años el acceso a los recursos residenciales de FAISEM, incluso cuando la Ley de la Dependencia no estaba vigente. La oferta de plazas no ha sido suficiente para dar respuesta a las solicitudes con demoras y paralizaciones que sufre el sistema en la actualidad. Las escasas plazas existentes no se han asignado con criterios de equidad ni con transparencia, y los servicios de salud mental no juegan el protagonismo que le correspondería en el acceso de los pacientes con TMG a estas plazas, al menos así se pone de manifiesto por diversos sectores profesionales de la Salud Mental.

Sería necesario clarificar los mecanismos de derivación a estos recursos, asegurar la equidad y la transparencia en el acceso, estableciendo listas de espera y tiempos previsibles cuando sea necesario para ajustar las expectativas de los pacientes y sus familias a la realidad.

Si se considera que sólo se puede acceder a través de la Ley de la Dependencia, sería conveniente explicitarlo redefiniendo los procedimientos, de forma que fueran los servicios sociales los encargados formalmente de tramitar las solicitudes. Así se evitaría que, como sucede ahora, los servicios sanitarios sean los encargados de poner en marcha un proceso que queda a partir de ese momento fuera de su control.

11.4 EL PROGRAMAS DE APOYO AL EMPLEO

Existe unanimidad al destacar la importancia del empleo en el proceso de rehabilitación y permanencia en la comunidad de las personas enfermas mentales, especialmente respecto de aquellos que a las dificultades actuales en el mercado de trabajo se añada el padecimiento de un trastorno mental grave. Este elemento juega un papel casi tan nuclear en el modelo comunitario de atención, actuando conjuntamente con el de la salud y los de apoyo residencial y de relaciones sociales cotidianas.

La doctrina viene destacando las dificultades que en este ámbito se presentan al enfermo mental, en los que a los propios de la enfermedad (en sus parcelas cognitivas, afectivas, perceptivas, etc.) y sus derivaciones en su vivencia personal (internamientos prolongados, déficit educativo, etc.) como los derivados del tratamiento que siga (fundamentalmente efectos derivados de los fármacos), se añaden otros derivados de nuestra realidad social, la existencia de las barreras sociales que conforman el estigma ciudadano y la barrera actual de las altas tasas de desempleo, que si hace difícil el acceso a las personas con mejores parámetros de salud, formación y competitividad, en el terreno de la discapacidad por trastorno mental lo hace casi insalvable. La intervención de los poderes públicos a través de programas específicos y discriminaciones positivas (cupos de reserva de discapacidad, etc.) resulta redobladamente obligada.

Los programas de empleo que desarrolla FAISEM se encuadran en las siguientes líneas de acción:

a) Los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE).

Se trata de actividades desarrolladas en coordinación con el Servicio Andaluz de Empleo en los que la fundación vehiculiza los programas de aquél en este ámbito de la promoción de empleo (Andalucía Orienta, etc.).

b) Cursos de Formación Profesional para el Empleo.

Lo conforman acciones de formación específicas para personas con trastornos mentales graves que por las circunstancias de su enfermedad no podrían seguirlos en los programas generales de FPE. Se trata de cursos de una duración variable (entre 100 y 6000 horas) que giran alrededor de una temática muy variada.

c) Empresas Sociales.

Se trata de facilitar el empleo protegido a través de empresas que tienen la condición de Centros Especiales de Empleo a través de los cuales se accede a un empleo estable y remunerado y/ o se adquiere una experiencia profesional. En total unas diez empresas y unas 400 contrataciones (año 2010) hacen que esta modalidad de apoyo constituya la línea más efectiva de empleo de las personas con TMG.

El acceso a los programas de apoyo al empleo se viene realizando por derivación e indicación del personal de los servicios especializados de Salud Mental, los cuales valoran previamente el papel que estos programas puedan jugar en el proceso de salud y rehabilitación del enfermo, para posteriormente ser objeto de evaluación por el equipo del programa de Faisem, el cual se elabora un "itinerario personalizado" a partir del cual se desarrollan los programas que se hayan considerado adecuados a su perfil, así como su evaluación de resultados.

Los programas y personas destinatarias de las mismas arrojan, siguiendo la memoria de FAISEM del 2010 los siguientes datos:

Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo	Personas atendidas	2.491
	Asesoramiento y Orientación en empleo	1.876
	Elaboración de IPI	1.402
	Formación profesional	203
	Contrataciones (núm. contratos)	824
	Personas contratadas	433
Empresas Sociales	Plantilla general a final de año	601
	Contratos realizados durante el año	403

11.5 EL PROGRAMA DE SOPORTE DIURNO

Con un carácter complementario a las atenciones de salud mental, y a los residenciales y de apoyo al empleo de esta fundación, por esta entidad se viene proporcionando a los enfermos con TMG una serie de actuaciones de soporte a la vida cotidiana, especialmente a favor de aquellas que, por su propia decisión o sus especiales circunstancias, no puedan acogerse a los programas de empleo.

Se integran en este apartado un conjunto de actividades que favorecen la organización y estructuración de la vida cotidiana, en el desarrollo de habilidades y de inserción social y ocio y tiempo libre, así como tránsito, en su caso, hacia los programas de apoyo al empleo.

Las actividades que aquí se promueven desde la fundación se despliegan fundamentalmente a través de Talleres Ocupacionales, Clubes Sociales y Centros de Día, en el que tienen un gran protagonismo los movimientos asociativos de familiares y usuarios de este sector.

	Talleres	Plazas	Personas atendidas	Clubes Sociales (núm. plazas)	Centros de Día (núm. plazas)
Almería	8	149	104	2 (105)	152
Cádiz	13	212	182	8 (240)	70
Córdoba	10	335	287	4 (235)	110
Granada	12	401	372	5 (166)	219
Huelva	19	273	262	2 (60)	84
Jaén	16	288	243	7 (210)	65
Málaga	25	569	461	13 (431)	116
Sevilla	21	475	391	12 (363)	170
Andalucía	124	2.702	2.302	53 (1.810)	986

11.6 OTROS PROGRAMAS DE APOYO SOCIAL

Finalmente, otros programas diferenciados de los anteriores, son desarrollados por Faisem, como son los relativos a la educación (especialmente en los casos de adolescentes con carencias educativas a consecuencia de su enfermedad), a la protección jurídica (entidades tutelares públicas), actividades deportivas (campeonatos y torneos), promoción cultural (certámenes, exposiciones, etc.) y promoción de la salud y control de riesgo de enfermedades crónicas (tabaquismo, alimentación saludable, etc.).

A este respecto el II PISMA señala que la red de apoyo social gestionada por FAISEM, desde el inicio del II PISMA ha supuesto un crecimiento de algo más de 200 plazas residenciales 450 en talleres ocupacionales y Centros de Día y alrededor de 400 plazas de clubes sociales, ello en la primera fase de desarrollo del plan (2008 a 2010), destacando el fortalecimiento de la coordinación intersectorial a través de los Acuerdos de Colaboración SAS-FAISEM y el trabajo de las Comisiones Intersectoriales (SAS, FAISEM y Consejería de Salud y Bienestar Social).

12. LA ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS DUALES

12.1 INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones que más inciden en la problematización de la enfermedad mental es la patología dual. Se define como la sumatoria de dos expresiones sintomatológicas, una es la droga (la adicción) y la otra el trastorno mental, que puede ser a una sustancia o a más de una.

Afecta a un elevado porcentaje de pacientes en tratamiento drogodependencias, así como de enfermos mentales en tratamiento muy problemáticos, al menos así se pone de manifiesto en los informes de los dispositivos de Salud Mental se vienen detectando pacientes que requieren de una atención especial al combinar síntomas psiquiátricos con consumo de varias drogas.

La asociación de trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias es la más frecuente de las patologías duales. Esta asociación puede deberse al consumo de algunas sustancias psicoactivas que pueden inducir a un episodio de manía o depresión; a que el paciente en fase maniaca puede consumir sustancias psicoactivas por detectar el riesgo que conlleva y vulnerabilidad común para ambos trastornos.

Según los estudios (N. Szerman; Basurte y Martínez-Rega) existe una estrecha relación entre trastorno bipolar y dependencia a sustancias. De hecho, en el estudio ECA (*Epidemiologic Catchment Area Survey*), un 60,7% de los sujetos con trastorno bipolar tipo I presentan un trastorno por uso de sustancias comórbido. Este porcentaje supera al de cualquier otro trastorno psiquiátrico.

Afecta a un amplio colectivo de pacientes que acceden a un sistema u otro de atención sin encontrar la respuesta adecuada a su situación. Vienen sintiendo cómo son maltratados en el tipo de respuesta que reciben de las administraciones al ser derivados desde unos servicios a otros, sin llegar a un consenso sobre quién o quiénes deben asumir su atención.

En cualquier caso, se trata de un diagnóstico transversal sin identidad homogénea, en el que las relaciones entre ambos trastornos han sido perfectamente establecidas, ya que, en algunos casos, los pacientes podrían consumir drogas para aliviar determinados síntomas psicopatológicos y, en otros, puede que los efectos biológicos, psicológicos y sociales derivados del uso de droga sean un factor de vulnerabilidad para la aparición de determinados trastornos psiquiátricos.

Para algunos autores (Frishser M; Crome I; Macleod J; Milson D y Croft P; 2005), apoyados en algunos estudios epidemiológicos, sugieren que cada uno de los trastornos puede contribuir al desarrollo del otro, mientras en otros estudios prospectivos, solo una pequeña, comparativamente, proporción de los trastornos psiquiátricos parece atribuirse al uso abusivo de sustancias, mientras una sustancial proporción de trastornos por uso de sustancias parece ser consecuencia de diferentes trastornos psicopatológicos:

Existen varias dimensiones que determinan esta diversidad que presenta el problema (Lehman, 1996):

1. El tipo de sustancia y la naturaleza y gravedad del trastorno por consumo (abuso o dependencia).
2. Presencia y naturaleza de otro trastorno de personalidad.
3. Presencia, naturaleza y gravedad de los problemas médicos directamente relacionados con el consumo de drogas.

4. Discapacidad y problemas psicosociales relacionados.

5. La politoxicomanía cómo situación frecuente.

6. Y, por último, la intoxicación y abstinencia a las drogas que pueden cursar con síntomas psiquiátricos: alucinatorios, delirantes, afectivos o de ansiedad. Al mismo tiempo, se observa cierta dificultad para la realización de un diagnóstico de estos enfermos que como mantiene el profesor Rubio, G (1998), tiene que ver, entre otras, con las siguientes razones:

1. Los efectos agudos o crónicos de muchas drogas que pueden llegar a provocar cuadros difícilmente distinguibles de trastornos psiquiátricos (depresiones, ansiedad, psicóticos,...).
2. Determinadas drogas en personas con problemas psiquiátricos que suelen ser consumidoras, lo que llega a dificultar el diagnóstico diferencial.
3. Y, por último, podemos ver cómo en el campo de la psiquiatría no se ha pasado del concepto de síndrome al de enfermedad.

12.2 EL DESAFÍO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN.

El principal desafío a los que se enfrentan los Sistemas Sanitarios, debido a la complejidad de estos pacientes con patologías médicas, psiquiátricas y adictivas, que deambulan por diferentes redes de atención, es su adherencia a las programas. Podemos hablar de un desafío social, para pacientes estigmatizados por su doble patología, y desafío clínico terapéutico, respecto al desconocimiento de éstos y la escasez de instrumentos adecuados de intervención.

Existen una serie de mitos que han dificultado el reconocimiento de la realidad de la patología dual, y que tiene que ver con lo siguiente:

- 1) La conceptualización tardía de la adicción como enfermedad mental.
- 2) La existencia de redes asistenciales separadas, Salud Mental y Drogodependencias.
- 3) La creencia de que el consumo abusivo de sustancias, por neurotoxicidad o neuroadaptación, representa la fase prodrómica de la dependencia o adicción.
- 4) La creencia de que el trastorno mental es una consecuencia de la conducta adictiva
- 5) Creer que el efecto de las sustancias es el mismo en una persona sana que en sujetos que sufren diferentes trastornos psiquiátricos.
- 6) El error de no diferenciar el diagnóstico de abuso de sustancias con el diagnóstico de adicción.
- 7) La no incorporación de los trastornos de personalidad al diagnóstico de la patología dual.
- 8) Barreras morales que impiden tratar la enfermedad mental con drogas y estigmatizar la enfermedad con conceptos negativos (N. Szeraman).

En Andalucía, debido a la existencia de una red específica para el tratamiento de las drogodependencias en el momento que se determina la existencia del consumo de sustancias en los pacientes, una parte importantes de estos son derivados desde Salud Mental a los servicios de atención a las adicciones. Ello es debido a que se considera predominante y previo el consumo de sustancia sobre la patología dual.

Es éste un aspecto que se refleja en las quejas que llegan a la Institución, donde observamos un diagnóstico de personalidad antisocial con un consumo alto de drogas, especialmente de cocaína sola o mezclada; aunque resulta también frecuente la existencia de un consumo de drogas de síntesis y trastornos de pánico. En estos casos, siendo importante su problemática, pueden resultar menores en relación con complicaciones referidas a consumo de drogas con patologías como depresión, esquizofrenia, etc.

Podríamos entender que estamos situados ante un problema de reciente aparición donde, desde el punto de vista de la psiquiatría, siempre han encontrado en su definición el consumo de sustancias en personas con trastornos mentales como una dependencia sintomática posterior al trastorno psíquico que presentaba el paciente. De esta forma, los recursos de Salud Mental tenderían a orientarles hacia los dispositivos de drogodependencias al entender que la dependencia es un epifenómeno del diagnóstico principal o bien trastorno secundario del mismo.

Desde los dispositivos de drogas, en la mayoría de los casos, se orientaba la intervención de estos pacientes desde la dependencia de sustancias, dejando de lado el diagnóstico psiquiátrico. Entendiendo de esta forma el diagnóstico psiquiátrico como secundario al consumo. Ello les lleva a intervenir con una metodología en la que se pretende una estabilización en la toxicomanía, para posteriormente realizar una derivarlos a los servicios de Salud Mental.

Sin embargo, si esto ha sido así en el pasado, con los años y una mayor presencia de estos pacientes en la red de atención, los profesionales han buscado una mayor cobertura en la clínica que permita el abordaje integral en patología psiquiátrica de menores.

La cuestión es compleja, ya que consiste en estabilizar a los pacientes dentro del sistema. Mientras que la intervención resulta compleja y el deterioro que se va produciendo con el paso de los años muy alto.

Se observa, en los pacientes que podríamos caracterizar con este diagnóstico que presentan una combinación particular de problemas que requieren de la realización de intervenciones diferentes y adecuadas a los perfiles y problemas descritos. Las consecuencias más frecuentes del consumo de drogas en los enfermos mentales están relacionadas con el agravamiento de su trastorno psiquiátrico y con problemas económicos, sociales o en su rehabilitación. En muchos casos, problemas que vinculan a un porcentaje muy alto de drogodependientes.

Para algunos autores el origen de los problemas relacionados con estos pacientes y sus tratamientos, parte de la hipótesis de la automedicación producida ante un trastorno psiquiátrico previo (Khantzian, 1985). En otra posición se encontrarían otros autores que mantienen lo contrario (Miller, 1993), entendiendo el trastorno psiquiátrico como consecuencia del abuso de drogas. A partir de aquí podemos entender que existen efectos agudos o crónicos de muchas drogas que pueden provocar cuadros difícilmente distinguibles de trastornos psiquiátricos como los depresivos, ansiosos y psicóticos; o bien, algunos sujetos con trastornos psiquiátricos que suelen consumir drogas produciéndose un diagnóstico diferencial.

Con relación a los comportamientos de estos pacientes, podemos asegurar que la problemática que plantean, en general, viene a situarse en complicaciones que afectan a las relaciones familiares, existiendo en ellos más conductas criminales y violentas que en los enfermos mentales (Abram y Teplin, 1991; Safer, 1987) incluso suicidas (Caton, 1981; Drake et al., 1989; Dassori et al, 1990). En este sentido, el comportamiento va unido también a alteraciones en éste y en la convivencia con aquellos que son diferentes.

En estos últimos años hemos tenido en la Institución algún caso de pacientes con claro deseo de autolisis que llegaron a culminar éste. Junto a éstos, observamos en muchas quejas de personas presas con un diagnóstico mental y una larga trayectoria de consumo de drogas que cumplirán íntegramente sus condenas debido a padecer esta patología, o éstas se verán ampliadas por las constantes sanciones que sufren durante el periodo de internamiento debido a sus dificultades de adaptación a las normas de los centros. Son pacientes que cuentan con orden de alejamiento familiar por agresiones en el seno de ésta. Para otros, la prisión sirve como un elemento de contención para el consumo y resulta efectivo en el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica y su estabilización., y ello sería eficaz si en los centros penitenciarios existiesen profesionales formados para atender esta tarea.

Entre las dificultades más importantes detectadas con relación al consumo de drogas en muchos pacientes con trastornos psiquiátricos, podemos encontrar la existencia de una negación, distorsión o que de alguna manera se llega a minimizar el consumo de drogas, como un aspecto secundario. En otros casos, la situación que se produce, desde los servicios de Salud Mental, es que no preguntan sobre la existencia del consumo de drogas, aunque esta situación empieza a ser cada vez menos frecuente ya que se detecta una vez iniciado el tratamiento, dado el volumen actual de los pacientes con adicciones a las sustancias.

Según los estudios realizados, ya clásicos, sobre patología dual (Regier et al., 1990), sobre una muestra de 20.291 pacientes en EEUU, se pudo comprobar que el número de trastornos mentales asociados a sustancias fue del 28,9%, siendo la comorbilidad del trastorno por abuso de alcohol asociado del 36,6%. La tasa de comorbilidad del trastorno por abuso de sustancias al trastorno mental fue del 53%, y donde aparecía la esquizofrenia, en un 47% de los casos, como la patología más asociada, junto a un 83,6% para los diagnosticados de trastorno de personalidad antisocial.

12.3 LA SITUACIÓN EN ANDALUCÍA

En nuestro país existen pocos datos con relación a estudios realizados sobre este tipo de patología, lo que dificulta la posibilidad de establecer porcentajes con relación al número de afectados. No obstante, desde los centros de tratamiento en drogodependencias se viene detectando una mayor presencia de estas patologías en los pacientes en tratamiento y en los que coincide un periodo largo de consumo de drogas y un deterioro mental importante. Por ello, resulta arriesgado establecer unos datos relacionados con la población afectada, ya que de parte en los informes más optimistas llegan a situarlo por encima del 45% de la población consumidora y por encima del 80% en cálculos más pesimistas.

En un reciente estudio Epidemiológico sobre la prevalencia de Patología Dual realizado en la Comunidad de Madrid, destaca como resultados que el 25% de las personas que consultan en un dispositivo específico de Salud Mental padece Patología Dual y esta proporción aumenta al 63% en las personas que consultan en un dispositivo asistencial específico de drogodependencias. El 53% de la población que demanda asistencia por trastornos mentales en la red pública sanitaria presentaría patología dual.

En los datos obtenidos de la Consejería de Salud y Bienestar Social, la detección de consumidores de drogas con un trastorno mental está presente en un porcentaje significativo, cuando éstos han recibido tratamiento en un centro de internamiento para drogodependientes, donde este es permanente y constante.

Cuadro núm. 1: Porcentaje de ingresos según patología Psiquiátrica al ingreso en Comunidad Terapéutica. Fuente: Dirección General de Bienestar Social y Drogodependencias.

	Hombre		Mujer		TOTAL	
	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)
2009	166 (14)	979 (85)	43 (25)	124 (74)	209 (15)	1103 (84)
2010	197 (17)	922 (82)	47 (27)	127 (72)	244 (18)	1049 (81)
2011	254 (21)	924 (78)	53 (29)	126 (70)	307 (22)	1050 (77)
2012 (10/12)	223 (21)	804 (78)	65 (33)	131 (66)	288 (23)	935 (76)

En el cuadro número 1, observamos como el porcentaje de pacientes que al ingreso en C.T. (comunidad terapéutica) están diagnosticado con una enfermedad mental, en el intervalo temporal de los tres últimos años, han tenido un notable crecimiento al superar en el año 2012, con el 23,55% al mes de octubre, la cifra del año 2011, que fue del 22,62%.

Podemos decir que el crecimiento de pacientes consumidores de drogas en C.T. que acudieron a estos dispositivos con una enfermedad mental entre los años 2009 al 2012, ha sido de casi ocho puntos.

Utilizando el mismo intervalo y tomando de referencia el periodo de finalización del tratamiento, observamos que se producen cambios muy significativos. Así, del 23,55% diagnosticados al inicio del tratamiento en el año 2012, nos encontramos que a la finalización del mismo el porcentaje fue del 63,76%. Estaríamos ante un incremento de algo más del 40%.

A ello habría que añadir el número de pacientes que no fueron estudiados, que fue en el año 2012 un total de 403.

Cuadro Núm. 2: Porcentaje de ingresos en CT según patología Psiquiátrica al final del tratamiento. Fuente: Dirección General de Bienestar Social y Drogodependencias.

	Hombre		Mujer		TOTAL	
	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)
2009*	205 (40)	306 (59)	46 (50)	45 (49)	251 (41)	351 (58)
2010**	228 (54)	187 (45)	58 (75)	19 (24)	286 (58)	206 (41)
2011***	203 (50)	200 (49)	57 (76)	18 (24)	260 (54)	218 (45)
2012**** (10/12)	125 (60)	83 (39)	31 (38)	6 (16)	156 (63)	89 (36)

(*) Sin realizar diagnóstico de trastornos mentales al alta 479

(**) Sin realizar diagnóstico de enfermos mentales al alta 600

(***) Sin realizar diagnóstico de enfermos mentales al alta 635

(****) Sin realizar diagnóstico de enfermos mentales al alta 403

Con los datos recogidos en el cuadro núm. 2, observamos que cada vez es mayor el número de pacientes con diagnóstico psiquiátrico y que en estos centros los profesionales trabajan para detectar patologías mentales, estableciendo el diagnóstico de las mismas. Aspecto éste muy importante, pues hasta hace poco tiempo no era algo que se estuviese realizando por falta de formación clínica en esa área.

Ante la situación planteada y dada la enorme incidencia que estos problemas tienen en la población consumidora de drogas en estos momentos y de enfermos mentales, es necesario fijar algún tipo de respuestas o soluciones a estas cuestiones por la gravedad de las mismas. Dichas propuestas deben ser abordadas desde diversas perspectivas, dado que incide en los servicios normalizados de tratamiento. Ello no está siendo así en estos momentos en Andalucía, debido, entre otras razones, a que los servicios de drogodependencias han seguido una evolución ajena a los recursos de Salud Mental. Durante años estos servicios se encontraban ubicados en Consejerías distintas, no obstante desde 2011, ambos están en Salud y Bienestar Social, por lo que es de esperar que ante el reconocimiento del problema y las posibilidades que pudieran existir de integración en las actuaciones existentes, los obstáculos se vean reducidos. Cuestión distinta sería el funcionamiento en los dispositivos de intervención, ya que hemos detectado que en muchos casos existe una excelente coordinación, mientras que en otros son unos desconocidos.

12.4 LAS PROPUESTAS DE LAS ADMINISTRACIONES AL PROBLEMA

Parece que hay un consenso generalizado en el que el modelo de tratamiento integrado para la patología dual es el más eficaz y se sitúa como el tratamiento de primera elección. Sin embargo, la existencia de dos redes asistenciales diferenciadas obliga a un tratamiento en paralelo a partir de la coordinación eficaz.

Ello llevó en el año 2002 a la realización de un Protocolo de actuación conjunta de las unidades de Salud Mental y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencia, con el que se pretendía coordinar las actuaciones entre ambos servicios con la intención de mejorar la atención a la población con ambos trastornos. Las posibles bondades del documento no llegaron casi a percibirse, pero sirvió para realizar un acercamiento entre ambos servicios.

En el año 2012 se presenta un segundo Protocolo de actuación conjunta de las unidades de Salud Mental y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, en el que se recoge y valoran las experiencias de estos años. Surge en un momento en el que el contexto y los problemas han adquirido una gran relevancia. Nace acogido al compromiso establecido del II Plan Integral de Salud Mental para Andalucía y tras ocho años de existencia del anterior.

Para su elaboración se ha contado con profesionales que estuvieron trabajando con el modelo establecido en el primer protocolo, así como especialistas en ambas cuestiones. Se ha intentado partir de la práctica de estos años, estableciendo un modelo de coordinación a distintos niveles y con una comisión de seguimiento que pretende ir evaluando la práctica profesional.

El objetivo de este tratamiento es mejorar la coordinación entre la red asistencial de salud mental y la red de atención a las drogodependencias y otras adicciones, protocolizando actuaciones conjuntas que ofrezcan una respuesta eficaz a los problemas de los usuarios con patología dual.

Para su funcionamiento, se establece un coordinador de Patología Dual en la totalidad de los equipos de ambas redes. Al mismo tiempo, se pretende su difusión entre todos los profesionales. Afecta éste a los 109 centros de tratamiento ambulatorio de adicciones y a las 76 unidades de Salud Mental Comunitaria, dependientes de 15 áreas de Salud Mental, además de las Unidades de Gestión Clínica Acreditadas.

Plantea la existencia de un Plan Terapéutico General como herramienta básica, así como un procedimiento de interconsultas que permite establecer objetivos comunes en el plan terapéutico del paciente y crea unos mecanismos de control y seguimiento para la evaluación del Protocolo.

Es aún pronto para conocer los resultados prácticos de su aplicación, por lo que habrá que esperar un tiempo para conocer la extensión y aplicación de éste.

Con respecto a la disponibilidad de los recursos específicos, podemos decir que en Andalucía no se han creado plazas específicas para estos pacientes, tratándose de forma integrada dentro de ambos sistemas. En otros territorios vienen resolviendo este tema de forma más específica creando servicios para tratar de forma integral a la población toxicómana que presentan alguna patología psiquiátrica, mediante la creación de unidades como han realizado ya Cantabria o Cataluña que están constituidas por equipos multidisciplinares con un tratamiento completo de al menos un año de duración. Este modelo, en la práctica, se está llevando a efecto en las Comunidades Terapéuticas de drogodependencias, dada las posibilidades de actuación conjunta que ofrece el citado protocolo.

Por nuestra parte, desde el año 2009 se creó una Comisión Técnica, a instancia de la Fiscalía de Incapaces, ante la excesiva judicialización de las enfermedades mentales, y la cronificación de la incapacidad para muchos enfermos, lo que conlleva la pérdida de derechos de por vida.

La comisión constituida por diversas administraciones implicadas, concluyó su trabajo con la publicación de una Guía de Intervención en Procesos de Jurisdicción Civil relativos a Personas con Discapacidad derivadas de distintos tipos de Problema Psíquicos, que se presentó en el año 2009. A partir de ésta se crea una comisión de seguimiento de la Guía que se plantea como objetivo, a través de una metodología de revisión de casos que habían pasado por distintos dispositivos asistenciales sin encontrar una respuesta al mismo, protocolizar actuaciones complejas, aspecto al que nos referimos en el apartado 18 de este informe.

En las situaciones problemáticas que se nos trasladan un alto porcentaje que supera entre el 70% y el 80%, son personas con una patología dual.

A lo largo de dos años y medio de funcionamiento, se han revisado más de treinta historias individuales, dando respuestas a muchas de éstas, aunque no exenta de dificultades. Otras muchas, por sus características, no han encontrado acomodo ante la falta de dispositivos adecuados y que respondieran al perfil de los pacientes.

Aparece en casi todas ellas una patología dual, con predominio de un trastorno mental grave, escasa voluntariedad por el tratamiento, y falta de un recurso acorde a su necesidad.

En estos casos, aunque está prevista la posibilidad de iniciar un procedimiento de incapacitación, al no poder hacer frente al gobierno de su persona y/o patrimonio, son pocos los casos que llegan a resolverse positivamente, en base a lo recogido en el artículo 200 del Código Civil. Ello es así, debido a la desestructuración que padecen estos enfermos, así como las carencias de patrimonio o percepción de ayudas.

La falta de dispositivos adecuados y no contar con un tratamiento forzoso no consentido, hace prácticamente imposible el abordaje de un proceso terapéutico largo en el tiempo.

Debemos tener en cuenta que la propia toxicomanía, al igual que podría ser una cusa de incapacitación, debe valorarse, aun sin dicha declaración, como una incapacidad en concreto para la prestación del consentimiento para tratamiento terapéutico por la dependencia. En tal caso, admitiendo que cohabita con un trastorno psíquico, podría incluso podrían incluso ponerse en marcha los mecanismos de autorización judicial para ingreso forzoso y sometimiento a tratamiento que parece regulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Al final, lo que nos encontramos es que no existen recursos o centros para estos pacientes y, cuando existen, como nos hemos encontrado en algunas ocasiones, estos no lo admiten debido a su conducta o por su condición de adicto.

Para concluir este apartado y reafirmarnos en lo que hemos dicho sobre esta cuestión, hacer mención a un informe emitido por la Dirección General de Bienestar Social y Drogodependencias hace unos años, en el que se nos venía a decir que *“.. los Centros de Tratamiento Ambulatorio del Plan Andaluz sobre Drogas no están diseñados para atender específicamente a estas patologías... También, cuando se produce el alta en una Unidad de Agudos de Psiquiatría de un drogodependiente, se le realiza el seguimiento desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la red de drogodependencias, tuviera historia clínica abierta o no”*.

12.5 DIAGNÓSTICO FINAL Y PROPUESTAS DE ABORDAJE

La mayoría de los estudios realizados con estos pacientes vienen a concluir que la población con trastorno por diagnóstico dual es muy heterogénea. Existe una gran variedad de casos y posibles combinaciones, aunque la existencia de un buen diagnóstico puede llevar, en la mayor parte de estos pacientes, a un tratamiento eficaz. Quizás sea ésta una de las mayores dificultades que presentan este colectivo, al no encontrar a veces los medios para ser diagnosticados, a menos que se haga por voluntad del enfermo o con el consentimiento del tutor o familiar responsable.

Con relación a los tratamientos de muchos pacientes, estamos ante un sistema fragmentado de intervención que viene a situar, por sus propias características y circunstancias ante un proceso de exclusión social que aboca al desarraigo familiar, al abandono social, a la vulnerabilidad como un estado de mayor debilidad de los individuos ante situaciones de contingencia, y en definitiva de marginación. Este modelo asistencial parcelado y fragmentado no permite actuaciones integradoras y globalizadoras sobre los pacientes con este tipo de patología. Indudablemente, procede la creación de sistemas de atención muy selectivos, en relación a los pacientes; ya que el existente viene a recoger ciertos perfiles normalizados, mientras que rechaza o expulsa a aquellos otros que presentan dificultades de integración.

Desde el punto de vista de los pacientes, consideramos que la atención que se les presta es muy general y, a su entender, en los tratamientos prescritos no existe, en la mayoría de los casos, una continuidad en su revisión y en el seguimiento. En cualquier caso, los tratamientos psiquiátricos apoyados por fármacos son muy prolongados y, en muchos casos, son los propios pacientes los que no realizan su mantenimiento. No obstante, el descontento manifestado en relación con la atención recibida es generalizado. Quizás como

justificación habría que entender que la presión asistencial en los equipos de Salud Mental es, en estos momentos, mayor que la existente en drogodependencias.

El modelo de atención a las drogodependencias existente en Andalucía se establece sobre una red específica que ha supuesto ventajas importantes en cuanto a la calidad de la atención realizada, favoreciendo claramente a los pacientes al haber encontrado un sistema más individualizado, gratuito en su totalidad y universal. Aunque, también podemos hablar de los inconvenientes observados en cuanto a la autonomía y falta de coordinación con otras redes, cuando los tratamientos requieren un porcentaje alto de su apoyo (Servicios Sociales, Salud Mental, Atención Primaria...). Dificultad ésta que se pone de manifiesto en la mayoría de los casos como hemos visto recogido en las quejas. Tiene ello que ver con las escasas iniciativas que han existido desde la Administración Autonómica que tiene la competencia de coordinar y de incentivar un espacio común con otras Administraciones Públicas.

No obstante, desde los profesionales de la red ha existido preocupación por este tema, habiéndose organizado cursos, jornadas y encuentro para profundizar en el perfil y alternativas a los pacientes con Patología Dual. Asimismo, la Comisión de Psicología y Drogodependencias del Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación de Andalucía Occidental, en las conclusiones de una jornada realizadas sobre esta temática, vinieron a concluir que *“los problemas de patología dual tienen que ver más con la asignación a recursos diferentes, siendo frecuente encontrar:*

- 1. Derivaciones inexplicables entre ambas redes.*
- 2. Deficiente valoración de los casos.*
- 3. Intento de designar como drogodependiente otros trastornos mentales o de conducta*
- 4. Descoordinación con relación a los casos duales.*
- 5. Falta de definición y de criterios operativos sobre cuál debería ser el recurso de referencia de un caso”.*

Como podemos ver, los profesionales que trabajan en drogodependencias y en salud mental tienen detectadas una serie de dificultades que podemos considerar significativas en estos momentos. Algunas ya han sido puestas de manifiesto a lo largo de este capítulo.

Hasta ahora se han reseñado algunas de las dificultades que ofrece el tratamiento de los pacientes con patología dual, por lo que consideramos prioritario desarrollar distintas líneas de intervención que consideramos básicas, y que son las siguientes:

1. Necesidad de coordinar las dos redes de atención (Salud Mental y Drogodependencias) mediante la asignación de personal especializado en cada una de las redes y potenciando la coordinación intersectorial. Esto va en la línea de lo recogido en el II Protocolo de actuación conjunta de las unidades de Salud Mental y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, que conlleve un modelo integrador, flexible y adaptado a las necesidades de los individuos, que permita poner a su alcance los mecanismos necesarios para su integración laboral y social, ayudándoles a conseguir, en aquellos casos que sea necesario, las prestaciones y derechos que les correspondan.
2. En el supuesto de que se mantuviese un tratamiento paralelo desde las dos redes, es conveniente reforzar el diagnóstico patológico desde los recursos de drogas, al mismo tiempo que desde Salud Mental habría que establecer un mayor acercamiento al diagnóstico toxicológico.

3. Es necesario crear plazas de internamiento y contención para estos pacientes, donde se prolongue la estancia el tiempo necesario para la estabilización de ambas patologías, y evitar así los reiterados ingresos en prisión que sufren a lo largo de su vida.

4. Los tratamientos ambulatorios para pacientes en crisis resultan ineficaces ya que al alto índice de abandono de los tratamientos se une la dificultades intrínsecas de estos pacientes para su contención.

5. Las posibilidades de utilización los recursos de FAISEM son muy limitadas, debido a las exigencias previas, como son contar con el PIA aprobado y cumplir los requisitos para un ingreso. La mayoría de estos pacientes, por sus características llevan una vida muy desordenada y poco estabilizada. Habría que habilitar recursos específicos con tratamiento combinado.

6. Una de las mayores dificultades resulta, en muchos casos, la realización de un diagnóstico voluntario con estos pacientes que obligase a su internamiento en centros. Por ello, vemos la necesidad de potenciar aquellas medidas que permitan el diagnóstico del paciente que lleve a la determinación de las características del paciente y su posterior intervención.

7. Se detectan carencias importantes de recursos para la atención en fases agudas de los trastornos duales. Para ello, habría que establecer un mayor número de éstos. Al mismo tiempo, se debe superar la rigidez administrativa existente para la creación y gestión de los recursos permitiendo una mayor flexibilización de los mismos, o en su caso tender a una especialización de éstos.

8. Dadas las condiciones de vulnerabilidad social manifiesta que presentan este grupo de enfermos, se debe establecer un sistema que venga a garantizar una atención que supere el aislamiento y la fragmentación de sus necesidades. En este sentido resulta necesario contar con unos mecanismos de coordinación con las redes sociales que actúen en función de sus carencias y necesidades.

9. Las mayores dificultades se presentan cuando el paciente requiere hospitalización psiquiátrica, ya que en muchos casos resulta complicado el acceso a las unidades de hospitalización dado el escaso número de plazas disponibles. En este sentido es necesario incrementar el número de plazas y facilitar el acceso a las mismas para estos pacientes en situación de crisis.

10. Por último, consideramos importante definir, en cualquier caso, la situación competencial desde las Administraciones Públicas que acabe con la ambigüedad actual y que permita a estos pacientes que se les garantice su derecho a recibir una atención digna y completa a su enfermedad.

Se debe, por todo ello, tener muy claro que en el caso de la patología dual no se debe funcionar sin el consenso de las Administraciones competentes, donde existan criterios homologados y compartidos, con protocolos establecidos y, en definitiva, se evite actuar con “compartimentos estancos” que produzcan visiones y actuaciones parcelarias.

13. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS INTERNOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

13.1 INTRODUCCIÓN

Dispone el artículo 25.2 de la Constitución española de 1978, que el condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales consagrados en el capítulo II de su Título I, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria.

Todo interno penitenciario, en suma, dentro de los límites marcados, tiene constitucionalmente garantizados sus derechos fundamentales, entre los que indudablemente se encuentran los genéricos de vida e integridad física y moral del artículo 15, de los que a su vez deriva el derecho a la protección de la salud que, como principio rector de la política social y económica, reconoce el artículo 43 de la Constitución.

En consonancia con ello, la Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre (en adelante, LOGP), impone a las instituciones penitenciarias el fin primordial de reeducación y reinserción social de los reclusos y una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados (art. 1); así como obliga al ejercicio de la actividad penitenciaria respetando, en todo caso, la personalidad humana y los derechos e intereses jurídicos de los reclusos, a cuyo efecto, especifica que *“la administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”*(art. 3).

La población penitenciaria, de este modo, ostenta el general derecho de cualquier ciudadano a la protección de su salud, con independencia de su situación de privación de la libertad ambulatoria, resultando plenamente aplicable en el ámbito penitenciario la normativa sanitaria general. No en vano, el artículo 10 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, enumera los derechos que *“todos”* tienen con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias; debiendo entenderse incluida entre dichas administraciones, de forma indiscutible, la sanidad que depende de los medios de la administración penitenciaria. Igualmente, el vigente Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero (en adelante, RP), ha hecho una aportación importante, al garantizar a todos los internos *“sin excepción”*, una *“atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población”*(art. 208.1).

El principio de equivalencia del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria para los internos penitenciarios, ha sido también acogido por el Comité de Ministros de los Estados Miembros de la Unión Europea en su Recomendación Rec (2006) 2, de 11 de enero de 2006, sobre las Reglas Penitenciarias Europeas (en adelante, Rec 2006), cuya Regla 40 dispone que la política sanitaria penitenciaria debe estar integrada en la política nacional de salud pública y ser compatible con ésta, prohibiendo que los internos sufran discriminación alguna basada en su situación jurídica, en su acceso a los servicios sanitarios del país (Regla 40.2 y 40.3).

La encomienda a la administración penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos (art. 3.4 LOGP), exige que la misma posea los medios y emplee las medidas precisas para cumplir con tal función. Sin embargo, hay que tomar en consideración que la protección del derecho a la salud de los inter-

nos penitenciarios, presenta peculiaridades propias de dicho colectivo, que determinan tanto la forma en que ha de prestarse la asistencia sanitaria, como exigen la adecuación de los medios (materiales y humanos) al fondo o patologías que comúnmente afectan a este sector de la población, todas ellas derivadas del régimen de vida o sujeción especial a que el mismo se halla sometido.

En la primera de las vertientes, la de forma, el modelo de atención sanitaria diseñado para el ámbito penitenciario no difiere en su estructura respecto del sistema de ordenación de la asistencia sanitaria pública en general, respondiendo a sus mismos niveles de ordenación funcional, es decir, de atención primaria y de asistencia especializada (art. 209 RP), cuya dispensación, sin embargo, no asume íntegramente, sino que, excediendo del nivel primario, solo garantiza la administración penitenciaria. No en vano, insiste ésta en reiterar que la prestación de asistencia sanitaria especializada, precisa de recursos sanitarios que solo puede y debe ofrecer la administración sanitaria, siendo las actuaciones y obligaciones que tiene encomendadas la administración penitenciaria, ajenas a dicha finalidad. Por esta razón, se concreta que *“la atención primaria se dispensará con medios propios de la administración penitenciaria o ajenos concertados por la misma”*(art. 209.1.1 RP), mientras que *“la asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud”*(art. 209.2.1 RP), –en la actualidad, a través de la administración pública sanitaria competente en cada Comunidad Autónoma–.

Ello está en consonancia con la Rec 2006 sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, que establece la necesidad de que los servicios médicos de una prisión estén organizados y funcionen en colaboración estrecha con la administración general de los servicios de salud locales o estatales (Regla 40.1).

Desde la perspectiva del fondo, la protección del derecho a la salud plantea requerimientos propios cuando debe desplegar sus efectos en el ámbito de la población penitenciaria, ya que, a las patologías o enfermedades físicas propias de cada individuo, han de sumarse las psíquicas específicas que comporta la especial circunstancia de quienes se hallan reclusos en los distintos tipos de establecimientos penitenciarios.

Son, por tanto, los recursos y medios destinados a procurar la salud mental de la población penitenciaria (tanto en su fase de prevención, como en las de curación y rehabilitación), los que a continuación van a ser objeto de revisión.

13.2 PREVALENCIA

Es innegable, –comúnmente aceptado por constatado–, que toda privación de libertad puede generar trastornos psicológicos o mentales, o agudizar los preexistentes.

La importante prevalencia de los trastornos mentales y de las adicciones entre la población penitenciaria, se conoce internacionalmente desde hace décadas y ha sido destacada en numerosos estudios, en los que se corrobora que la tendencia es la del incremento del problema.

Entre estos informes, cabe destacar, a nivel europeo, el estudio EUPRIS de la Central Institute of Mental Health de la Comisión Europea de 2007, por ser un referente imprescindible en materia de salud mental en prisión. En el mismo se constata que los trastornos mentales en los establecimientos penitenciarios son un

problema creciente a nivel mundial, que no se encuentra debidamente afrontado ni dotado de los recursos necesarios, afirmando que el 12% de los internos de las prisiones europeas necesitaban tratamiento psiquiátrico especializado.

En nuestro país, podemos citar como referente el estudio sobre salud mental en el medio penitenciario, elaborado en junio de 2007 por la Subdirección General de Sanidad, centrado únicamente en las prisiones ordinarias dependientes del Ministerio del Interior (es decir, sin incluir los establecimientos de Cataluña y excluyendo por ello a los dos hospitales psiquiátricos), de cuyos datos se desprende la importancia de dar cobertura a las necesidades de atención de salud mental de los internos, máxime al tener que incrementarse los porcentajes ofrecidos en el mismo, con los correspondientes a los internos en establecimientos especiales (centros u hospitales psiquiátricos penitenciarios) y en establecimientos dependientes de la Comunidad Autónoma catalana.

Conforme a este último estudio, entre el 25% y el 27% de los internos en centros penitenciarios españoles presenta alguna patología psiquiátrica, con o sin adicción, si bien en el año 2010, el Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, expresó que el 40% de los presos padecía una enfermedad mental, que calificó de grave en el 4%, mientras que el 20% sufre además problemas vinculados a las drogas.

Atendiendo a los datos concretos del estudio sobre salud mental en el medio penitenciario, elaborado en junio de 2007 por la Subdirección General de Sanidad, extrajo el mismo las siguientes valoraciones:

1.^a El porcentaje de personas ingresadas en prisión que presentan antecedentes de trastornos mentales es del 17,6%, de las cuales un 3,2% había sufrido un ingreso en centro psiquiátrico con carácter previo a su entrada en prisión, aun cuando esta patología no fue valorada en el proceso judicial. Además, el 2,6% cuenta con antecedentes de trastorno psicótico y un 9,6% de patología dual, por concurrir la patología psiquiátrica con el consumo de drogas).

2.^a El 3% de los internos tuvo intento de autolisis previamente y un 2,7% durante la reclusión.

3.^a Existe una elevada tasa de patología mental en la población reclusa, que alcanza el 49,6% si se atiende a los antecedentes de abuso o dependencia de drogas. Concretamente, el 25,6% de los internos tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico en su historia clínica (trastorno psicótico el 3,4%, trastorno afectivo el 12,8%, trastorno de la personalidad el 9,4% y otros diagnósticos el 4,2%), existiendo patología dual asociada al consumo de drogas en un 12,1%.

4.^a Existe una importante demanda de asistencia psiquiátrica especializada por parte de los profesionales de atención primaria, de tal modo que el 12% de los internos precisó derivación a atención psiquiátrica especializada en el último año para valoración y tratamiento, teniendo prescritos psicofármacos el 31%, a los que hay que añadir un 11% adicional con prescripción conjunta de psicofármacos y metadona.

5.^a El 1,8% de los internos que cumplen condena en la actualidad, son discapacitados psíquicos constatados (bien por certificación de discapacidad, bien por constancia en la historia clínica tras pruebas psicométricas).

Otro flanco abierto para la sanidad penitenciaria, viene dado por el incremento del suicidio, cuyo riesgo ha sido cifrado por un estudio en España, en el 35%.

Lo relevante, en todo caso, es que entre los factores que justifican esta realidad no solo se citan factores culturales o sociales, sino, por lo que a nosotros interesa en este informe, factores asistenciales, derivados de la disminución de camas psiquiátricas y de la falta de una relación integral y coordinada entre la red sa-

nitaria pública de salud mental, la sanidad penitenciaria, la psiquiatría forense y el sistema judicial. Es decir, deficiencias del sistema de respuesta.

13.3 RECURSOS DE SALUD MENTAL DURANTE EL PERIODO DE CUMPLIMIENTO DE LA PENA O DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD

Correlacionando la clasificación que de los establecimientos penitenciarios realiza la LOGP de 1979 en su artículo 7, con la realidad práctica, podemos decir que, en la actualidad, la atención sanitaria de salud mental se presta a la población penitenciaria, bien en los establecimientos polivalentes (art. 12 RP), –establecimientos simultáneamente destinados al acogimiento de los presos preventivos (no condenados) y de aquellos que están en período del cumplimiento de la pena (condenados)–, así como en los establecimientos especiales de carácter asistencial, es decir, en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Entre las diversas prestaciones a que viene obligada la administración penitenciaria respecto de los internos, se encuentra la de asistencia sanitaria (regulada en la Sección I, del Capítulo I del Título IX del RP, artículos 207 y siguientes) y, particularmente, dentro de la misma, la de salud mental, al menos en el nivel básico de atención primaria.

Como anteriormente avanzamos, el modelo de ordenación funcional de la atención sanitaria diseñado para el ámbito penitenciario, es el mismo que el prevenido en el sistema sanitario público en general, de tal modo que se prestará en dos niveles, el de atención primaria y el de atención especializada.

No obstante, en el sistema sanitario público en general y en el de Andalucía en particular, existen determinadas áreas de salud, como es la de salud mental, que, por sus peculiaridades, cuentan con una organización especial. Concretamente, en nuestra Comunidad Autónoma dicha organización particular la estructura el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, que repite la ordenación funcional común de la asistencia sanitaria, estableciendo asimismo la organización de la atención a la salud mental en los niveles de atención primaria y de atención especializada, canalizándola a través de centros de atención primaria y de dispositivos asistenciales específicos, respectivamente.

Este esquema, en definitiva, se reproduce en el ámbito penitenciario, si bien con asunción de la prestación por la Administración Penitenciaria (en el nivel de atención primaria), o delegada en el sistema sanitario público, cuando del nivel de atención especializada se trata.

También se recoge el principio de igualdad y equivalencia en materia de salud mental de la población penitenciaria, por la Recomendación Rec 2006 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, al establecer que todo interno debe beneficiarse de los cuidados médicos, quirúrgicos y psiquiátricos necesarios, similares a los disponibles en el exterior (Regla 40.5), así como de forma particularizada (Regla 47), que:

– *“Se establecerán instituciones o secciones especiales sometidas a control médico para la observación y el tratamiento de los internos que sufran enfermedades o problemas mentales”* que se encuentren en los establecimientos penitenciarios ordinarios.

– *“Los servicios médicos penitenciarios deben asegurar el tratamiento psiquiátrico a todos los internos que requieran una terapia de esta clase, y prestar una atención especial a la prevención de los suicidios”.*

13.3.1 Atención Primaria de Salud Mental

La atención primaria de salud mental penitenciaria debe cumplir una importante función de canalización de casos, al ser el primer nivel de acceso ordinario al sistema especialmente establecido para la asistencia sanitaria de los internos, de contacto de dicho usuario con el facultativo para su valoración y, en su caso, para la prestación de asistencia al mismo, o derivación al nivel especializado de atención a la salud mental.

Toda atención primaria sanitaria, se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Característica de integralidad de la asistencia sanitaria, que es recogida en el artículo 207.1 RP, a tenor del cual, aquélla *“tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación”.*

Del mismo modo que en el Servicio Andaluz de Salud se atribuye a los centros de atención primaria, la atención a la salud mental en el homónimo nivel básico (art. 3 del Decreto 77/2008), la atención primaria sanitaria de los internos, también en su vertiente de salud mental, es, por su parte, responsabilidad propia de la administración penitenciaria, debiendo dispensarla bien con medios propios, bien con medios ajenos concertados por la misma con las administraciones sanitarias correspondientes (art. 209.1.1 y 208.2 RP).

Que la atención primaria y las prestaciones sanitarias constituyan una obligación de la administración penitenciaria, obliga a la misma a contar *“con medios propios”* para dispensarla. Es por ello que, tanto la LOGP (art. 36.1), como el RP (art. 209.1.1), determinan que en los establecimientos penitenciarios exista un equipo sanitario con carácter permanente, integrado al menos por un médico general y un diplomado y un auxiliar de enfermería. Añadiendo, por lo que a la atención sanitaria de la salud mental de los internos se refiere, la exigencia de que el referido médico general existente en cada centro, tenga conocimientos psiquiátricos (art. 36.1 LOGP), previendo que, no obstante, aunque de forma periódica, se cuente asimismo con un psiquiatra en el establecimiento penitenciario (art. 209.1 RP), así como disponiendo la necesaria habilitación de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica (art. 37 LOGP).

En sentido coincidente, la Recomendación Rec 2006 declara que *“los servicios médicos de la prisión deben esforzarse en diagnosticar y tratar las enfermedades físicas y mentales, así como en corregir las deficiencias que sufran habitualmente los internos”*, y que *“Con este fin, todo interno debe beneficiarse de los cuidados médicos, quirúrgicos y psiquiátricos necesarios, similares a los disponibles en el exterior”*(Regla 40.4 y 40.5). La Regla 42.3 en su párrafo tercero, impone al médico del servicio penitenciario el deber de diagnosticar las enfermedades físicas o mentales y el de aplicar las medidas necesarias para su tratamiento o para continuar un tratamiento médico ya existente.

De este modo, aun cuando al menos en el plano teórico, existe una equivalencia entre la atención a la salud mental que en el nivel primario se dispensa a la población en general (a través del centro de atención primaria y, por tanto, atribuida al médico de familia o generalista) y la que se contempla en el ámbito penitenciario para los internos (dispensada en el propio establecimiento por el médico general del mismo), es dudosa la suficiencia de la atención respecto de este último sector de la población, dada, como ya he-

mos visto, la importancia de los porcentajes de prevalencia de los trastornos mentales y de las adicciones entre los mismos y su tendencia al incremento, así como debido a la entidad de las patologías de etiología psiquiátrica que, agravadas o no por adicciones, afectan a este grupo de personas y que, en buena lógica, sobrepasan desde su inicio las posibilidades de valoración, diagnóstico y terapéuticas de los servicios médicos del establecimiento penitenciario y sus recursos materiales.

Sobre las anteriores premisas, estimamos que las previsiones normativas antedichas son insuficientes para algo más que la puesta en conocimiento del médico penitenciario del trastorno del usuario, su abordaje provisional inicial, de requerirlo y ser posible en este nivel, la derivación del paciente al nivel especializado de atención a la salud mental y, finalmente, el control facultativo posterior del tratamiento.

Funciones que, –no desconocemos–, junto a la de prestar directamente la asistencia sanitaria de salud mental, al usuario que no requiera atención especializada, son precisa y únicamente las que se atribuyen al facultativo del centro de atención primaria en el Servicio Andaluz de Salud en este nivel, pero que, en el caso de la población penitenciaria (cuyas patologías mentales, como se ha expresado, se caracterizan por su acusada prevalencia y entidad), se estima mínimamente eficaces, debido a las siguientes causas:

- El escaso margen de actuación facultativa relevante del médico general penitenciario en un área como la de salud mental, al ser poco frecuentes los supuestos en que el interno padezca un trastorno mental (leve) que no requiera de atención psiquiátrica especializada (es decir, de derivación).

- La escasa dotación de personal facultativo en relación con la población penitenciaria.

- La falta de fluidez en las derivaciones a la atención especializada del sistema sanitario público, derivadas de la misma respuesta insuficiente de los recursos generales de sus dispositivos de salud mental, de la escasez de voluntariedad en los psiquiatras para desplazarse a los centros penitenciarios y de la carencia de disponibilidad para la conducción policial.

- Las dificultades y defectos de coordinación existentes entre los niveles de atención primaria y de atención especializada, al ser asumida su prestación por distintas Administraciones, Penitenciaria y Sanitaria, respectivamente, que dificulta la función de colaboración del médico penitenciario con los dispositivos de atención especializada del sistema sanitario público, para el seguimiento de usuarios con trastorno mental grave, lastrando la continuidad del proceso asistencial.

13.3.2 Asistencia Especializada en materia de Salud Mental

La respuesta al efecto ha de provenir necesariamente del nivel de atención especializada, específicamente encomendada al Sistema Nacional de Salud que, por lo que a la Comunidad Autónoma de Andalucía se refiere, queda concretado en los diversos instrumentos de su sistema sanitario público y que ha de arbitrarse por el mecanismo de los correspondientes convenios de colaboración.

La atención especializada de salud mental de los internos penitenciarios con patología psiquiátrica, se asegura, *“preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud”*(art. 209.2.1 RP) y, por tanto, se deriva a sus medios y recursos materiales y humanos (profesionales sanitarios), si bien, con algunas particularidades en la forma de prestación:

– Como regla general, la atención psiquiátrica tendrá lugar en el centro sanitario público procedente y, por tanto, en nuestra Comunidad Autónoma, en alguno de los dispositivos asistenciales prevenidos en el Decreto 77/2008 (art. 4), que se integran en el área hospitalaria o de gestión sanitaria correspondiente.

– No obstante, la atención especializada ambulatoria procederá en el propio centro penitenciario, mediante el desplazamiento al establecimiento del especialista correspondiente, cuando se trate de aquellas consultas cuya demanda sea más elevada, con el fin de evitar la excarcelación de los internos. Posibilidad ésta poco eficaz, en la medida en que no solo depende de criterios de necesidad y posibilidad, sino que asimismo se subordina a la voluntariedad de los facultativos del sistema sanitario público, siendo lo usual que el psiquiatra se desplace al centro, en la mayor parte de las prisiones andaluzas, una vez al mes, tanto para valorar nuevos casos como para el seguimiento de pacientes ya diagnosticados y pocas las prisiones en que las visitas son dos mensuales (destaca sin embargo el caso del establecimiento de Córdoba, en que el psiquiatra acude a la prisión una vez por semana), sin que falten tampoco centros en los que no existe desplazamiento de ningún psiquiatra.

– Por último, la asistencia sanitaria mental especializada se facilitará en los hospitales designados por la autoridad sanitaria, cuando se requiera asistencia especializada en régimen de hospitalización, o en el más próximo al centro penitenciario si concurre situación de urgencia justificada.

La delegación-atribución al sistema sanitario público de la atención sanitaria especializada de la población penitenciaria, precisa la previa formalización de los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria entre las Administraciones Penitenciaria y Sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación del gasto por la primera (art. 207.2 RP), estableciendo dichos convenios y protocolos, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas (art. 209.3 RP).

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la previsión normativa en virtud de la cual la asistencia sanitaria especializada en materia de salud mental de los internos penitenciarios, se ha de dispensar acudiendo a los medios y recursos del sistema sanitario público, se ha materializado mediante el Convenio-Marco de colaboración suscrito el 23 de marzo de 1992 entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía, que incluye el área de salud y por el posterior Acuerdo sectorial de 1995, celebrado entre la Administración Penitenciaria y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud, cuyo objeto es establecer y regular la cooperación para la prestación de la asistencia sanitaria a la población interna de los centros penitenciarios ubicados en nuestra comunidad. Ambos se encuentran vigentes.

Entre los instrumentos diseñados para la consecución de atender a la salud mental de los internos, también hemos de aludir al II Plan Integral de Salud Mental para el período 2008-2012 (II PISMA), elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, así como a otros recursos ajenos a nuestra autonomía.

1.º Instrumentos en materia de salud mental elaborados por Instituciones Penitenciarias:

Por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, se elaboró la estrategia global de actuación en salud mental, (*“Estudio sobre la salud mental en el medio penitenciario”*, 2006), cuyo objetivo es ofrecer respuesta a los problemas de salud mental de las personas que se encuentran en prisión, por tres vías, a saber:

- La detección temprana de patologías mentales.
- Proporcionando la mejor rehabilitación posible de cada enfermo.
- La correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto durante el cumplimiento de la pena (durante la estancia en prisión) como al llegar el momento de la libertad.

La citada estrategia global cuenta con las siguientes tres líneas de trabajo fundamentales:

1) El programa marco para la atención integral a personas con enfermedad mental en centros penitenciarios, denominado PAIEM, cuyo proceso de implantación está aún en fase de desarrollo progresivo en todos los centros y que derivó en el Protocolo de Aplicación del PAIEM, comprensivo de propuestas concretas y prácticas para mejorar el procedimiento de aplicación del programa marco. El protocolo, en todo caso, especifica que aun cuando los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión, son mucho más frecuentes que en la población en general, la institución penitenciaria no tiene vocación de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral a estos problemas, sino la de ejercer responsablemente la tarea que le corresponde, mediante las anteriormente citadas vías de detección temprana de la enfermedad mental, tratarla de la mejor forma posible en conexión con los recursos asistenciales de las Comunidades Autónomas y derivar correctamente al enfermo a los citados recursos asistenciales especializados de la comunidad en el momento de la excarcelación, para la continuación del tratamiento en el recurso comunitario procedente.

El proyecto PAIEM de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de 2009, constituye equipos multidisciplinares funcionales por centro, generando iniciativas de formación y estructurando los programas de rehabilitación.

2) El programa de formación en salud mental, que a fecha de noviembre del pasado año había celebrado nueve ediciones.

3) La modernización de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, (los dos únicos existentes son los de Alicante y Sevilla), para transformarlos *“en un recurso donde la terapia y la rehabilitación del enfermo sean lo prioritario”*, que cumpla las previsiones de la LOGP, que define los psiquiátricos penitenciarios como establecimientos especiales en los que prevalezca el carácter asistencial. En mayo de 2011 se hizo pública la propuesta de reforma de los dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio del Interior, que destacaba la ausencia de implicación asistencial de los sistemas sanitarios públicos de la mayor parte de las Comunidades Autónomas.

2.º Instrumentos de cooperación en el ámbito de la Junta de Andalucía:

1) Convenio-Marco de colaboración de 23 de marzo de 1992, y Convenio de colaboración en materia sanitaria de 17 de noviembre de 1995:

El Convenio-Marco de colaboración suscrito el 23 de marzo de 1992 entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía, dedica una de las áreas de su contenido (área 6), a la atención sanitaria, en la que contempla la organización de actividades y programas específicos directamente encaminados a prevenir la enfermedad y a mejorar la salud de la población penitenciaria, a la que califica de alto riesgo y precisada por ello de atención preferente y de una especial atención en cuanto a los problemas de salud mental.

En el mismo, la Consejería de Salud se obliga a incluir a los centros penitenciarios en los programas y campañas de medicina preventiva existentes en nuestra Comunidad Autónoma, incluyendo el área de salud mental.

De forma más específica, nació posteriormente el Convenio de colaboración sectorial de 1995, celebrado entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud, que comprende las áreas de educación para la salud, medicina preventiva y vigilancia epidemiológica, salud ambiental, formación, salud mental, consultas de especialidades, reserva de camas en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud para los ingresos procedentes de centros penitenciarios, y protección radiológica y seguimiento de exposiciones.

Dicho Acuerdo, contempla el área de salud mental como una de las esenciales, obligando a la administración sanitaria autonómica a *“definir los criterios de colaboración y coordinación en materia de salud mental, conjuntamente con los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios y de los equipos de salud mental de los distritos de atención primaria”*, (actuando estos últimos como equipos de segundo nivel).

Su posicionamiento, es el de entender que, en todo caso, los equipos de salud mental del Servicio Andaluz de Salud han de actuar como equipos de segundo nivel, puesto que los equipos sanitarios de Instituciones Penitenciarias han de asumir la función equivalente a cualquier centro de atención primaria en la referida especialidad. Parte, por tanto, de la idea de la relativa especialización de los equipos sanitarios de instituciones penitenciarias, algo que se ha mostrado insuficiente, exigiendo una presencia, siquiera mínima, de especialistas en el interior.

2) Acuerdo Sectorial de 29 de mayo de 2006:

En julio del año 2000 se abordó por esta Institución la problemática de los *“Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces”*.

La mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales y de los discapacitados intelectuales internos en las prisiones andaluzas, recomendada por esta Defensoría, en suma, inspiró el Acuerdo Sectorial de 29 de mayo de 2006, que se firmó por el Ministerio de Interior y la entonces Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para las personas con discapacidad internas en establecimientos penitenciarios de Andalucía, en el que se incluyó tanto a aquéllas con discapacidad psíquica como a las que padecen enfermedad mental.

La base de este Acuerdo surgió de la constatación de la presencia en las cárceles de un importante número de personas con trastornos y enfermedades mentales graves, atendidas de forma deficiente e incluso sin diagnóstico.

Para abordar las actuaciones precisas, se acordó estudiar, a través de la Fundación Andaluza de Ayuda al Enfermo Mental (en adelante, FAISEM) y de las direcciones de los centros penitenciarios, la situación actual de los programas de atención a necesidades de salud mental de la población reclusa y la mejora de los mismos; así como se adoptó el compromiso de analizar la situación de cada persona, para, en su caso, preparar, junto con la administración penitenciaria, los juzgados, el Ministerio Fiscal y los servicios sanitarios, su salida del centro penitenciario.

El mentado Acuerdo se ha desarrollado principalmente respecto de los afectados por discapacidad intelectual, aplicándose a los enfermos mentales los programas del II Plan Integral de Salud Mental, pero estando

aún pendiente el estudio de prevalencia de los problemas de salud mental entre la población reclusa, cuyos resultados se encuentran en fase de redacción de conclusiones definitivas.

3.º El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012:

La Consejería de salud de la Junta de Andalucía elaboró el II PISMA, en cuyo contenido se incluyen expresamente objetivos, estrategias y actuaciones cuyos destinatarios son los internos penitenciarios afectados por patologías de etiología psiquiátrica.

El reseñado II PISMA, partiendo del presupuesto de que la incidencia de alteraciones psiquiátricas en la población penitenciaria es hasta siete veces mayor que en el conjunto de la población, estimando que la exclusión social, como la que afecta a la población penitenciaria, es un factor socioeconómico de riesgo para la enfermedad mental, así como, que dichas enfermedades mentales (depresión y esquizofrenia, particularmente), el estrés social y el acceso limitado a ayuda psicológica, actúan a su vez como factores de riesgo del suicidio, establece el objetivo de mejorar la atención de las personas con enfermedad mental en prisión.

Para alcanzar la finalidad pretendida, contempla actividades particulares de atención a la salud de las personas en riesgo o situación de exclusión social y, dentro de estas, a la población penitenciaria, consistentes en:

- La realización de un proyecto de investigación que permita contar con información precisa sobre prevalencia e incidencia y las necesidades de atención de salud mental de la población reclusa, con el grado de desagregación necesario para detectar desigualdades e inequidades, de cuya elaboración, sin embargo, no tenemos noticia.
- Establecer un programa de actuación conjunta orientado a la recuperación e inclusión social de las personas con trastorno mental en régimen penitenciario, consensuado entre instituciones penitenciarias, servicios sanitarios y sociales y movimiento asociativo.
- El desarrollo conjunto por las unidades de gestión clínica de salud mental con centros penitenciarios ubicados en su zona de influencia y por los servicios sanitarios de dichos centros penitenciarios, de planes de formación continuada que garanticen una adecuada capacitación de profesionales que atienden los problemas de salud mental en la población reclusa.

Desconocemos, a fecha de elaboración de este informe, el estado de elaboración del proyecto de investigación, del programa de actuación conjunta y de los planes asimismo conjuntos de formación continuada, pretendidos en el II PISMA. En cualquier caso, esperamos poder acceder a dicha información una vez que se renueve el Plan Integral de Salud Mental, que vence este año 2012, a través de la necesaria evaluación de la consecución de los objetivos marcados en el vigente con vistas a la continuidad y planificación de los futuros, en el nuevo Plan que habrá de aprobarse.

4.º La necesidad de coordinación y la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema sanitario público:

Como ha quedado establecido en los apartados precedentes, la Administración Penitenciaria deja patente que, aun cuando ciertamente es relevante la importancia de dar respuesta a los problemas de salud mental de las personas que se encuentran en prisión, la institución penitenciaria no tiene vocación de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral a estos problemas, sino la de ejercer responsablemente la tarea que le corresponde, mediante las anteriormente citadas vías de detección temprana

de la enfermedad mental, tratarla de la mejor forma posible en conexión con los recursos asistenciales de las Comunidades Autónomas, derivando correctamente al enfermo a los citados recursos asistenciales especializados de la comunidad en el momento de la excarcelación, para la continuación del tratamiento en el recurso comunitario procedente.

Reitera así Instituciones Penitenciarias, la idea de que el tratamiento de la salud mental de los internos penitenciarios y aún más, de los inimputables no condenados penalmente, sino sometidos a medidas de seguridad (hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria), precisan de recursos sanitarios especializados que solo puede y debe ofrecer la Administración Sanitaria, siendo ajenas a esta finalidad las actuaciones y obligaciones que tiene encomendada la Administración Penitenciaria. De modo que quienes se hallan privados de libertad deben estar integrados en los recursos asistenciales de la comunidad.

Por su parte, el enfoque del SSPA (sistema sanitario público de Andalucía), es el de que su función ha de ser secundaria a la de los equipos sanitarios de Instituciones Penitenciarias, de tal modo que los equipos de salud mental del Servicio Andaluz de Salud actúen como equipos de segundo nivel.

La norma, como también hemos visto, residencia la obligación de “asegurar” la prestación sanitaria especializada, aún de salud mental, en la Administración Penitenciaria, “*preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud*”(art. 209.2.1 RP). Preferencia que ha sido observada, a través de los pertinentes convenios de colaboración bilaterales, de los que se desprende, en todo caso, que en su ámbito de actuación la Administración Sanitaria autonómica tiene una obligación principal y relevante, siendo subsidiaria la obligación de la Administración Penitenciaria en esta materia, limitada a colaborar con la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y los centros sanitarios *autonómicos “en la consecución de los compromisos adquiridos por éstos en el área de salud mental”*.

Sin embargo, la complejidad del modelo diseñado, radica en la concurrencia de dos Administraciones distintas en los sucesivos niveles de actuación en el proceso asistencial del enfermo mental (primario y especializado), dificultando la actuación coordinada e integral. Si a ello unimos los defectos de organización y carencias de una y otra administración, no resulta extraño que a pesar del gran número de estudios, planes, proyectos, programas, convenios y acuerdos sectoriales, el problema de la salud mental de los internos penitenciarios persista con insuficiente asistencia y se cronifique en el tiempo.

Es destacable el reiterado problema de la escasez de especialistas a disposición de los internos, debida a la involuntariedad de los psiquiatras del sistema sanitario público a desplazarse a los centros penitenciarios, a la escasez en la frecuencia de las visitas de los que sí lo hacen y a las dificultades en la obtención de citas y para los traslados de los usuarios a consulta fuera de prisión.

La gran tarea pendiente en esta cuestión de reparto competencial quedará definitivamente cumplida (y, con ello, corregidas parte de las actuales disfunciones), cuando se ponga en práctica la previsión de la Disposición Adicional 6ª de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo, referida a la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de las Instituciones Penitenciarias a los servicios sanitarios públicos autonómicos, para su plena integración en estos últimos, que debió haber quedado realizada el 30 de noviembre de 2004 y que solo ha tenido lugar en el País Vasco.

De hecho, la integración de la política sanitaria de la prisión en la política nacional de salud pública, viene impuesta por las Reglas contenidas en el Anexo de la Recomendación Rec 2006 del Comité de Ministros

de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, una de las cuales (la Regla 40.2), determina que la política sanitaria penitenciaria debe estar integrada en la política nacional de salud y ser compatible con ésta.

Incluso podemos decir que si bien la Administración Penitenciaria española tiene ciertamente atribuida la custodia de los enfermos mentales sometidos a medida de seguridad privativa de libertad, no es esto lo que ocurre en otros países. A mayor abundamiento, el estudio ya citado precedentemente EUPRIS de la Comisión Europea de 2007, destacó que los sistemas penitenciarios de diversos países europeos (como Inglaterra, Gales, Irlanda, Islandia y Noruega), no contemplan siquiera la existencia de recursos para esta clase de condenados, siendo el sistema público de salud el que controla y custodia a estas personas, ya que los establecimientos penitenciarios no se consideran instalaciones terapéuticas. Claramente prima en los referidos países, lo médico sobre lo penitenciario, lo que nos lleva a aludir a los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Previamente, sin embargo, merece hacer especial mención al informe de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, de febrero de 2007, referido a “Los enfermos mentales en las prisiones ordinarias”, en el que se expone la siguiente visión crítica de la situación:

- La asistencia de los psiquiatras en los centros penitenciarios andaluces es bastante deficitaria y que, además, los médicos de prisiones son profesionales cuyo cometido está limitado por criterios de seguridad y de orden regimental y no sometido únicamente a principios de salud.
- El incumplimiento de la normativa general sanitaria, particularmente de la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de junio, en cuanto a los principios que han de inspirar las actuaciones de la administración autonómica andaluza en materia de protección de la salud y de derechos de los ciudadanos, cuando se trata de internos penitenciarios, haciendo de ellos ciudadanos de segunda.
- La inaplicación en muchos aspectos de los convenios autonómicos andaluces en materia sanitaria y, particularmente, de salud mental, adoptados en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 207.2 RP. Concretamente, se concretan los incumplimientos, entre otros, en la atención especializada en régimen ambulatorio dentro de los centros penitenciarios; la práctica inexistencia de las reuniones de seguimiento del convenio y la falta de elaboración del programa anual de colaboración.

13.3.3 Establecimientos Especiales: Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

Dispone la Regla Penitenciaria 12 de la Rec 2006, que las personas que sufran enfermedades mentales o cuyo estado de salud mental sea incompatible con la estancia en una prisión, deberán ser ingresadas en establecimientos especialmente concebidos al efecto. En caso de que, excepcionalmente, estas personas estén internas en una prisión ordinaria, su situación y sus necesidades se regirán por reglas especiales.

La LOGP concibe a los centros psiquiátricos como establecimientos especiales en los que prevalece el carácter asistencial. Mientras que el RP, dentro del título dedicado a las formas especiales de ejecución, se refiere al internamiento en un establecimiento o unidades psiquiátricas penitenciarias, como centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes y que se reserva para los siguientes casos:

- Detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decide su ingreso para observación a efectos de informe.
- Exentos de responsabilidad criminal como inimputables, a los que se haya impuesto una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.
- Penados a los que se haya impuesto una medida de seguridad que deba ser cumplida en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria, por enfermedad mental sobrevenida.

Por tanto, el hospital psiquiátrico, como establecimiento especial de carácter asistencial, en la práctica, carece de utilidad real como recurso específico en el área de salud mental de la población penitenciaria, dado que alberga casi exclusivamente a personas inimputables penalmente o a internos preventivos pendientes de informe.

Avanzando incluso un paso más, como se ha apuntado, en sistemas penitenciarios de diversos países de nuestro entorno, ni siquiera se contempla la existencia de recursos específicos en dicho ámbito para esta clase de condenados, al entender que los establecimientos penitenciarios no son instalaciones terapéuticas. Motivo por el cual es el sistema público de salud el que controla y custodia a estas personas.

El propio II PISMA, manifiesta que la mayoría de las personas con enfermedad mental que cumplen condena lo hacen en centros penitenciarios y no en un hospital psiquiátrico penitenciario.

También el informe especial elaborado por esta Defensoría en diciembre de 1997, sobre la *“Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces”*, detectó que muchos internos afectados por trastornos mentales, acaban siendo tratados en las enfermerías de los centros penitenciarios, en lugar de en el Hospital Psiquiátrico.

Existe unanimidad entre los especialistas sobre la inadecuación de mantener en prisión a los enfermos mentales, por dos razones: la carencia en el centro de recursos especializados y de una atención integral para dichos enfermos y la incidencia negativa sobre el enfermo derivada de la propia permanencia en la cárcel.

En nuestro país existen únicamente dos centros de estas características, cuales son el Hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla y el de la provincia de Alicante, dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, el primero de los cuales, además, solo es para hombres.

En el análisis de la situación de ambos psiquiátricos, efectuado por la propia Administración Penitenciaria a través del denominado Plan de Acción Estratégica sobre los Hospitales Penitenciarios, se examinan los problemas de la psiquiatría penitenciaria, constatando el progresivo agravamiento de la situación por el incremento de la demanda asistencial, al haberse duplicado la población penitenciaria. Entre las deficiencias, se hace especial mención a las siguientes: La situación de sobreocupación especialmente grave, a causa de la falta de un control efectivo sobre los ingresos y las altas médicas; la inapropiada estructura orgánica, con indefinición de funciones en los profesionales y falta de personal especializado, particularmente, la carencia de psiquiatras; así como en las salidas, la resistencia de las Comunidades Autónomas responsables de los recursos asistenciales extrapenitenciarios, para la derivación de los presos a los mismos, como consecuencia del estigma social que supone la doble condición de preso y de enfermo mental, con las negativas consecuencias en la reinserción social y adecuado tratamiento clínico.

Como resultado, se concluye en la necesidad de que la Administración Penitenciaria asuma el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas en virtud de la comisión de delitos graves por tiempo superior a

cinco años, así como el cumplimiento de medidas de seguridad de los internados que no han superado la adaptación a los hospitales psiquiátricos públicos o tratamientos involuntarios. Mientras que se debería evitarse el internamiento en los dispositivos psiquiátrico-penitenciarios, en todo caso, de enfermos cuyo primer trastorno sea la toxicomanía, el trastorno de la personalidad o el retraso mental.

Asimismo se ha puesto de relieve:

- El problema que supone la existencia única de dos hospitales de este tipo, ya que ello comporta el alejamiento del entorno familiar y social de parte de sus internos y, especialmente, cuando se trata de mujeres, para las cuales el único centro disponible es el de Alicante.
- La falta de equivalencia con las prestaciones psiquiátrico-sanitarias homólogas a las de los internos atendidos en la sanidad pública general.
- La falta o escasez de psiquiatras consultores.
- La inadecuación del régimen de internamiento.
- La mezcla de enfermos somáticos y psiquiátricos en las enfermerías.

Algunas de estas deficiencias concurren también en los enfermos mentales que se encuentran cumpliendo pena privativa de libertad en centros penitenciarios ordinarios y que reciben atención en la enfermería del establecimiento, siendo en ambos casos precisa la elaboración de un programa individualizado de tratamiento para cada usuario y la garantía de coordinación con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, tanto durante el cumplimiento de la pena o de la medida de seguridad (tratamientos médicos externos), como para el momento de la reinserción social, a cuyo efecto es especialmente importante la realización de políticas públicas que prevengan la exclusión social tras la salida de prisión.

13.4 RECURSOS AL ALCANZAR EL LICENCIAMIENTO, PROVISIONAL O DEFINITIVO

Especialmente importante es la colaboración interinstitucional para la continuidad del tratamiento de salud mental en curso del recluso en el momento en que se produce su excarcelación, temporal o definitiva, ya que esta continuidad no solo influye en la salud del afectado, sino también producirá efectos positivos en su reinserción social.

La Recomendación de 2006 de la Unión Europea, impone a los servicios médicos de los establecimientos penitenciarios en este sentido, un doble deber:

- El de identificar los problemas de salud física y mental que puedan obstaculizar la reinserción social de los internos tras su salida en libertad.
- El de adoptar acuerdos con los servicios de la colectividad con el fin de que los internos puedan continuar los tratamientos médicos o mentales necesarios tras su puesta en libertad, siempre que el interno dé su consentimiento a este acuerdo.

Una vez más, surge, por tanto, la importancia de la colaboración entre las Administraciones implicadas, Penitenciaria y Sanitaria.

En nuestra legislación penitenciaria, se dispone que el Ministerio de Justicia (hoy de Interior), prestará a los internos, a los liberados condicionales o definitivos y a los familiares de unos y otros la asistencia social

necesaria postpenitenciaria, recabando a tal fin la colaboración necesaria de otras administraciones públicas con competencia en la materia, para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental.

Esta previsión normativa, dirigida a posibilitar la reinserción social tras el cumplimiento (de la pena o de la medida de seguridad) y la continuación del tratamiento, plantea problemas específicos de coordinación temporánea con los servicios de salud mental y los servicios sociales, agravados por la falta de medios y recursos en el actual contexto de grave crisis económica. Dificultades que es imprescindible solventar, para evitar que enfermos mentales excarcelados abandonen el tratamiento, o acaben siendo personas “*sin techo*”, por la carencia de un adecuado entorno familiar y/o de recursos asistenciales.

En el caso de los sometidos a medidas de seguridad en Andalucía, la asistencia se aborda por la Comisión Técnica creada al efecto a instancias de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, en la que se integran técnicos del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, de FAISEM, del movimiento asociativo de familiares y usuarios, miembros de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y un representante de la Fiscalía de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla.

Previamente, el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla, por su parte, presta la asistencia especializada de carácter psiquiátrico por el cuadro de especialistas del propio centro, en coordinación con el Área de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío, con la finalidad de preparar la continuidad asistencial de los pacientes con familia en la provincia de Sevilla, aproximadamente un año antes de que se produzca su excarcelación. En este sentido, se desarrolla un procedimiento de búsqueda de recursos, con un plan individualizado de tratamiento, con posibles salidas para rehabilitación y participación de la familia del paciente. En caso de faltar el apoyo familiar o siendo éste insuficiente, se solicita la colaboración de la fundación FAISEM.

Sin embargo, hay que decir que esta posibilidad solo es aplicable a una parte de los internos, dado que, como se ha explicado, solo existen dos hospitales psiquiátricos en nuestro país (Sevilla y Alicante), por lo que es común que exista alejamiento de su entorno familiar y social en muchos de los afectados, máxime cuando se trata de mujeres, para las cuales el único centro disponible es el de Alicante. Supuestos que hacen preciso ampliar la colaboración y la coordinación a los servicios correspondiente de la Comunidad Autónoma de origen o residencia del interesado.

En cuanto a FAISEM, se incluye específicamente dentro de los recursos comunitarios de apoyo social. Esta Fundación Pública Andaluza, cuenta con un Programa de atención a la población penitenciaria con trastorno mental grave, a través del cual se desarrollan acuerdos de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y proyectos de intervención conjunta con los servicios de salud mental, los Servicios Sociales y la Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía), para personas con trastorno mental grave en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

14. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA

14.1 LA PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE EL ENFERMO MENTAL

En plena fase de implementación de la reforma psiquiátrica en Andalucía, la Consejería de Salud llevó a cabo un importante y oportuno estudio sociológico de investigación sobre las actitudes de la población andaluza hacia la salud y la enfermedad mental titulado “*Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*”(Informes Técnicos, Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1989), bajo la consideración de si la reforma se abordaba bajo el postulado de la efectiva integración del enfermo mental en la propia comunidad de pertenencia, resultaba lógico conocer qué actitudes tenía dicha comunidad sobre este colectivo.

Las conclusiones de dicha investigación, que no olvidemos hay que situar en el contexto de nuestra sociedad a finales de la década de los 80 (pero que nos deben mover a reflexión y preocupación en la medida que determinados aspectos negativos persistan en la actualidad, casi un cuarto de siglo después), podemos resumirlas y extraerlas de la manera siguiente:

“a) Integración de la salud mental en el sistema sanitario general.

Ante la tradición del tratamiento a los problemas mentales en el marco de la marginalidad, caracterizado por un sistema relativamente autónomo basado en la segregación, en la beneficencia y en la confusión con otras marginalidades sociales, la reforma mantiene como uno de los principales empeños, el de ofrecer un marco racional de atención situado en la integración en el sistema sanitario general.

En este sentido se observa en el estudio que el proceso de integración de la salud mental en el sistema sanitario general se puede ver favorecido por el hecho de que tanto la población general como la asistencial, en una considerable mayoría, sitúan conceptualmente la enfermedad mental en el mismo nivel de las otras enfermedades, aunque una proporción considerable de la población andaluza ve en la enfermedad mental un alto nivel de complejidad en comparación con otras enfermedades.

b) Inadecuación terapéutica y humana del hospital psiquiátrico

La lógica de asimilación de la enfermedad mental al resto de las enfermedades debe llevar como consecuencia, en primer lugar, al cuestionamiento del sentido de la existencia de un lugar hospitalario de internamiento especializado y separado no sólo conceptual sino también físicamente del resto del sistema. En segundo lugar, obliga a cuestionarse el internamiento de personas que no son susceptibles de intervención sanitaria. Y en tercer lugar, se debe evaluar históricamente la funcionalidad terapéutica de las condiciones estructurales y prácticas de los hospitales psiquiátricos.

(...) En este sentido, los resultados de la encuesta ofrecen datos importantes que apoyan la política de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, ya que la población, en su mayoría, no cree en la conveniencia del encierro y del aislamiento de los enfermos mentales, señalando los efectos negativos de la reclusión, al tiempo que se posiciona positivamente ante los ítems que hacen referencia a las ventajas de la atención alternativa en el ámbito importante, manifiestan cierta contradicción, al afirmar al mismo tiempo la no convivencia del encierro y la necesidad de la existencia de grandes vallas y guardianes en el hospital psiquiátrico.

c) La supuesta peligrosidad del enfermo mental.

Quizá el argumento principal que históricamente ha actuado de forma explícita o implícita para apoyar la necesidad del encierro en el hospital psiquiátrico, se ha basado en la doble protección del enfermo respecto a la sociedad y de ésta respecto a aquél. Dicho argumento partía de la suposición de la peligrosidad del enfermo mental para los otros y para sí mismo. Esta falsa creencia en la peligrosidad puede suponer un obstáculo fundamental tanto para la superación del manicomio como para las posibilidades de reinserción comunitaria.

En este sentido, si bien no disponemos de suficientes datos empíricos acerca de esta consideración en el pasado, parece que la suposición de peligrosidad se va mitigando, y, tal como muestran los resultados de este estudio, una mayoría de la población no se sitúa en el estereotipo de la peligrosidad, si bien aún una minoría importante de la población en general permanece en este convencimiento. Entre la población asistencial, la opinión que afirma la peligrosidad sería, a primera vista, poco importante si no fuera porque, aunque sea minoritaria, sus efectos pueden ser altamente disfuncionales en virtud de su específica responsabilidad profesional.

d) Interpretación de las causas de la enfermedad mental.

Los tipos de causalidad que se destacan en la producción de la enfermedad mental, no sólo determinan el abordaje clínico de los problemas y prefijan el contexto institucional del tratamiento, sino también orientan la dirección de la prevención y las estrategias de reinserción de las personas que padecen trastornos mentales. Cuando en la investigación se le solicita su posicionamiento al respecto, un alto porcentaje de la población general atribuye las causas de la enfermedad, tanto a razones orgánicas como sociales, si bien a éstas en menor grado. Esto permite pensar que en muchos casos se cree en la interacción de ambos tipos de causas. La población asistencial, se inclina más por la causación social, si bien más de la mitad de dicha población destaca causalidad orgánica (...).

e) Las alternativas a la reclusión en el hospital psiquiátrico.

La normalización de la asistencia a la salud mental en el marco del modelo sanitario, no sólo supone la supresión del hospital psiquiátrico, como centro de internamiento especializado y segregado, lugar de dudosa funcionalidad terapéutica y que hace difícil la garantía de unas condiciones de vida digna, sino también requiere establecer como alternativa a éste, la satisfacción de las necesidades clínicas de internamiento, como para otras enfermedades, en el ámbito del hospital general. Así como la creación de una red de atención comunitaria que interviniendo en el momento adecuado sobre los problemas y utilizando los recursos terapéuticos del individuo en su propia comunidad, evite el empeoramiento de los pacientes y los ingresos innecesarios.

f) El hospital general como lugar de internamiento.

A este respecto, si bien como se ha visto anteriormente la población en su mayoría rechaza como solución el hospital psiquiátrico, al tiempo que considera al trastorno mental como una enfermedad, no ve claro el que se atienda a los pacientes mentales a la atención de las agudizaciones en dichos establecimientos. Sin embargo, la existencia de las unidades de salud mental en hospitales generales es demasiado reciente como para que sea suficientemente conocida y haya podido eliminar o atenuar los posibles temores.

g) Reinserción y alternativas comunitarias.

Quizás donde mayor importancia adquiere las actitudes de la población respecto al enfermo mental, sea en el proceso de reinserción social de los pacientes y de facilitación de su tratamiento en la comunidad. Para ello es preciso no sólo la consideración del problema mental como una enfermedad más o la mencionada

ruptura con el estereotipo social respecto a la supuesta peligrosidad del paciente, sino también que consecuentemente se considere al que padece algún trastorno mental como un ciudadano más al que le deben ser reconocidos los derechos que tradicionalmente les han sido negados; al tiempo que pueda acceder a las condiciones precisas para su convivencia en su medio social.

En este sentido un elemento importante para facilitar la reinserción de los pacientes mentales, consiste en que, aun reconociendo la existencia de su problemática, su consideración a niveles sociales y legales le permita ser aceptado igual que el resto de las personas con sus particularidades y diferencias. La respuesta (...) muestra en un porcentaje importante de la población general, la presencia de estereotipos que pueden llevar a ciertos niveles de distancia o de aceptación paternalista que pueden producir dificultades en la reinserción, y que deben ser abordados adecuadamente.

h) El enfermo mental como ciudadano.

También cabe observar que aunque minoritariamente, pero con porcentajes a tener en cuenta que superan la tercera parte, la población general manifiesta su acuerdo con importantes restricciones a los enfermos mentales en su consideración como ciudadanos, concretamente respecto al derecho al matrimonio y a la indefensión en caso de demanda de divorcio. Respecto al hecho de tener hijos, aparece en una mayoría de la población general y en una importante minoría de la población asistencial, una cuestión que está en la actualidad a debate respecto a los deficientes mentales, que es la propuesta de un sector de la población preconizando su esterilización.

Otra restricción que apoya la mayoría de la población general y una considerable minoría de la población asistencial, consiste en negar el derecho a voto a los enfermos mentales, lo cual representa un serio obstáculo a la consideración de los pacientes mentales como ciudadanos.

i) Perspectiva del tratamiento.

(...) Un apoyo actitudinal importante para la atención del paciente en su comunidad, lo ofrece la opinión de la inmensa mayoría de la población general y de la población asistencial en el sentido de que consideran que para “la mejora de los pacientes es más importante el apoyo y la comprensión de la familia, amigos y vecinos que cualquier otro tratamiento psiquiátrico”.

No obstante, casi la mitad de los psiquiatras no se muestran de acuerdo con dicha proposición ya que algunos pueden sentir que se cuestiona su papel profesional.

Puede suponer una dificultad para el proceso de reinserción y un problema para el adecuado abordaje de los problemas mentales, el hecho de que una considerable mayoría de la población general y cerca de la mitad de la población asistencial se manifiesten incómodos e intranquilos entre los enfermos mentales.

j) Vivir en la comunidad.

A parte de los citados aspectos de consideración y de la relación, resulta obvio que primero es necesario que el individuo con problemas mentales pueda vivir en la comunidad. Un indicador positivo de esta posibilidad lo constituye la opinión mayoritaria respecto a que “la mayoría de las personas que tienen una enfermedad mental grave preferirían vivir en su pueblo o barrio en lugar de un hospital psiquiátrico”.

Si esta suposición del deseo aparece claro no sucede lo mismo con el reconocimiento del derecho a hacerlo, ya que en las respuestas aparece la contradicción según se formule la cuestión, pues por un lado se reconoce a los vecinos el derecho a oponerse a que se instales a vivir cerca de ellos y por otro lado casi

loa totalidad de los encuestados afirma que las personas con problemas mentales tienen derecho a elegir el lugar de la residencia”.

En todos los documentos de planeamiento de la salud mental encontramos un apartado a la percepción ciudadana sobre este colectivo, en la seguridad de que es un planteamiento implícito a cualquier medida de corte comunitario.

Así, el II PISMA alude a esta parcela afirmando en su preámbulo que “La enfermedad mental y las personas que la padecen son todavía vistas por la sociedad actual con una mirada negativa. Persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de estas personas. Organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales.

Igualmente, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación de quienes la padecen.

Uno de los elementos de la estigmatización social es la idea generalizada de que los trastornos mentales son “graves y para toda la vida”, cuando, con la ayuda y el tratamiento adecuados, en la mayoría de casos la recuperación es posible, mientras que en otros cabe lograr una remisión o un grado suficiente de funcionalidad o estabilidad.

Algunos de los principales motivos de alarma ciudadana, y de los más visibles en nuestra sociedad, como la criminalidad, los abusos y la violencia doméstica y de género o el colectivo de personas sin hogar, se asocian a la enfermedad mental en el imaginario colectivo.

La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a ser “etiquetada”. Por ello, la Unión Europea pide “un cambio en las actitudes de la ciudadanía en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos”. Dicho organismo insiste en que “una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad”.

Es por ello que el referido plan establece como primera estrategia “la información y comunicación social” fijando como objetivos generales: reducir el estigma y evitar la discriminación que pesa sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen, incrementar el grado de conocimiento que tienen la población general y los colectivos afectados y profesionales sobre la enfermedad mental, sobre sus factores protectores y sus consecuencias y luchar contra los mitos y las creencias erróneas comúnmente aceptadas, garantizar un estilo de comunicación preciso, integrador, respetuoso, no discriminatorio e igualitario en todas las acciones de comunicación y potenciar la comunicación interna entre profesionales de la red de atención a la salud mental.

A tal fin, el II PISMA apunta, entre otras, las siguientes iniciativas:

1.º Desarrollar nuevas estrategias de comunicación con la ciudadanía sobre salud mental, en la que se contemplen acciones de promoción de la salud mental y de sensibilización social, en colaboración con los movimientos asociativos de pacientes, familiares y personas allegadas y medios de comunicación.

2.º Elaborar estrategias de sensibilización adaptadas a los diversos públicos-objetivos (grupos de diferentes edades, entornos, culturas, profesiones, etc.) que se identifiquen de interés para el Plan Integral y diversificar los canales de acción en función de dichos grupos.

3.º Llevar a cabo actividades formativas con profesionales del SSPA para hacerles partícipes de las estrategias de comunicación.

4.º Organizar actividades formativas e informativas con profesionales de los medios de comunicación y alumnado de las facultades de ciencias de la comunicación (...).

5.º Elaborar, ejecutar y evaluar un plan de comunicación de este Plan Integral.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea han publicado el documento "*User empowerment in mental health-statement by the who Regional Office for Europe*", cuyo objetivo es el de analizar el papel nuclear del *empowerment* en las personas con enfermedad mental y sus familiares para reducir el estigma y la discriminación social, mejorar su salud y, en definitiva, su calidad de vida.

Tradicionalmente, tal y como se recoge en este informe, las personas con enfermedad mental y sus familiares han visto su capacidad de toma de decisiones sobre la asistencia que precisan relegada, lo cual ha contribuido al desarrollo y al mantenimiento del estigma social, con quiebra de los derechos fundamentales a la salud y a la autonomía.

En este sentido, la OMS se postula a favor de la eliminación de las barreras tanto formales como informales, fomentando que el paciente afectado por una enfermedad mental pueda tomar el control y decidir sobre su propia vida, lo cual supone una transformación no sólo de las relaciones interpersonales sino también de las interacciones en la comunidad, con los servicios disponibles y con las Administraciones.

Este aspecto sobre la estigma es resaltado especialmente por los movimientos asociativos de los enfermos y sus familiares, auténticos y directos perjudicados por el persistente estereotipo que la sociedad española vierte sobre este colectivo. Nuestra Institución es testigo privilegiado de este sufrimiento añadido que estos enfermos vienen soportando desde tiempos inmemoriales.

Con ocasión de la declaración del Año Andaluz de la Salud Mental (2005), la Junta de Andalucía puso en marcha diversas acciones divulgativas para profesionales, así como actividades de sensibilización y de investigación dirigidas a mejorar los conocimientos de diversos colectivos acerca de estas patologías.

En base a ello se editó una guía con recomendaciones para evitar la estigmatización de los enfermos mentales, titulada "*Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación*", que se dirige a estos medios y los profesionales que trabajan en ellos, para desterrar ideas que dañan la imagen de las personas con problemas mentales y de sus familiares.

Entre otros aspectos, esta guía incluye consejos como no asociar esquizofrenia a comportamientos peligrosos y violentos, evitar titulares que destaquen injustificadamente características negativas y sensacionalistas o incluir el problema de la salud mental solamente cuando sea imprescindible para entender una información.

Asimismo, la Junta –a través de las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad-, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, la Empresa Pública de la Radiotelevisión Andaluza y la Federación Autónoma de Familiares de Personas con Enfermedad Mental han suscrito un convenio marco para incrementar la sensibilidad de la sociedad hacia las personas que padecen trastornos mentales graves. En virtud de este acuerdo, todas las instituciones representadas han asumido el compromiso de promover,

desde sus respectivos ámbitos, actuaciones destinadas a favorecer el conocimiento y la aceptación de las personas que padecen trastornos mentales graves.

14.2 LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS

Las “*Encuestas de satisfacción de usuarios*” que anualmente publica el SAS desde el año 2001 y en el seno del Plan Estratégico del SAS, constituye el principal documento que permite obtener información relevante sobre la percepción de la ciudadanía en general y de los usuarios en particular sobre el SSPA, sirviendo como instrumento para la introducción de planes de mejora de la calidad del mismo, en función de los resultados anuales. Los resultados de satisfacción obtenidos están ligados a los incentivos de los centros sanitarios y los profesionales. Además, la información relativa a cada centro es publicada y transparente vía Internet en la página web del SAS.

Estos objetivos generales se traducen en los siguientes objetivos específicos:

1. El conocimiento de las opiniones y actitudes de la población usuaria andaluza en general sobre el SSPA.
2. La evaluación del SSPA desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.
3. La construcción de indicadores específicos e índices generales que den cuenta de los puntos fuertes y débiles del sistema en su conjunto, desde el punto de vista de los distintos tipos de usuarios y pacientes.
4. La observación de los distintos aspectos del sistema teniendo en cuenta sus principales unidades organizativas en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria.
5. La clasificación y posición de estas unidades en función de la valoración de sus usuarios.
6. El análisis de las influencias de las distintas variables tanto organizativas como sociodemográficas de los propios usuarios en la conformación de las opiniones y la satisfacción respecto a los servicios sanitarios.
7. La construcción de un sistema de recogida y análisis de la información adaptable a los mecanismos periódicos de gestión del SSPA, que pueda ser realizado de una forma homogénea y estable a lo largo del tiempo, de modo que posibilite observar la evolución del sistema.

Los instrumentos y mecanismos de recogida de información de estas encuestas se han materializado en tres ámbitos, una destinada a los pacientes de los servicios de atención primaria, otra destinada a los pacientes que han requerido ingreso en hospitales y por último a usuarios atendidos en hospitales de alta resolución.

No obstante, cabe señalar que la información que se ofrece desde los niveles primarios y especializados no se hace de manera desagregada, de manera que permitiera analizar las particularidades de los servicios vinculados a la red de Salud Mental respecto a los del resto del SSPA.

Mucho nos tememos que los resultados altamente favorables que de estas encuestas se dependen no tendrían exacta equivalencia en lo que se refiere a los mismos parámetros e indicadores en salud mental, como reiteradamente nos muestran los movimientos asociativos de familiares y allegados de los enfermos mentales, e incluso de los propios usuarios de dichos servicios.

En cuanto al grado de satisfacción de los enfermos mentales y familiares respecto a los servicios sociales del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, tan solo somos conocedores de la encuesta llevada

a cabo por la Consejería de Asuntos Sociales en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad Internacional de Andalucía sobre *“El impacto del Sistema Público de Servicios Sociales de Atención Primaria en Andalucía”* (2001), en el que se recogen la percepción, satisfacción y expectativas sobre dicho sistema, desglosada por colectivos: ciudadanos, usuarios, profesionales y políticos.

Mayor concreción encontramos en el análisis que FAISEM ha realizado sobre los usuarios de su programa residencial (*“Soportes para la ciudadanía”*, 2012), que a través de su encuesta *“Cuestionario de Actitudes del Usuario”* viene analizando la valoración que hacen las personas que utilizan dicho programa (págs. 232 y 233), en las que se viene a mostrar el razonable grado de satisfacción sobre el programa, mayor en las viviendas supervisadas (más equiparables a las viviendas ordinarias), sin perjuicio de que la mitad de ellas (el 60% en los casos de residentes en casas-hogar) prefieran vivir en otro lugar, con su familia o en su propio domicilio. En otros capítulos, el resultado de este estudio muestra menor grado de satisfacción como aquellos que versan sobre aspectos de la vida cotidiana en dichas residencias (visitas de familiares, disponibilidad de dinero de bolsillo, etc.).

Esta Institución considera que los servicios públicos tienen que ser sensibles a las demandas de calidad, participación y transparencia que la ciudadanía reclama cada vez con más insistencia respecto al funcionamiento de los mismos, convencidos de que la legitimidad, su carta de naturaleza, de estos está supeditada, en buena medida, a la satisfacción que los ciudadanos tengan con la atención que reciben. Por ello, la consolidación de los sistemas de servicios públicos, como el sanitario, sociosanitario y social va a depender finalmente de la capacidad de estos sistemas para hacer frente a las crecientes y cambiantes demandas ciudadanas. En este sentido, los instrumentos de captación de dicho grado de percepción y satisfacción contribuyen a esta finalidad.

15. PARTICULARIDADES DE LA INCAPACITACIÓN Y TUTELA DE LOS ENFERMOS MENTALES

15.1 LA INCAPACITACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES

Las personas con falta de capacidad de obrar, no incapacitadas judicialmente, están en una permanente situación de inseguridad jurídica, o lo que es lo mismo, en una situación de riesgo respecto a la protección de sus derechos fundamentales. De ahí la necesidad de que los responsables de estas personas, familiares o entorno social, puedan disponer de la información jurídica necesaria y acceso sin restricciones para decidir o proponer sobre el interés de estas.

El artículo 10.1 de la Constitución Española proclama que *“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”*, precepto que junto a otros (arts. 41, el 43, y el 50) imponen a los poderes públicos la obligación de articular una especial protección respecto de los ciudadanos que se citan, como son en concreto las personas con trastorno mental. Por su parte el artículo 49 señala que: *“Los poderes públicos realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales o psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título de la Constitución otorga a los ciudadanos”*.

Por otro lado, la Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad realizada en Nueva York el 13 de diciembre del 2006 (firmada por España el 30 de marzo de 2007), define primeramente a las personas discapacitadas como *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*(art.1) imponiendo la obligación a *“Los Estados partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”*(...).

“La protección jurídica y social de los enfermos mentales y personas con demencia, debe ser objeto de especial atención por todos, con el fin de procurar su máxima adaptación social, así como evitar fraudes sobre su patrimonio y protección personal”. (arts. 12 y 13).

No obstante esta definición, más amplia que la actualmente establecida en el artículo 200 del Código Civil *“enfermedades o deficiencias persistentes física o psíquica que impide a una persona gobernarse por sí misma”*, hay que completarlo con la Convención. Ésta contempla la discapacidad desde una perspectiva mucho más amplia y ambiciosa, no simplemente médica (y que requiere exclusivamente tratamiento médico para su cura o adaptación de la persona a su entorno) como observa la norma civil española. Es preciso tener presente que la discapacidad debe ser abordada desde una concepción social. Es el modelo social de la discapacidad.

Desde esta moderna posición, no son las limitaciones o discapacidades de la persona lo determinante, sino los obstáculos que plantea la sociedad y que impiden que la persona con discapacidad pueda desenvolverse en condiciones de igualdad real y efectiva.

Existen, además de la discapacidad, barreras, ya sean legales, físicas, de educación, de lenguaje etc., a las que tienen que enfrentarse las personas con discapacidad para disfrutar de sus derechos. La vigencia de la Convención es efectiva y real en España desde mayo de 2008. Desde su aprobación en las Cortes forma parte de nuestro ordenamiento jurídico. El problema que nos encontramos en la realidad es la necesidad de adaptar o modificar nuestra legislación a los retos planteados por la Convención.

Tras la ratificación de la Convención por España se han producido dos importante reformas legislativas, hablamos de la Ley 1/2009, de 25 de marzo, de reforma de la ley de Registro Civil y otras materias y de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de reforma de una amplia legislación administrativa sectorial, ninguna de las cuales ha abordado la obligada adecuación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) en esta materia.

Visto lo anterior es preciso reinterpretar, hasta que se produzca la reforma, el artículo 200 del Código Civil, al igual que el resto de la legislación en tanto se modifique, en el que como presupuesto para iniciar el proceso se fijaba, exclusivamente, en el aspecto “médico”.

Por tanto, se hace preciso asumir el concepto social e iniciar cualquier proceso judicial, únicamente, en aquellos supuestos donde la vía para remover un obstáculo, para garantizar la igualdad efectiva de las personas con discapacidad, artículo 5 de la Convención, sea la judicial y no la médica y/o social.

Conforme a las previsiones legales establecidas en las citadas leyes 1/2009 y Ley 26/2011, estas a la luz de la Convención plantean la necesidad de presentar *un nuevo modelo de procedimiento* sobre la capacidad, dándose unos plazos que hasta la fecha se han incumplido. No obstante, el Tribunal Supremo, en STS 282/2009, de 29 de abril, proclama la vigencia del sistema de protección establecido en el Código Civil, estableciendo la necesidad de adecuar su interpretación a la Convención, teniendo siempre en cuenta que las personas con discapacidad siguen siendo titulares de sus derechos fundamentales.

Por tanto, teniendo presente que la Convención forma parte de nuestro bloque Constitucional es necesario partir de una serie premisas básicas, además de la igualdad y no discriminación, a tener presente en la interpretación de la regulación actual, y partiendo del artículo 12 de la Convención:

- Asegurar que todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona.
- Que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida.
- Que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial.
- Que las medidas deben ser proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona. Será preciso, como se señaló anteriormente, tener presente el concepto social de la discapacidad dejando en un segundo plano el elemento nuclear del diagnóstico y centrarnos en cuáles son las necesidades y los obstáculos con los que se encuentra la persona.

Por tanto y siempre dentro de lo posible, habrá que atender a las preferencias de la persona con discapacidad, respetando su autonomía para tomar decisiones.

De esta manera debemos tener presente la regulación actual pero interpretándola conforme a la Convención. La LEC de 2000, consideraba, con atino, que hay algunos procedimientos en el que su objeto va más lejos del mero interés privado, alcanzando de lleno al interés público. En este sentido regula el procedimiento sobre la capacidad de las personas en sus arts. 748 y siguientes.

Al estar en juego el interés público, se hace necesaria una especial implicación del Fiscal, como defensor de la legalidad e interés público y social, impuesta por la Constitución (art. 124), el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, y por la propia LEC (art. 749), que las autoridades y funcionarios públicos están obligados a poner en conocimiento del Fiscal cualquier causa de incapacidad. Obligación que se torna facultad en el caso de los particulares.

En cuanto a los motivos para iniciar el procedimiento, si tenemos presente el artículo 1 de la Convención, lo esencial no es crear nuevos derechos para la persona con discapacidad, sino garantizarlos y evitar cualquier tipo de discriminación.

Tenemos que plantearnos, no siendo en muchas ocasiones una cuestión de fácil respuesta, cuándo debe iniciarse un procedimiento judicial sobre la capacidad, qué finalidad se persigue, las molestias que el mismo plantea y si supone o no beneficios para la persona con discapacidad. En definitiva, hay que plantearse cuál es el obstáculo y si este debe ser removido con una intervención judicial.

El nuevo modelo debe estar dirigido a situaciones o actos específicos en los que una persona con discapacidad necesita apoyos.

Una interpretación integradora de la perspectiva médica del Código Civil y social (barreras u obstáculos) de la citada Convención, nos obliga a considerar los siguientes aspectos:

- a) Una sería la causa, es decir, la deficiencia física, mental, intelectual o sensorial.
- b) Que ésta debe ser persistente, a largo plazo.
- c) El motivo para iniciar el procedimiento. Es necesario que la causa afecte al autogobierno, a su capacidad de decisión, total o parcial y que se consiga un beneficio una mejora para la persona con discapacidad porque sea necesario remover algún obstáculo que impide la plena y efectiva participación en la sociedad.
- d) Es necesario delimitar cuál es el mecanismo más adecuado para asistir a la persona con discapacidad, para remover obstáculos, teniendo siempre presente su voluntad.

No es pretensión de este informe abordar una exposición procesal exhaustiva de la regulación de la incapacitación en nuestro ordenamiento jurídico (Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil), tan solo exponer algunas de las peculiaridades que puede ofrecer este instituto jurídico respecto de los enfermos mentales y de los mecanismos tutelares al respecto, toda vez que la casuística que se nos presenta en la Institución ofrecen, en determinados casos, una pretensión familiar en este sentido, con independencia de que medie en el enfermo un perfil tributario de dicha medida de protección.

Sobre este extremo, los familiares de estos enfermos, especialmente en relación a aquellos con trastornos mentales graves y con graves trastornos conductuales, suelen plantearse la necesidad de promover la declaración judicial de incapacitación, en la creencia de que más allá de las hipotéticas consecuencias, en su caso, en el orden penal, tal declaración puede beneficiarle en el acceso a un internamiento definitivo, remediando así la peligrosidad que manifiesta su desatención en el entorno familiar y social.

Como es sabido, la incapacitación es una medida de protección precisa cuando, enfermedades o deficiencias persistentes, de carácter físico o psíquico, impidan a la persona gobernarse por sí misma. Se trata de un reconocimiento legal de una situación de hecho, la falta de capacidad de obrar, que es preciso proteger. En este sentido la incapacitación no sólo ofrece la perspectiva protectora de su destinatario sino también integradora de la capacidad de este, en cuanto que los incapaces no pueden realizar válidamente ciertos actos sin la asistencia o representación de quienes tengan atribuida su tutela o guarda.

Por tanto la enfermedad no puede ser el único requisito y el más importante que determine la iniciación del procedimiento. Hay que analizar individualmente las circunstancias personales, lo aceptable del motivo que se alega y la mejora que supone para la persona con discapacidad. La declaración judicial debe suponer una mejora para éste, para su vida, patrimonio o para los dos y debe suponer una remoción del obstáculo que impide a la persona actuar en igualdad dotándola del mecanismo de salvaguarda más adecuado.

Es necesario analizar de forma individualizada distintos aspectos de la vida de la persona para determinar si es o no necesario iniciar el procedimiento judicial o en su caso cuál debe ser el alcance de nuestra petición o de la decisión judicial. En este sentido el trabajo de los servicios sociales, de médicos-forenses o el examen personal de la persona con discapacidad y sus familiares es importantísimo.

Habría que valora la necesidad del procedimiento judicial desde dos perspectivas complementarias, una aproximación por diagnóstico, por desenlaces, es decir, si hay o no consentimiento, y una aproximación por funcionamiento que nos lleva a responder a aspectos o habilidades tanto a nivel cognitivo como conductual que abarcarían distintas cuestiones.

En el ámbito de la enfermedad mental los problemas son de una extraordinaria complejidad. La mayor parte de las familias que acuden a la Fiscalía lo hacen acuciadas por la falta de sometimiento a tratamiento-medicación o asistencia a consulta, la mala administración de patrimonio, la combinación de la enfermedad con el consumo de tóxicos o la falta de centros adecuados y escasa respuesta institucional a sus reclamaciones.

Si analizamos estos “motivos” en la mayor parte de las ocasiones, si nos preguntamos para qué se pide una intervención judicial, constatamos que lo que buscan las familias no requiere, no es necesario o al menos podría ser contraproducente, una respuesta en el ámbito de los procesos civiles sobre la capacidad.

En contrapartida, resulta evidente que hay situaciones que sí lo justifican, pensemos en mala administración de un patrimonio o en control y seguimiento de un ingreso, pero en la mayor parte de las ocasiones la respuesta se encuentra en la estructura socio-sanitaria.

Nuestra experiencia nos demuestra que la incapacitación no es la panacea a los problemas que giran alrededor de estas patologías, como tampoco es un instrumento que facilite las actuaciones sanitarias y sociosanitarias que deban intervenir en el abordaje de la enfermedad, e incluso en los casos en que se lleva a cabo la incapacitación, constatamos cómo en la mayoría de los casos la resolución judicial es de incapacitación total, sin deparar en la opción de establecer limitaciones menos severas que concreten la extensión y límites de la incapacitación. En suma, no son excepcionales las incapacitaciones excepcionales (o prolongadas excesivamente en el tiempo), carentes de efectividad en buena parte de las tutelas familiares cuando esta no puede desplegarse o resulta contraindicada a partir de un determinado momento.

Existe un amplio sector doctrinal que se decanta a favor de un concepto amplio de tutela como una forma más efectiva y “comunitaria” de ejercerla, en el sentido de que esta no recaiga exclusivamente en la persona o entidad tutora, sino que la misma sea coparticipada por los distintos agentes que intervienen en la vida cotidiana de la persona incapacitada, desde el personal sanitario y social de referencia, al personal que comparta sus actividades educativas, de promoción al empleo, talleres, etc.

En este sentido, aun cuando somos conscientes de la dificultad que ofrece la determinación de la capacidad –máxime cuando se carece de criterios médicos y jurídicos al respecto– nos decantamos porque las iniciativas de demandas de incapacitación, salvo en aquellos casos de contrastada incapacidad total de

autogobierno del enfermo, se planteen de forma concreta sobre los “actos concretos” que lo precisan y a la búsqueda de la persona apropiada que lo supla, extremos a los que habrá de ceñirse el proceso judicial, por entender que una declaración de incapacidad parcial, aparte de ajustarse más al caso, resulta más respetuosa con la dignidad y los derechos fundamentales de las personas que sufren una enfermedad mental que la declaración de incapacidad total.

Por otro lado esta solución se compadece mejor con las circunstancias que suelen rodear la enfermedad mental, pues este puede encontrarse en situaciones y con requerimientos diferentes (por ejemplo, la exigencia de capacidad no puede evaluarse de igual manera para una gestión de un simple negocio que para consentir vínculo matrimonial u otorgar testamento) a la vez que la enfermedad puede tener un carácter coyuntural, en los casos que la doctrina denomina “intervalos lúcidos”, que pueden solventarse, en su caso, a través de medidas judiciales provisionales, incluso sin necesidad de estar incurso en procedimiento de incapacidad.

Sin duda, la mejor expresión de esta postulación la encontramos en las directrices que recoge la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa de los Estados miembros, de 23 de febrero de 1999, sobre “Principios referentes a la protección jurídica de los mayores incapacitados” que sienta las siguientes bases:

“1.º Es necesario que las legislaciones nacionales prevean un marco legislativo suficientemente flexible para admitir varias respuestas jurídicas, correspondiendo a aquéllas definir la selección de los medios elegidos.

2.º La legislación debe ofrecer medidas de protección u otros mecanismos jurídicos simples y poco onerosos. Podrían consistir, entre otros, en confiar la gestión de fondos a la administración hospitalaria, en designar representantes con poderes estrictamente limitados por las autoridades administrativas según un procedimiento simple y poco costoso.

3.º Deben arbitrarse medidas que no restrinjan necesariamente la capacidad jurídica de la persona en cuestión o a una intervención concreta, sin necesidad de designar un representante dotado de poderes permanentes. Puede ser suficiente con la autorización por parte del mismo tribunal o de otro órgano de intervención.

4.º Convendría considerar medidas que obliguen al representante a actuar conjuntamente con el mayor y tenerlo en cuenta y así como medidas que prevean la designación de más de un representante.

5.º Deberían incluirse entre las medidas de protección que, aquellas decisiones que presentan un carácter menor o rutinario y afecten a la salud y al bienestar, puedan ser tomadas en nombre del mayor incapacitado por personas cuyos poderes emanan de la ley, sin ser necesaria la medida judicial o administrativa.

Si la protección y la asistencia necesarias pueden ser garantizadas por la familia o terceros que intervengan en los asuntos del mayor, incapacitado, no es necesario tomar medidas formales. Ahora bien, si las decisiones tomadas por un pariente o por una persona que intervenga en los asuntos del mayor incapacitado son reconocidas por la ley, todo poder conferido o reconocido deberá ser cuidadosamente limitado, controlado y vigilado.”

En este sentido la “Guía de buenas prácticas en los procedimientos de incapacidad”(IMSERSO, 2010) viene a concluir lo siguiente:

“– Debe promoverse la necesidad de no incapacitar de forma automática y masiva a las personas discapacitadas, fomentando la posibilidad de adoptar medidas de protección y pronunciamiento de incapacidades parciales, valorando de forma individualizada cada caso.

– Se debe hacer todo el esfuerzo posible para agilizar la duración de los procedimientos. No pueden garantizarse los derechos fundamentales de los presuntos incapaces, en las situaciones de interinidad tan largas que se originan.

– Quedan por resolver importantes cuestiones en derecho internacional privado, respecto a la aplicación de las leyes en menores y presuntos incapaces extranjeros con residencia en España.

– Es necesario mejorar y unificar los criterios de cada una de las fases procesales: audiencia de parientes, examen del presunto incapaz por el juez y el facultativo médico.

– Es necesario dotar de más y mejores recursos a la Administración de Justicia, tener Juzgados y Fiscalías especializadas en todas las provincias.

– Sería deseable la firma y ratificación por parte de España del Convenio de la Haya del 2000 sobre protección de adultos.

– Necesidad de que los Juzgados especializados en incapacidades y tutelas, cuenten todos ellos con equipos psicosociales específicos y dentro de ellos con médicos especialistas en Neurología y Geriatría.

– Es conveniente unificar un criterio sobre la competencia judicial en los supuestos de movilidad geográfica del presunto incapaz.

– Queda pendiente una importante reflexión sobre la figura del guardador de hecho y su extensión.

– Queda pendiente resolver la figura de la posible “autocontratación” del tutor como cuidador principal, al amparo de la ley de la “dependencia”.

– Es preciso realizar e instaurar protocolos de actuación conjunta con notaría y registros públicos (mercantil, propiedad y civil).

– Es preciso crear y establecer líneas de colaboración directa con los profesionales sanitarios que conocen los diagnósticos que originan pérdida de capacidad de obrar”.

Por último, señalar que en los Informes especiales de esta Institución sobre la situación de los deficientes mentales en prisiones (1998) y de los enfermos mentales en las prisiones (1997) exponíamos la necesidad de que se promoviera la incapacitación de aquellos internos que reunieran el perfil de la falta de autogobierno por causa de su deficiencia o patología, así como la necesidad de que crearan Instituciones Tutelares Públicas para el ejercicio de la tutela o curatela que se estableciera en su beneficio, cuando esta no pudiere establecerse en su entorno familiar o social.

15.2 LAS ENTIDADES TUTELARES DE ENFERMOS MENTALES EN ANDALUCÍA

Conforme a las previsiones establecidas en la legislación civil y procesal, si la sentencia declara la incapacitación, la instancia judicial habrá de determinar en la misma, la extensión y límites de ésta, de acuerdo con el grado de discernimiento del incapaz, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, en este caso enfermo mental, determinando si la incapacidad es total (afecta a todos los actos jurídicos del incapaz) o sólo parcial; es decir, si queda sometido a tutela o curatela, sin perjuicio, en su caso, de la posibilidad de prórroga o rehabilitación de la patria potestad.

En la misma sentencia de incapacitación, se designará al tutor, al que se le atribuye el deber de ejercer la tutela, curatela, defensor judicial o simple guarda de hecho, que debe ejercerse en beneficio del tutelado y que estará bajo la salvaguarda de la autoridad judicial.

Ciertamente la asignación de la tutela, en un contexto familiar (cuando lo hay) problemático, suele ser una cuestión que en no pocas ocasiones suele acabar residenciada en una institución pública, pues aunque el Código Civil establece una preferencia a favor de la familia y su entorno (cónyuge, padres o personas designadas por estas en testamento y descendientes o hermanos), habilita a que el Juez pueda alterar dicho orden e incluso, en el caso de que las personas anteriormente mencionadas no existan o no puedan desempeñar debidamente el cargo de tutor, se otorgue la tutela a la entidad pública que en cada territorio tenga encomendada la protección de aquellas o al Director del centro donde se encuentre las persona incapacitada en situación de desamparo (dirección que ya ha asumido automáticamente su guarda), ya sea motivado por falta de familiares o porque éstos por su completa inhibición, ha derivado a dicha situación (art. 234 Código Civil).

En este contexto se entiende el recordatorio hecho por la Fiscalía General de Estado en abril de 1998 sobre la posibilidad de obligar a la asunción de tutela a la Administración entre cuyas competencias se incluye la atención al incapacitado o al presunto incapaz.

En Andalucía, la Administración autonómica optó desde un principio por la creación de Fundaciones Tutelares de naturaleza pública para los casos que no fuera posible la tutela en el ámbito familiar (por carencia, fundada negativa o incapacidad manifiesta), en la que FAISEM ha tenido un protagonismo fundamental.

Así en la actualidad andaluza nos encontramos con seis fundaciones provinciales (Fundación Gaditana, Granadina, Jienense, Malagueña, Onubense y Cordobesa de Tutela), en las que participan las respectivas Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos de las respectivas capitales, Consejería competente en materia de Servicios Sociales y/o Bienestar, FAISEM y asociaciones relacionadas con los colectivos de enfermos mentales. Las otras dos provincias restantes, Almería con el Instituto Almeriense de Tutela (dependiente de la Diputación Provincial almeriense) y Sevilla con la Fundación Tutelar Nadir (can base asociativa y participación de FAISEM) completa el panorama tutelar público de Andalucía.

16. LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS DE FAMILIARES Y USUARIOS

16.1 EL RECONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS

La participación del movimiento asociativo en las políticas de salud mental no se explican solo como la expresión del derecho de participación reconocido constitucional y estatutariamente, como también en la diversa legislación sectorial (sanitaria y de servicios sociales) y como tal participan en el entramado institucional público, sino que la misma tiene un protagonismo esencial en las intervenciones sanitarias y sociales de que son destinatarios este colectivo.

Por otro lado, la participación de familiares y usuarios es consustancial al modelo de atención comunitaria en salud mental, toda vez que las familias juegan un papel fundamental en la atención de estos enfermos.

La Federación de asociaciones de familiares *FEAFES-Andalucía* (antes FANAES –Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos–) se constituyó en el año 1992 (tardíamente, al final de la fase de reforma psiquiátrica con el iniciático precedente de Asaenes de Sevilla en 1987) con el nombre de Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos, para agrupar a las asociaciones andaluzas que habían ido surgiendo en las distintas provincias para aglutinar esfuerzos, coordinar y unificar las actividades, demandas y reivindicaciones, todo ello con el fin de conseguir mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y la de sus familias.

Inicialmente la federación surge con 6 asociaciones fundadoras (La Frontera de Almería, Afemen de Cádiz, Asaenec de Córdoba, Agrafem de Granada, Afenes de Málaga y Asaenes de Sevilla), para posteriormente, en 1994, sumarse Afaenes (Huelva) y Apaem (Jaén) completándose así la totalidad de los territorios provinciales de Andalucía, comprendiendo en la actualidad la Federación 13 asociaciones, con un número aproximado de 5.000 familias asociadas.

A las funciones propias de representación del colectivo, estos movimientos asociativos juegan un papel de crítica de las disfunciones e insuficiencias del sistema de Salud Mental y del sistema de Servicios Sociales, de las que somos conocedores por la personación y presentación de denuncias en nuestra Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

La importancia de la labor desempeñada por los familiares y las asociaciones de usuarios y familiares fue destacada en nuestra última Jornada de Coordinación de Defensoría del Pueblo (Zaragoza, junio de 2012), a favor de un reconocimiento expreso por nuestras Instituciones, y con tal fin declaramos formalmente que *“Las familias y las asociaciones de usuarios y familiares constituyen un soporte básico para las personas con problemas de salud mental, especialmente tras la reforma psiquiátrica, ya que la estancia en el hogar es una realidad y un objetivo a conseguir. Por tanto, la necesidad de información y formación, en orden a desarrollar habilidades para la aceptación del problema de salud, de afrontamiento de situaciones difíciles, mejora de la convivencia y la búsqueda de la normalización/integración, constituyen premisas que deben ser tenidas en cuenta para un cotidiano funcionamiento. Aun cuando sus intereses (familiares-usuarios), no son siempre coincidentes, se hace necesario un abordaje integral de esta situación.*

Las Asociaciones de Familiares impulsan y desarrollan actividades que promuevan la salud y el bienestar de sus asociados. A tal efecto: Crean grupos de ayuda mutua para el intercambio de información y expe-

riencias. Realizan programas de concienciación para reducir el estigma y para la generación de recursos públicos. Organizan, en clara suplencia de los poderes públicos, actividades socioculturales y ocupacionales.

No obstante, si bien la labor de las asociaciones de familiares constituye una pieza clave en el proceso de rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental, en la actualidad han acabado convirtiéndose en gestores de centros de día que cuentan con profesionales de todo tipo, y que en los últimos años se han visto afectadas por los continuos recortes presupuestarios al depender en gran medida de la financiación pública.”

Por otro lado también existen, con menor presencia, la *Plataforma Andaluza de Asociaciones de Usuarios y Usuarías de Salud Mental* “*En primera persona*, creada recientemente (2007), intenta ocupar un puesto en este contexto asociativo, si bien aún alejado del peso que posee la de los familiares y allegados. Forman parte de esta plataforma un total de 9 asociaciones.

Por último existen otras asociaciones de familiares y allegado específicas de determinadas patologías relacionadas con los trastornos mentales de diverso ámbito territorial como son, entre otras la asociaciones de Trastorno de la Conducta Alimentaria, las integradas en la Federación andaluza de asociaciones de padres y personas con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad (FAHYDA) y las asociaciones de Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo, Asperger, etc.).

Resulta obligado dejar aquí constancia al permanente interés de FEAFES-Andalucía por incorporarse al Patronato de FAISEM, aspecto que sin duda redundaría en beneficio de la corresponsabilidad social en dicha fundación.

16.2 EL APOYO A LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS

En la actualidad, desde la Consejería de Salud-SAS como por parte de FAISEM se mantienen Convenios de colaboración con dichos movimientos asociativos a través de los cuales se financian distintas líneas de apoyo e impulso de programas, como son los relativos a sensibilización, reivindicación, ayuda mutua, etc.

De este modo, en lo que a FEAFES-Andalucía se refiere por esta federación y a través de sus entidades asociadas se llevan a cabo diversos programas relativos a sensibilización, reivindicación, formación e información, asesoramiento jurídico, apoyo y asesoramiento a asociaciones, ocio y tiempo libre y escuelas de familia y autoayuda y lucha contra el estigma y la discriminación.

Por el SAS y FAISEM se vienen suscribiendo convenios de colaboración con FEAFE-Andalucía (2008 y 2012), en los que se vienen a financiar programas relativos a: asesoramiento de personas con enfermedad mental y sus familiares; sensibilización social y promoción del asociacionismo.

Un buen ejemplo de esta colaboración entre los servicios públicos de salud mental y el movimiento asociativo, entre otros muchos, lo tenemos en la reciente publicación del proyecto “*Al lado de la persona afectada por una enfermedad mental grave*”(Consejería de Salud, 2012), proyecto que acorde con el modelo comunitario de atención a la salud mental y la perspectiva de la recuperación, que incorpora a la tradicional visión clínica, la trayectoria de vida del enfermo mental y la de su entorno próximo, así como poner de ma-

nifiesto cómo para hacer posible el gobierno de la enfermedad, más allá de su evolución clínica, se impone la necesidad de la alianza entre profesionales, personas afectadas y familiares.

Por su parte, FEAFES-Andalucía al amparo de estas líneas de colaboración desarrolla una serie de programas integrados en tres áreas:

a) Formación e información. Conjunto de actividades tendentes a la formación de los familiares, de las personas con enfermedad mental y de los profesionales que atienden al colectivo de enfermos mentales, a través de cursos, jornadas y seminarios cuyos contenidos versan sobre los métodos y las técnicas necesarias para mejorar las intervenciones de los técnicos y las actuaciones de los dirigentes de las asociaciones federadas, con el fin de buscar una mayor eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos estatutarios.

b) Servicio de asesoramiento jurídico (CIJAF). Consistente en la información y asesoramiento jurídico en materia laboral, de prestaciones y seguridad social, calificación de discapacidad, dependencia, fiscalidad, procedimiento de modulación de la capacidad, cuestiones sucesorias, ingresos hospitalarios y en general, materias relacionadas con la enfermedad mental.

Este programa está dirigido a personas con enfermedad mental, familiares y allegados socios de las entidades federadas.

c) Apoyo y asesoramiento a asociaciones. Apoyo técnico y profesional a las asociaciones federadas, así como a otras entidades asociativas que lo requieran, utilizando metodología participativa desde el modelo asertivo comunitario.

Dentro de este apartado se ha realizado en el año 2012 la Convocatoria del Premio a las Buenas Prácticas dentro del movimiento asociativo FEAFES para reconocer los programas de mayor calidad, implantación y complementariedad con la actividad de la administración pública entre nuestras entidades, con el objetivo final de elaborar el manual de buenas prácticas del movimiento asociativo FEAFES.

17. A EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS DENUNCIAS CIUDADANAS ANTE EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

Tal y como venimos haciendo en los trabajos que desarrollamos con el formato de Informe Especial, en los que intentamos ofrecer una versión Institucional sobre una materia específica, poniendo de manifiesto, tras la realización de un análisis pormenorizado, y una vez requerida la colaboración de las Administraciones pertinentes, cómo se está planteando la misma; en este Informe hemos reservado un capítulo para ofrecer una visión de la manera en la que los ciudadanos afrontan la problemática con la que dicha materia está relacionada, a través del contenido de las quejas que formulan ante este Comisionado Autonómico.

Resultaría difícil encontrar en la problemática suscitada ante esta Institución sobre la asistencia sanitaria a la población, algún asunto más reiterado que el que es objeto de nuestra consideración en este estudio, a la par que rico en matices y participado por numerosos colectivos.

No es misión por tanto sencilla tratar de sistematizar los planteamientos recibidos, las respuestas emitidas por los organismos administrativos competentes en cada caso, y el desenlace alcanzado, unas veces con visos de solución, definitiva o temporal, y en otras ocasiones sin atisbo de la misma, cronificando una situación de enorme desgaste personal, familiar y social.

Una de las razones de la dificultad aludida, radica sin duda en que los ciudadanos acuden a esta Institución presentando una problemática global estrechamente vinculada a la presencia de una enfermedad mental, bien en ellos mismos, bien en sus familiares, o vecinos, cuando no hay quien plantea el problema desde la distancia por la expresa preocupación que sienten por la situación de los enfermos en su calidad de profesionales de la atención sanitaria o social a los mismos, o por su mera condición de ciudadanos.

Dicha problemática global usualmente participa de múltiples factores difícilmente escindibles, por lo que no resulta extraño que al aludir a algunas de las quejas que vamos a englobar en los epígrafes en los que hemos considerado oportuno dividir este capítulo, bien pudiéramos haber incluido a las mismas bajo otros de los apartados reseñados, en la medida en que presentan una problemática multifactorial e indivisible.

Con todo, nuestro trabajo se anima de la intención de hacer oír la voz de los implicados, tal y como han venido manifestándose ante esta Institución, con un propósito divulgativo, adoptando las múltiples perspectivas que se han puesto de relieve por los enfermos y sus familiares, para exponer de la manera más cercana a la realidad lo que aquellos piensan del sistema sanitario público de Andalucía, por lo que a la atención de la salud mental se refiere, las carencias que detectan, las disfunciones que aprecian en su desenvolvimiento, y las aspiraciones que proyectan.

17.1 LA PERSPECTIVA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ EN EL PERIODO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA Y ARTICULACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS ALTERNATIVAS (1984-1994)

Teniendo en cuenta la andadura de nuestra Institución, y el período temporal que hemos tomado en consideración para hacer nuestro análisis, que engloba los últimos quince años, nuestro punto de partida no

puede ser otro sino la resolución emitida en el expediente de **queja 95/3096**, que se recogió en el Informe Anual al Parlamento correspondiente al ejercicio de 1995.

Tras aludir a los antecedentes, ya reflejados sobre todo en un anterior Informe Anual del año 1992, en la resolución mencionada vinimos a reflexionar en torno al estado de los derechos fundamentales de los enfermos mentales, a raíz de la reforma psiquiátrica operada a partir de 1984.

Así, dejando claro nuestro posicionamiento absolutamente contrario al anterior sistema manicomial, que seguía un modelo netamente represivo y atentatorio de los derechos civiles de los pacientes, que en nada contribuía al bienestar y la terapia de los mismos; poníamos de manifiesto las principales actuaciones de la mencionada reforma, traducida por un lado en el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, y por otro en la implantación de nuevas estructuras sanitarias centradas en la comunidad e integradas en el dispositivo sanitario general, y señalábamos las consecuencias que se habían generado como resultado de la falta de ajuste entre los postulados teóricos y la materialización efectiva de los mismos, fundamentalmente por lo que hacía a la ausencia de actuación para crear los dispositivos de atención continuada de medio y largo plazo.

De esta forma, exponíamos que al llevar a cabo un tránsito acelerado de un sistema a otro, las expectativas de restaurar a los pacientes en el disfrute de sus derechos se vieron frustradas por las disfuncionalidades acaecidas en el proceso, que repercutieron igualmente en los derechos de los enfermos.

Por nuestra parte considerábamos que la inserción de los pacientes desinstitucionalizados en sus núcleos familiares, no había tenido en cuenta determinadas circunstancias de las familias, como pudiera ser su falta de preparación, las edades de los cuidadores, la escasez de recursos económicos, o precisamente su carácter de concausa y fermento de la propia enfermedad mental en muchas ocasiones, no configurando por tanto a veces el medio adecuado para la rehabilitación e inserción social de los enfermos.

Bien por abandono, o bien por pérdida de los cuidadores de los que eran absolutamente dependientes, los enfermos mentales a veces terminaban en la calle o absolutamente aislados de su medio social, sin que por otro lado se activaran adecuadamente los procesos de incapacitación, a lo que también contribuía la ausencia de entidades tutelares.

Por eso a nuestro modo de ver la creación de estructuras asistenciales complementarias, pero también, a veces, sustitutivas del núcleo familiar, era una exigencia real y urgente, al tiempo que se requería una actuación coordinada entre la Administración Sanitaria y las instituciones públicas de servicios sociales.

En definitiva por entonces concluíamos que se había producido un distanciamiento entre un modelo teórico socialmente avanzado para progresar en los derechos y libertades de los enfermos mentales que venían siendo sistemáticamente vulnerados en el sistema anterior; y la puesta en práctica del mismo, por la insuficiencia de los medios para llevarlo a cabo, por lo que los derechos aludidos seguían sin ser respetados, aunque hubiéramos pasado de una vulneración activa a otra omisiva.

En este sentido culminábamos la resolución con la relación de los derechos que entendíamos afectados en mayor o menor medida (derecho a la igualdad y no discriminación, a la vida e integridad física, a la libertad, a la seguridad jurídica, a la intimidad personal y familiar, a la educación y cultura, al trabajo y la formación profesional, a la protección social, económica y jurídica de la familia, a la protección social del enfermo, y a la asistencia sanitaria), así como sendas Recomendaciones del siguiente tenor literal:

“Que se proceda al definitivo desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos en Andalucía, desterrando la concepción manicomial del sistema sanitario, una vez que se haya podido garantizar a los actuales internados una alternativa en el ámbito de la salud mental integral que ofertaba la reforma psiquiátrica.

Que con urgencia, las Administraciones responsables de las políticas públicas sanitarias y sociales, adopten medidas concretas y eficaces para dotarse de los medios sociosanitarios necesarios para la asistencia de los enfermos mentales crónicos, en especial de los dispositivos residenciales y las ayudas o auxilios a las familias que estas precisen para participar en el tratamiento y cuidado de dichos enfermos mentales”.

17.2 LA PERSPECTIVA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ EN EL PERÍODO DE DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

17.2.1 La crítica generalizada al sistema

Dejando claro nuestro punto de partida y a partir de entonces, no hemos dejado de recibir quejas que continúan realizando planteamientos globales en torno al desarrollo de la reforma psiquiátrica, algunos absolutamente críticos con sus postulados, mientras que la mayoría resultan expresivos de las disfunciones puestas de manifiesto a la hora de materializarla, denunciando las carencias ocasionadas en distintas áreas.

Por ejemplo en la **queja 99/4001** un trabajador del hospital psiquiátrico de Miraflores denunciaba la forma en la que se llevó a cabo el desalojo del centro y el traslado de los enfermos que quedaban en el mismo, coincidiendo con la reubicación en el edificio de habitantes de la barriada marginal El Vacie”, por causa de las lluvias.

En este sentido hacía referencia a la precipitación que presidió el acto de traslado a un chalet que era el espacio físico a ocupar por la entonces futura comunidad terapéutica del hospital Virgen del Rocío, la falta de información a los pacientes y al personal, así como de preparación de la nueva ubicación, que no contaba agua caliente, ni apenas mobiliario.

En otros casos son las Asociaciones de pacientes y familiares los que nos han trasladado sus reivindicaciones ante la situación que presentaba el desarrollo de la reforma en distintas áreas geográficas, y momentos evolutivos diferentes.

De esta manera en el expediente de **queja 00/4031** una de estas asociaciones nos daba cuenta de las conclusiones alcanzadas en unas Jornadas de Fanaes celebradas al final del año 2000, en las que coincidiendo en el acuerdo con la reforma psiquiátrica y el rechazo de la manicomialización, destacaban como imprescindible la voluntad política y la dotación de los recursos económicos necesarios, señalando a este respecto: la insuficiencia de servicios sanitarios y sociales, especialmente a nivel de dispositivos de rehabilitación y residenciales; el colapso de los equipos de salud mental, que se limitan a revisar las medicaciones; la falta de coordinación a distintos niveles; las diferencias observadas en la atención a la salud mental en las ciudades y los pueblos, pues los recursos están prioritariamente centralizados en las primeras; la falta de información a las familias que no se sienten comprendidas por los profesionales; la situación en la que

se encuentran las unidades de agudos, y la reivindicación de comunidades terapéuticas para disminuir el síndrome de “puerta giratoria” y más recursos intermedios y hospitales de día, para que la rehabilitación sea una realidad desde el primer momento, considerando que los fármacos no son suficientes.

Con un ámbito geográfico más concreto se manifestaba la asociación Afesol en la **queja 02/164** por la que manifestaban su deseo de dar a conocer *“el lamentable estado del Sistema Público de Salud Mental de Málaga en general y del Área II (que incluye toda la Costa del Sol occidental), en particular”*:

Como deficiencias más notables señalaban la falta de seguimiento por parte de los Equipos de Salud Mental de los casos más graves, en lo que se produce abandono del tratamiento, e inevitablemente culminan con el padecimiento de nuevos brotes que requieren ingreso en la unidad de hospitalización, sin que existan recursos adecuados para estos enfermos, pues en las comunidades terapéuticas y pisos protegidos exigen condiciones que no cumplen, por lo que son dirigidos a sus casas o a la calle, con riesgo de su seguridad y la de sus familiares, volviendo al cabo del tiempo al hospital para cerrar un circuito que se conoce como “puerta giratoria”

En relación con esta misma provincia se expresa más adelante la asociación Afenes, puesto que la **queja 02/1468** reproduce algunas de las cuestiones planteadas antes por Afesol, y apunta otras nuevas: Plantillas de personal insuficientes, especialmente en los Equipos de Salud Mental, lo que conlleva que se produzcan grandes listas de espera; necesidad de Unidades de Agudos, por contar exclusivamente con dos para toda la provincia y estar totalmente saturadas, aparte de ubicarse una de ellas en un semisótano lúgubre e inadecuado; carencia de centros y hospitales de día con fines rehabilitadores y terapéuticos para tratar la posible inserción socio-laboral; déficit de plazas de media y larga estancia, con listas de espera de más de 8 meses y el recurso de larga estancia que ni siquiera existe para aquellos pacientes que lo necesitan; necesidad de una Unidad de Rehabilitación de Área para la zona Oeste, así como de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para la zona Oeste; inexistencia de recursos para el tratamiento de la Patología Dual; falta de un programa de atención domiciliaria para los pacientes que lo necesitan; escasez de residencias, casas hogar y pisos tutelados, insuficiencia de la coordinación entre los distintos dispositivos y seguimiento adecuado de los pacientes, y no constitución del Consejo de Salud de Área como órgano de participación ciudadana, con representación de los usuarios para el seguimiento de la política sanitaria, según prevé la Ley de Salud de Andalucía.

Pues bien en estas quejas la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz ha tratado de investigar las situaciones generales denunciadas, procediendo en algunos a emitir resoluciones en las que se contemplan valoraciones de los recursos aludidos. En concreto en las quejas promovidas por las Asociaciones mencionadas sobre el estado de situación de la atención a la salud mental en Málaga, los datos recogidos en las memorias que por entonces se habían publicado, ponían de manifiesto un déficit comparativo de dicha provincia respecto de otros territorios andaluces, tanto en lo referente al personal adscrito a los dispositivos de salud mental a todos los niveles (equipos de salud mental de distrito y unidades de salud mental hospitalarias), como en cuanto al número de camas en unidades de agudos, días de estancia media e índices de ocupación.

En este sentido destacamos en nuestra resolución la insuficiencia de los recursos públicos de salud mental en la provincia de Málaga, y reclamamos a la Administración Sanitaria la elaboración de un estudio en el

que se analizaran los mismos desde la óptica del equilibrio territorial y la igualdad de acceso a los mismos, así como la fijación de propuestas de mejora que del mismo se derivaran.

A este respecto la Administración Sanitaria nos informó de los avances y mejoras en los dispositivos de salud mental de Málaga, que incluían el desdoblamiento de equipos de salud mental de Distrito, y apertura de una Comunidad Terapéutica, pese a lo cual continuamos manteniendo la necesidad de realizar actuaciones de mejora de la unidad de hospitalización de agudos el Clínico, así como la creación de una unidad de este tipo en el hospital de Marbella.

En otros casos, aunque sin constituirse en asociación, los familiares de los enfermos realizan planteamientos globales, como el que nos trajo un grupo de familiares de enfermos mentales residentes en Jerez de la Frontera, en la queja **02/434**: *escasa periodicidad en las citas (una vez al mes), que no se dan de acuerdo con las necesidades del enfermo, sino con la agenda (apretada, sin duda) de los médicos; elevados tiempos de espera, inexistencia de dispositivos de estancia media para preparar la vuelta del paciente al domicilio tras un ingreso hospitalario; falta de asistencia a domicilio, falta de asesoramiento a la familia, de apoyo y de comunicación con la misma, pues no se la considera como aliada; e inserción de estas actuaciones en un contexto de rechazo.*

Y no faltan los familiares que, a partir de su caso particular, invocan el sentir de muchas otras familias. En este sentido en el expediente de queja **03/1284**, el interesado mostraba su deseo de dirigirse a las altas instancias de la administración pública andaluza, en la creencia de que la solución al problema no está en manos de particulares, e invocando la impotencia y el desgaste físico y psicológico al que estaba sometida toda la familia desde quince años atrás, como sentimiento compartido por un número no pequeño de hogares andaluces:

“(…) En primer lugar, queremos explicar que llegan momentos en el que la convivencia diaria con los afectados por esta enfermedad se hace insostenible. Pero ni siquiera entonces, cuando se encuentran en crisis aguda, existen en nuestra comunidad centros adecuados y suficientes. Desde que comenzó su trastorno, nuestro hermano ha tenido que ser ingresado con una regularidad de una vez por año.

En segundo lugar, y tratándose de un tipo muy especial de enfermos que, en muchas ocasiones, se niegan a considerarse como tales, a tomar la medicación prescrita y a seguir las normas establecidas por los psiquiatras, tampoco existe un plan de seguimiento hacia el enfermo por parte de las unidades de psiquiatría, y eso provoca que el deterioro personal del paciente, así como el del medio que les rodea se acentúe de manera casi descontrolada.

Las familias, en tercer lugar, están igualmente desprotegidas, porque da la sensación de que, en el actual sistema sanitario, no se puede hacer más de lo que se está haciendo. Y eso no puede ser cierto. Lo que las familias hemos aprendido sobre este tipo de enfermedad ha sido gracias a nuestra propia intuición y al mucho tiempo que venimos soportando la situación. Y así llegamos a uno de los mayores problemas, al hecho de que su curación se deba resolver, casi por completo, en casa.

Pero en casa tampoco tenemos medios para hacer frente a la violencia y las perturbaciones que este tipo de enfermos muestran hacia los demás y hacia ellos mismos. Hoy en día nuestro hermano vive con nuestros padres, de 77 y 71 años respectivamente; el primero ha sufrido varios infartos y la segunda padece de hipertensión. Los tres viven en una prolongada situación de estrés y ansiedad inimaginable, justo en el ambiente contrario a lo que sus médicos prescriben.

En absoluto estamos de acuerdo con el anterior estado de la Psiquiatría española, en la que se recluirían de manera carcelaria a deficientes mentales con aquellos otros que presentaban trastornos mentales. Sin embargo, pensamos que se eliminó aquello que no estaba bien, y no se ofreció ninguna alternativa.

Y esta es nuestra exigencia. Que se estudien otras propuestas y que se apoyen de una manera más decisiva las tímidas experiencias que conocemos, como los hogares de convivencia, o unidades psiquiátricas específicas, recursos a los que en ningún momento ha sido derivado nuestro hermano, ni en su propio interés ni como respiro de sus padres cuidadores.

Creemos estar hablando no sólo en nombre de nuestra familia, sino también de muchas otras que sufren problemas muy similares y creemos que lo que aquí solicitamos no es un acto de favor, sino de justicia (...)

17.2.2 La escasez de dispositivos, las malas condiciones de los mismos, y el acceso a centro adecuado para el tratamiento del enfermo

17.2.2.1 La escasez de los dispositivos que conforman el sistema para la atención a los enfermos mentales desde la óptica sanitaria y social.

La denuncia sobre la falta de dispositivos no se limita a los primeros tiempos posteriores a la implantación de la reforma psiquiátrica, aunque entonces fueron más reiteradas, de forma que continuamos recibiendo quejas vinculadas a este proceso, pero la cuestión se plantea de una manera más amplia, y las reclamaciones se refieren a todo tipo de establecimientos asistenciales y sociales que se establecen o se anuncian para dar atención sanitaria y soporte social a los enfermos y sus familias. No pocos aluden a las unidades de hospitalización de agudos, pero también los hay relativos a las unidades de salud mental comunitaria (antes equipos de salud mental de distrito), las comunidades terapéuticas, y los dispositivos residenciales de Faisem.

Entre las primeras se encuentra la **queja 98/477** que realizaba un planteamiento general sobre los recursos para la atención a los enfermos mentales en la comarca de Algeciras: "(...) *Me dirijo a usted para reivindicar y denunciar la grave situación en la que se encuentra el desarrollo del proyecto de reforma psiquiátrica en la provincia de Cádiz, y más concretamente en el área de Algeciras.*

La reforma psiquiátrica planteaba tras el cierre del antiguo hospital psiquiátrico, una serie de recursos en cada provincia, implantados por áreas sanitarias. Sin embargo, después del cierre del hospital "El Madrugador", ubicado en El Puerto de Santa María, todos los recursos sanitarios extrahospitalarios, tales como comunidad terapéutica, URA, casas hogar, etc. se encuentran en torno al manicomio en las áreas de Jerez y Cádiz-Bahía.

Desde hace mucho tiempo venimos reivindicando que se complete en su totalidad la reforma en nuestra provincia, puesto que el área de Algeciras se encuentra en total abandono, habiendo quedado descolgada de la implantación de los dispositivos anteriormente mencionados, ya que existe solamente un Equipo de Salud Mental de Distrito en unas condiciones lamentables, y una Unidad de Salud Mental en el Hospital General, privando a la población de los recursos necesarios para trabajar los aspectos más terapéuticos y rehabilitadores de la enfermedad. (...)

Algún tiempo más tarde en la **queja 02/1329** nos volvemos a encontrar reivindicaciones respecto a esta zona, pues el interesado en la misma viene a denunciar las carencias de recursos de salud mental en la

Comarca del Campo de Gibraltar, concretándolas en el Hospital de Día (URA) a ubicar en el Hospital de la Cruz Roja de Algeciras, una Comunidad Terapéutica, talleres Ocupacionales de inserción laboral, así como de plazas residenciales (pisos asistidos y casas-hogar).

Ante la previsión de la edificación de un nuevo hospital para la ciudad de Cádiz que sustituya a las actuales instalaciones del hospital Puerta del Mar, en la **queja 06/4688** también la Asociación Afemen muestra su preocupación por las noticias a las que habían tenido acceso sobre la ausencia de una unidad de hospitalización psiquiátrica en el proyecto el nuevo centro hospitalario.

Antes, en la **queja 01/485** se nos puso de manifiesto la problemática surgida a raíz del traslado que se hizo necesario por las condiciones del inmueble en el que se ubicada el ESMD Bahía, entendiéndose que dicho traslado y su fragmentación en los locales del Instituto Social de la Marina, así como la constitución apresurada del ESM de Chiclana, supuso no solo la disfuncionalidad de estos Equipos, sino la supresión total o parcial de distintos programas y la consiguiente merma en la actividad asistencial de los pacientes.

Por su parte en Sevilla hubo quien propuso la reutilización de las instalaciones del antiguo hospital psiquiátrico de Miraflores. De esta forma en la **queja 98/1490** se solicitó la intervención de esta Institución en relación con una eventual reutilización del Psiquiátrico de Miraflores como Centro de Atención a los Enfermos Mentales.

Pero las discrepancias de los interesados también se exponen respecto de otras áreas del territorio de nuestra Comunidad Autónoma, como por ejemplo la comarca de Cabra, en la **queja 00/3777**: “(...) estimo que Priego de Córdoba, por su población (22.600 habitantes) debería contar con un equipo de salud mental de Distrito, para no tener que trasladarnos a Cabra. Además en el ESMD de Cabra existan solo 2 psiquiatras, lo que plantea problemas de asistencia cuando uno de ellos se traslada o está de baja (hasta 6 meses sin asistencia) (...)”.

Como hemos dicho las insuficiencias no se refieren exclusivamente a los hospitales o las unidades de salud mental comunitaria, sino que cada vez más van aludiendo a las Comunidades Terapéuticas, por ejemplo la queja **07/2663** investigó el retraso en la puesta en funcionamiento de la comunidad terapéutica del Campo de Gibraltar; y a los dispositivos del programa residencial de Faisem. Sobre este último aspecto la **queja 04/1005** puso de relieve la insuficiencia de recursos residenciales (pisos y casas-hogar) para pacientes con trastorno mental grave carentes de apoyo familiar/social en la provincia de Sevilla. En este sentido fue un grupo de trabajadores sociales del área de salud mental el que nos dio cuenta de la lista de espera de pacientes pendientes del Programa Residencial de FAISEM de junio de 2003, que incluía a 42 pacientes para Casa-Hogar y 23 para pisos, dando idea de la necesidad de generar nuevas plazas. Así destacaban la situación de estos enfermos mentales: “(...) abandono y desamparo de algunos de estos pacientes y sus cuidadores, estancias prolongadas (años) en Unidades de Hospitalización de Agudos, ocupación de recursos inadecuados en muchas ocasiones (residencias privadas carentes de servicios adecuados y costo económico muy gravoso para la familia), carencia de recursos adaptados a su medio comunitario, teniendo que salir en muchas ocasiones de su zona de origen, proyección de una imagen equivocada de la enfermedad mental en la población general, generando críticas, miedos y rechazos, y finalmente, imposibilidad de dar respuesta a corto o largo plaza a necesidades urgentes, teniendo pacientes en lista de espera más de tres años, generándose presiones por otros profesionales sanitarios-comunitarios y especialmente de sus cuidadores y familiares (...)”.

En concreto en esta queja el informe que recibimos de la Administración venía a poner de manifiesto una doble argumentación, por un lado que las plazas de dispositivos residenciales se incrementan continuamente, y por otro que se trata de prestaciones sociales que no se dispensan de manera universal y gratuita, por lo que es preciso priorizar las situaciones de más necesidad.

Por nuestra parte culminamos este expediente con la elaboración de una resolución en la que en primer lugar realizamos consideraciones en cuanto al contenido del derecho a la protección social, para destacar después el carácter de prestaciones sociosanitarias, con relevancia destacada del factor sanitario pues la problemática social deriva en este caso del padecimiento de una enfermedad mental, por lo que subvenir a dicha necesidad contribuye a superar una problemática sanitaria.

En segundo lugar aludimos al procedimiento que por entonces regía la adjudicación de las plazas y a la mala consideración de las listas de espera como tales, destacando la confusión que en los pacientes y familiares podía generar esta denominación.

En cuanto a la tendencia incrementista en las plazas residenciales la reconocimos en su justa medida, pero no la consideramos suficiente para satisfacer las necesidades que existían en ese momento ni las que, conforme a la tasa de prevalencia de trastorno mental respecto a la población general (el 25%) se preveían para el futuro.

Por ello terminamos recomendando a la gerencia de Faisem que acordara el incremento de las plazas en dispositivos residenciales de la provincia de Sevilla, y lo llevara a efecto de manera ajustada a las necesidades reales y futuras, permitiendo la atención, a la mayor brevedad posible, de las solicitudes que permanecían en lista de espera.

Con un posicionamiento distinto y en ocasiones opuesto al de los enfermos y sus familias, también hemos recibido quejas de ciudadanos manifestando sus reticencias, cuando no frontal rechazo, a la instalación de estos dispositivos residenciales en sus localidades, o áreas próximas a sus domicilios. Traemos a colación la **queja 98/983** en la que el interesado nos comunica la opinión de la Asociación de Vecinos que representa respecto a la construcción en el sector 9 del barrio de Sevilla-Este de un Centro-Residencia para enfermos mentales, regentado por la Fundación para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). En su escrito relaciona los posibles riesgos que a su juicio conllevaría tal emplazamiento, analizando la situación desde una óptica pesimista en cuanto al comportamiento de los futuros usuarios en su relación con los vecinos También en la **queja 03/146** instrumentamos la investigación de oficio de la problemática suscitada por la oposición vecinal (Barriada de San Benito), a la construcción de una casa-hogar para enfermos mentales en Lebrija.

Las dificultades para la apertura de una casa-hogar en los Barrios (**queja 02/610**) no se debieron exclusivamente a los vecinos, sino que de las mismas participó igualmente la Corporación Municipal, que se negó a conceder la licencia de apertura, terminando el asunto en los tribunales de justicia.

Desde esta Institución hemos entendido en estos casos que correspondía a Faisem, conforme a sus previsiones estatutarias, realizar las actividades de promoción de los distintos recursos y programas tendentes a favorecer la aceptación e integración social de estos enfermos, actividad que pensamos debe abordar con carácter previo a la ubicación de los recursos en una determinada localidad, sensibilizando a la población en general e informando e implicando a las personas y organizaciones que de alguna manera vayan a verse afectadas por las políticas, programas o actividades que se planteen.

Conscientes de que la participación comunitaria es un proceso complejo que precisa implicación de todos sus protagonistas, sólo a través de fórmulas de trabajo participativas puede conseguirse la colaboración, favoreciendo actitudes positivas en beneficio no solo de los enfermos mentales, sino también de la comunidad.

17.2.2.2 Las deficiencias de los dispositivos.

Junto a los expedientes iniciados para analizar las carencias de dispositivos, nos encontramos asimismo con otros expedientes en los que se pone el acento sobre las condiciones de dichos dispositivos, y la inadecuación de los mismos para servir a los fines a los que se destinan, siendo esas condiciones fundamentalmente materiales, sin obviar otras de distinto tipo.

Así a lo largo del período que nos hemos propuesto analizar hemos recibido quejas lamentando la situación de la mayoría de las unidades de agudos de nuestros centros hospitalarios. En la **queja 00/779**, la Asociación Asaenes denunciaba la mala situación en que se encontraban las unidades de agudos (UHSM) de los Hospitales Virgen Macarena, San Lázaro, Virgen del Rocío y Valme: *“(...) existe un problema de falta de mantenimiento generalizado, la deficiencia en este tema es una constante en todas las Unidades visitadas. Sería conveniente planificar reuniones con los gerentes de los centros hospitalarios para destinar cantidades, tanto para el capítulo II, destinado a gastos corrientes, como del capítulo IV dedicado a inversiones.*

En el tema del espacio las situaciones son distintas. Nos encontramos que Valme ofrece unas características adecuadas, aunque mejorables, o que en San Lázaro no se utiliza el espacio de ocio. En Virgen del Rocío se apunta a una remodelación que parece posible en principio, dando utilidad a la terraza, y que mejoraría de forma sustancial la habitabilidad de la unidad, y por último, el hospital Virgen Macarena que no reúne las condiciones adecuadas, ni hay planteamiento de actuación (...).”

Años más tarde son los propios trabajadores de enfermería y celadores de la unidad de salud mental del hospital Virgen Macarena (**queja 03/3654**) los que refieren las deficiencias de la misma: inseguridad, tanto para los pacientes ingresados, como para el personal que trabaja en dichas salas; hacinamiento de los pacientes por la masificación de las unidades; falta de personal, siendo más acusado este déficit los fines de semana; a lo que hay que añadir que en una de las salas se atiende además de a los enfermos hospitalizados, las urgencias psiquiátricas y los enfermos que deben permanecer en observación; ausencia de zonas al aire libre para el necesario esparcimiento de estos enfermos, y algunas habitaciones que carecen de luz exterior y ventilación.

Las unidades de hospitalización de salud mental de los centros malagueños también han sido objeto de denuncias reiteradas ante esta Institución. Así en la **queja 00/781** la asociación Afanes caracterizaba la situación de la unidad de hospitalización del Virgen de la Victoria de la siguiente manera: *“(...) hacinamiento de los pacientes por falta material de espacio, falta de luz y ventilación en las instalaciones al encontrarse en un semisótano, zona de expansión que no se permite utilizar a los pacientes, al parecer por falta de seguridad, habitaciones diseñadas para 2 personas y utilizadas por 3, sin acceso directo interior desde la unidad de Agudos al servicio de urgencias del centro, con lo que es obligado salir a la calle para acceder al mismo, inundaciones en caso de lluvia y en ocasiones las ratas y ratones campean por su respeto, en el ascensor que llega hasta el semisótano, no cabe una camilla, con lo que cualquier traslado a otra planta se hace con el enfermo en una silla o por sus propios medios, o en algún caso concreto hay que salir con la camilla a la calle y acceder por las otras entradas al hospital. (...)”*

La **queja 02/865** insistió en esta cuestión, pero respecto del hospital civil de dicha ciudad: “(...) he tenido a un hijo de 20 años ingresado en esa Unidad, por un brote psicótico que se le ha desarrollado. He podido comprobar la falta de intimidad que tienen tanto los internos como los familiares que acudimos a visitar a nuestros enfermos. Hay una sala de visitas donde los pocos sillones que existen están ocupados por los propios enfermos tendidos, ya que al no poder acceder a sus habitaciones, lo hacen en el primer sitio que encuentran. Si llueve o hace frío se quedan en un pasillo, incluso los he visto con los pies mojados y pijamas de papel, el suelo lleno de esputos, etc.

Los enfermos que padecen alucinaciones auditivas, como es el caso de mi hijo, que creen escuchar que quieren hacer daño a su familia, y por ello intentan defenderse; la mayoría de las veces agreden a otros internos y a continuación son amarrados con grilletes a la cama. A partir de ahí son gritos y más gritos para que los dejen libres y la ansiedad va aumentando. Mi hijo estuvo 4 días en esa situación, pero sé de otros que han estado más de tres semanas, y esto es porque no cuentan con los medios necesarios.

Cuando un enfermo está internado en un hospital, tiene derecho a estar en su cama o, si se lo permite el problema por el que ha sido ingresado, a sentarse en un sillón. Estos enfermos no; son puestos en el patio a las 8 de la mañana, y salvo una pequeña siesta están hasta la hora de dormir en dicho patio. No tienen ningún espacio para caminar, ni realizan una sola actividad que les pueda distraer, sólo una mesa para jugar que la mayoría de las veces está ocupada con un enfermo tendido sobre ella (...).”

En la misma tónica hemos recepcionado quejas relativas a las condiciones de las unidades de hospitalización de salud mental del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (**queja 03/1768**), del hospital San Cecilio de Granada (**queja 04/1701**), o de los hospitales comarcales (**queja 04/1177**).

Aparte de las unidades de hospitalización también las hay que se refieren a los centros de asistencia ambulatoria, como la **queja 00/1887**, que se abrió de oficio por las noticias conocidas sobre las malas condiciones del centro de salud mental Macarena, cuando se ubicada en la plaza del Duque:

“(...) En primer lugar hay que aludir a la falta de licencia municipal, la ausencia de salida de emergencias, de aire acondicionado, y la escasez de espacio para el archivo de las 8.500 historias clínicas que en la actualidad almacena.

Además la ubicación del centro no parece la más idónea para un servicio sanitario, el acceso presenta barreras arquitectónicas, y el calor se hace insostenible, sobre todo en una sala de espera de tres por tres metros por donde pasan cada mañana decenas de pacientes, y el despacho que hace las veces de sala de terapia de grupos. Por no tener no posee si quiera aseos (...).”

O también relativas a los recursos residenciales de Faisem, como la denuncia realizada por una ciudadana en la **queja 04/3121**, que ponía de manifiesto la deplorable situación en que se encontraba uno de estos recursos en Sevilla. “(...) dormitorios sin armario, aseo colectivo en planta distinta, sala de estar, comedor y cocina pequeños, etc..., entendiendo que el mismo carece de los requisitos mínimos establecidos en la normativa vigente, lo que exigiría la correspondiente inspección de los Servicios Sociales de la Junta de Andalucía (...).”

17.2.2.3 Los déficits inmateriales.

Al margen de los aspectos exclusivamente materiales, las deficiencias de las unidades y dispositivos reseñados también se ha centrado en otras cuestiones con incidencia singular en la atención que se propor-

ciona desde los mismos, pues si bien a veces se focalizan en las carencias de personal, en otras se alude al régimen de funcionamiento o a los déficits en cuanto a condiciones de seguridad.

Todos estos aspectos que hemos convenido en recoger bajo el título de lo que podríamos denominar humanización de la asistencia sanitaria, que aunque resulta predicable en todos los ámbitos de la misma, viene a ser especialmente exigible en el de la salud mental, han sido objeto de especial tratamiento por parte de esta Institución.

Así en la **queja 07/211** más arriba mencionada nos hicimos eco de la protesta formulada por amplios sectores sociales, personales y profesionales en relación con el hecho de que en las unidades de hospitalización psiquiátrica no se permitiera el acompañamiento de los pacientes allí ingresados por parte de sus familiares y allegados.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS se nos ofrecieron dos motivaciones para justificar las excepciones al derecho general de acompañamiento que asiste a todos los pacientes, y por supuesto, también a los enfermos mentales. Así por un lado se aludía a que las circunstancias clínicas del propio paciente lo desaconsejaran, y por otro a que el espacio físico o estructura de las unidades lo impidiera.

Al primero de los motivos no teníamos nada que objetar, siempre que la medida se adoptase previa valoración por un facultativo e información adecuada a los familiares, pero el segundo aspecto mereció la realización de un análisis más detallado.

Partíamos de las dificultades arquitectónicas y espaciales de las unidades hospitalarias, pero pensamos que la regla que impedía permanentemente el acompañamiento de los pacientes resultaba discriminatoria, pues no existía razón fundada para justificar un trato diferenciado del resto de los usuarios, sino más bien razones estructurales u organizativas que podían ser modificadas acometiendo las debidas obras de reforma, o acreditando espacios alternativos.

Por otro lado en la **queja 08/4722** nos planteamos la pertinencia de que en las unidades de psiquiatría de los hospitales existieran zonas especialmente habilitadas para fumar. Entonces analizamos la situación desde la perspectiva de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, a partir de la cual podía resultar legítimo tanto el establecimiento de recintos específicamente habilitados con este fin, como la inexistencia de los mismos, con obligación de acudir a estos efectos a espacios al aire libre cercanos.

Desde nuestra perspectiva la primera opción nos parecía óptima puesto que por razón de su propia patología los enfermos mentales se encuentran sometidos a cuadros de ansiedad y stress de manera que la posibilidad de fumar les acarrea ventajas cuasiterapéuticas o preventivas, al tiempo que pensábamos que la inexistencia de estos recintos favorecía el menudeo de encendedores y cigarrillos a través de las visitas familiares.

Hoy en día, a pesar de que hemos recibido alguna queja sobre esta cuestión, hay que reflejar un cambio sustancial de la situación por la misma modificación de la normativa a la que antes aludíamos, que solo permite el establecimiento de este tipo de recintos en las unidades de media o larga estancia, entre las que por definición, no pueden contarse las unidades de agudos de los hospitales del sistema sanitario público.

En otro orden de cosas, y por lo que a las condiciones de seguridad de estos dispositivos se refiere, tramitamos la **queja 01/2884** a instancias de un colectivo de trabajadores de un centro hospitalario sevillano,

que aducía un clima de inseguridad, temor y preocupación en la plantilla como consecuencia de la conducta agresiva de uno de los pacientes, el cual aparecía periódicamente por la unidad amenazando y había agredido a numerosos miembros de la misma.

Los promotores de la queja habían solicitado de la dirección del centro que se extremaran las medidas de seguridad, sin que ello se hubiera producido, pues aunque el paciente aparecía controlado durante sus ingresos, el problema se manifestaba al alta.

Para esta Institución era obvio que la situación del enfermo requería una solución legal y sociosanitaria, pero con independencia de ello, creíamos oportuno que por parte de quien tenía la responsabilidad de salvaguardar la seguridad de los usuarios y del personal que presta servicios en el hospital, habían de adoptarse las medidas necesarias para evitar que la amenaza que suponía este paciente concreto pudiera convertirse en realidad.

Por ello recomendamos a la gerencia del centro que se llevaran a cabo las actuaciones necesarias para contar en la unidad de hospitalización psiquiátrica de manera permanente con las personas necesarias encargadas de velar por la seguridad y contención durante todos los turnos.

17.2.2.4 La solicitud individual de plaza para acceso a un dispositivo residencial.

Con todo, aunque no lo hemos contabilizando estadísticamente, no nos cabe duda de que la pretensión que los reclamantes en queja plantean ante esta Institución con mayor asiduidad, es la localización y acceso del enfermo mental en cuestión a un centro residencial en el que le ofrezcan la atención adecuada a las características de su enfermedad.

En el intervalo de tiempo (aproximadamente quince años) que hemos tomado en consideración para efectuar la búsqueda de expedientes en nuestro sistema informático de registro, las referencias alusivas a esta cuestión se repiten insistentemente sin disminuir su intensidad un ápice con el paso de los años: “solicita plaza de media-larga estancia”, “reclama plaza para su hijo enfermo mental”, “solicita ingreso de su hijo en recurso residencial”, “dispositivo para hijo esquizofrénico”, “pide centro adecuado para su hijo enfermo mental”, “solicita internamiento en centro”, “solicita plaza en centro psiquiátrico”, “demanda de recurso adecuado”...

Por poner un ejemplo que data del año 1998 (**queja 98/3139**), reproducimos uno de estos escritos-tipo que a lo largo del tiempo hemos venido recibiendo con un contenido muy similar:

“(...) En la actualidad tengo 67 años, y convivo con mi hija de 40, que desde hace dieciocho padece esquizofrenia. Hasta ahora nos hemos planteado su enfermedad con paciencia, de psiquiatra en psiquiatra, y de hospital en hospital, pero ha llegado a un punto límite en el que día a día se va deteriorando más. Nos grita, nos amenaza, no está bien en la casa, pasa toda su vida en la cama,...quiere irse pero ¿dónde?

Mi esposo y yo somos mayores y delicados de salud, y la convivencia con nuestra hija se hace más difícil cada día, pues sus estados anímicos a veces son violentos, con malas palabras, gritos, etc., y en otras ocasiones no se comunica, simplemente permanece en cama. Es como si muriera cada día, y esto llena de compasión a cualquiera que considere el problema.

Hemos recurrido a psiquiatras y asistentes sociales, pero su enfermedad es crónica, se niega a tomar sus medicamentos, y no podemos controlar la situación ya que se trata de enfermos variables, contradictorios y negativos.

Lo que solicito de la Administración Sanitaria es que se consigan centros para estas personas que viven en estados tan deplorables, pues en la actualidad solo hay centros de día y estos se muestran insuficientes para ella, que además está debilitada para efectuar desplazamientos.

Nosotros también necesitamos que “nos descansen” de esa agonía en la que vivimos, pero los centros que conocemos tienen precios muy elevados, y a nuestra edad se vive con una pequeña pensión.

¿Quizás nuestra pretensión de que nuestra hija viva dignamente con atención médica y actividades según cada caso, es una quimera? (...)”.

Casi todas las exposiciones presentan unas características comunes, pues de las mismas se desprende la negativa de los pacientes al tratamiento y el deterioro que se produce en su situación por este motivo, las dificultades de convivencia, la incapacidad de la familia para contener al paciente, lastrada en muchas ocasiones por la edad avanzada y los padecimientos propios, el cansancio que provoca experimentar esta situación por un tiempo prolongado, el dolor y la impotencia ante la falta de expectativas (**queja 99/3501**):

“(…) Soy una madre angustiada, pues desde que mi hijo menor cayó enfermo hace algo más de diez años, no puedo vivir.

Les acompaño fotocopia del último informe médico de que dispongo, para que se hagan ustedes una idea de mi sufrimiento. En ese informe se dice lo que le pasa a mi hijo, esquizofrenia paranoide.

Pero ese informe es del mes de julio. Cuando le dieron el alta en ese centro de Málaga, volvió a casa y al poco tiempo recayó, por lo que ha sido necesario ingresarlo de nuevo en la Residencia Torrecárdenas de Almería.

Cuando está ingresado obedece a los médicos, se toma sus medicinas y mejora, pero en cuanto vuelve a casa, deja la medicación, vuelve a beber alcohol y recae, y se vuelve agresivo con la gente y conmigo, causándome multitud de problemas con los vecinos del pueblo y hasta me amenaza a mí, que no puedo obligarlo a tomar su medicación ni a acudir a las consultas ambulatorias.

Yo soy una mujer de setenta años y él es un joven robusto de 28 años. Cuando está en casa tengo que cerrar mi dormitorio con llave pues temo por mi vida, y siempre estoy en vilo, pues cuando sale de casa, no sé qué nuevo conflicto puede causar en el pueblo.

Llevo muchos años pidiendo ayuda, pero nadie me da una solución definitiva. Yo no puedo tenerlo en casa, mis hijas tampoco, pues tienen sus trabajos, sus maridos y sus hijos pequeños y no pueden hacerse cargo de su hermano, y porque tienen miedo de que agrede a los niños.

En las temporadas en que está internado en algún centro sanitario, sufro porque es mi hijo y me duele su situación, pero al menos duermo tranquila, pero cuando le dan el alta y vuelve a casa, comienza de nuevo el tormento y la zozobra permanente.

¿Qué solución hay para mi caso? Yo ya no puedo tirar más en esta situación y no sé qué hacer (...)”.

La ausencia de dispositivos o la demora en proporcionar plazas en los mismos lleva a los afectados a buscar costosos recursos privados que lógicamente no pueden sufragar indefinidamente (**queja 02/4142**):

*“(…) Mi hijo es un muchacho que desde hace 15 años padece esquizofrenia. Desde entonces está siendo tratado médicamente. Él no es consciente de su enfermedad y se niega a tomar el tratamiento. Aquí, en mi zona, en Algeciras, al volver a casa, continúa igual, viéndonos toda la familia sin saber qué hacer un día y otro. También lo hemos ingresado una vez en una clínica privada en Málaga, pero su coste nos es imposible pagarlo mucho tiempo; (**queja 04/3448**): “(…) mi hermano, esquizofrénico crónico paranoide, tiene declarada*

una incapacidad total, cobrando una pensión de unos 470 euros/mes, y se encuentra desde hace seis años ingresado en el Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís de Málaga desde julio de 1998. Era tratado en el ESMD de la Palma del Condado (Huelva), datando su último ingreso hospitalario en el Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva el 25 de abril de 1998, con fecha de alta el 13 de julio del mismo año. Desde entonces, y debido a una desasistencia pública de la situación tras la citada alta, nos vimos obligados a su ingreso privado en el centro referido anteriormente, soportando unos gastos mensuales de 1.735 euros. Que no pudiendo sostener la familia por más tiempo dicho coste, es por lo que solicitan la concesión de una plaza en un centro público adecuado a su enfermedad para poder recibir un tratamiento completo (...)".

La situación si cabe se complica cuando en un mismo domicilio conviven más de una persona afectada por enfermedad mental (**queja 04/4499**): "*(...) Que teniendo dos hermanos esquizofrénicos paranoicos, uno acogido en San Lázaro desde hace 2 años y medio, y el otro acogido en casa de una hermana transitoriamente, y en una situación precaria, con un cuñado en fase de rehabilitación Alcohólica y un niño pequeño, es por lo que suplicamos en nombre de mis hermanas y mío consideren este caso con suma urgencia, para encontrarle un hogar o residencia para vivir (...)*", o con otro tipo de discapacidad: "*(...) El motivo de dirigirme a usted es para plantearle la situación en la que me encuentro: soy madre de dos hijos, la menor de 15 años, sordomuda y con una microcefalia, con una minusvalía de un 88%. El mayor de 24 años de edad, estando efectuando el servicio militar en el año 1997 se le detectó una esquizofrenia, estando en la actualidad internado en el hospital psiquiátrico de la Macarena.*

Tardaron un año en dar con el diagnóstico adecuado, yendo de un hospital a otro, dándole las crisis típicas de esta enfermedad y por su parte se resiste a tomar la medicación de vez en cuando, a veces tiene crisis de agresividad contra su persona y últimamente contra mí.

Ha estado en Retro pero no se le dispensa ninguna medicación, agravándose por tanto su enfermedad; he solicitado verbalmente de su médico y en el hospital un centro para internarlo, pero lo máximo que hacen es darle el alta cuando está más tranquilo y ya últimamente me niego a firmar las altas que le van dando, pues como me amenaza de muerte estoy horrorizada con que las convierta en realidad.

Por otro lado, al tener a mi hija en las condiciones que está y el cuidado tan preciso que necesita, realmente para mí es imposible atenderla adecuadamente dadas las condiciones que se dan en mi caso, siendo por tanto imprescindible encontrar un centro adecuado pues yo cada vez me veo más agotada y la situación se me escapa de las manos (...)".

Aunque predominan los enfermos de esquizofrenia, no es el único diagnóstico que motiva la solicitud de dispositivos residenciales, sino que cada vez cobran más importancia los trastornos de la personalidad, con las especificidades que en este aspecto señalaremos más adelante, pues muchas veces estos enfermos no se adaptan al perfil requerido para los recursos residenciales actualmente existentes (**queja 05/4429**): "*(...) Hace quince meses a mi hijo de 18 años le fue diagnosticado trastorno de la personalidad. Durante este tiempo hemos vivido todo tipo de situaciones; situaciones que no podíamos ni imaginar que íbamos a protagonizar en primera persona: ha tenido varios intentos de suicidio, hasta 6; hemos vivido agresiones a miembros de la familia y a mí en varias ocasiones, todo tipo de amenazas verbales así como agresiones a vecinos de nuestro pueblo teniendo que intervenir miembros de la Guardia Civil para reprimirle y en varias ocasiones para reducirle dada la agresividad que manifestaba.*

Tiene prescrito un tratamiento médico que mientras se le suministra aparece sedado durante más de 18 horas diarias, en el momento que por los Servicios médicos de Salud Mental se le rebaja el tratamiento tiene comportamientos agresivos con él, e incluso con cualquier vecino que pueda coincidir con él.

Es ésta la situación que describimos a los médicos cuando tiene estos episodios y lo más que ellos pueden prescribir es mantenerlo ingresado dos o tres días en el área de Psiquiatría del Hospital Macarena, para después darle de alta y volver a repetir una y otra vez la misma situación.

Nuestra vida se ha convertido en un calvario, mi mujer y yo estamos teniendo tratamiento psicológico para poder hacer frente a esta situación y el diario de nuestra vida cotidiana es insostenible, siempre pendientes y temiendo un desenlace fatal (...)."

Con ser importante el dato numérico que arrojan estas quejas y su evolución, lo más significativo de la actuación de esta Institución en estos casos, ha sido el esfuerzo desplegado a través de la atención personalizada de los familiares del enfermo, los contactos telefónicos con los distintos recursos sanitarios y sociales, buscando en cada momento el recurso más adecuado en orden a la salud mental y el bienestar del enfermo.

En no pocas ocasiones también hemos emitido resoluciones que propugnaban la elaboración de planes individualizados de atención y rehabilitación psicosocial de los enfermos para atender los distintos aspectos derivados de su patología, sobre todo en los frecuentes casos en que el perfil de los mismos no se ajustaba al diseño realizado para los potenciales usuarios de los recursos residenciales.

17.2.3 Otras perspectivas de la problemática de los enfermos mentales: la visión de los propios enfermos, y la de la sociedad

17.2.3.1 La percepción de los enfermos.

Aunque la mayoría de las veces las quejas son formuladas por los familiares más próximos de los enfermos mentales, no faltan ocasiones en las que son los propios enfermos los que se dirigen a esta Institución. En ocasiones se muestran disconformes con actuaciones asistenciales concretas, pero a veces la mera lectura de sus escritos evidencia la presencia de la enfermedad. No por ello dejamos de requerir la información correspondiente a los dispositivos oportunos, o incluso más frecuentemente, contactamos telefónicamente con los responsables de la asistencia para comentar los pormenores de la situación del paciente, a efectos de trasladarle el mayor nivel de información posible, y coordinar actuaciones para favorecer la asistencia sanitaria de los interesados en las quejas.

En esta tesitura por ejemplo la **queja 98/403**: "(...) soy una mujer de 28 años de edad enferma de toda la vida del servicio de hematología del hospital. He estado bien desde que me extirparon el bazo, pero a la muerte del facultativo que me asistía, mi historial médico cayó en manos de otros doctores, que me están sometiendo a un experimento. No sé cómo pero estos doctores me atormentan, sufro grandes dolores, y tengo unos sueños terribles con una maqueta que pinchan y pinchan. Estoy torturada con mi enfermedad, cada vez estoy peor, ingreso mucho, me han enfermado a conciencia con su método. Cuando estoy en el

hospital controlan mi mente, me someten como a un conejito de indias, no sé cómo pero debilitan mi cuerpo y mi mente, no soy yo. Yo deseo irme del hospital pero no sé cómo desembarazarme de ellos, controlan mi mente, tengo mucho miedo a morir porque todo el grupo participa de ello (...)”.

También en la **queja 00/3305** otra enferma nos decía: “(...) vengo aquí porque estoy desesperada, mi situación es insostenible. Vivo con mis padres que me hacen la vida imposible. A menudo llaman a la guardia civil para que me ingresen en el manicomio del hospital en contra de mi voluntad. Allí me hacen de todo, me pinchan cada vez que quieren sin decirme lo que me ponen, y me pongo como loca (...)”.

En el expediente de **queja 04/3366** el interesado se expresa de la siguiente manera: “(...) Que desde los 18 años estoy visitando a psiquiatras que me han diagnosticado, cuando no tengo nada, ninguna enfermedad psiquiátrica, sino un problema personal de falta de voluntad. En la actualidad tengo 24 años y mi madre no deja que vaya a otros especialistas, para que hagan un diagnóstico más certero.

Que a principios de agosto fui ingresado en contra de mi voluntad en la Unidad de Agudos del Hospital, por una llamada de mi madre al hospital, y que una vez en el hospital me ingresan de un modo violento con una psiquiatra bastante dura que ni siquiera me escucha, lo que me produjo un estado de shock muy fuerte al ser yo bastante sensible, y que la inyección que me ponían y ponen cada 15 días –y que no necesito– me producía un dolor de cabeza horrible. Que mi familia apoya a los médicos, por lo que siento que corro el peligro de que me vuelva a recoger una ambulancia o la policía.

Que siento que mi vida está a la deriva al no tener trabajo, estudios, ni apoyo familiar y social, ni nada (...)”.

17.2.3.2 El problema visto por terceros.

La comparecencia ante esta Institución en relación con la situación de los enfermos mentales no se produce exclusivamente por parte de los familiares y de los propios enfermos. Dado el carácter multifactorial de la problemática que se plantea por la enfermedad, que ya poníamos de manifiesto al principio, también acuden terceros a manifestarnos las consecuencias que se desprenden para los mismos, invocando igualmente la necesidad de que los enfermos reciban los tratamientos adecuados a su enfermedad, que incluya cuando ello sea necesario, el acceso a dispositivos asistenciales de media o larga estancia.

Dos son los colectivos que habitualmente se dirigen a esta oficina con planteamientos de estas características, por un lado los vecinos de personas afectadas por la enfermedad, individualmente o a través de sus asociaciones, y por otro, los alcaldes de los municipios en los que la convivencia se ve frecuentemente alterada por la presencia de un enfermo, o bien exclusivamente se expresa la preocupación por la situación de abandono en la que se encuentran vecinos de la localidad afectados de enfermedad mental, requiriendo para los mismos la actuación de las Administraciones en orden a subsanar las variadas facetas de su situación.

Así en el expediente de **queja 00/1322** es el Ayuntamiento de La Línea de la Concepción el que pone en conocimiento de esta Institución la situación de uno de sus vecinos, enfermo mental, recientemente excarcelado del Centro Penitenciario de Algeciras, sin que por el momento tenga garantizado su ingreso en un centro psiquiátrico-residencial donde pudiera recibir la atención especializada que precisa: “(...) *padece esquizofrenia paranoide, así como infección por VIH con demencia asociada, lo que hace de él una persona de muy difícil tratamiento, habida cuenta que su seguimiento farmacológico requiere inexcusablemente la toma controlada de los medicamentos, careciendo en absoluto de su colaboración (...)*”.

El Ayuntamiento de Villamanrique de la Condesa por su parte compareció en la **queja 03/1348** poniendo en conocimiento de esta Institución la situación de uno de sus vecinos, enfermo mental, que ha sido el causante de múltiples intervenciones de la policía local por conductas y comportamientos antisociales, agresivos y de acoso a la población en general, con incumplimiento reiterado de las más elementales normas de convivencia: “(...) *Habida cuenta la amplia historia de expedientes sancionadores, administrativos y penales, instruidos contra el citado enfermo mental, así como los innumerables intentos de solución de su problemática, en especial por vía judicial, y al no haber obtenido otros resultados que la reincidencia de éste en sus conductas, sin control alguno por parte de profesionales especializados en una patología, la mencionada Corporación Local solicita de esta Institución su intervención ante el creciente malestar y sentimiento de rechazo e indefensión por parte de los ciudadanos del municipio (...)*”.

Las quejas de los vecinos también han sido numerosas y reproducen casi todas ellas un panorama bastante similar, caracterizado por el rechazo y el miedo que puede llegar a provocar la inadecuada asistencia de estos enfermos. Por ejemplo en la **queja 99/4290** expone el interesado el calvario a que se ve sometido por las continuas amenazas de muerte e insultos por parte de un vecino con antecedentes de esquizofrenia, lo que ha motivado que tenga que abandonar la vivienda encontrándose sin casa, sin empleo y con una permanente amenaza de muerte. En la **queja 00/3166** la Asociación de Vecinos Fuente del Llano de la aldea de El Collado (Alájar, Huelva) denunciaban la insostenible situación que venían sufriendo por la falta de respuesta a la enfermedad mental de un vecino de la localidad desde las distintas instancias con competencia en la materia, pues a pesar de haber puesto el asunto en conocimiento de las entidades relacionadas con el problema, no habían obtenido una respuesta suficiente, por lo que denunciaban ante esta Institución la falta de coordinación o eficacia para la solución de un problema sanitario y social.

En la **queja 01/2661** una vecina de la localidad de Cambil (Jaén) denuncia el maltrato sufrido por parte de un vecino con graves trastornos psíquicos, que le llevan a insultarla, amenazarla con arma blanca e incluso intentar quemar la puerta de su casa: “(...) *aunque he soportado esta situación durante años, comprendiendo que se trata de una persona enferma, sus últimas acciones me han llevado a tener tanto miedo que me encuentro psicológicamente trastornada, viéndome obligada a presentar contra él denuncia (...)*”.

17.2.4 Disconformidad con la asistencia recibida

En este apartado englobamos un conjunto de quejas, usualmente individuales, que vienen a revelar la discrepancia del paciente o sus familiares respecto de actuaciones concretas de los servicios asistenciales atinentes a la salud mental en sus distintos niveles de actuación.

De esta forma nos encontramos por un lado con algunos expedientes que ponen de manifiesto la disconformidad con el trato ofrecido por los facultativos, habitualmente en las unidades de salud mental comunitaria. En este punto no difieren sustancialmente de las quejas que recibimos de parte de otros pacientes cuando ponen en tela de juicio la forma en la que han sido atendidos, los términos que han empleado los profesionales, o el interés y atención que ha merecido el planteamiento de su sintomatología o enfermedad. Habitualmente la capacidad de esta Institución para investigar estos asuntos resulta muy limitada, pues el

malestar de los pacientes se ciñe a manifestaciones de carácter verbal que no podemos comprobar, y que lógicamente resultan subjetivamente interpretadas por las partes.

Son expresivas de este tipo de reclamación las quejas siguientes: **queja 98/466** “(...) denunció el mal trato de que fui objeto en el Centro de Salud Mental de Huelva, cuando acudí a la consulta para la que había sido citada. Concretamente a pesar de tener cita a las 11 horas, no fui recibida hasta las 11,50 horas, debido a la ausencia del facultativo. Igualmente aquél me asistió de malos modos, empezó a gritarme, y al final, sin dejarme explicarme, consignó en el volante que no tenía conflicto alguno (...)”; **queja 98/1955**: “(...) padezco un fuerte brote de depresión y trastorno de ansiedad generalizado y la asistencia sanitaria que recibo del Equipo de Salud Mental de las Albarizas es muy deficiente. La médica que me ha atendido me trata sin respeto, me gritó, me engañó, me insultó y no se preocupó de mi enfermedad. He tenido que recurrir a la medicina privada –una psiquiatra particular– pero carezco de recursos para asumir el coste. Solicito recibir una asistencia psiquiátrica adecuada y respetuosa con su enfermedad y su dignidad (...)”; **queja 01/223**: “(...) el pasado viernes 12 de enero, tras vencer la resistencia de mi marido, sobre las 12,30 h. acudí al Centro de Salud Mental del Polígono Norte de Sevilla con un volante del médico de cabecera, para que se atendiera a mi marido, que de un tiempo a esta parte viene sufriendo depresiones, donde se me indicó que no se le podía atender por no especificar el volante el carácter urgente y donde se nos informó que la cita se la dará a los 15 o 20 días. Ante la insistencia de que se le atendiera y la circunstancia de que se asomó a la puerta el especialista, se le preguntó si le era posible que lo atendiera en esa mañana a lo que contestó en tono burlesco que su religión no se lo permitía, indigna contestación por su tono y contenido, lo que sumado al sufrimiento de mi marido hace aún más difícil la confianza de éste en volver el día que se le cite, entendiendo que esta actuación debe ser objeto de una explicación suficiente y de la exigencia de responsabilidad que corresponde (...)”.

No faltan tampoco las reclamaciones por la demora en las citas, que es una constante en los planteamientos generalizados que se realizan sobre las carencias del sistema, a los que ya hemos aludido. Por ejemplo, en la **queja 06/2295** el interesado exponía: “(...) por indicación de mi facultativo en el centro de salud Alameda Perchel, fui derivado al centro de salud mental del Limonar para que se formalizase una cita con el área de psiquiatría, cita que se solicitó con fecha 14 de febrero de 2006.

A fecha de hoy (5.6.06) y después de haber reclamado en el citado centro de salud, han pasado 4 meses sin que se haya cursado dicha cita, y al tratarse de un tema de psiquiatría las consecuencias han sido nefastas para la salud mental.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto relativo a la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales en el sistema sanitario público de Andalucía, y habiendo superado el plazo máximo objeto de garantía del citado Decreto, solicito que la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía me derive al centro sanitario privado de mi elección o me indemnice por los gastos derivados de la realización del proceso asistencial de acuerdo con las tarifas vigentes (...)”.

Comunes son también los expedientes en los que se expresa una discrepancia explícita con el diagnóstico, el tratamiento prescrito, o bien se protesta por la negativa al ingreso hospitalario, en los casos en los que pacientes y familiares consideran que se reúnan los requisitos necesarios para que se hubiera producido aquel. Así en la **queja 98/4320** el interesado nos viene a indicar “(...) que los tratamientos prescritos por los facultativos del Servicio Andaluz de Salud no le han resultado beneficiosos, sino que más bien han

provocado un empeoramiento de su estado. En estas circunstancias se ha visto obligado a acudir a consulta con especialistas privados, experimentando desde entonces una notable mejoría...”. En la **queja 05/3716** el interesado exponer su disconformidad con el diagnóstico y tratamiento de su hija: “(...) que en su trayectoria asistencial le han hecho diversos diagnósticos (trastorno bipolar, trastorno de la personalidad y últimamente esquizofrenia), entendiéndolo que el acusado empeoramiento del estado de la misma se ha debido a la propia medicación, que la que le suministran ahora no solo no la mejora sino que la pone mucho peor, pensando que su evolución no hubiese sido tan mala si no la hubieran ingresado y la hubieran atiborrado de pastillas(...)”.

En relación con el ingreso hospitalario traemos a colación la **queja 00/3383**: “(...) mi hermano de 35 años es enfermo esquizofrénico paranoico, diagnosticado desde los 14 años. En la actualidad se encuentra en un brote agudo de su enfermedad, con delirios y una conducta extraordinariamente agresiva. Hace una semana acudió por voluntad propia al hospital Virgen Macarena para ser ingresado y no lo aceptaron con el argumento de que no disponían de camas. Allí le dieron una carta para que acudiera al equipo de salud mental (...)”, y también la **queja 04/4869**: “(...) padezco un trastorno bipolar y cuando sufrí una crisis el pasado mes de septiembre, se negaron a darme el ingreso hospitalario en las dos ocasiones en que acudí al servicio de urgencias hospitalario. Hasta que no acudí por tercera vez, con intervención de policía, ambulancia y bomberos en mi domicilio, no se decretó un ingreso que, de haberse acordado antes, me hubiera evitado repercusiones penosas en mi ámbito familiar, con alejamiento de mi mujer y mi hija (...)”.

Otras veces el motivo de la queja se traduce en la disconformidad con el alta al domicilio, o bien la denuncia reside en la forma en la que se emite aquella, sin conocimiento de los familiares, cuidadores del paciente. Así los interesados en la **queja 00/3997** y **queja 01/3903** tildan de anticipadas las altas emitidas en el ingreso hospitalario de sus familiares, mientras que en la **queja 00/1183** se pone de manifiesto el malestar profundo del interesado por la manera en la que le dieron el alta a su hermano en un hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía: “(...) mi hermano, diagnosticado de esquizofrenia crónica, ha estado ingresado en los últimos cinco meses en la Unidad de Agudos del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, de forma casi constante y con brevísimas altas médicas. De la última de éstas altas el enfermo es enviado en fase aguda, sin avisar a la familia y en contra de nuestros criterios en una ambulancia que lo apea, de forma clandestina, en un parque situado a 200 metros de la vivienda de éste, llegando el enfermo a la misma sin medicación, sin receta, sin pautas de tratamiento y sin el informe de alta (...)”.

Un caso similar fue objeto de análisis en el expediente de **queja 07/2968**, motivando una actuación de esta Institución por medio de la cual, lejos de hacer una crítica de la asistencia deparada al paciente, se puso en tela de juicio la manera en que se le dio de alta, pues tras comprobar que no reunía los requisitos para verificar su ingreso, se procedió en este sentido, dejando al paciente en la calle.

Se trataba de una persona esquizofrénica, incapacitada y tutelada por una Fundación, carente por tanto de un enclave familiar de referencia. Reflexionábamos en esta resolución sobre el frágil equilibrio de estos pacientes, y la dificultad que entraña su integración en la vida comunitaria. Quisimos expresar por tanto que un enfermo mental no es un paciente más, y que el comportamiento de los dispositivos sanitarios no puede ser el mismo que se despliega con un paciente ordinario, pues el enfermo mental, máxime el que se encuentra en un estado de desprotección patente, como sucedía en este caso, requiere una labor de tutela y protección más intensa y extensa que la que ordinariamente se exige.

Considerábamos que antes del alta resultaba adecuado comunicarlo a la asociación o persona cuidadora que velaba por el paciente, o a la fundación que ostentaba la representación legal del mismo. Culminamos nuestra resolución recomendando la elaboración de protocolos que incluyeran la obligación de agotar los intentos de comunicación del alta de estos pacientes a sus familiares o tutores, con carácter previo a la adopción de la medida.

Las reclamaciones relacionadas con la ausencia de control de los enfermos en las unidades de hospitalización de agudos, comunidades terapéuticas, y dispositivos residenciales de Faisem, también se suceden con consecuencias diversas.

Por ejemplo en el expediente de **queja 03/4558** la interesada nos expone: *“(...) mi hermano se encuentra residenciado en una casa-hogar dependiente de FAISEM, dispositivo del que se ausenta periódicamente para trasladarse a Sevilla en concreto a la Estación de Santa Justa donde deambula en total abandono. Esta situación la puedo constatar toda vez que soy empleada de RENFE en dicha estación, donde lo veo periódicamente en absoluto desamparo y abandono: sin medicación, sin alimentación, semidesnudo y descalzo en muchas ocasiones, etc.*

Entiendo que estos enfermos deben estar más controlados y que en caso que se ausenten del dispositivo debe ser objeto de una localización más inmediata, máxime si son fácilmente localizables como es el caso de mi hermano, que invariablemente acude a la citada estación donde busca cobijo (...)”.

En la **queja 04/4105** la interesada denuncia la falta de vigilancia existente en la Casa-Hogar de FAISEM en Aznalcázar donde se encuentra su hermano.: *“(...) se ha tirado dos veces por la ventana y tiene dos operaciones de estómago por ingerir objetos. Soy consciente de que hay situaciones que no se pueden evitar, pero hay otras que sí.*

Que dos días después de que avisara de que retiraran una maquinilla que tenía en su armario, la desmontó y se tragó las cuchillas. Di aviso de que colocaran una reja en la ventana de su habitación, contestándome que no se podía por ser una salida de incendio, dando lugar a que mi hermano se tirara por dicha ventana, pero lo más grave fue que meses más tarde y pese a su estado, logra subir las escaleras y se vuelve a tirar por otra ventana sin rejas sin que nadie se diera cuenta. A todo esto se me contesta que solo son tres monitores para veintiún usuarios. (...)”.

Asimismo en la **queja 08/5133** la interesada expresa que su hijo, diagnosticado de esquizofrenia, se suicidó mientras se encontraba en una Casa Hogar de FAISEM sita en Huelva: *“(...) entiendo que fue debido a la falta de monitores que ejercieran una vigilancia adecuada sobre los usuarios de dicho recurso ya que cuando ocurrieron los hechos mi hijo me había manifestado no haberse tomado la medicación.*

Que ese día había ido a ver a mi hijo a la Cruz Roja, centro donde estaba siguiendo un curso, pero fui informada de que no había asistido. Al marcharme a mi domicilio supe que mi hijo me estaba intentando localizar, pensando que, como en otras ocasiones, había tenido una recaída por no tomarse la medicación.

Tras llamar a la casa hogar me indican que no había ningún monitor, por lo que tuve que avisar a un monitor de otro centro. Al llegar a la casa hogar mi hijo estaba solo, manifestándome que no se había medicado, que no había ido al curso y que daba igual si se medicaba o no.

Cuando llegó un monitor mi hijo ya se había subido a la planta 12, y tuvo que acudir la policía y los bomberos, que no pudieron impedir que se precipitara (...)”.

17.2.5 Particularidades en algunas modalidades de tratamiento en salud mental

Pues bien a partir de aquí, y aun considerándolas como quejas por actuaciones individuales dentro del proceso de atención sanitaria o social a los enfermos mentales, nos parece que algunas veces las denuncias se focalizan sobre aspectos de especial importancia, que nos obligan a dispensarles en esta muestra un tratamiento independiente. Hablamos de las que singularmente aluden a la negativa al tratamiento y la subsiguiente propuesta en algunos casos del tratamiento involuntario forzoso, de las que aluden a los dispositivos de atención en crisis, o bien de las referidas al tratamiento domiciliario, la atención de urgencias y la solicitud de terapia psicológica.

17.2.5.1 La negativa al tratamiento.

La cronicidad y deterioro del estado de salud de muchos enfermos mentales obedece en no pocas ocasiones a la nula conciencia de enfermedad de los mismos, y por consiguiente a su negativa a recibir tratamiento. Los intentos realizados desde el ámbito asistencial y familiar para captarlos al objeto de que ingresen en el sistema diseñado para su atención, se ven normalmente obstaculizados por las propias características de estos pacientes, por lo que en ocasiones son necesarios esfuerzos ímprobos desde todos los lados para que acudan a las citaciones con los especialistas en psiquiatría, se tomen el tratamiento farmacológico, o accedan a los recursos hospitalarios, asistenciales, o residenciales, en los casos en los que esta medida les venga recomendada.

No ha estado exento el discurrir de esta materia en nuestra Institución, de planteamientos discrepantes con el principio de respeto absoluto a la voluntad de estos enfermos, llegando a introducir la cuestión del tratamiento involuntario forzoso.

Así el interesado en la **queja 99/1498** nos relataba la situación de su hermano, aquejado de esquizofrenia, deteniéndose en los innumerables problemas que su enfermedad ocasionaba a la familia, sus desvelos por intentar favorecer su forma de vida, y los conflictos que su agresividad originaba en la localidad donde vive, de los que algunas veces han intentado hacerle responsable.

Nos daba cuenta de los múltiples intentos para ingresarlo en distintos tipos de residencia, e incluso ha tratado de llevárselo consigo a su domicilio, pero aquéllas no se mostraban adecuadas para los condicionamientos que supone su enfermedad, a lo que se añade la necesidad de que su hermano preste su consentimiento expreso para su entrada en las mismas.

Se mostraba particularmente contrario a este principio de voluntariedad que, a su entender, ha traído consigo la reforma psiquiátrica, considerando que el mismo provoca un deterioro de la propia dignidad de la persona: *“(...) tras el cierre del psiquiátrico de Miraflores, donde mi hermano pasaba a veces largas temporadas, la atención que le dispensan en los equipos de psiquiatría se reduce a unas cuantas horas, al cabo de las cuales le dan el alta con la mera indicación de un tratamiento que igualmente se niega a tomar (...)”*.

Por su parte en la **queja 11/913** el interesado aboga explícitamente por esta medida, a la vista de la situación de su hermano: *“(...) cuando se trata su enfermedad mediante la aplicación de Risperdan, su estado mejora notablemente. El problema es que tiene que ponerse dicho inyectable cada quince días, de*

manera que cuando se le pasa el efecto de la medicación suministrada tras un ingreso hospitalario, se niega en rotundo a recibir el tratamiento, y comienza una espiral de deterioro en el que no se puede hacer nada hasta que la situación es tal que obliga a tramitar la autorización correspondiente ante el juez, para poder ingresarlo de nuevo.

El objeto de mi queja se ciñe al cuestionamiento de la posibilidad de que desde esa unidad se pudiera proceder al tratamiento involuntario a domicilio, cuando el enfermo se niegue a recibirlo, pues de esta forma se evitarían muchísimos sufrimientos al paciente y a la familia, en especial a su madre de 95 años, con la que su hermano convive, y que se muestra incapaz de dominarlo, originándose por otro lado una disminución importante del coste sanitario, pues no ocuparía cama hospitalaria.

Pienso que la familia por su parte hace todo lo que puede, y considero que el respeto a estos pacientes pasa por ofrecerles una solución como la que propongo (...)".

En uno de los informes recibidos de la Administración en este asunto se nos pone de manifiesto la existencia de importantes dudas a la hora de plantear este tratamiento que se extienden al ámbito jurídico que habría de regular esta medida.

Hay quien opina que la facultad legal que confiere el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para el internamiento forzoso de enfermos mentales, ampararía también a los tratamientos ambulatorios involuntarios, y a este respecto existen decisiones judiciales que lo vienen admitiendo para evitar las consecuencias que para los enfermos y sus familias tiene el abandono de la medicación.

De hecho hay quien estima que existe un conjunto normativo dentro de nuestro Ordenamiento, con independencia de dicho precepto, constituido por el Convenio de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina de 4.4.97; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; o la misma Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad; que daría cobertura a esta modalidad, el cual podría desarrollarse por las Comunidades Autónomas para regular la modalidad de tratamiento ambulatorio de las personas con trastornos psíquicos.

Pero también hay sectores que piensan que el precepto referido anteriormente, al contemplar solo el internamiento por razón de trastorno psíquico, no supone una regulación suficiente para dar una cobertura jurídica adecuada a la modalidad que estamos considerando, y en todo caso se consideraría conveniente que existiera una regulación legal del mismo en el Sistema Sanitario, para una correcta aplicación de la medida. Las iniciativas que hasta el momento se han llevado a cabo sin embargo no han fructificado.

En definitiva creemos que la realidad con la que nos encontramos actualmente del rechazo o abandono del tratamiento por parte de algunos pacientes debería tener respuesta, y que el tratamiento ambulatorio involuntario podría ser una medida justificada en algunas de estas personas, dotando a los facultativos de una vía añadida para prescribir y aplicar.

A lo anterior se une que sería conveniente regularlo determinándose, en tanto que afecta a derechos fundamentales, los correspondientes instrumentos de garantías (respeto de la dignidad personal, principio de legalidad, necesidad de la medida, congruencia, prohibición del exceso, temporalidad y programación, idoneidad de medios, asistencia y cuidados, participación, revisión y fiscalización) fijándose por las Administraciones y las Sociedades Científicas los criterios clínicos para una buena práctica.

También es necesario reconocer que presupone un abordaje integral del enfermo y que evidencia la necesidad de mayores recursos, puesto que el incremento de medios materiales y humanos (plazas de media estancia) haría innecesario el recurso al TAI en muchos casos.

En todo caso pensamos que el debate sobre esta cuestión no está cerrado.

17.2.5.2 Los dispositivos de atención en crisis.

El interesado en la **queja 01/1944** compareció para explicarnos las actuaciones que habían sido necesarias para el ingreso hospitalario de su hermano, enfermo mental de larga evolución: *“(...) ingresó en la unidad psiquiátrica del Hospital Clínico de Granada el pasado día 26 de marzo con una aguda crisis mental, agresiva, producto de su dilatada y desgraciada enfermedad. Es la novena o décima vez que se le ingresa por tales motivos.*

Para realizar este último ingreso hubo que llamar al Servicio Especial de Urgencias del 061 y éste al 091 porque era imposible trasladarlo desde el domicilio al hospital dado su estado de excitación y agresividad. Tras unas cuatro horas de forcejeos, incluido consultas al Juzgado, cuatro policías (los dos iniciales que se personaron en casa no podían) y las asistencias de una ambulancia consiguieron reducirlo y, esposado, lograron llevarlo a la unidad de agudos psiquiátricos del referido hospital bajo los efectos de unas brutales dosis de tranquilizantes suministrados en toda la jornada (por la mañana, en el ambulatorio del Zaidín, ya le inyectaron medicación y el ingreso se realizó hacia las ocho de la tarde) (...).”

Los procedimientos utilizados para llevar a cabo el ingreso en estas situaciones de negativa absoluta de los pacientes resultan criticados por familiares y asociaciones de pacientes, que demandan la puesta en funcionamiento de los denominados dispositivos de atención en situaciones de crisis. Así en la **queja 04/3303** la Asociación Afesol nos comunicaba: *“(...) recientemente en dos ocasiones dos enfermos mentales de Mijas y Fuengirola, en el momento de ser reducidos para su ingreso involuntario en Unidad de Agudos en casos de crisis, fueron objeto de impactos de bala por arma de fuego de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado/Local que auxiliaban a los Servicios de Emergencias Sanitarias del 061, todo lo cual evidencia las carencias actuales de los “dispositivos de atención en crisis”.*

La normativa del Servicio Andaluz de Salud (RSC. 261/2002) cataloga los ingresos en casos de crisis en cuatro modalidades, pero en la práctica la variedad sorprende. Todo depende del técnico o personal de turno. Queda claro que no se quiere mirar el problema de frente, es más fácil esquivarlo. Por norma los ingresos forzados, esto es, contra la voluntad del enfermo –son pocos los enfermos que reconocen su enfermedad cuando dejan el tratamiento y esto es uno de los grandes problemas que no se tienen en cuenta– son traumáticos. Se requiere la presencia de las fuerzas de seguridad en apoyo del equipo médico. ¿Fuerzas de seguridad? ¿Es posible que todavía no contemos con los dispositivos de atención en crisis previstos hace 20 años? Por la eterna estrechez de presupuestos o falta de interés no se cuenta con personal especializado, es decir, los ya mencionados dispositivos de atención en crisis. Esta falta de servicio específico lleva a situaciones como la que se ha presentado en Mijas y Fuengirola.

De todos modos, este tipo de ingreso es de por sí humillante ya que el afectado es llevado con esposas en presencia de todos los curiosos del vecindario. Difícilmente deseará pasar por lo mismo. A todo esto

habrá que sumar las dificultades previas al ingreso, si es que éste se lleva a cabo después de la situación humillante sufrida. Dependerá del profesional de turno y de la capacidad de camas.

Resumiendo, hay una necesidad urgente de salir del letargo. Necesitamos que se tomen medidas ya, que los dispositivos sean una realidad a muy corto plazo. No es tanto lo que pedimos. Hoy más que nunca nos estamos preguntando después de lo sucedido, ¿vale la pena recurrir al servicio de emergencia?, ¿cómo correr menos riesgos?, ¿qué podemos hacer con nuestros enfermos? (...)

La misma Asociación reclama por otro caso en la **queja 05/2558**: *"(...) me dirijo a usted para darle a conocer la situación de un enfermo mental que reside habitualmente en Inglaterra, pero que a veces viene a visitar a su madre, y que como consecuencia de un brote psicótico agudo fue detenido tras bañarse desnudo en la playa.*

Sin embargo, lo más grave sigue siendo el trato vejatorio e inhumano que se le da a nuestros enfermos, que son apaleados y humillados, ¿acaso nuestros enfermos no tienen derechos? En el dossier adjunto verá la brutal paliza que presuntamente le propinaron las fuerzas de orden público. Nos preguntamos hasta cuándo tendremos que asistir a hechos como éste.

Le pedimos su apoyo para que la atención a las personas con enfermedad mental en estado de crisis, no se efectúe por las fuerzas de orden público, o en caso de que esta intervención sea necesaria, se realice en condiciones de respeto hacia el enfermo. Consideramos necesario cambiar el sistema de atención en crisis, siempre humillante y a veces brutal par nuestros enfermos (...)

17.2.5.3 El tratamiento domiciliario.

En ocasiones la negativa al tratamiento de los pacientes convierte en misión imposible la tarea de llevarlos al centro de salud mental para que sean atendidos en consulta, por lo que debería entrar en juego la modalidad de prestación domiciliaria, la cual es consustancial al modelo comunitario de atención a la salud mental y además está incluida en la cartera de servicios de los dispositivos. Con carácter general la denuncia relativa a la reticencia de los centros para llevar a cabo las visitas domiciliarias se plantea como uno más de los aspectos deficitarios del sistema, aunque también hemos tramitado quejas que particularmente incidían sobre este punto. En este sentido los expedientes de **queja 03/596 y 03/616** hacen hincapié sobre este aspecto: *"(...) que tanto mi esposa, como mi hijo, enfermos mentales, se niegan a acudir a las consultas del ESMD de las Albarizas de Marbella, por razón de su propia patología, produciéndose la desasistencia de los mismos ante la negativa por parte de este Equipo a la atención domiciliaria (...)*

No obstante sin embargo también hemos accedido a algunos informes administrativos por los que se nos da cuenta de la realización de este tipo de visitas, principalmente desde el ámbito de la enfermería, con el objeto primero de contactar con el paciente, conocer más datos de su situación, y favorecer que el mismo se incorpore o se reintegre al circuito de consultas.

17.2.5.4 La atención urgente.

La atención de los enfermos mentales por parte de los servicios de urgencia hospitalarios reviste muchas veces características específicas, que en ocasiones van mucho más allá de la discrepancia en torno a la necesidad de ingreso hospitalario.

Por eso es preciso diferenciar actuaciones que pudieran resultar igualmente criticables en el caso de otros enfermos, y que entran a formar parte del habitual funcionamiento de estas unidades, de aquellas en las que la enfermedad mental del paciente introduce un elemento relevante que demanda una atención y cuidados específicos.

Así por ejemplo en la **queja 00/187** se expone un caso común de demora en la atención: *“(...) mi hijo padeció la desasistencia del servicio de urgencias del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, cuando fue trasladado al mismo en estado grave.*

Dicho paciente estaba afectado de esquizofrenia paranoide y llegó a ese centro hospitalario en taxi acompañado de su hermana, momento en el que fue trasladado en silla de ruedas al interior del servicio de urgencias, de donde fue sacado a los pocos minutos hacia la sala de espera, en la que permaneció en situación totalmente inconsciente e inerte durante una hora y media.

Gracias a la activa intervención de un periodista de radio de la localidad con el que mi hija se puso en contacto, el paciente fue ingresado en planta de psiquiatría, en la que permaneció cinco días, y más tarde otros tres en el servicio de medicina interna, donde falleció el día 8 del mismo mes a causa de un problema pulmonar totalmente ajeno a la enfermedad mental padecida, cuyo diagnóstico se produjo solamente escasas horas antes del suceso (...).”

O por poner otro caso en la **queja 03/2618** se reproducen situaciones que hemos tenido ocasión de conocer con cierta frecuencia, en la que se realiza un mal diagnóstico del paciente que acude a urgencias, resultando con posterioridad un padecimiento más grave del diagnosticado, que incluso acaba provocando su fallecimiento: *“(...) yo tenía un hermano de 39 años de edad, que padecía de una esquizofrenia. A finales del mes de abril le entró un dolor en el lado derecho bajo y mi madre, con aproximadamente ochenta años, lo llevó a urgencias del Hospital de la Merced de Osuna, para que lo vieran los médicos, cosa que hicieron, pero el resultado fue que era un cólico, le recetaron unas pastillas y lo mandaron a casa que está a unos 40 Km. de distancia. Al día siguiente este dolor no se le pasaba y mi madre de nuevo lo llevó a urgencias, el médico lo vio y le hizo un reconocimiento más amplio que el día anterior, pero dijo que no tenía nada grave solo un poco de grasa en el riñón, y de nuevo le recetó unas pastillas y que bebiera mucha agua. Después de todo esto lo mandaron de nuevo a casa.*

Durante toda esa noche y los dos próximos días, los dolores no se le iban, de nuevo mi madre lo quiso llevar a urgencias pero él dijo que no, puesto que ya han estado dos días seguidos acudiendo al mismo lugar y no veía mejoría. Dos días después mientras estaba sentado en la mesa comiéndose un bocadillo, solo hizo terminar de comérselo cuando de repente se dio la vuelta y se desplomó muerto (...).”

Nos queremos referir sin embargo en este apartado a las especialidades que entraña la presencia de estos pacientes en el área de atención a urgencias de los hospitales, tal y como se demuestra por ejemplo en la **queja 01/4494**, la cual iniciamos de oficio tras tener conocimiento por noticias aparecidas en un medio de prensa escrita, del fallecimiento de un hombre de 45 años de edad, en la vía pública de la localidad de Málaga, cuyo cadáver fue hallado por la policía bajo uno de los puentes de la carretera nacional 340, tras ocho días de intensas gestiones de búsqueda: *“(...) afectado de esquizofrenia desde los veinte años, sufrió una fuerte crisis el pasado 10 de diciembre, a raíz de la cual fue trasladado por la policía al servicio de urgencias del hospital clínico de Málaga, tras recibir las llamadas de alerta de varios vecinos. Sin embargo, a*

pesar de su estado y de que en dicho centro conocían perfectamente su historial, el enfermo fue dado de alta diez horas después de su ingreso, sin que se hiciera advertencia alguna a la familia al respecto. El resultado de la autopsia apunta a que el fallecimiento se ha producido como consecuencia de parada cardiorrespiratoria sobrevenida a causa del frío y la falta de alimentación. Los familiares, aparte de la lógica tristeza y desazón, se encuentran indignados con lo sucedido y achacan al comportamiento del citado Hospital la responsabilidad de la muerte, pues no entienden que se pueda producir el alta tras un período de tiempo tan corto a partir del ingreso, si se tiene en cuenta la gravedad que revestía el paciente en el momento en que se produjo aquél y consideran que lo sucedido no es sino consecuencia de la desidia con que se le trató desde el ámbito sanitario, un exponente más de la dejadez con que se atiende a este tipo de enfermos (...)”.

La investigación de este asunto por parte de la Institución llevó a conocer que el paciente compareció en urgencias donde fue llevado por la policía municipal, a su vez alertada por los vecinos, ante los golpes y voces que se producían en su domicilio. Allí fue atendido por un médico del citado servicio que no valoró la necesidad de ingreso, puesto que no presentaba trastornos actuales del comportamiento, por lo que se le administró un ansiolítico, y se le dejó en una consulta para observación, pero cuando a las 8 h. se pretendió revisarle por parte del psiquiatra, se encontraron con el enfermo se había ido por su propia voluntad.

A tenor de lo sucedido en este caso por nuestra parte advertimos que el proceso asistencial de estos enfermos es un todo que se conforma de distintas fases que deben engrazarse en un engranaje perfecto, pues cualquier disfunción puede tener consecuencias de diversa consideración dado el frágil equilibrio de estos pacientes.

Por este motivo se nos antojaba injustificable por un lado la imposibilidad de acceder a los antecedentes clínicos de estos pacientes en el área de urgencias, pues ello supone la pérdida de toda la experiencia acumulada en cuanto a los mismos, que es vital como soporte de cualquier decisión sobre el tratamiento; así como la nula vigilancia en el área de observación de urgencias, y en último término la falta de información a los familiares desconociendo la función de tutela que en estos casos les corresponde.

En definitiva no se discutió por esta Institución la falta de ingreso, ni se derivó de aquélla el fatal desenlace, pero se detectó una quiebra de la continuidad asistencial por la ausencia de actuaciones que hubieran fomentado la intensificación de la vigilancia por parte del Equipo de Salud Mental de Distrito, y la propia estructura familiar.

De ahí que termináramos recomendando a la gerencia del hospital la adopción de medidas oportunas en orden a la continuidad asistencial de los enfermos mentales que acuden al servicio de urgencias, fundamentalmente cuando no son acompañados por familiares o allegados, adoptando medidas alternativas para el caso de que no proceda el ingreso hospitalario que fomenten la coordinación con la unidad de salud mental comunitaria y con la estructura familiar.

Un supuesto similar, aunque afortunadamente sin el mismo fatal desenlace, se narra en la **queja 05/4865**, pues la interesada nos relata cómo se trasladó a su hermano al hospital Clínico Virgen de la Victoria por un dispositivo de urgencias de Torremolinos, al mostrar graves signos de agitación y agresividad, apareciendo el enfermo en el domicilio al cabo de unas horas, sedado, dando tumbos y manifestando que había cogido un taxi desde el Hospital y que no se acordaba de nada, echándose a dormir. Por lo visto el paciente se había escapado del hospital, estimado la familia que este hecho demostraba la desprotección y desatención que sufrió, y preguntándose cómo se pudo escapar del Hospital sin que nadie se diera cuenta de ello y sin recibir la atención que necesitaba.

17.2.5.5 La terapia psicológica.

La escasez con la que se prescribe el tratamiento psicológico y sobre todo la parquedad con la que se dispensa, ha sido calificada en muchas ocasiones como uno de los males del sistema. La terapia psicológica aparece en muchos casos enfrentada a la farmacológica, pues se proclama la preeminencia, cuando no la unicidad, de esta última frente a la primera.

Las reivindicaciones en este sentido se han expresado en algunas quejas bien porque no se recibe un determinado tipo de tratamiento prescrito (por ejemplo el cognitivo-conductual en la **queja 99/3479**), bien porque existe discrepancia respecto a la opinión facultativa relativa a su innecesariedad (**queja 08/4986**).

Con carácter general expresa esta postura el interesado en la **queja 01/1930**: “(...) *estoy diagnosticado de depresión crónica y trastorno de la personalidad y en situación de incapacidad permanente absoluta, estimando que la atención a estos enfermos por parte de los poderes públicos deja mucho que desear puesto que la asistencia sanitaria está exclusivamente basada en el tratamiento farmacológico, sin que exista ningún tipo de tratamiento psicoterapéutico complementario, y además la retirada de subvenciones a Asociaciones de familiares de enfermos mentales redundando en la necesidad de prescindir de monitores y profesionales psicólogos, en claro perjuicio de la asistencia proporcionada por los mismos (...)*”.

También en la **queja 01/2983** se ponen de manifiesto las carencias que tradicionalmente se achacan a este tipo de tratamiento en el ámbito del sistema sanitario público, que se concretan en la elevada demora para las citas y la subsiguiente amplitud del período interconsultas: “(...) *soy un enfermo de ansiedad desde hace cinco años y sigo tratamiento farmacológico desde hace tres, pero el psicólogo de la sanidad pública me ha dicho, y yo también he leído, que si no hay tratamiento de psicoterapia es muy difícil que esto se me quite, y es verdad ya que como le digo, llevo cinco años pasándolo muy mal, pero el caso es que no puedo permitirme un psicólogo de pago, porque queda fuera de mis posibilidades. Entonces dirá quien lea esto, ¿por qué no vas a la sanidad pública? Es ahí donde quería llegar porque la sanidad pública es muy precaria en lo que a los servicios psicológicos se refiere, ya que entre una cita y otra pueden mediar tranquilamente dos meses (ya que a mí me ha pasado), y así resulta imposible llevar un tratamiento de psicoterapia. En definitiva lo que yo reclamo son más psicólogos públicos, ya que al que yo fui me explicó que él tenía que cubrir dos ciudades enteras, y por eso las citas se demoran tanto (...)*”.

17.2.6 Enfermedad mental/déficit intelectual

Aludimos en este apartado a un conjunto de quejas expresivas de la situación de personas en las que se produce una doble afectación, por un lado una discapacidad psíquica por déficit intelectual, y por otro, unos trastornos de tipo psicótico.

Por la experiencia que tenemos en la tramitación de las mismas se aprecia una opinión generalizada de inidoneidad de los recursos existentes para acomodarse al perfil de estos usuarios, que a la discapacidad psíquica añaden un trastorno de conducta o enfermedad mental asociada.

Es decir que por un lado les está vedado el acceso a los recursos residenciales de salud mental, pero por otro lado tampoco son tributarios de cualquier centro de discapacitados psíquicos, de los que normalmente les aparta la presencia de trastornos que pueden alterar la normal convivencia del mismo.

Por eso cuando en la tramitación de estos expediente pedimos los correspondientes informes a los organismos implicados, no es extraño que cada cual resalte el aspecto de la afectación del paciente que le excluye de su ámbito propio de competencias.

Normalmente se hace preciso una mayor período de tiempo para determinar el recurso adecuado a las particularidades de estas personas, que generalmente conlleva la intervención de la comisión provincial de seguimiento de los programas de FAISEM, integrada por representantes de asuntos sociales, salud mental y la propia Fundación para la Integración Social del Enfermo Mental, a lo que se une la demora que inevitablemente se desprende de unos recursos aún más limitados que los destinados al resto de los discapacitados psíquicos.

Buena prueba de esta situación la encontramos en la **queja 02/1530**, donde se da cuenta de la negativa de la Administración para el acceso del hijo de la interesada a un centro de discapacitados, por la presencia de trastornos graves susceptibles de alterar la normal convivencia del centro. Al mismo tiempo desde su equipo de salud mental nos dieron cuenta de las actuaciones practicadas con aquel, partiendo en todo caso de que su condición no era la de enfermo psiquiátrico, y por lo tanto no reunía los requisitos para la utilización de los recursos residenciales de salud mental.

Por nuestra parte hicimos constar que existía un consenso generalizado desde todos los ámbitos que habían participado en el tratamiento de la situación, respecto a la indicación de ingreso del hijo de la interesada en un dispositivo residencial, pero la asignación de plaza no solo se veía rodeada de los inconvenientes habituales relacionados con las largas listas de espera, sino de las dificultades añadidas que planean sobre los aspirantes de esta particular tipología, cuestionándonos en última instancia qué se hace con estos usuarios.

Esta situación de complejidad procedimental y escasez de plazas se ha vislumbrado a lo largo de todo el tiempo que hemos tomado en consideración, y a pesar de que podemos constatar que las plazas se han ido incrementando progresivamente, muy recientemente nos hemos visto obligados a iniciar un expediente de queja de oficio a la vista de las informaciones ofrecidas por la Administración relativa a la falta de plazas vacantes en recursos de atención residencial para psicodéficientes en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, lo que presupone que muchas personas a las que se les ha reconocido el derecho de acceso al mismo, llevan años esperando en situaciones difíciles de soportar.

Como hemos señalado la situación no es nueva pues ya en la **queja 99/1657** un grupo de médicos psiquiatras integrantes de la unidad de hospitalización de psiquiatría del Hospital de San Lázaro, compareció para poner en nuestro conocimiento una situación que consideraban muy injusta en relación a un chico que se encontraba ingresado en ese servicio: *"(...) el paciente, de 19 años de edad, padece oligofrenia con trastornos de conducta, y lleva hospitalizado tres meses y medio. El problema que plantea su alta hospitalaria es que no hay nadie que pueda hacerse cargo de su situación. Así ni la familia, que no puede por sí misma, ni tampoco por el medio, asumir su responsabilidad, por los graves problemas de conducta que plantea el paciente; ni por el SAS, que por la patología del paciente considera que no les corresponde, que la alternativa para él era a través de Servicios Sociales; ni por estos últimos, puesto que tras ser evaluado desde el centro base, propuesto y en lista de espera para un centro de psicodéficientes gravemente afectados, con el número 30 o 40, auspiciaban una demora de 2 a 4 años de espera, e incluso más.*

El médico responsable del paciente cree que la alternativa para él es institucional y que debería estar en un centro adecuado para sus necesidades, pero que igual podría ser uno distinto a los de gravemente afect-

tados. Por este motivo ha solicitado una reevaluación al centro base de la que no han obtenido respuesta. Considera que mientras que cada uno expone sus justificaciones, el problema sigue estando ahí, y su falta de solución les obliga a tener a un chico ingresado de manera injusta e inconveniente (...)”.

Ese mismo año en la **queja 99/1847** acudió también a la Institución una pareja de ancianos a través de su representante, exponiendo la situación de su hijo de 29 años, aquejado de retraso mental con un trastorno severo de conducta que lo hace extraordinariamente agresivo, con frecuentes episodios de autolisis y heteroagresividad: “(...) En la actualidad ha recibido el alta hospitalaria, no porque se encuentre curado sino porque el facultativo entiende que el hospital no es el centro adecuado para él, sino uno especializado en su trastorno. En tanto consigue una plaza residencial, permanece en su casa amarrado mediante correas a la cama o a un sillón, a petición propia, pues, en caso contrario, amenaza con agredirse a sí mismo o a los demás (...)”.

En la **queja 99/4272** también se pone de relieve la convivencia del interesado con un hijo de 38 años aquejado de retraso mental leve, pero con graves problemas de conducta, que hace insostenible la situación en su domicilio, al que le había sido denegado el ingreso en un centro especializado de minusválidos, precisamente por causa de su enfermedad mental, y cada vez se veía obligado a ingresar en las unidades de agudos de los hospitales con más frecuencia.

En la **queja 01/1359** la interesada expone que su hija es enferma mental con un 85% de grado de minusvalía, y que debido a su edad ya no puede atenderla en su domicilio, careciendo de recursos económicos para ingresarla en un centro privado. Dada la doble circunstancia de minusvalía y esquizofrenia, cada una de las Administraciones sectoriales elude su responsabilidad aludiendo a la inexistencia de recursos específicos para atender estos casos, todo lo cual le produce una total desasistencia.

También en la **queja 03/732** se pone de manifiesto por la interesada la falta de atención sanitaria a su hermana, que padece retraso mental, y respecto a las afecciones que viene padeciendo desde que falleció su madre: “(...) en el Equipo de salud mental del distrito Triana le han venido recetando por mis meras indicaciones, puesto que la paciente no se encontraba en condiciones de acudir a consulta. Entre las prescripciones se encuentra un medicamento aconsejado para casos agudos de psicosis, cuya utilización para otros fines puede ser peligrosa.

A consecuencia de ello padeció un coma medicamentoso del que salió merced a la intervención del 061. Las veces que ha acudido a urgencias tampoco se han preocupado por hacerle las pruebas necesarias. Por todo ello tuvo que ser llevada a una clínica privada donde tras la realización de diversas pruebas le han diagnosticado síndrome extrapiramidal y crisis convulsivas generalizadas secundarias a medicación, así como cierto grado de nefropatía médica (...)”.

17.2.7 Patología Dual

La concurrencia de patología mental y discapacidad intelectual no es la única que plantea problemas a la hora de diseñar el tratamiento de los pacientes, y fundamentalmente el acceso de los mismos a recursos residenciales, por el reenvío simultáneo de las solicitudes de uno a otro ámbito de responsabilidad administrativa;

pues esta situación se agrava más si cabe en el caso de coincidencia de enfermedad mental y consumo de tóxicos, lo que se ha venido a denominar patología dual. Y es que la dualidad de sistemas de atención, a la salud mental por un lado, y a las drogodependencias por otro, provoca no poco desconcierto a veces, pues se suceden las derivaciones de un lado a otro y se hace hincapié en uno y otro aspecto como prevalentes en la situación del enfermo, marcando por tanto la necesidad de acudir con carácter previo a una u otra vía.

En el seno de esta Institución, y concretamente en el año 2003, presentamos un Informe Especial sobre la drogadicción en la Comunidad Autónoma, en el que dedicamos un capítulo para el abordaje de la problemática que atañe a la patología dual. En el curso de su elaboración realizamos visitas a distintos recursos de atención a las drogodependencias, detectando entonces que un porcentaje superior al 60% de los casos analizados habían tenido contacto con los recursos sanitarios de salud mental, bien porque habían estado ingresados en unidades de agudos de los centros hospitalarios, bien porque habían acudido a consulta de las unidades de salud mental comunitaria.

A lo largo de todo el tiempo en el que se han puesto de manifiesto estas cuestiones, se han venido barajando opiniones favorables al establecimiento de recursos específicos para este tipo de pacientes, aunque definitivamente la cuestión se ha solventado mediante el establecimiento de un mecanismo de coordinación recogido en un protocolo, cuyo seguimiento también hemos demandado de esta Institución en más de una ocasión.

En estos momentos sin embargo asistimos a un amplio debate en torno a las posibles soluciones de esta problemática, pues se constata que los recursos existentes por la vía del protocolo de actuación conjunta al que antes nos referíamos, solo han servido para mejorar la coordinación de los profesionales en algunos lugares cuando ha existido voluntad para ello.

Dicho debate se postula desde una dimensión ética de esta cuestión, que va desde un posicionamiento claramente favorable a la libertad individual, hasta el que propicia la recepción de tratamientos de manera involuntaria, con fines de estabilización. Observamos sin embargo que las posiciones existentes son poco flexibles y que las posibilidades de acercamiento son escasas, en tanto subsiste y se acrecienta el sufrimiento de familiares y afectados.

La existencia de una población adulta cronificada en el consumo que está afectada por trastornos mentales de carácter leve o grave, ha motivado que recientemente se haya promovido una revisión del protocolo de actuación conjunta entre las unidades de salud mental comunitaria y los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias, tal y como se recoge en el II Plan Integral de Salud Mental 2008-2012, en cuya elaboración ha participado esta Institución mediante aportaciones que han ido dirigidas a proponer un mayor acercamiento entre ambas redes en el momento de la intervención, así como en el control de funcionamiento del protocolo, al considerar que el aún vigente ha producido escasos resultados en la práctica.

Algunos ejemplos de las situaciones que nos exponen los ciudadanos en estos casos vienen referidos en los siguientes expedientes de queja. Así en la **queja 98/2817** el interesado nos habla de la angustiosa situación que vive su familia: *“(...) mi hijo es violento y no asume ni su enfermedad ni su toxicomanía, y temo que pueda producir daño físico a sí mismo, a su familia, o a cualquier persona. Insisto especialmente en que a mi hijo lo rechazan sistemáticamente de todos los Centros a los que acude, bien sean de salud mental, bien sean de atención al drogodependiente, sin que le ofrezcan un recurso asistencial adaptado a sus características: enfermo mental y toxicómano (...)*”.

En la **queja 98/2947** el interesado explica que tiene un hijo esquizofrénico y drogadicto: “(...) es agresivo, no se puede convivir con él porque no respeta ninguna norma, roba diariamente para conseguir droga, etc... Actualmente se encuentra en prisión, y le pido que haga lo posible para que a la salida de la cárcel tenga previsto su ingreso en un Centro Psiquiátrico adaptado a sus especiales características (...)”.

Por medio de la **queja 98/4190** la interesada pone en nuestro conocimiento la situación en la que vive su hermano, aquejado de esquizofrenia paranoide y drogodependiente: “(...) a pesar de que salió muy mejorado tras su ingreso en el centro de “San Juan de Dios”, en la actualidad ha vuelto a la calle, dedicándose a pedir para adquirir la droga, y oponiéndose totalmente a seguir ningún tipo de tratamiento, por lo que presenta un deterioro cada vez mayor, que se traduce en agresividad.

Recientemente atacó a su madre en plena calle para quitarle el dinero que llevaba, de manera que sus padres viven permanentemente asustados, pues temen que vuelva a hacerles algo, cuando permanezcan solos en su domicilio. La única forma de ayudarle pasa por volver a ingresarle en el centro de “San Juan de Dios”, por lo que solicita ayuda en este sentido a la mayor brevedad, ya que sus padres son personas mayores y enfermas que no pueden defenderse, así como que carecen de recursos económicos para realizar un ingreso privado (...)”.

La denuncia de la interesada en la **queja 99/1159** obedecía al hecho de que a su hermano, enfermo mental y consumidor habitual de tóxicos, desde salud mental solo le daban tratamiento ambulatorio: “(...) dicen que su problema es de toxicomanía. En cambio cuando ha tenido algún ingreso en comunidades terapéuticas, algunas veces se escapa, y otras ha sido remitido a salud mental al entender que su problema era psiquiátrico.

Se le ha aconsejado el ingreso en un centro tutelado que pueda favorecer la abstinencia de drogas, así como el seguimiento del tratamiento médico, pero ha solicitado plaza en un centro específico de Conil de la Frontera, y le han indicado que existe una lista de espera considerable, y que el ingreso puede demorarse durante años (...)”.

La **queja 01/3290** sin embargo la iniciamos de oficio al tener conocimiento a través de un medio de prensa escrita del fallecimiento de una mujer de 46 años de edad, en una vía pública de la localidad de San Fernando. Al parecer, y según las fuentes citadas, la fallecida presentaba una patología mental por la que precisaba tratamiento psiquiátrico, y al mismo tiempo mantenía una adicción a las drogas. Por lo visto había sido atendida en una unidad de agudos en los días precedentes, y acababa de ser dada de alta.

Ya en la diligencia de apertura de la queja reflexionábamos sobre la atención a los denominados enfermos duales, en los que confluye toda la problemática que genera la atención a los enfermos mentales, y la necesidad de que sean sometidos a tratamiento de la adicción, considerando que la doble responsabilidad administrativa en la atención a estos enfermos (salud y servicios sociales), tampoco constituía un factor que contribuyera a mejorar la situación, sino que muy al contrario la dotaba de un mayor grado de complejidad, pues ambas instancias tendían a descargar en la otra su parte de responsabilidad.

En este expediente, y ante la alta prevalencia de comorbilidad de enfermedad mental y dependencia de sustancias, llegamos a insistir en la necesidad de la integración de los tratamientos en equipos multidisciplinares con profesionales del campo de la psiquiatría y de las adicciones.

En la **queja 09/4510** se ofrece un esquema tipo de persona enferma mental (trastorno bipolar) y drogodependiente, que despliega una extraordinaria agresividad en el ámbito familiar y entorno, tiene problemas

judiciales, y continuas entradas y salidas del sistema sanitario y de drogodependencia, dada la exigencia de voluntariedad para someterse a los distintos programas, que en absoluta acepta.

La madre nos señala que *“(...) con independencia del fracaso de todos los abordajes que se han intentado, lo cierto es que no se ha llevado a cabo con ella un plan individualizado en el seno del modelo asertivo comunitario que se predica en los distintos documentos de planeamiento de Salud Mental en Andalucía.*

La situación de mi hija en la práctica es de absoluta desasistencia por parte de los servicios de salud mental y servicios sociales, atrapada en su enfermedad y adicción, y llevando una vida cuasi marginal “(...)”.

Por nuestra parte llegamos a estimar que el aspecto psiquiátrico que subyacía en la paciente prevalecía sobre otras consideraciones, entendiéndose que correspondía por tanto a salud mental ejercer el liderazgo, o compartirlo con los servicios sociales a través de un programa individualizado en el que se integren los distintos ámbitos de intervención que se consideren necesarios, así como hacer un exhaustivo seguimiento del mismo.

En este orden de cosas considerábamos que la circunstancia de redes diferenciadas de Salud Mental y Drogodependencias no debía ser un obstáculo añadido para llevar a cabo un programa de tratamiento de forma paralela o secuencial, en la forma que mejor aconsejara su efectividad.

También merece la pena destacar el documento recibido de la Asociación de familiares de enfermos duales (AFEDU), para manifestar su malestar en relación con la atención dispensada al colectivo, expresándose en los siguientes términos: *“en estos momentos no existe coordinación entre los servicios de drogas y los de salud mental. Así, cuando un paciente sale de una unidad de agudos y debe iniciar tratamiento para su adicción, en el supuesto de que requiera internamiento, se produce un tiempo de espera excesivamente largo, llegando a superar los tres y a veces cinco meses. No en todos los casos los tratamientos acoplados a la patología del paciente consiguen controlarlo”.*

Junto a cuestiones de índole sanitaria y social (necesidad de contar con tratamiento para pacientes que requieren actuaciones psiquiátricas urgentes, importancia de que existan centros de internamiento, incremento de las camas en centros estancia media y larga, ingreso en centro de tratamiento de drogodependencias cuando abandonan las unidades de agudos), incluyen aspectos referidos a los procesos judiciales a los que se encuentran sometidos un elevado porcentaje de pacientes, demandando el establecimiento de un juez para llevar todas las causas correspondientes a aquellos, conformando de esta forma una especialización, dentro del ámbito judicial, para los afectados de patología dual.

17.2.8 Enfermos mentales y prisiones

La realidad de la presencia de un elevado número de enfermos mentales en los centros penitenciarios andaluces, nos llevó a elaborar hace ya bastante tiempo (1999) un Informe Especial sobre “La Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces”, en el que se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la misma, conocida a través de las quejas que en este contexto veníamos recibiendo.

Dicho Informe venía a destacar la opinión unánime de todos los especialistas consultados de que la medida de internamiento en un centro penitenciario común no es la más adecuada para atender asistencialmente a

un enfermo mental. Poníamos de manifiesto en este orden de cosas que las prisiones cuentan con servicios médicos que desarrollan su actividad en el ámbito de la atención primaria de la salud, pero carecen de recursos especializados para los enfermos que consideramos. Estos recursos se obtienen de los centros asistenciales públicos, frente a los que los enfermos mentales penitenciarios encuentran resistencias para acceder a los ya de por sí escasos dispositivos sanitarios, en especial a los hospitales. Y en todo caso no se logran coordinar adecuadamente los recursos asistenciales para garantizar la atención integral que los enfermos necesitan. Mientras, la propia permanencia en la cárcel repercute negativamente en la enfermedad que padecen.

Al mismo tiempo se constataba que la escasez de alternativas asistenciales adecuadas a la situación de los enfermos mentales les lleva a un progresivo abandono y a un proceso de agravamiento de su enfermedad, acercándoles a la marginalidad, situación de riesgo ante el cumplimiento de la Ley que en ocasiones concluye con comportamientos asociales de repercusión penal.

Coincidente en el tiempo con el informe referido podemos aludir al expediente de **queja 99/3492** por medio del cual el interesado nos da cuenta de la situación de su hijo, aquejado de trastorno obsesivo compulsivo grave. *“(...) recientemente ha sido condenado a un año de prisión y tres fines de semana de arresto, como autor de un delito de agresión sexual y una falta de lesiones. Sin embargo el órgano judicial no ha tenido en cuenta la grave enfermedad que padece para eximirle de responsabilidad criminal o al menos para constituirse en circunstancia modificativa de la misma, atendiendo a la opinión del forense, por encima de los informes de especialistas que han seguido al enfermo durante mucho tiempo.*

Así considero que sus derechos no han sido tutelados, y estimo que los hechos ocurridos pueden achacarse a la falta de atención psiquiátrica dispensada, derivada del deficiente desarrollo de la reforma prometida, que en la actualidad no permite contar con los dispositivos alternativos que habían sido diseñados. Ello conlleva una deficiente atención médica que desemboca en la descompensación del enfermo, en cuya situación puede fácilmente incurrir en conductas tipificadas como infracciones penales (...).”

En no pocas ocasiones la denuncia de los familiares de estos enfermos se relaciona con el ingreso de los mismos en centros penitenciarios ordinarios, demandando a efectos del cumplimiento de las medidas de seguridad impuestas, la posibilidad de que accedan a otro tipo de centros que resulten adecuados a su discapacidad.

En este sentido en la **queja 04/4495** la madre de un enfermo mental requiere nuestra intervención para que su hijo, que tras agredir a una vecina se encontraba en el psiquiátrico penitenciario a la espera de juicio, pueda ingresar en un centro terapéutico cerrado para cumplir la condena que se le imponga, de manera que pueda ser atendido como lo que es, un enfermo mental, o al menos tenga la esperanza de poder acceder a un centro de este tipo cuando salga de la prisión.

En la **queja 07/2599** la interesada también plantea el caso de su hijo, afectado de esquizofrenia paranoide, al que se incoó procedimiento judicial que lo estimó inimputable, por apreciar la concurrencia de la eximente completa de enajenación mental, para el que se acordó medida de seguridad de internamiento por tiempo no superior al año, lo cual determinó su ingreso en el hospital psiquiátrico penitenciario, hasta que en un determinado momento se produjo su traslado a un centro penitenciario ordinario, en el que estaba siendo tratado como un preso común, en un entorno inadecuado que ni le correspondía, ni era el previsto y ordenado en la resolución judicial de la que su internamiento traía causa, situación que a nuestra remitente le

resultaba absolutamente incomprensible, máxime cuando el proceso de recuperación que inició en el centro psiquiátrico de Sevilla de manera totalmente satisfactoria se había interrumpido bruscamente, propiciando un retroceso en dicho proceso de control y recuperación de su salud mental.

La **queja 09/707** resulta especialmente expresiva de la ausencia de las alternativas que los solicitantes vienen demandando en estos casos, pues en la misma se narra la situación de un enfermo que llevó a cabo una agresión física, precisamente en el seno de un centro de discapacitados en el que se encontraba ocupando plaza concertada, por el cual resultó condenado a una medida de seguridad de internamiento en centro penitenciario por plazo de tres años, salvo que la familia designara otro centro psiquiátrico adecuado en el plazo establecido, el cual debería ubicarse a una distancia determinada de aquél en el que se produjo la agresión. La madre del afectado pensaba que su ingreso en el centro penitenciario a la postre, podría redundar en un empeoramiento de sus ya trastornados hábitos de conducta antisocial.

La Administración sin embargo nos expuso que carecía de centros concertados específicos para casos como éste, dado que su alta peligrosidad requería un tratamiento de contención y régimen cerrado, que los centros asistenciales no están preparados para asumir, puesto que no disponen de medios de control y tratamiento específico de la conducta, lo que implica un serio peligro para el resto de usuarios y personal del centro. Todo ello sin perjuicio de que en el caso de que accediera al hospital psiquiátrico penitenciario, pudiera ser incluido como beneficiario del Programa de atención a personas con discapacidad en supuestos de privación de libertad que la Administración Autonómica desarrolla en colaboración con Instituciones Penitenciarias y la Confederación española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual en Andalucía (FEAPS Andalucía).

El problema de la compareciente en la **queja 11/747** era sin embargo la lejanía del psiquiátrico penitenciario en el que estaba internado (Alicante) su hermano, respecto del domicilio familiar, considerando que esta situación perjudicaba su evolución (con actitudes negativas por su extrañamiento) e impedía que su madre, mayor, viuda y pensionista de recursos modestos, pudiera visitarlo. Por ello, entendían necesario su traslado al psiquiátrico penitenciario de Sevilla, aunque preferentemente interesaba que el interno pudiera obtener plaza concertada en centro adecuado a sus características, señalando un hospital de Málaga a dicho fin. En definitiva, la interesada quería ir preparando la admisión de su hermano en un centro concertado, ya que temía que llegara el momento de su excarcelamiento y no contara con plaza, siendo inviable, por motivos de seguridad, el retorno al domicilio materno.

17.2.9 Enfermedad mental y menores

Constituye uno de los aspectos cruciales de abordaje en este Informe la atención a los problemas de salud mental de las personas menores de edad, pues las denuncias en este ámbito se han hecho oír por numerosos colectivos, cuando no ciudadanos particulares que, en su faceta de padres, muestran su preocupación por los inconvenientes que encuentran a la hora de proporcionar a sus hijos la mejor asistencia posible.

Tradicionalmente el motivo principal de discusión se ha centrado en la falta de especialización de la asistencia sanitaria que se oferta a los menores, que se traduce en carencia de dispositivos específicos para

ellos, formación inadecuada de los profesionales que se comparten con la población adulta, e insuficiencia de la coordinación entre los distintos niveles asistenciales así como respecto de los dispositivos educativos y de servicios sociales.

En algunos casos las quejas también aparecen muy focalizadas en torno a los itinerarios asistenciales de determinados pacientes como por ejemplo los afectados por trastornos del espectro autista o déficit de atención por hiperactividad.

Para empezar en el año 2000 tramitamos un expediente de queja de oficio (**queja 00/966**) que entroncaba con las actuaciones ya desarrolladas por el Defensor del Pueblo del Estado, que junto a la Fiscalía de Menores de Madrid, había puesto de manifiesto la escasez, cuando no la absoluta falta de recursos específicos de psiquiatría para los niños y adolescentes con problemas de salud mental. Como primera carencia se señalaba la falta de centros psiquiátricos para menores, puesto que la normativa que entonces regulaba la estructura de los servicios de salud mental en Andalucía (Decreto 338/98) solo preveía una unidad no hospitalaria, como es la unidad de salud mental infantil de área en la que se llevaban a cabo programas especializados de atención a la población infantil y adolescente, sin que existiera un tratamiento paralelo en la asistencia especializada que se lleva a cabo en los distintos niveles adscritos a la unidad de salud mental hospitalaria correspondiente. Como segunda carencia se hacía alusión a la ausencia de una especialidad médica en asistencia psiquiátrica a menores, sin que sea suficiente su abordaje desde la pediatría tradicional o desde una visión neuropediátrica.

Con el mismo carácter se incoó en esta Institución el expediente de **queja 01/2308**, a raíz de los numerosos escritos de profesionales de la salud mental, afectados y familiares, en los que se ponía de manifiesto una evidente discrepancia con los contenidos que el contrato-programa 2001-04 ofrecía en materia de salud mental infantil y juvenil: *“(...) las previsiones de aquél conllevan la desaparición del único dispositivo actual especializado para la atención a esta población: las unidades de salud mental infanto-juvenil. Dichas unidades, concebidas para la atención de aquellos casos que exceden de las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, así como de los equipos de salud mental de distrito, tienden a ser transformadas en hospitales de día. De esta manera dichos equipos de distrito, que en la actualidad están desbordados por la demanda, atenderían toda la asistencia infanto-juvenil, evaluación y tratamiento.*

Se producen por tanto una serie de consecuencias que van en detrimento de la asistencia, pues la hospitalización de los casos graves va a llevarse a cabo sin espacio propio, integrada en los servicios de pediatría, en los que la figura del profesional de salud mental se convierte en un mero consultor.

Las reclamaciones remitidas abogan por una asistencia especializada para niños y adolescentes que se derive desde la misma atención primaria, sin que sea preciso el paso previo por las unidades de salud mental de adultos; una posibilidad de hospitalización a cargo de los profesionales de salud mental infanto-juvenil, tanto en tratamiento, como en gestión de recursos; y unos hospitales de día que actúen como estructuras intermedias, que permitan la realización de intervenciones sin tener que separar al niño de su medio habitual (...).”

Con carácter general también nos planteamos en la **queja 08/5214** profundizar en los aspectos sanitarios que se habían puesto de manifiesto con motivo del Informe Especial sobre los menores con trastornos de conducta en Andalucía (Noviembre de 2007), en el cual se llevó a cabo un estudio de la diversa problemática que plantea la atención de este colectivo desde los distintos ámbitos (educativo, sanitario, social, familiar,

etc.) y las dificultades de su abordaje de una manera mínimamente satisfactoria, fundamentalmente a causa de la escasez de dispositivos específicos en salud mental, así como por la inadecuación de los existentes para esta franja de edad.

En este sentido, en lo que respecta al ámbito de la Salud Mental Infantil recopilamos el contenido de las quejas que se nos trasladaban por la ciudadanía, sistematizando la casuística en la forma siguiente:

(...) a) Especialidad en Psiquiatría Infantil: la Plataforma de Familias para la creación de la Especialidad en Psiquiatría Infanto Juvenil, entre otras, viene demandando esta especialidad ante el incremento de los problemas de salud mental en la población infanto juvenil.

b) Formación: se aduce que tanto en el ámbito de la Atención Primaria (Médicos de Familia y Pediatra) como de la Atención Especializada (Psiquiatras de los distintos dispositivos de Salud Mental, excluidos los adscritos a los USMIJ) tienen una insuficiente formación específica de psiquiatría en el nivel primario y de psiquiatría infanto juvenil en el nivel especializado.

c) Inadecuación de los dispositivos de Salud Mental para la atención infanto juvenil, especialmente en relación a los Equipos de Salud Mental Comunitarios, por falta de espacios diferenciados respecto de los adultos, pero también en los ESMIJ, donde no se hace trato diferenciado en función de patologías o perfiles, especialmente para los casos de hospitalización.

d) Insuficiencia de los recursos humanos, especialmente en las USMIJ para asumir el progresivo crecimiento de la demanda infanto juvenil con problemas de salud mental.

e) Inadecuación del actual modelo de atención, como se demuestra con la omisión de un abordaje específico en los actuales procesos asistenciales integrados, especialmente en el establecido para el “Trastorno Mental Grave”, así como con la inexistencia de procesos o subprocesos específicos para patologías de salud mental prevalentes en estas edades.

f) Interferencia de determinados tratamiento psicofarmacológicos con el desarrollo madurativo en estos intervalos de edades (físico, escolar, etc.).

g) Insuficiencia de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y de estos respecto a los otros sistemas educativos y de servicios sociales, cuando las necesidades lo requieren, especialmente necesaria en los programas de atención temprana (...)

En suma, se pretendía que el modelo de atención y los recursos afectos a la misma, a definir en el “Programa de Atención a la Salud mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía” que estaba previsto en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012, incorporara todos estos aspectos así como aquellos otros señalados en el mismo.

Las dificultades para el ingreso hospitalario de los menores con enfermedades mentales y el hecho de que cuando se acuerde el mismo se lleve a cabo para muchos adolescentes en las unidades de agudos de los hospitales también han motivado muchas quejas individuales.

En el segundo caso podemos encuadrar la **queja 04/2417** en la que los padres de un adolescente de 15 años con trastorno autista denuncian el ingreso prolongado de su hijo en la planta de agudos de psiquiatría del Hospital Virgen Macarena por presentar problemas de conducta en el hogar que habían ido en aumento con el objetivo de reajustar su medicación y hacerle las pruebas neurológicas pertinentes. A pesar de la excelente atención recibida por el personal de planta y por su psiquiatra responsable, los interesados manifestaban:

“(...) la situación no sólo no ha mejorado sino que ha sufrido un retroceso considerable en muchas áreas debido al ambiente y contexto tan contraproducentes para una persona con autismo: habitación compartida, falta total de actividad, imposibilidad de salir fuera del pasillo donde está su habitación, incompreensión de la situación, convivencia con pacientes con otras muchas patologías falta total de estructura,... lo que ha llevado al paciente a desarrollar unos niveles de ansiedad y angustia desbordantes que acrecentaban enormemente su malestar y sus conductas agresivas y disruptivas (...)”.

De las dificultades para el ingreso hospitalario nos habla la **queja 10/1508** en la que precisamente se cuestiona por los padres de una menor, la negativa al ingreso hospitalario de su hija en un hospital del Sistema Sanitario Público Andaluz, la cual falleció a los pocos días tras precipitarse desde la terraza de su domicilio.

En este expediente reflexionamos acerca del modelo de la salud mental infanto-juvenil, considerando que aún estaba pendiente de completarse, y demandando que se agilizará la elaboración e implantación del Programa para la atención la salud mental de la infancia y la adolescencia previsto en el segundo Plan Integral para la Salud Mental en Andalucía como línea estratégica para la consecución de sus objetivos.

La negativa al ingreso de los adolescentes con enfermedad mental se justifica en ocasiones precisamente por la inadecuación de la estructura hospitalaria en la que debe llevar a cabo. Así en la **queja 11/2506** la interesada pide con urgencia el establecimiento de una unidad distinta para poder llevar a cabo el ingreso hospitalario de su hijo cuando se haga necesario. *“(...) durante las numerosísimas ocasiones que acudimos a urgencias del hospital nos sorprendió muchísimo que nunca se avisara al psiquiatra de guardia para que valorara a mi hijo. Con el tiempo era yo la que lo pedía, lo que suponía pasar la tarde entera o la mañana en el hospital. Cuando la situación llegó a ser límite jamás valoraron un posible ingreso. Planteamos la unidad pediátrica que sabemos que existe sin éxito alguno. En repetidas ocasiones nos decían que para mi hijo no había nada y que intentáramos contenerlo. Cuando ingresó fue porque llegó a autolesionarse varias veces en pocos días, programándose el ingreso desde la USMI a pesar de que su psiquiatra y psicóloga no veían el sitio adecuado para un niño con 16 años. La estancia en agudos no pudo ser más negativa para él y la familia (...)”.*

En definitiva la realidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía es que no tiene suficientes recursos especializados para el ingreso hospitalario de los menores cuando presentan trastornos de salud mental, por lo que sigue existiendo un importante peregrinaje por parte de los padres en busca de solución para sus hijos, cuando padecen estas patologías.

La prestación de salud mental de las personas menores de edad incluye la atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como en internamiento en un centro sanitario especializado, lo que ocurre es que en ocasiones, prestaciones que son típicamente sanitarias, por carecer de respuesta idónea por parte del dispositivo sanitario público, obliga a los padres a veces, a buscar solución en el Este Público de Protección de Menores, de manera que utilizando la vía legal de la guarda administrativa, asume el tratamiento de salud mental especializado del menos a través del internamiento en un centro de protección.

Este hecho no puede dejar de resultar criticable, dado que implica la necesidad de someter al menor y su familia a la cesión de la guarda, como requisito previo para el acceso a un recurso-sociosanitario, e instrumento que se convierte en única vía de acceso para el paciente a dicha prestación.

De esta manera en los casos en los que se hace preciso el internamiento más o menos prolongado de menores que tienen trastornos graves de conducta, se llega a la situación antes descrita, por causa de la

propia carencia del sistema sanitario público en recursos especializados de salud mental para esta franja de población.

17.2.10 Otras patologías mentales: los trastornos de la personalidad

La configuración específica de esta patología obedece a las consideraciones que nos han trasladado los ciudadanos en demanda de dicha individualidad, quizás porque entienden que en determinados casos lo que existe no resulta idóneo para los afectados, o a lo mejor es porque a veces no resultan adaptados al perfil exigible para determinado tipo de recursos, que están pensados para el paciente psicótico.

En la **queja 02/1484** el interesado nos daba cuenta del padecimiento por parte de su hijo de 29 años de edad, de un Trastorno Límite de la Personalidad, el cual *“(…) comenzó con ideas obsesivas, continuó con múltiples intentos de suicidio (sobredosis de psicofármacos, automutilaciones, precipitación desde un 4º piso, etc.) que al día de hoy le mantienen en una situación de deterioro psíquico y físico cuya evolución no somos capaces de prever. Este dilatado curso de su enfermedad se ha visto acompañado de un penoso peregrinar por las consultas de muy distintos facultativos, tanto de la asistencia privada como pública, con resultados bastante limitados, ya que, tras reciente ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Virgen del Rocío –de la que ha llegado a convertirse en asiduo–, al día de hoy presenta un nuevo estado de descompensación de resolución bastante incierta y ante el que nos sentimos completamente impotentes y desasistidos. Sobra decir, que esta lamentable evolución de su patología ha repercutido negativamente en la estabilidad del núcleo familiar, conllevando una grave desestructuración del mismo y la caída en la enfermedad de alguno de sus miembros.*

Aunque soy lego en la materia, la convivencia con esta terrible patología me ha deparado algunos conocimientos que desearía participarle, con el fin de que pueda disponer de cierta información a la hora de juzgar la gravedad de esta dolencia y su incidencia en el núcleo familiar. En suma, desearía trascender el caso personal llamando la atención sobre uno de los problemas más sangrantes de nuestra asistencia psiquiátrica.

Se estima que la prevalencia del TLP es de alrededor del 2% de la población general (el doble que la esquizofrenia), aproximadamente del 10% de los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental, y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados.

Lo peor de todo es que, pese a la elevada incidencia de esta patología, el sistema público de salud mental no está preparado para atender a este tipo de enfermos. Porque sucede que el abordaje de una enfermedad crónica de larga duración, como es el TLP, requiere de una estructura pública o semipública, ya que los costos derivados de un seguimiento continuado de este tipo de pacientes, que presentan un elevado número de crisis y agotan múltiples recursos de la estructura familiar, son elevados y difíciles de asumir desde una orientación estrictamente privada. El resultado, pues, es fácil de imaginar: el abandono a su suerte y a la de su familia de este tipo de pacientes que, en los momentos de descompensación psicopatológica, son recluidos en las Unidades de Agudos, donde, en el mejor de los casos, se produce una atenuación de la crisis, para ser devueltos de nuevo a un medio familiar estragado por la tensión y la falta de esperanza (...).”

En demanda de programas específicos para esta patología acudió a la Institución la interesada en el expediente de **queja 07/3747**, cuya hija de 26 años, afectada de un trastorno límite de la personalidad, contaba

ya con un importante itinerario asistencial: “(...) *ha tenido múltiples ingresos hospitalarios por autolesiones e intentos autolíticos. De hecho, y a pesar de que el coordinador del equipo de salud mental no estimaba que la situación de la paciente demandara su ingreso, en la actualidad ha tenido que ser nuevamente internada en la unidad de hospitalización del centro hospitalario de referencia.*

Sin embargo estos períodos de ingreso no conllevan ningún avance, pues al poco tiempo mi hija vuelve a estar igual. La próxima cita con su psiquiatra está prevista para octubre sin posibilidad de adelanto, pero esta facultativa reconoce que no sabe de esta patología, por lo que me ha instado a ¿moverme por mi cuenta?

He tenido conocimiento de diversos centros e instituciones que cuentan con programas específicos para pacientes con trastorno límite de la personalidad, de los cuales en nuestra Comunidad Autónoma hay una unidad creada en el hospital San Juan de Dios de Málaga, por lo que solicito la derivación de la paciente a la misma, o a cualquier otra que específicamente trate esta enfermedad (...).”

En la **queja 10/2311** tuvimos ocasión de comprobar cómo las personas que sufren trastornos de la personalidad, pueden llegar a tener sintomatología de similar gravedad a la de otros enfermos mentales, y vivir idénticas situaciones de exclusión y desadaptación, con el agravante de que las alternativas terapéuticas y sociales para los mismos resultan mucho más limitadas. Aludíamos entonces al reconocimiento expreso realizado en el II Plan Integral para la Salud Mental en Andalucía en relación con el trastorno de personalidad, de “*la dificultad para su diagnóstico temprano, la respuesta frecuentemente insatisfactoria a los tratamientos disponibles, y la carencia de propuestas claras sobre intervenciones terapéuticas disciplinadas*”, al mismo tiempo que señala el elevado nivel de sufrimiento de los afectados y sus familias, y la falta de repercusión proporcional de la altísima carga asistencial que conllevan en relación con la calidad de vida que alcanzan.

Nos propusimos entonces demandar el desarrollo de las medidas propuestas en el referido Plan, entre las que figuran la elaboración de un subproceso sobre Trastorno de la Personalidad dentro del proceso asistencial integrado de Trastorno Mental Grave, y requerimos a la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental el planteamiento de una ampliación de su ámbito subjetivo de intervención hacia quienes, viniendo afectados por un trastorno de la personalidad grave, pudieran resultar beneficiados de sus recursos, incluido el programa residencial.

17.2.11 Los trastornos de la conducta alimentaria

En la medida en que muchos pacientes afectados por este tipo de trastornos son menores de edad, la problemática de su asistencia participa de las consideraciones que hemos realizado en el apartado anterior relativo a los mismos. Sin embargo el tratamiento de estas enfermedades ha revestido siempre características específicas, presentándose las quejas por dos motivaciones fundamentales.

La primera de ellas, entre las que podríamos citar las **quejas 03/1682** y **03/2888** está relacionada con las dificultades que los reclamantes aprecian para que sus hijos reciban la terapia psicológica que necesitan por parte del Sistema Sanitario Público, con la periodicidad adecuada, por lo que habitualmente recurren a psicólogos privados cuyo coste no pueden mantener indefinidamente.

En otro orden de cosas se ha planteado con reiteración la demanda de unidades sanitarias específicas para la atención de estas patologías. Por ejemplo en la **queja 98/862** la Asociación Adaner planteó con ca-

rácter general la descoordinación y las deficiencias observadas en la asistencia sanitaria de estos enfermos, denunciando el deambular de las familias desde que llegan a los centros de salud, en los que no encuentran respuestas para este tipo de enfermos, hasta que el cansancio de los mismos los conduce a consultas privadas: “(...) nos lamentamos de que las autoridades sanitarias no hayan tomado ninguna medida para estos casos, en los que todo lo más se produce el ingreso hospitalario del enfermo cuando llega a una situación crítica, o bien se les somete a un tratamiento indiferenciado en las Unidades de Salud Mental.

Es por ello que demandamos de la Administración Sanitaria la creación de equipos multidisciplinares para la atención de estos enfermos, que les dispensen una terapia individualizada; la coordinación de los profesionales en los distintos niveles de atención primaria y especializada; y la elaboración de un protocolo de atención terapéutica para este tipo de trastornos (...).”

Por entonces la Administración Sanitaria nos explicó el conjunto de dispositivos llamados a tener un papel relevante en el tratamiento de estas patologías, indicándonos las funciones de cada uno. Al mismo tiempo aludió a las características de un programa de enlace, y a las pautas de actuación del protocolo de intervención en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, dándonos cuenta también de un guión-protocolo de atención a la anorexia y la bulimia que había servido de base para que cada Área elaborara el suyo propio.

Algunos años después con ocasión de la **queja 05/2856** que reproducía un planteamiento similar (la Asociación para la Defensa contra la Anorexia y Bulimia ADAB San Fernando manifestaba que, a pesar que desde la Delegación de Salud de Cádiz se había prometido la creación de una Unidad Multidisciplinar de tratamiento hospitalario de los Trastornos de Conducta Alimenticia, ésta no se había creado), el Servicio Andaluz de Salud se posicionaba contrariamente a la creación de unidades físicas con estructuras arquitectónicas destinadas especialmente al tratamiento de estos trastornos, y a favor de la coordinación entre los distintos especialistas implicados a través de programas de coordinación funcional. En este punto se aludía a la atención integral por medio de modelos de gestión clínica y procesos asistenciales, priorizándose en este ámbito el de trastornos de la conducta alimentaria.

Abundando en esta consideración, en el expediente de **queja 06/668** también planteado por ADANER con la pretensión pertinaz de favorecer el establecimiento de una unidad específica para la asistencia de los trastornos del comportamiento alimentario en Málaga, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS insistió de nuevo en la conveniencia de la actuación a través de programas de coordinación funcional, afirmando que desde la implantación del protocolo de atención, el SAS estaba asumiendo adecuadamente la demanda generada por esta patología, a pesar de lo cual aludía igualmente a nuevas medidas que se estaban llevando a cabo para la asistencia de estos pacientes.

Así se hablaba de la potenciación de los equipos de salud mental de distrito y las unidades de salud mental infanto-juvenil, con incremento de sus plantillas y ampliación de funciones de la segunda, que asumía cometidos de hospitalización parcial y completa; y por otro lado se contemplaba la previsión de apertura en el hospital Marítimo de Torremolinos de un hospital de día de salud mental para el tratamiento, entre otros, de los trastornos de la conducta alimentaria.

Desde esta Institución partiendo de este planteamiento genérico consideramos que el sistema puede fracasar en supuestos concretos, por ello nos planteamos nuestra labor de fiscalización en dos direcciones, por un lado a favor del incremento y mejora de los dispositivos y recursos de salud mental infanto-juvenil,

y por otro, en orden a que estos dispositivos y recursos establezcan programas y espacios específicos y diferenciados (programas conductuales: monitorización de comidas, control de peso, educación nutricional, comedores terapéuticos) para atender los trastornos de la conducta alimentaria con criterios de coordinación e integración con el resto del sistema sanitario.

Otros ejemplos de los requerimientos que se han trasladado a esta Institución en este ámbito vienen constituidos por las **queja 08/426**, en la que el interesado manifiesta: *“(...) mi hija de 14 años padece anorexia, y estuvo ingresada en el Hospital Virgen del Rocío, en el Hospital de adultos, al no haber plazas habilitadas para su edad y patología en el Hospital Infantil. En la actualidad debe acudir a un Centro de Día, pero al no haber cumplido los 16 años sólo puede asistir a un centro privado que debe ser costeado por la familia (...)”,* o más recientemente por el expediente de **queja 11/4569** donde la interesada nos cuenta que durante once años ha padecido bulimia y se lamenta de la falta de medios para la atención de su enfermedad: *“(...) he salvado la vida gracias a que ingresé en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona, pero a pesar de haber sido derivada allí por un facultativo del SAS, no me han reembolsado los gastos, y ahora mi padre tiene que pagar con su pensión el préstamo que pidió para afrontar el tratamiento (...)”.*

17.3 EL ENFERMO MENTAL EN EL NUEVO ESCENARIO DE LA DEPENDENCIA

La entrada en vigor de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre), ha supuesto sin lugar a dudas un punto de inflexión en el acceso de las personas afectadas por enfermedad mental a la mayoría de las prestaciones de apoyo social que vienen a cargo de la Fundación Andaluza para la integración social de enfermo mental (FAISEM).

Con independencia de los aspectos que afectan al procedimiento para el reconocimiento de la condición de dependiente y el derecho a las prestaciones en estos casos, de los que más adelante hablaremos, nos interesa resaltar en primer lugar como aspecto fundamental, el cambio sustancial en la consideración de los denominados derechos sociales, que por lo que hace a los que resultan reconocidos en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, se muestran en nuestro ordenamiento jurídico como auténticos derechos subjetivos, de forma que se revisten de todas las garantías que acompañan a los mismos, que resultan exigibles por quienes reúnan los requisitos para ser titulares de aquellos.

En este orden de cosas se altera toda una tradición que ha venido marcando el comportamiento administrativo sustentado en la escasa protección constitucional de estos derechos, y por tanto legitimando las limitaciones de acceso a los mismos, y a las prestaciones que incorporan, en función de la existencia de recursos marcada por la disponibilidad presupuestaria.

Por nuestra parte sin embargo, a pesar de esa débil protección jurídica a la que aludíamos con anterioridad, en la medida en que se ubican dentro de los “Principios rectores de la política social y económica” de nuestra Constitución, durante mucho tiempo previo a la vigencia de la referida Ley de Dependencia, intentamos hacer valer el mandato que se impone a los poderes públicos de adoptar las medidas precisas para hacer efectivo su ejercicio, presentando junto a su valor interpretativo un auténtico valor normativo fijador de mínimos condicionantes de la actuación de aquellos.

Así en la medida que la Ley 2/88, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía regula los servicios sociales especializados, considerábamos que la imposibilidad de acceso a las prestaciones en los casos en los que los baremos asignaban a los solicitantes elevadas puntuaciones, obedecía fundamentalmente a la aplicación de criterios de priorización por inadecuación entre la necesidad de los aspirantes a las distintas prestaciones, sobre todo plazas en centros residenciales, una vez que había sido determinada por los profesionales que les venía atendiendo; y la limitación de medios existente, que lejos de traducir un elemento de racionalización a la hora de la asignación de los recursos, hablaba por sí misma de la insuficiencia de los medios que la Administración ponía al servicio de la satisfacción del derecho a la protección social de las personas afectadas por enfermedad mental, hasta el punto de que situaciones que se manifestaban gravísimas en función de la puntuación obtenida permanecían desasistidas.

Desde esta Institución quisimos reseñar que las prestaciones a las que nos estamos refiriendo no tenían exclusivamente un carácter social, sino sociosanitario, y que la vinculación con el ámbito sanitario resultaba singularmente estrecha.

Destacamos que la problemática social que presentan los destinatarios de este tipo de recursos se distingue fundamentalmente de la que pudiera afectar al resto de la población porque no deriva de factores externos de diversa consideración, sino que está estrechamente unida al padecimiento de una enfermedad mental, y es consecuencia conocida de la misma.

Por eso, la relevancia en el acceso a las prestaciones de apoyo social por parte de la población afecta de enfermedad mental es superior a todos los efectos, pues no se trata exclusivamente de subvenir a una necesidad de esta naturaleza, sino de cooperar a través de este tipo de apoyo a la superación de un problema sanitario.

Y es que cuando el apoyo social está previsto y recomendado, por ejemplo en forma de dispositivo residencial que supla las carencias familiares del enfermo, el acceso al mismo se convierte en un complemento necesario para la continuidad del tratamiento sanitario, y la demora a este respecto no hace más que retardar los beneficios que del mismo se puedan derivar, e incluso puede provocar el retroceso y la pérdida de los logros hasta entonces conseguidos.

Ya antes de que la adjudicación de las prestaciones que incorporan los derechos sociales se recondujera a través de la Ley de Dependencia, vinimos a criticar el procedimiento que culminaba principalmente en la adjudicación de las plazas del programa residencial.

El mismo partía de una evaluación centralizada en la Unidad de Rehabilitación de salud mental de área (URA), que aplicaba una escala de puntuación consensuada por todos los dispositivos que conforman el área de salud mental y por tanto conocida por todos los profesionales de los mismos, de manera que una vez que se evaluaba al paciente y se confirmaba la necesidad del recurso residencial, se enviaba la solicitud de plaza a Faisem, quedando a la espera de que se les manifestara la posibilidad de ingreso.

Después intervenía una comisión residencial que valoraba a los pacientes subsidiarios de plaza en caso de que existiera una vacante, de entre los que estaban pendientes de ingreso en la lista de espera, adscribiéndose aquella a quien tuviera un perfil más acorde, por lo que estar en lista de espera no significaba tener plaza.

Por nuestra parte entendíamos que la denominación "lista de espera" era impropia, y contribuía a provocar la confusión y el desconcierto en los pacientes y sus familiares, pues al fin y al cabo aquella evoca un proceso

que posee una determinada secuencia lógica (normalmente el orden de antigüedad combinado con criterios de urgencia), siguiendo la cual se llega indefectiblemente al fin esperado.

Pero esta característica sin embargo no resultaba predicable de la lista de espera para acceder al programa residencial de Faisem, pues la inclusión en la referida lista no garantizaba una plaza en mayor o menor tiempo. Lo único que permitía era posicionar al paciente en una situación de expectativa, o disponibilidad para ser candidato que podía llegar a concretarse en una plaza o bien podía ser que nunca se accediera a la misma si a la hora de la propuesta de la comisión referida, siempre se consideraba que existían otros aspirantes en situación de mayor necesidad, o con mejor ajuste al perfil.

Nuestra sugerencia para que de alguna manera se tuviera en cuenta la antigüedad en la lista a la hora de proponer las adjudicaciones no fue tomada en cuenta, al entender Faisem que el tiempo de espera no es un indicador operativo, de manera que frecuentemente ocurría que pacientes con solicitudes más modernas se acomodaban mejor al perfil de la plaza, que otros que la realizaron meses o incluso años atrás.

De esta manera era perfectamente posible que los familiares de un enfermo mental esperaran pacientemente en una situación insostenible el acceso del afectado a un dispositivo residencial que nunca les llegaba.

Además la demora comentada se alimentaba a sí misma generando más retraso. Se predicaba desde la Administración que las listas de espera eran dinámicas, puesto que se realizaban evaluaciones periódicas de los pacientes para registrar los cambios en su situación. Pero esta característica no era sino una consecuencia obligada de la imposibilidad de ofrecer al paciente la plaza en el momento en que se le recomendaba y del deterioro previsible que en enfermos de estas características esta situación provocaba.

Pues bien con la entrada en vigor de la Ley de dependencia podemos decir que el procedimiento de acceso a las prestaciones ha cambiado, pero no que los problemas relacionados con el mismo hayan desaparecido.

En primer lugar desde el comienzo de la aplicación de la ley, las Asociaciones de Familiares de enfermos mentales pusieron énfasis en la inadecuada valoración de estos trastornos por carencia de formación específica en los valoradores de la misma, instando la presencia de una tercera persona en el grupo evaluador y la creación de un informe pericial específico respecto al grado de autonomía y dependencia del paciente, que esté a disposición de los profesionales sanitarios de salud mental.

Al mismo tiempo, añadían otra pretensión relacionada con la modificación del informe de salud sobre el grado de dependencia, pues el mismo se centraba en patologías de naturaleza motora pero no mental, de manera que a juicio de los especialistas, debían incluirse y precisarse de forma explícita los aspectos psicológicos específicos de los pacientes con enfermedad mental.

Es verdad que en lo que respecta al baremo, y más allá de la desconfianza inicial, su funcionamiento real está siendo bastante razonable, ya que el mismo incorpora mecanismos de ajuste para este colectivo, pero queda pendiente aún el problema de asegurar una correcta información sanitaria para el personal baremador, con aspectos relevantes de salud mental.

La problemática fundamental se suscita sin embargo en el reconocimiento de las prestaciones, por la necesidad de establecer cauces determinados de coordinación entre el procedimiento y las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la atención sanitaria global que regula el Proceso asistencial integrado de Trastorno Mental Grave. Es decir, en la integración del Programa Individual de Atención (PIA) elaborado por los servicios sociales comunitarios y el Plan Individualizado

de Tratamiento (PIT) auspiciado por las unidades de Gestión Clínica de Salud mental, con participación de FAISEM.

Y es que la segunda fase del procedimiento de dependencia, que conlleva la elaboración de la propuesta de PIA con las prestaciones correspondientes al solicitante en función del grado de dependencia reconocido, por parte de los servicios sociales comunitarios, en el caso de los enfermos mentales se prolonga con la valoración de dicha propuesta por la comisión intersectorial a la que antes nos referíamos. Resulta posible por tanto, y no es del todo infrecuente, que dicha comisión discrepe de la prestación que incorpora la propuesta de PIA, lo que sucede significativamente cuando la misma alude a la adjudicación de plaza en un dispositivo residencial, por estimar que el perfil del paciente no se ajusta al requerido para las mismas.

Esta situación no solo genera inútiles expectativas de muchos enfermos mentales y sus familiares, de acceder a una prestación residencial, que luego no se llega a concretar, sino que conlleva la necesidad de determinar una nueva prestación, a veces con nueva remisión del expediente a los servicios sociales comunitarios, y en muchas ocasiones la propia paralización de aquel, porque prevaleciendo la opción a favor de una prestación residencial, no existen dispositivos adecuados para concretarla, y puede acabar forzándose el perfil para acceder a recursos para personas discapacitadas (físicas o psíquicas) que no resultan apropiados para este colectivo.

Para ilustrar esta situación traemos a colación el informe emitido a esta Institución desde los servicios sociales comunitarios en un caso concreto de los sometidos a esta Institución: *“solicitamos como mejor recurso para la persona dependiente el ingreso en una casa hogar para personas con enfermedad mental grave y trastornos del comportamiento, y puesta al habla con el psiquiatra que le asiste, se muestra a favor del recurso propuesto y manifiesta su intención de aportar informe para apoyar la petición.*

Desde la fecha de la visita domiciliaria la situación es la siguiente, el PIA está invalidado, ya que debido al consumo de alcohol y otros tóxicos por parte del usuario, no se contempla como modalidad más adecuada de ayuda la plaza en casa hogar, puesto que Faisem no contempla dicho perfil de usuario.

La familia solicita con urgencia, ansiedad y angustia, plaza en casa hogar, y no entiende que el usuario no pueda entrar en este recurso, que no es cerrado, y del cual puede salir y entrar a su antojo.

Me pongo en comunicación con la trabajadora social de salud mental y el psiquiatra de referencia, al que solicito una valoración del consumo de tóxicos por parte de la persona dependiente, ya que esta cuestión resulta crucial para solicitar el centro que la misma necesita.

En un principio el facultativo se muestra y favorable a la coordinación, junto a la trabajadora social de salud mental y la familia, y redacta un informe en el que queda constancia del consumo del usuario, lo cual no hace sino reafirmar que la plaza en casa hogar no es lo más pertinente.

El proceso a lo largo de estos meses se ha enquistado por las razones siguientes: desde la Delegación, la técnica correspondiente me comenta que el recurso adecuado sería el centro residencial “San Juan de Dios” de Málaga, ya que es cerrado, y allí la persona podría estar bien tutelada, controlarse el consumo, y abandonarlo por completo, para después de un tiempo, revisar el PIA y pedir plaza en casa hogar. Lo que ocurre es que dicho centro no pertenece al catálogo de prestaciones de la Ley de Dependencia, por lo que tan solo podría solicitarlo el servicio de salud mental a través de su psiquiatra.

Me pongo en contacto con él en diversas ocasiones, pero no parece mostrarse favorable a dicho recurso, aunque tampoco plantea opciones, remitiéndome a la trabajadora social, la cual a su vez tampoco es capaz de ofrecer ninguna alternativa, y me deriva al psiquiatra.

Contacto una y otra vez con la familia, que se muestra muy decepcionada con la actuación de la Administración, y a pesar de que le insisto en cuanto a los límites que afectan a mis posibilidades de actuación, no parece entender bien lo que le digo y comentan que van a acudir a los medios de comunicación, refieren que nadie les ayuda, e invocan que su hermano necesita un centro con urgencia.

Pasan los meses sin que se dé solución por ninguna parte, estamos en un punto de no retorno en el caso, y me siento imposibilitada para intervenir como me gustaría, tengo la propuesta de PIA invalidada desde hace meses y me encuentro impotente como profesional para dar salida a esta situación, si bien me gustaría dejar constancia de mi interés en hacerlo, de todas las gestiones realizadas, de las llamadas y la intención de coordinación con otros profesionales”.

Con todo, y para finalizar este apartado, tenemos que reflejar necesariamente que la paralización aludida no es en la actualidad la más importante, puesto que sin duda prevalece sobre la misma la falta generalizada de impulso de los procedimientos de dependencia que están en trámite, que afecta lógicamente a las solicitudes de personas que padecen una enfermedad mental en la misma medida que al resto de los reconocidos como dependientes.

La situación actual se caracteriza principalmente por la no resolución de los PIA y por tanto por la postergación sine die de los derechos de los ciudadanos en este ámbito, en tanto que los mismos solamente surgen a partir de su aprobación por la autoridad competente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia.

Las justificaciones ofrecidas por la Administración Autonómica en las numerosísimas quejas que estamos recibiendo sobre este asunto, protagonizadas por familiares de personas afectadas por enfermedad mental en un porcentaje no desdeñable, se vinculan a la necesidad de desarrollar normativamente el R.D. Ley 20/2012, de 13 de julio, que ha introducido importantes modificaciones en la Ley de Dependencia, y adaptar de igual forma las aplicaciones informáticas.

Desde esta Institución consideramos que la mayoría de las modificaciones son susceptibles de aplicación directa, sin necesidad de desarrollo normativo interpuesto, a salvo quizás de meras instrucciones internas; y también apreciamos que el desarrollo normativo autonómico en cuestión de dependencia es escaso, y ha sido modificado con celeridad cuando ha sido preciso, por lo que extraña la demora en este caso, transcurridos ya cinco meses desde la entrada en vigor del mencionado R.D. Ley.

Pensamos por tanto que el principal factor que determina la situación de inactividad que ahora mismo impera en los expedientes de dependencia aludidos, es única y exclusivamente la falta de disponibilidad presupuestaria, y hacemos una llamada de atención respecto de lo que este estado de cosas está suponiendo, por la obstaculización del acceso de las personas afectadas de enfermedad mental a las prestaciones que le corresponderían en virtud de la Ley, y el subsiguiente mantenimiento de situaciones de dependencia graves e insostenibles, al margen de todo tipo de ayudas.

La conclusión a la que llegamos tras el discurso expuesto no puede ser más pesimista, pues si bien al principio de este apartado saludamos abiertamente la aparición de un derecho subjetivo a la protección social concretado en las prestaciones reguladas en la Ley de Dependencia para las personas que fueran reconoci-

das en tal condición, el cual llevaba aparejado una serie de garantías que permitían su exigencia por parte del ciudadano; nos encontramos con que la situación no solo no ha cambiado sustancialmente, pues la demora en la tramitación de los expedientes posterga singularmente el disfrute de los derechos, sino que la resolución de aquellos en relación con los nuevos solicitantes o los que aún penden de resolución, se encuentra bloqueada, situando por tanto a los ciudadanos en un escenario peor al anterior a la promulgación de la Ley, al menos por un tiempo que en estos momentos resulta indeterminado.

18. RESEÑA DE UNA BUENA PRÁCTICA EN EL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

Sin duda, hasta aquí hemos tenido ocasión de conocer los problemas que presenta el abordaje integral de la enfermedad mental, máxime cuando esta adquiere connotaciones de gravedad asociada a comorbilidad u otros factores sociales, como circunstancias que añaden más dificultades adicionales si cabe.

Frente a ello, se nos ofrecen diversas modalidades y medios de intervención, los cuales, si bien favorecen el éxito de la intervención, no siempre es así ni suficiente.

Hemos destacado, como nuestro actual modelo de salud mental de atención, integral, continuada y en el entorno sociofamiliar que le es propio al enfermo/a, despliega estas características en múltiples aspectos aquí destacados, ya sea en la planificación, en los procesos asistenciales, en las modalidades de intervención (asertivo comunitario, en crisis, etc.), en las propias estructuras de coordinación y cooperación (Comisiones intersectoriales en los ámbitos sociosanitarios, etc.), modelo que en buena medida da respuesta, más o menos satisfactoria, a las demandas que se le plantean por los enfermos mentales y sus familiares.

No obstante, la realidad nos muestra que existe un colectivo de enfermos mentales, que bien puede situarse en cuadros incluidos en el trastorno mental grave y aledaños, en los que coexisten junto a la gravedad patológica y cronicidad, otra serie de características (escasa o nula conciencia de la enfermedad; rechazo o abandono a la medicación prescrita, conductas disruptivas o violentas, en general en el ámbito familiar; escaso o ausencia total de apoyo familiar; comisión de infracciones penales; etc.), que provocan, junto a la ausencia o deficiente respuesta de los recursos sanitarios y sociales, tal dificultad de abordaje que este se resuelve en no pocos casos con la absoluta desasistencia y abandono del enfermo a su suerte, generando un enorme sufrimiento en el ámbito familiar y personal. Los casos son significativos, por su espectacularidad, en los dispositivos de salud mental (especialmente en las urgencias psiquiátricas hospitalarias) y sociales (en la albergues, comedores sociales, etc.), que la propia ciudadanía puede constatarlos en nuestras calles, lo mismo que esta Institución lo constata en buena parte de las quejas interpuestas por los familiares que se sienten cansados, agotados y con la desesperanza de no encontrar alivio para sus familiares.

En todos los casos que se planteaba ante esta Institución su desatención y abandono, con independencia de la tramitación administrativa del expediente de queja, resultaba obligada la toma de contacto de los profesionales de la misma con unos y otros dispositivos (servicios sociales municipales o autonómicos, psiquiatra de referencia, Fiscalía de Incapaces, familia, etc.) en orden a vislumbrar el estado de situación personal, administrativa y social del mismo. De esta manera pretendemos intermediar en el intento de solucionar la problemática planteada, toda vez que la práctica totalidad de los casos son incardinables en los supuestos de “urgencia sanitaria y social”, cuando no de “urgencia vital”, dado el estado extremo en que se encuentran algunas de las situaciones a que nos referimos. Por otro lado, constatábamos que la recurrencia en la mayoría de los casos, ante la cronicidad y constantes fracasos, en su caso, de los abordajes sanitarios y/o sociales llevados a cabo, e incluso que se correspondían mayoritariamente con residentes o transeúntes de la ciudad de Sevilla, de madres solas que cargan con la responsabilidad de atender o, mejor, sufrir las consecuencias de unos hijos que se van haciendo mayores, que no pueden manejar y que conlleva el dolor de no poder encontrar una respuesta acorde a la problemática que estos plantean, lo que agrava aún más si cabe la brecha de las relaciones en el ámbito familiar.

Esto llevo, en el año 2007, a la creación en el seno de la Defensoría de la Comisión de trabajo Interprofesional, para abordar el problema de las personas con discapacidad, temporal o permanente, con significativa afectación de su capacidad intelectual, que aconsejaba la intervención de la Administración de Justicia, junto a las actuaciones de otras Administraciones implicadas. La iniciativa surgió desde la Fiscalía de Incapaces de Sevilla que traslado a la Defensoría los problemas relacionados con el procedimiento, y cómo la incapacitación no solucionaba muchas de las expectativas que se ponían por parte de las familias o de los propios profesionales a esta iniciativa, al no venir acompañada de otras medidas que vinieran a garantizar su adecuada atención del incapaz.

El traslado de esta situación a la Institución del Pueblo llevo a convocar a las Administraciones implicadas (Medicina Legal, Justicia, Fiscalía de Incapaces, Salud Mental, Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, Dirección General de Discapacidad, Delegación de y Bienestar Social e Igualdad), a la creación de una Comisión de estudio que, después de un arduo debate que sirvió para acercar posiciones entre los distintos sectores implicados, elaboró la “Guía de Intervención en procesos de Jurisdicción Civil relativos a personas con Discapacidad Derivadas de Problemas psíquicos”, que se convirtió en un documento de referencia de estos procedimientos. Si este fue importante, tanto por su distribución como por sus descargas de Internet, no menos significativo fue la posibilidad de conocer las dificultades existentes en muchos perfiles de personas que no encuentran una alternativa adecuada o la atención deseada que les garantice el disfrute de unos derechos que, por estas situaciones, ven mermados si no denegados.

A lo largo del trabajo realizado para la elaboración de la “Guía” se pusieron de manifiesto diversas dificultades que existen en estos procedimientos. Básicamente hay que considerar los siguientes:

1. La dificultad intrínseca del tema, que afecta a aspectos complejos y sujetos a valoraciones diversas en función de esquemas de referencia personales y visiones profesionales distintas.
2. La complejidad de cooperación entre redes de servicios y profesionales, que exigen disposiciones personales (actitudes, conocimientos y habilidades) y organizativas (estructuras que faciliten y no dificulten) no siempre fáciles de asumir.
3. Las condiciones de trabajo y el déficit de los distintos servicios y profesionales, a veces con dificultades para abordar en condiciones óptimas el conjunto de funciones que les competen, dada la insuficiencia de recursos para estos sectores.
4. La existencia de algunas prácticas profesionales inadecuadas y a veces contradictorias por las propias concepciones profesionales.
5. El funcionamiento desigual y endógeno de los dispositivos y la culpabilización de los problemas en los otros.
6. Y, por último, la existencia de un II Plan de Salud Mental en el que se plantea como estrategia, en otras, dar soluciones a colectivos diversos con grandes dificultades en los tratamientos (personas presas, personas sin hogar, menores...) que debido a la crisis económica no ha tenido el desarrollo deseado en muchas de sus metas y objetivos, al menos en aquellas que van unidos al incremento de recursos humanos y materiales.

La Guía recoge, junto a las orientaciones en los procedimientos de intervención, los requisitos y derechos de los internamientos involuntarios, la situación de los menores con trastornos mentales graves, la atención a las personas sometidas a procesos penales tras el cumplimiento de la pena o las medidas de seguridad en una institución cerrada.

A la conclusión de la Guía se creó, tal como recoge el texto, una Comisión de Seguimiento con la intención de abordar y medir el efecto alcanzado por ésta, así como gestionar las posibles situaciones que no se hubieran abordado a lo largo del proceso de gestación.

Por ello, desde la Comisión de Seguimiento recogida en la Guía y gracias a la experiencia de los distintos agentes que participaron en su elaboración, se creó en el seno de esta a Defensoría una Comisión Técnica Interdepartamental e Interdisciplinar, con la denominación de “*Comisión Técnica de Seguimiento de intervención con personas con problemas de enfermedad mental*”, con el objetivo de abordar y tratar los problemas que presentan las personas con discapacidad grave, así como las dificultades de las Administraciones intervinientes en aquellas situaciones que conllevan la incapacitación en todos los procesos previos y posteriores que, en un principio, se planteaba realizar `protocolos de actuación en aquellas situaciones en las que no encuentran solución.

Esta Comisión se crea con un carácter más abierto, participando, juntos a los representantes de la comisión anterior, aquellas Administraciones que pudieran, en función de los casos planteados, tener responsabilidades en los mismos. Así, forman parte de ésta las Tres Unidades Hospitalarias de Salud Mental de Sevilla, el Centro Provincial de Adicciones dependiente de la Diputación Provincial, la Gerencia provincial de EPSA, la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Drogodependencia o las coordinadoras de los Servicios Sociales Comunitarios dependientes del Ayuntamiento de Sevilla.

La metodología utilizada es la de “estudio de casos”, con la que se pretende conocer las problemáticas que afectan a éstos y establecer las posibles vías de intervención para una solución satisfactoria. Con un objetivo muy claro, conocer los procedimientos de intervención y detectar los fallos o complicaciones que impiden un resultado adecuado al problema, para posteriormente protocolizarlos.

Se trata, como comentábamos, de un grupo de trabajo y debate abierto que, en función de las necesidades, se abre a solicitar el asesoramiento y la participación de otros agentes implicados.

La experiencia de casi dos años de trabajo ha permitido un mayor conocimiento interno de la red de atención, con sus limitaciones y carencias ya expuestos en algunos apartados de este informe. También, este acercamiento permitió visualizar con mayor claridad las necesidades de estas personas, constando la falta de adaptación de los medios a las patologías presentes en muchos pacientes.

A lo largo de este tiempo, se han revisado en torno a unos 30 casos, de los que muchos de ellos han encontrado acomodo en centros o recursos, mientras muchos otros ponen de manifiesto la existencia de situaciones para las que las Administraciones no tienen respuestas, ni cuentan con dispositivos adecuados a estos perfiles. Son personas con graves trastornos de conductas, con falta de diagnóstico en muchos casos, con presencia de consumo de drogas y con una alta desestructuración social y familiar que les impide un diagnóstico de su enfermedad mental y una escasa a nula voluntariedad.

También se ha puesto de manifiesto que una incapacitación sin una medida detrás que suponga un recurso de poco sirve, y donde las Fundaciones Tutelares se resisten a asumir su tutela, debido a las dificultades de ejercerla.

Otro aspecto a destacar, es la falta de un marco de protección de los derechos de estas personas, la ausencia de unas prácticas profesionales capaces de responder a sus demandas y la necesidad de un internamiento de media o larga estancia que permita una estabilización de la enfermedad mental cuando existe un alto grado desamparo que permita llevar a una mejora de las personas.

Ello pone de manifiesto la necesidad de las administraciones de establecer unos recursos adecuados para ellos, que hoy no existen, y de un marco legal de protección en el que se respete la libertad individual y al mismo tiempo se les proteja del actual estado de abandono que en muchos casos se produce ante la ausencia de un recurso cuando desde el ámbito judicial se les pretende proteger.

Resulta difícil vislumbrar el final de esta comisión técnica a la terminación de este informe, aunque en estos momentos se trabaja en una adaptación de la Guía a los cambios operados en estos años. Junto a ello, se pretende contar con una guía u orientaciones dirigidas a las familias y, por último, recoger la experiencia del trabajo de los últimos años en aquellos casos con grandes dificultades de abordaje para protocolizarlo que sirva de referente a los profesionales de las distintas redes.

Propuestas, todas ellas, que deben servir de orientación a los distintos agentes sociales en aras de una mejora de la coordinación entre administraciones que facilite su interacción en la búsqueda de posibles alternativas a las demandas.

A nadie escapan las dificultades que todo ello implica, ya que son muchos los agentes comprometidos en las respuestas, donde es necesaria la concurrencia de todos y donde es necesaria una mayor racionalización de los dispositivos existentes para que tengan en ellos cabida todas y cada una de las personas con problemas mentales. De no producirse esto, mucho nos tememos que la situación pueda empeorar con un elevado coste social y personal.

19. CONCLUSIONES FINALES

En primer lugar, resulta pacífico afirmar que en el largo discurrir de la asistencia sanitaria y social a las personas con trastorno mental en nuestra Comunidad desde la asunción de las competencias en materia de sanidad y seguridad social (1981, 1984) hasta nuestros días, resulta constatable la radical transformación del modelo y del contenido del mismo, tanto desde la perspectiva de la atención a la salud como del apoyo social, a través de la articulación de sendos Sistemas de Salud Mental y de Protección Social. Estas magnitudes, cuantitativa y cualitativa suponen el notable esfuerzo del pueblo andaluz, a través de los distintos agentes (poderes públicos, colectivos profesionales, movimientos asociativos, etc.) y con ello la asunción de la deuda histórica que la sociedad mantenía con este colectivo tras un tenebroso pasado de maltrato institucional, asistiéndole en estos nuevos tiempos en una diversa y amplia red de servicios públicos integrados, en igualdad de condiciones con el resto de los servicios del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Andalucía, sin merma, desde el marco jurídico ni de la práctica clínica y social de sus derechos fundamentales y dignidad.

Lo anterior no obsta para, igualmente reconocer, que los citados sistemas públicos aún adolecen de insuficiencias y disfunciones en cuanto a su dotación y funcionamiento, como también son constatables actualmente vulneraciones de derechos fundamentales en relación a este colectivo, como lo pone de manifiesto las quejas que día a día se nos plantean por la ciudadanía, y cuyo inventario se expone en el documento “Derechos Humanos y Salud Mental”(Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012). En este texto que se nos presenta el catálogo de derechos dimanantes de la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad y las tradicionales y nuevas fórmulas de vulneración de los derechos de estas personas en tanto son asistidas en unidades, dispositivos o recursos de sensibilización, ingreso involuntario, aislamiento y contención mecánica, uso y efectos de la medicación, trato, libertad y acceso a información, entre otras.

En los últimos años hemos visto como el renovado interés por la salud mental, especialmente en el ámbito europeo (Declaración Europea de Salud Mental de 2005 y Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar de 2008), no se corresponde con la atonía que como consecuencia del aparente agotamiento de la reforma y de las restricciones en el gasto sanitario y social, traen causa de la crisis económica y de las finanzas públicas. Aparece un complejo conjunto de circunstancias que aconsejan la revitalización de los objetivos de la salud mental en Andalucía, en garantía de la debida atención a las personas afectadas por enfermedades mentales así como para el reforzamiento del Sistema de Salud Mental en Andalucía.

El compromiso que aquí se postula, más allá de los objetivos que a nivel *macro* se adopten desde el Gobierno autonómico y la Administración de Salud y Bienestar Social en los planes de salud, calidad y, especialmente, en los planes integrales, o del nivel *micro* que se acuerde en los niveles asistenciales de salud mental (unidades clínicas de gestión), requiere visión y proyección de futuro y que este compromiso alcance a la sociedad andaluza en general, cuya representación y sede natural lo constituye el Parlamento de Andalucía.

Queremos hacer aquí expreso reconocimiento a la labor que viene desempeñando el denominado “tercer sector” en todos y cada uno de los ámbitos sectoriales que se relacionan con la atención a las personas con

trastornos mentales (programas de atención temprana en salud, programas concertados o conveniados en la atención a la dependencia/discapacidad, apoyo al empleo, etc.), que como consecuencia de la actual y persistente crisis de las finanzas públicas resultan avocadas a sufrir demoras en los pagos de los programas desarrollados o en curso, cuando no la cancelación de los mismos, imposición de reducciones en los precios de las plazas concertadas/conveniadas, situando a este conjunto de entidades a situaciones de inviabilidad más que de dificultad.

La paulatina destrucción de este sector, complementario en buena parte de los programas que se desarrollan desde los servicios públicos, conllevaría no solo la pérdida de uno de sus agentes, sino la del propio modelo comunitario, que tiene en las familias uno de sus pilares fundamentales e insustituibles.

Igual consideración cabe hacer respecto a las entidades tutelares públicas que desempeñan sus funciones de tutela sobre este colectivo social, que igualmente se ven afectadas con idéntico rigor por las restricciones presupuestarias que las financian.

Bastaría una mera lectura del documento relativo a la “Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud”(2006) y su evaluación en 2008, analizando los “*puntos críticos*” en cada una de sus Líneas Estratégicas (6), así como los objetivos y recomendaciones sobre los mismos para, desde la correspondiente perspectiva autonómica (toda vez que cada Comunidad ha desarrollado de forma e intensidad diferente sus propios servicios), situarnos en la actual realidad de nuestro Sistema de Salud Mental, y a partir de ahí, hacer un diagnóstico de la situación y elaborar las propuestas de mejora que convengan. En el mismo sentido cabría considerar los planes integrales de salud mental en Andalucía y su evaluación, para trasladar al terreno autonómico las particularidades de similar análisis.

Por otro lado, nuestra propia experiencia, que plasmamos en nuestros informes anuales, especiales y demás actuaciones generales o particulares que jalonan nuestro “histórico” de salud mental, conforman un auténtico registro e inventario de las distintas disfunciones e insuficiencias que, a nuestro juicio, adolece nuestro Sistema de Salud Mental. Este informe es, por tanto, un recordatorio de los aspectos más sustanciales que, desde la perspectiva de sus usuarios, familiares y ciudadanía en general, se nos traslada en sus quejas y denuncias y debe ser además un elemento crítico y de denuncia para las respuestas ineludibles que este problema exige adoptar sin más demora.

En nuestras periódicas Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo hemos dejado constancia de nuestras reflexiones sobre el estado de situación de la salud mental en nuestro país o comunidad, en ocasiones con dedicación monográfica a diversos aspectos de esta enfermedad (patología dual, trastornos de la conducta en menores, asistencia sanitaria en prisiones, etc.), de los recursos (materiales, humanos y presupuestarios) y de los programas y servicios que lo integran, de las que citaremos de forma resumida, a modo de conclusiones, las realizadas en nuestra última reunión, de junio de 2012, en la que destacábamos, con carácter general, los siguientes déficits en este servicio público:

“1.º Se percibe un alto grado de **estigmatización** que dificulta gravemente la integración de estas personas, resultando insuficiente la actual labor institucional tendente a la reducción del estigma.

2.º Los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental y los medios y responsabilidades que las administraciones públicas han de asumir desde los distintos sistemas implicados, no se encuentran recogidos de manera sistemática en instrumentos jurídicos a modo de *Carta de derechos de la persona con*

enfermedad mental y cartera de servicios o Estatuto de la persona con enfermedad mental, que ofrezcan seguridad jurídica a las personas afectadas y sus familias, y permitan dimensionar los recursos que han de ser destinados a la atención de dichas personas.

Así pues, se estima **insuficiente la información ofrecida tanto sobre los derechos de ciudadanía como sobre los recursos, servicios y prestaciones existentes** para la atención de las personas con problemas de salud mental, lo que viene propiciado por la falta de desarrollo, por las comunidades autónomas y de forma concreta y específica, de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

De cara a la ciudadanía no existe suficiente claridad en las responsabilidades asumidas por cada una de las áreas intervinientes en la dispensa de la atención (fundamentalmente las del sistema social y el sanitario).

3.º Se registra una **insuficiencia de programas** de atención que contemplen una **dimensión integral y multidisciplinar** de la persona, precisándose actuaciones coordinadas desde el punto de vista sanitario, social, educativo, del empleo, la vivienda y otros.

Aun siendo conscientes de los avances experimentados en los últimos años en materia de dispositivos sanitarios y sociales de atención a la salud mental, su dotación e idoneidad se sigue considerando insuficiente.

Esta insuficiencia resulta especialmente preocupante en el marco comunitario, por lo que se refiere a **estructuras intermedias** tales como hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos protegidos o viviendas tuteladas, centros ocupacionales, clubes, etc. Se trata de instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitutionalización de personas que están, o estaban, en los hospitales psiquiátricos, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia, con el fin de que la persona con problemas de salud mental pueda llevar una vida lo más autónoma posible, acorde a sus necesidades.

4.º El aumento de la demanda asistencial y la insuficiente dotación de recursos personales y materiales genera, en ocasiones, **retrasos** en la emisión de los diagnósticos y la iniciación del tratamiento correspondiente.

5.º Se constata un **desigual acceso** a los recursos y servicios en perjuicio de las zonas rurales frente a las urbanas.

6.º Resultan preocupantes las **demoras** registradas, en ciertas comunidades, en el conocimiento de los expedientes de carácter social asociados a la **dependencia** de estas personas.

9.º Por otro lado, se detecta una **infravaloración de la situación de dependencia de las personas que padecen una enfermedad mental**. La aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia, no concebido en origen para la enfermedad mental, no parece evaluar debidamente los apoyos que dichas personas precisan para su autonomía personal –más relacionados con los problemas de iniciativa y motivación que con los funcionales– o para valorar la necesidad de apoyo externo o dependencia de terceras personas.

7.º En determinadas ocasiones se han detectado problemas de **acceso a la información** en cuanto al diagnóstico e historia clínica que pudieran afectar al derecho a la información sanitaria reconocido en la normativa vigente como elemento básico del sistema sanitario.

8.º Según la doctrina científica, un significativo número de los procesos de enfermedad mental presentan algún tipo de comorbilidad (dependencia al alcohol, cannabis, cocaína, etc.; ansiedad, depresión, distimia, etc.). La principal dificultad para tratar a pacientes con abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

estriba en la existencia de dos **redes** –la de **atención a la salud mental** y la de **atención a las drogodependencias– no adecuadamente coordinadas**, en ocasiones, para una atención de calidad a pacientes con patología dual.”

9º Por último, en relación a los **internos en centros penitenciarios**, la alta prevalencia en este colectivo de trastornos mentales, dejando a un lado la particularidad que ofrece Andalucía al ubicarse en ella un Hospital Psiquiátrico Penitenciario cuya gestión corresponde al Estado, la asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios andaluces evidencia graves carencias, especialmente en esta modalidad asistencial, dado la alta tasa de prevalencia de estas enfermedades en las cárceles, circunstancia que hace conveniente evaluar el grado de cumplimiento de los Convenios firmados entre la Junta de Andalucía (Consejería de Salud y Bienestar Social) e Instituciones Penitencias en esta materia (Convenio Marco de 1992 y Convenio de 1995).

Dada la importancia que tiene el consumo de drogas en estos centros, los servicios de salud penitenciaria, en coordinación con los servicios de salud mental y los de atención a las drogodependencias, deberían implementar programas integrales y específicos para tratar los trastornos por uso de sustancias en esta población.

La insuficiencia de recursos y la ausencia de una atención adecuada a los trastornos mentales, se evidencia en la sobresaturación de la Enfermería de estos centros con enfermos de esta naturaleza, ante las dificultades que estos plantean para desarrollar una vida normalizada en la prisión.

20. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Siguiendo la argumentación anteriormente expuesta, no se trata en este último apartado hacer un mero sumatorio de las distintas Sugerencias y Recomendaciones vertidas en nuestras postulaciones y posicionamientos, sino sencillamente ceñirnos a las que desde la perspectiva ciudadana, la de las personas que padecen esta enfermedad y las de sus familiares y allegados que normalmente comparten sus vidas y su discurrir asistencial, las que de alguna manera traemos aquí a colación, pues a ellos corresponde.

A) De carácter general

1.º Creación de una **Comisión asesora** independiente que evalúe la situación de la salud mental en Andalucía y elabore las propuestas de mejora que considere convenientes. En todo caso, dicho estudio habrá de comprender el correspondiente al mapa de recursos del sistema de salud mental y de los costes del mismo y su suficiencia.

Igualmente se deberán promover la realización de **estudios epidemiológicos** sobre los trastornos mentales en Andalucía, en orden a una mejor planificación del sistema y como instrumento para identificar la situación de los distintos colectivos afectados y sus necesidades reales, así como un **nuevo estudio de percepción social** del enfermo mental en Andalucía.

2.º Elaboración de un **estatuto o carta de derechos** de las personas afectadas por trastornos mentales.

En todo caso, resultaría pertinente, con carácter previo a este estatuto, la **adaptación de la normativa autonómica**, especialmente la relativa a la salud y discapacidad (leyes de servicios sociales, discapacidad, mayores, menores, etc.) a los postulados de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (ratificados por España en abril de 2008).

3.º Reforzamiento de las políticas de **prevención y promoción** de la salud mental, especialmente en relación a los sectores de población en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad, con especial atención a la infancia y adolescencia en los ámbitos sanitarios y educativos y la detección temprana.

4.º Incremento de las estructuras o **recursos intermedios**, tanto de los de naturaleza sanitaria (camas de unidades de hospitalización y de pediatría en las unidades de salud mental infanto-juvenil y comunidades terapéuticas, fundamentalmente) como social (plazas residenciales de FAISEM y de los servicios sociales especializados), de carácter general o específicos respecto a determinados colectivos o trastornos mentales que lo requieran.

5.º Mejora de la **coordinación interinstitucional e intrainstitucional**, en orden a garantizar la integridad y continuidad de la atención, en relación a los casos en los que confluyan diferentes sistemas de atención o las diversas áreas dentro de un mismo sistema.

Los **“espacios de coordinación”** a considerar y mejorar son los relativos a:

- Los concernientes a las Administraciones públicas intervinientes: sanitaria, social, empleo, educativa, justicia y vivienda, fundamentalmente.
- Los niveles primarios y especializados (salud mental) del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Los niveles básicos sociales (Servicios Sociales Comunitarios) y los especializados autonómicos y/o locales.

- Los correspondientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía y los correspondientes al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, red de atención a las drogodependencias y adicciones y, en su caso, los centros estatales dependientes de Instituciones Penitenciarias.
- Los diferentes agentes del sistema educativo y de los sistemas sanitario, social y de justicia juvenil, en lo que se refiere a la atención de la salud mental infanto-juvenil.

Los distintos sistemas, instituciones y agentes intervinientes en la coordinación pondrán especial atención a los casos que vayan referidos a colectivos en grave riesgo y a los inmersos en la exclusión social.

A tal fin, se promoverá la articulación de protocolos de coordinación entre los distintos sistemas públicos y niveles de atención, así como con el movimiento asociativo y con la familia del enfermo en particular.

6.º Que se potencien e incrementen las medidas de **atención domiciliaria** y de **apoyo domiciliario** desde los sistemas de salud mental y social, respectivamente.

7.º Potenciación de **los programas de rehabilitación** existentes en los Sistemas de Salud Mental y de Protección Social.

B) De carácter sanitario

8.º Ampliar el catálogo de **Procesos Asistenciales Integrados (PAI)** relativos a los trastornos mentales y el de los **subprocesos** relacionados con los procesos implantados, así como el de las respectivas **Guías de práctica clínica**.

9.º Promover la implantación y extensión de las **modalidades de tratamiento e intervención** que mejor favorezcan la atención comunitaria: tratamiento asertivo comunitario, intervención en medio abierto, etc.

10.º Fomentar la **formación específica** psiquiátrica en los niveles de atención primaria así como la más específica de psiquiatría infantil en los niveles especializados (salud mental).

Igualmente se deberá ampliar los recursos correspondientes a la **formación especializada** (MIR, PIR) en los dispositivos del SSPA.

C) De carácter social

11.º Incremento de los **recursos específicos** o creación de **unidades específicas** en los recursos residenciales para atender a las personas que presenten trastornos mentales.

12.º En el ámbito de la **dependencia**, promover la **formación específica** en salud mental del personal de los equipos de valoración, en orden a una mejor ponderación y contextualización de la baremación de las personas afectadas por trastornos mentales.

D) Propuestas específicas en relación a determinados colectivos

13.º En relación a la **población infanto-juvenil** que padece trastornos mentales:

- **Adecuar las estructuras infraestructuras sanitarias** a este grupo de población, así como su **funcionamiento** a las jornadas y horarios escolares.
- **Incrementar los recursos sanitarios** de salud mental infanto-juvenil, tanto en las unidades específicas de hospitalización psiquiátrica como en el resto de los dispositivos: Hospitales de Día, Comunidades Terapéuticas y Unidades de Rehabilitación.

- **Prioridad de los tratamientos psicoterapéuticos** sobre los farmacológicos.
- Establecimiento de **programas y tratamientos específicos** respecto a los:
 - Trastornos de la conducta alimentaria, de déficit de atención e hiperactividad, de la personalidad y trastornos del espectro autista.
 - Trastornos de conducta, con especial atención a los menores institucionalizados en centros de protección con estos perfiles.

14.º En relación a las **persona en situación de exclusión social**:

Promover el desarrollo de programas específicos de intervención en medio abierto.

15.º La existencia de un protocolo de Actuación conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, con el fin de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados de los pacientes, supone un modelo de intervención secuencial, paralelo e integrado de funcionamiento, requiere de un seguimiento de los resultados y efectos alcanzados, así como su adecuación si fuese necesario.

16.º En relación a las **patologías duales**:

Dadas las dificultades plantea, en su caso, la hospitalización psiquiátrica como el acceso a los recursos de FAISEM (especialmente cuando se trata de pacientes en crisis o fase aguda), se impone la necesidad de crear plazas de internamiento y contención, en orden a prolongar la estancia en el tiempo necesario hasta la estabilización de ambas patologías, evitando así los previsibles y reiterados fracasos en los abordajes que carecen de esa permanencia y continuidad. De esta forma se favorece, a la par, la posibilidad de realizar un diagnóstico patológico y toxicológico y, con ello, la determinación de su perfil y posterior tratamiento.

17.º En orden a garantizar continuidad de los tratamientos, activar un protocolo de coordinación entre los dispositivos sociales y sanitarios e Instituciones Penitenciarias, tanto al ingreso como al cumplimiento de la pena de internos con problemas mentales, que permita mejorar y proseguir los tratamientos en ambas instituciones.

18.º En relación a **los internos en centros penitenciarios**:

Que se lleve a cabo un estudio sobre el grado de cumplimiento de los convenios y acuerdos suscritos con Instituciones penitenciarias sobre atención a la salud mental en dichos centros, y en base al mismo se adopten y ejecuten las propuestas de mejora que se consideren.

E) En relación a la incapacidad y tutela

19.º Promover la creación de programas y servicios comunitarios que faciliten la prioridad de **medidas alternativas a la incapacidad** judicial o, en su caso, la adopción de la curatela.

20.º Reforzamiento del **control institucional del ejercicio de la tutela** por las entidades tutelares públicas y privadas que asumen tal función, a la vez que asegurar la estabilidad y suficiencia de la financiación pública en su colaboración.

F) En relación a los movimientos asociativos

21.º Creación de **marcos estables de participación y financiación** con las asociaciones de familiares y personas usuarias de los Servicios de Salud mental y de los Servicios de Protección Social, tanto en la planificación como en la ejecución de los programas en estos ámbitos, asegurando la financiación pública que se derive de la colaboración de las mismas con dichos sistemas.

21. ANEXOS**Marco Jurídico de la Salud Mental.***1. Documentos de la OMS*

- WHO Resource book on Mental Health, Human Rights and Legislation. http://www.who.int/mental_health/policy
- Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>
- Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Who European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>
- La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/WHOchapterhrspanish.pdf

2. Legislación y documentos europeos

- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el Libro Verde – Mejorar la salud mental de la población – Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental COM (2005)
- Decisión de la Comisión, de 10 de febrero de 2006, por la que se adopta el plan de trabajo de 2006 para la aplicación del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), que comprende el programa de trabajo anual en materia de subvenciones (DOU E n. 42 de 14/2/2006).
- Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. <https://wcdcoe.int/ViewDoc.jsp?id=775685EtLang=en>
- Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. COM (2005). http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Conclusiones del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de 2 y 3 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. <http://europa.eu/scad-plus/leg/es/cha/c11570.htm>
- Conclusiones del Consejo, de 3 de junio de 2005, sobre una acción comunitaria en materia de salud mental. <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11570b.htm>
- Recomendación del Consejo Europeo sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales (2009).

3. Referencias Internacionales sobre Salud mental y Derechos Humanos

- Declaraciones internacionales de Derechos, en la que se incluyen la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles y el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991) sobre: Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de la Atención a la Salud Mental (MI Principios).
- Resolución 48/96 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) sobre Normas Estándar para la Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidades (Standard Rules).
- Declaración de Caracas (OPS).
- Tratado Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, respaldado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, proporciona una protección obligatoria de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.
- Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos (1994) adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997.
- Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, de febrero de 2000.
- Recomendaciones del Comité de Ministros de los Estados Miembros del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (2004).
- Declaración de Atenas sobre Salud Mental, desastres cometidos por el hombre, estigma, atención comunitaria (2003).
- Declaración de Helsinki (Enero de 2005), Conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental.
- Libro Verde –Mejorar la salud Mental de la población– hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental (2005), Comité Económico y Social Europeo.
- Resolución del Parlamento Europeo sobre “Mejorar la salud mental de la población”(2006).

4. Legislación sanitaria estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm.102, de 29/4/1986).
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. (BOE núm. 22, de 26/1/2000).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm. 274, de 15/11/2002).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, de 29/5/2003).

- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad, (BOE núm. 277, de 19/11/2003).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE núm. 280, de 22/11/2003).
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE núm. 289, de 3/12/2003).
- Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados. (BOE núm. 296, de 11/12/2003).
- Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo. (BOE núm. 301, de 17/12/2003).
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE núm. 178, de 27/7/2006).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (BOE núm. 222, de 16/9/2006).

5. Normativa sanitaria andaluza

- Ley del 6 de mayo de 1986, de creación del Servicio Andaluz de Salud.
- Ley 2/1988, del 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Decreto 338/1988, de 20 de diciembre de 1988, de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental, Consejería de Salud y Servicios Sociales, BOJA de 10-01-1989.
- Proposición no de ley 11/93, por la que se crea la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de SM en el ámbito del SAS.
- Resolución 19/1990, de 18 de abril, del SAS e IASAM, sobre la atención a urgencias, traslados e ingresos de pacientes.
- Resolución 612/2003, de 4 de julio, del SAS, sobre visado de medicamento antipsicóticos.

6. Normativa de Dependencia

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de la valoración de la situación de dependencia.

