

INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA, ABRIL 1985

Ernest Lluch

Por Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, teniendo su sesión constituyente, presidida por el Ilmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Consumo, el 14 de diciembre de 1984.

Dicha Comisión ha celebrado reuniones quincenales, terminando sus trabajos el 27 de marzo de 1985.

Han formado parte de la comisión como Vocales designados por su Presidente: D. Valentín Corcés Pando, Director del H. Psiquiátrico de Madrid.

D. José García González, Director Regional de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

D. José Gulmón Ugartechea, Jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lejona (Vizcaya).

D. Federico Menéndez Osorio, Director del Centro de Prevención de la Subnormalidad y Salud Mental de Avilés.

D. Merce Pérez Salanova, Psicóloga, Vicedecana del Colegio Oficial de Psicólogos. Barcelona.

D. José Rallo Romero, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Diez. Madrid.

D. Francisco Torres González, Médico Psiquiatra, Viceconsejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Sevilla.

Por parte de este Departamento, han formado parte de la Comisión, como Vocales natos, el Ilmo. Sr. Director General de Planificación Sanitaria, el Ilmo. Sr. Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, el Ilmo. Sr. Director General del Insalud, el Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública y el Ilmo. Sr. Subdirector General de la A.I.S.N.

Como Secretario de la Comisión actuó el Dr. D. José Antonio Espino Granada, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La aspiración de cambios en la psiquiatría ha sido bien reconocida en casi todos los ámbitos de la sociedad. Bajo -casi nos atreveríamos a decir- el "slogan" de la asistencia psiquiátrica en las prestaciones de la Seguridad Social se ha escondido, y hoy todavía lo hace, un problema de mucha mayor envergadura y de complejidad más sustancial que implicaba a su vez alteraciones y modificaciones profundas de estamentos a veces alejados a la mirada del profano, de la práctica psiquiátrica propiamente dicha.

Con el nuevo Gobierno de diciembre de 1982 y, concretamente, cuando el Ministerio de Sanidad se planteó la forma de llevar a cabo la remodelación de la práctica sanitaria, no se nos escapó en ningún momento que la transformación psiquiátrica jugaba un papel importante a la hora de decidir propuestas alternativas e impulsar prácticas diferentes. Consecuentemente con estas ideas fue creada la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el verano de 1983 para que ofreciera de forma coherente y ordenada los lineamientos generales de un cambio de rumbo en la salud mental.

El Informe que presentamos explicita los parámetros que han de servir en el futuro de horizontes hacia una reforma profunda de la atención psiquiátrica. Y aun cuando el documento elaborado por los miembros de la Comisión deja claro el modelo de las recomendaciones para su implantación, creo conveniente elaborar una serie de reflexiones que permitan asumir desde la óptica del Departamento los aspectos más básicos de este documento alternativo.

1. Desde mediados del siglo XIX al consolidarse el método científico natural como fundamento de las ciencias médicas, la psiquiatría ha tratado con afán y resultados diversos, de aproximar tanto su modelo teórico como sus estructuras asistenciales a ese eje modélico sobre el que se conformaban y desplegaban la medicina general y las especialidades médicas surgidas a lo largo de estos últimos cien años. Esta tarea grandiosa por otra parte, ha sido patrimonio de la medicina occidental y ha traído como epifenómeno de la misma las formulaciones diagnósticas y las organizaciones asistenciales que alcanzan su esplendor con la transformación de los obsoletos manicomios decimonónicos en los hospitales psiquiátricos de la década de los años treinta. Sin embargo esta transformación, a todos luces indudable, no significó la posibilidad de incardinación entre la psiquiatría y otras disciplinas médicas; muy contrario, vino a consolidar tanto en la teoría como en la práctica el confinamiento de las ciencias de la conducta. Por todo ello, no debe de causarnos extrañeza el contemplar, en una mirada retrospectiva, que a partir del fin de la segunda guerra mundial comienza un lento pero inexorable proceso de aminoración teórica y práctica de las estructuras hospitalarias psiquiátricas. La reciente Conferencia de Ministros de Sanidad organizada por el Consejo de Europa a la que recientemente asistí, ha confirmado en su resolución final este proceso al que me he referido.

2. Pero sí en la psiquiatría se han evidenciado cambios y mutaciones radicales, otro tanto ha ocurrido en el eje de las ciencias médicas. La historiografía española representada en personas como D. Pedro Lain Entralgo y D. José María López Piñero han escrito reiterada y brillantemente sobre los cambios de las mentalidades científicas que dieron fundamento a todo el desarrollo de la medicina de fines del siglo XIX y de las primeras décadas de este siglo; es por ello que sin lugar a dudas nos encontramos aquí enfrentados a un proceso que tiene similitudes y urgencias idénticas a la transformación psiquiátrica.

Estos dos grandes condicionamientos y tareas son los que van a dar sentido a las transformaciones que desde el Ministerio de Sanidad propugnamos. Por un lado la aprobación por el Consejo de Ministros del Proyecto de Ley General de Sanidad viene a introducir en el ordenamiento sanitario español una reforma profunda sobre la base de la aplicación de un nuevo concepto de salud Integral que se constituya en el auténtico eje de acción de todo sistema sanitario. Esta modernización de raíz de los planteamientos sanitarios permite, de acuerdo con nuestras características, pero siguiendo los planteamientos de otros países europeos, una práctica sanitaria que nos coloque en el umbral para hacer frente a las tareas que nuestra sociedad demanda en materia de sanidad. Por otra parte y en este contexto, el presente documento desarrolla las Ideas de transformación psiquiátrica y de asistencia en salud mental de la tal forma que se salde definitivamente el hiato que mantenía separada a la psiquiatría del resto de la sanidad.

Desde estas reflexiones generales quisiera matizar algunos elementos más concretos que explícita o implícitamente están, a mi juicio, presentes y que constituyen las ideas motrices de la transformación en materia de salud mental.

a) Debe reconvertirse el área estrictamente psiquiátrica en la medida que consume, sobre todo en la parte de los llamados crónicos o asilares, una ingente cantidad de recursos sin que esto se acompañe del correspondiente rendimiento terapéutico. Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad.

b) Las estructuras actuales han dejado al descubierto importantes vacíos asistenciales como el caso de la salud mental infantil. Es necesario cubrir con urgencia estas áreas olvidadas de la asistencia de la salud mental.

c) La asistencia psiquiátrica y la atención a la salud mental debe trascender el mero objetivo de la reparación para convertirse en un amplio proceso que contemple junto con lo anterior, la prevención y las tareas de reinserción social

d) La práctica de salud mental debe estar incluida en la práctica de la atención sanitaria general. Más aún, la conceptualización de la salud integral debe implicar las

necesarias nociones teóricas en materia psicológica y consiguientemente el ordenamiento de los servicios sanitarios debe responder a esta filosofía.

e) Las transformaciones propuestas no podrán llevarse a cabo si simultáneamente no se produce una reconversión profunda de la transmisión del saber psiquiátrico a todos los niveles de la práctica sanitaria.

f) Finalmente advertir que una transformación de esta índole, más allá de la fórmula simple de 'Integración de la psiquiatría en la Seguridad Social' debe concebirse como un proceso de horizontes a mediano plazo y cuyo éxito estará garantizado si desde todas las Instancias hoy responsables de la gestión sanitaria, dentro de su libre Iniciativa, se siguen las recomendaciones contenidas en el presente documento. En este sentido y con la voluntad de dar los primeros pasos del proceso de reforma, en los Presupuestos Generales del presente año se han consignado 100 misiones de pesetas para la adecuación de los servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales a los principios y criterios de la reforma sanitaria. Así como otros 680 misiones de pesetas para la adscripción, puesta en marcha y funcionamiento de servicios de Atención Psiquiátrica y salud Mental del INSALUD.

Evidentemente, estos esfuerzos no son otra cosa que meros Indicadores de la voluntad política que sostiene el Ministerio y que ha coincidido plenamente en las conclusiones alcanzadas con absoluta libertad o Independencia de criterio por la Comisión que ha elaborado el libro que ahora se presenta. Estamos en una buena dirección y habrá que ir avanzando con la máxima rapidez compatible con que sean reformas Irreversibles y por lo tanto acompasadas.

Sólo me resta para finalizar, dar las gracias a todas las personas que han formado parte de este comisión, no sólo por el rigor de su trabajo sino porque al dejar aparte diferencias doctrinales han permitido elaborar unas conclusiones que no dudo podrán alcanzar con el concurso de todos, los objetivos propuestos. Si consiguiéramos arraigar entre nosotros la tradición anglosajona de Comisiones Independientes de expertos sobre importantes problemas de nuestra sociedad, habríamos conseguido, además, otro objetivo esencial.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Discriminación de la atención psiquiátrica y de la salud mental por parte de los poderes públicos

En nuestro país y por razones históricas y sociales bien conocidas, es notorio que ha existido una Insuficiente vertebración de los órganos gestores del estado y de la sociedad civil. La sanidad, claramente incardinada en la dinámica social, no podía ser una excepción. Hasta fechas relativamente recientes, por ejemplo, el estado y la

sociedad española ha carecido de una estructura que permitiera planificar y gerenciar de forma unitaria la política de salud. Esta tarea, hasta la creación del Ministerio de Sanidad, se ha realizado, en la práctica, desde diversos Ministerios, dificultando una administración racional de la salud.

En un plano estrictamente sanitario, desde el siglo XIX se viene arrastrando una situación que coloca a la psiquiatría en franca discriminación frente al resto de especialidades médicas. El sistema de Seguridad Social no ha abordado dentro de sus prestaciones sanitarias, la protección de la salud mental, acentuándose, en la práctica, la discriminación del enfermo psíquico en las últimas décadas.

Se ha señalado ya en múltiples ocasiones la Ineficacia del sistema actual de protección a la salud mental, indicando los Insuficientes recursos materiales y humanos, la discriminación del enfermo psíquico en cuanto a su protección asistencial y sus derechos civiles, la multiplicidad de redes paralelas desvinculadas de la asistencia general, el modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación y la precariedad de recursos asistenciales comunitarios.

La O.M.S., a través de sus publicaciones y actividades, viene recomendando la necesidad de estructurar un dispositivo sanitario que Integre los aspectos psiquiátricos y de promoción de la salud mental dentro del sistema de salud. Distintos países de nuestro ámbito (Reino Unido, Finlandia, Italia, Noruega, Francia, etc.) llevan bastantes años desarrollando nuevas experiencias y estableciendo medidas alternativas al sistema psiquiátrico tradicional.

La protección de la salud mental debe formar parte de la acción sanitaria

El artículo 43 de nuestra Constitución reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud, correspondiendo a los poderes públicos adoptar las medidas idóneas para satisfacerlo.

La salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general. En este momento de transición de la Sanidad, que afecta a la propia definición de la actuación sanitaria, al modelo de servicios propuesto a la población y a la configuración de los elementos básicos del sistema de salud, la reforma sanitaria, en la perspectiva de un S.N.S., ha de incluir la salud mental como una parte de la misma.

La atención a la salud mental precisa, pues, del necesario desarrollo normativa que garantice un nivel de protección acorde con la realidad socio-sanitaria actual. Dichas normas deberán formar parte de un nuevo marco sanitario general de referencia: La ley de Sanidad.

Las medidas para la protección de la salud mental que propone esta Comisión han de formar parte del conjunto de acciones de orden más general precisas para la protección de la salud.

La asistencia psiquiátrica ha de estar integrada en el sistema general de protección de la salud, potenciándose su gestión descentralizada

- La deficiente protección que los servicios sanitarios públicos siguen prestando al cuidado de la salud mental, junto a las insuficientes prestaciones sanitarias que ofrece el régimen de la Seguridad Social en materia de asistencia psiquiátrica, exige considerar tales problemas y establecer las bases para su solución. Ha de ser responsabilidad de la Administración Pública promover la Integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

La primera tarea que se nos presenta cara a la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de salud, es definir ese sistema, proponiendo esta Comisión *un modelo sanitario que asuma los aspectos bio-psico-sociales del enfermar*.

El proceso de Integración, teniendo en cuenta su complejidad técnica, va a verse obligado, como ha ocurrido en otros países, a prolongarse en el tiempo.

Es preciso, pues, elaborar unas medidas programáticas, escalonadas y secuenciales que se articulen con las reformas globales de la Sanidad.

- Hay que señalar, igualmente, para poder comprender esta tarea, que entendemos la función de un Ministerio de Sanidad desde una perspectiva esencialmente normativa y de inspección de las prácticas sanitarias que garanticen la salud a todos los ciudadanos en cumplimiento de nuestra Constitución. Nuestro país, según el ordenamiento constitucional vigente se constituye como un Estado de las autonomías, debiendo asumir éstas la responsabilidad directa en las acciones de protección de la salud.

La descentralización que se propone en este documento en cuanto al modelo de servicios de atención a la salud, se considera necesaria, además, por razones estrictamente técnicas, con objeto de incrementar la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

La promoción de la salud trasciende las acciones médico-sanitarias

La integración de los cuidados de la salud mental dentro del Sistema de Salud, no abarca la totalidad del fenómeno "salud-enfermedad", dada la relevancia en este

proceso de múltiples factores que concurren en fenómenos psíquicos y psicopatológicos.

El nivel de salud de la población no depende exclusivamente de las medidas que se puedan arbitrar desde el sistema sanitario; de forma semejante, la atención psiquiátrica tampoco abarca todo el conjunto de necesidades y factores que configuran la salud mental, pues, muchos de ellos, no dependen tan siquiera de la acción sanitaria, sino de otros factores de índole general, económicos, educativos, sociolaborales, etc. Habida cuenta de su relevancia, en su necesario abordaje han de intervenir otro tipo de instancias aparte las sanitarias. En consecuencia, *deben establecerse formas de colaboración y actuación coordinada con otras áreas y Ministerios con responsabilidades que afectan a la salud.*

Igualmente importante es la ordenación funcional de la atención de la salud mental, de modo que garantice la disponibilidad de Servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

Principios y objetivos que han de informar la reforma psiquiátrica

Las acciones en salud y para la salud mental forman una relación dialéctica, se interinfluyen: no podemos considerar la reforma de la sanidad y la reforma psiquiátrica como tareas autónomas.

Una mejor atención y promoción de la salud de los ciudadanos, al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incremento la protección de su salud mental.

En cuanto a la reforma de la Sanidad

El proceso de reforma psiquiátrica y de salud mental debe sustentarse en un modelo de acción sanitaria, que contemple:

- La inclusión de las acciones psiquiátricas y de salud mental en la práctica sanitaria, incorporando a la misma el conjunto de factores psicológicos presentes en el proceso de salud-enfermedad.
- La modernización y reordenación del sistema de salud de forma que permita superar los elementos de segregación sanitaria, cultural y social, aún existentes, hacia el enfermo mental.
- La integración de la psiquiatría dentro de la sanidad, en su vertiente asistencial, presupuestaria, administrativa y territorial, debiendo contemplarse así, en la ley de Sanidad.

- La mayor descentralización posible en cuanto a la gestión de los servicios de salud.

En cuanto a la reforma psiquiátrica

El desarrollo de un *sistema Integrado* de protección de la salud mental ha de contemplar los siguientes objetivos:

- Potenciar las acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo.
- Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica, mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
- Desarrollar programas de rehabilitación activa para el enfermo mental e ir estableciendo unas condiciones sociosanitarias mínimas para el mismo en todos los casos (incluyendo el enfermo crónico y los pacientes institucionalizados).
- Garantizar los derechos civiles del *paciente frente* a las actuaciones sanitarias que puedan llevar consigo una limitación de su *libertad*.

La reforma psiquiátrica precisa de un desarrollo planificado que, en base al nuevo marco que establezca la Ley de Sanidad y en consonancia con la nueva configuración sanitaria de que se doten las Comunidades Autónomas, desde las condiciones actuales de discriminación y dispersión llegue a formar parte de un nuevo sistema sanitario (S.N.S.) que asuma de manera integral la protección de la salud.

Esto ha de dar lugar a cambios profundos en el ámbito de prestaciones, modelo de servicios, derecho del enfermo mental, formación de recursos humanos y ordenación de las medidas de planificación y gestión para la atención del enfermo mental.

Responsabilidad de las administraciones públicas en la reforma

Las distintas administraciones públicas en que se configura el Estado español (Administración central, autonómica y local), mantienen en la actualidad responsabilidades variables en el área de salud mental. La transformación de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental exigen la voluntad conjunta y decidida de todas ellas, con actitud de diálogo y colaboración. Esto implica, durante toda la fase de transición, el mayor grado de *cooperación entro*

Instituciones, sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.

II. CRITERIOS PARA UN MODELO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIGUIATRICA

Ordenación de los cuidados de la salud mental

La protección de la salud mental requiere de una programación de las acciones que permitan ir dando respuesta al conjunto de problemas de salud mental de la población.

Ámbito territorial y participación comunitaria

Un elemento de primer orden en la concreción del modelo corresponde a su desarrollo en torno a un *ámbito territorial definido* y con *participación* de los diversos *agentes comunitarios*.

Ordenación funcional de los recursos asistenciales

Sobre la base de la delimitación territorial y la participación comunitaria, se ha de establecer la *ordenación* funcional del conjunto *de recursos* disponibles para llegar eficazmente a la población en riesgo, mediante la programación de acciones de protección de la salud mental. Esto supone:

- Elaborar y desarrollar planes generales a través de la atención primaria y especializada.
- Desarrollar programas específicos, incorporados a la actuación general, para todas aquellas situaciones que requieran acciones particularizadas.

La protección de la salud mental en la atención primaria

Problemática general

Los cuidados generales de la salud (y de la salud mental) se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes: cuidados en la atención primaria y cuidados especializados, entendiendo básicamente estos últimos como estructuras de apoyo al nivel primario. En consecuencia, los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud. Su carácter

especializado hace referencia a su posición funcional dentro del sistema de salud, sin prefigurar una ordenación administrativa determinada.

Una parte de los problemas psíquicos y de las acciones en el campo de la salud mental han de ser resueltos por el equipo básico de salud del servicio sanitario, sin que requieran de la presencia de personal especializado en salud mental.

Sin embargo, nuestra ordenación sanitaria, al haber primado casi exclusivamente el desarrollo de la estructura hospitalaria, ha determinado unos servicios primarios de salud con un insuficiente nivel de respuesta frente a los componentes emocionales presentes en los distintos problemas de salud y, en consecuencia, una gran tendencia a la derivación de casos hacia el área especializada. Esta situación va a incidir en el ritmo de capacitación de los profesionales de la atención primaria a las nuevas exigencias planteadas.

Funciones en salud mental y atención psiquiátrica de los Equipos Básicos de Salud

El equipo de atención primaria debe estar capacitado en materia de salud mental para cubrir, al menos, las siguientes funciones:

- Identificar el trastorno psicoemocional y los componentes emocionales de los trastornos en general.

- Discriminar y llevar a cabo el tipo de intervención necesaria, que puede ser:
 - Atención y seguimiento propio.

 - Atención con asesoramiento del equipo especializado.

 - Derivación a los equipos especializados.

- Colaborar con los equipos especializados, en cuanto al asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes.

- Participar en la elaboración y desarrollo de programas de protección de la salud mental para la población en riesgo.

La protección de la salud mental en el nivel especializado

Definición y funciones generales

Comprende las acciones específicas realizadas en el ámbito comunitario y hospitalario por un conjunto de profesionales cualificados, de forma que hagan posible una correcta atención a los problemas psico-emocionales de la población asistido, la continuidad de cuidados dentro de un territorio determinado y el apoyo eficaz a los equipos primarios de salud.

Su actuación comprenderá funciones de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación, concretándose en los aspectos siguientes:

- Apoyar, asesorar y supervisar al equipo básico de salud y a los equipos especializados.
- Atender a los pacientes remitidos por el equipo básico de salud.
- Hacer el seguimiento directo o mediante supervisión de los pacientes dados de alta del medio hospitalario.
- Atender a los pacientes hospitalizados.
- Llevar a cabo la psiquiatría de enlace en el hospital general.
- Dar cobertura a los servicios de urgencia y a la atención de situación de crisis.
- Participar en las actividades de formación de los equipos básicos de salud y especializados.
- Desarrollar actividades y programas de investigación orientados hacia tareas de promoción de la salud mental, preventivas y epidemiológicas.
- Apoyar, asesorar y cooperar con otras Instancias asistenciales, sociales y educativas del área territorial en programas específicos, potenciando el trabajo interdisciplinario.

Integración funcional de los recursos del área sanitaria

Es necesario que, una vez establecidas y definidas funcional y territorialmente las *áreas de salud*, todos los recursos sanitarios, públicos y concertados, responsables de la atención psiquiátrica y de la salud mental, constituyan una Unidad integrada, al menos funcionalmente. Dicha Unidad contará con los

dispositivos asistenciales que le permitan desarrollar eficazmente sus actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, pudiendo tener un coordinador de la misma, dependiente de la dirección del área.

Los equipos asistenciales del área sanitaria deberán tener un ámbito de actuación polivalente, sin perjuicio de contemplar cierta subespecialización de sus componentes.

Principios de la hospitalización psiquiátrica

- La hospitalización es un instrumento técnico importante en el tratamiento del enfermo psíquico y ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico.
- La atención psiquiátrica ha de realizarse, preferentemente, fuera del hospital.
- La hospitalización del enfermo mental se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social. Su duración, que ha de ser breve, estará en función de criterios terapéuticos.
- Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.
- Los hospitales generales de la red pública han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones.
- La creación de nuevas unidades en los hospitales generales para el ingreso psiquiátrico ha de responder a la programación de medidas y acciones en salud mental del área correspondiente.
- Todas las camas que se acrediten para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales, formarán parte de la red de servicios de salud.

Funciones básicas de la unidad psiquiátrica del hospital general

- El tratamiento de los pacientes ingresados.
- La psiquiatría de enlace del hospital.

- El apoyo a la urgencia hospitalaria.
- Funciones docentes y de investigación.

Los hospitales psiquiátricos

Estado actual. El hospital psiquiátrico ha venido ejerciendo funciones polivalentes en relación con los enfermos psíquicos, cubriendo problemas de orden sanitario, social y puramente custodial relacionados con la enfermedad mental.

En la actualidad, mantiene las funciones siguientes:

1. Una función médico-psiquiátrica, de cuidado de enfermos mentales ingresados y en seguimiento ambulatorio.
2. Una función de asistencia social, hacia ciertos sectores marginados de población.
3. Una función custodial y residencial, básicamente para pacientes de larga estancia con gran dependencia personal y social de la Institución psiquiátrica.

La función específicamente psiquiátrica desempeñada por los distintos centros varia según los recursos especializados con que cuenten, las medidas internas de reforma llevadas a cabo y el desarrollo de recursos psiquiátricos y sociales alternativos existentes en su ámbito territorial. De esta forma, existen instituciones con atención exclusiva de hospitalización, otras con servicios de consulta, urgencias, unidades diferenciadas para enfermos agudos, rehabilitación de enfermos crónicos, etc. En cualquier caso, estas instituciones consumen gran parte de los presupuestos económicos del área psiquiátrica y de salud mental, en detrimento de otras alternativas terapéuticas.

Plan de hospitales psiquiátricos. Es preciso establecer con urgencia planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación. Dichos planes han de simultanear acciones de orden interno o propiamente hospitalarias con otras alternativas, de orden externo.

Se debe requerir de cada hospital un proyecto de cambio donde se torne en consideración:

- La reducción progresiva del número total de camas.

- El incremento de las posibilidades de externación de su población hospitalizada, mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios de rehabilitación y reinserción social que faciliten su vuelta al medio sociofamiliar o su integración en los nuevos recursos sociales y sociosanitarios con que se vaya dotando la sociedad para la protección y soporte de estas personas.
- La formación y reciclaje de sus profesionales, movilizándolo sus recursos humanos y reorientándolos hacia otras actividades y unidades asistenciales.

Debe contemplarse en dichos proyectos:

- *El diagnóstico de la Institución*, incluyendo las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de todos los Internados.
- La reordenación de los gastos hospitalarios, buscando la mayor equidad entre costes y beneficios asistenciales.
- *La reorganización funcional* de la Institución y la exposición de los diversos programas de rehabilitación y reinserción social.

Requisitos que han de cumplir los hospitales psiquiátricos con Ingresos. Para los hospitales psiquiátricos, mientras continúen realizando ingresos, proponemos que se cumplan los requisitos siguientes:

- Contar con una unidad diferenciada para el ingreso de pacientes psiquiátricos, con equipo específico para la misma e índices de rendimiento asistencial apropiados.
- Establecer programas reglados de rehabilitación activa para el enfermo mental, con equipos específicos para su desarrollo.
- Estar Integrados funcionalmente con los equipos especializados de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente.

Criterios para la urgencia psiquiátrica

- La atención psiquiátrica de urgencia debe estar Integrada dentro del sistema general de urgencias.

- El servicio de urgencia específicamente psiquiátrico debe funcionar como apoyatura de los servicios de urgencia generales.
- Los Equipos de Atención Primaria deben responsabilizarse del conjunto de las urgencias en un primer escalón.
- La urgencia hospitalaria ha de estructurarse contando con la participación del conjunto de profesionales de salud mental del área.
- La organización general de las urgencias psiquiátricas debe promover y facilitar el establecimiento de fórmulas alternativas al ingreso hospitalario.

Programas prioritarios de actuación sobre problemas específicos

Definición, características generales y tipos de programas. Entendemos por *programa específico de actuación*, al conjunto de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado y que en su diseño, ejecución y evaluación puede implicar a profesionales dependientes de instituciones diversas.

- Estos programas serán realizados dentro del dispositivo sanitario global, pudiendo incorporar nuevos profesionales en función de la especificidad de la problemática que aborden.
- Estos programas no deben dar lugar a la creación y desarrollo de centros y recursos asistenciales especiales o monográficos, ni deberán actuar con independencia de la programación para la salud mental y atención psiquiátrica, evitando así la creación de redes paralelas.
- Contemplarán en su diseño de forma diferenciada los aspectos de asistencia sanitaria, los específicamente psiquiátricos y los pertenecientes al campo general de la salud pública.
- Según las exigencias y necesidades, los programas deberán tener un carácter recortado en el tiempo, o permanente y continua.

Programas transitorios o episódicos. Son programas *transitorios o episódicos* aquellos preparados para ponerse inmediatamente en práctica ante grandes situaciones de crisis, emergencias o catástrofes y que por su carácter imprevista, pueden dar lugar a una inadecuación coyuntural del sistema asistencial al requerir una respuesta inmediata.

Deben programarse, preferentemente, aprovechando los recursos existentes en el sector sanitario, que deberá contar con capacidad funcional y agilidad administrativa para resolver este tipo de eventualidades.

Programas prioritarios de carácter permanente. Consideramos en este apartado aquellos problemas que por su propia naturaleza (infancia y adolescencia, vejez, enfermos mentales penados), por su incidencia e importancia sociosanitaria creciente y con perspectivas de larga duración aún cuando actualmente revistan perfiles epidérmicos (drogodependencias), o por su alta prevalencia mantenida en determinadas áreas territoriales, precisan de soluciones a través de programas específicos, interdisciplinarios y continuados en el tiempo.

La salud mental Infanto-juvenil. A nuestro juicio, las medidas de protección de la salud mental infanto-juvenil son actualmente deficitarias e incipientes, mínimamente dotadas en su perspectiva asistencial y sin un marco global de planificación y ordenación dentro del sistema de cuidados de la salud mental.

El niño es un ser con personalidad específica, mostrando en su enfermar una patología mental cuya expresión le diferencia del adulto; las características especiales de su proceso evolutivo hacen necesaria una visión interdisciplinaria que integre los distintos sectores de vida donde el nido se desarrolla y constituye.

La atención a la S.M. infantil debe abordarse dentro de los programas del equipo de salud mental, como unidad cualificada dentro de dicho equipo, allí donde las necesidades del área sanitaria lo requieran.

La salud mental en la vejez. Este programa se fundamenta en el aumento progresivo del índice de población mayor de 65 años y especialmente en la influencia que en los procesos de salud-enfermedad de dicha población ejercen factores tales como la jubilación, la desinserción social, la pérdida de movilidad física y la mayor presencia de patología orgánica. Todo ello reclama una atención preferencial hacia esta franja de la población, especialmente dirigida a los grupos de población de edades más avanzadas.

La atención a la salud mental de la población anciana debe plantearse estrechamente vinculada con las diferentes iniciativas que la comunidad tenga o pueda desarrollar a fin de mantener al anciano integrado en ésta. Para ello será preciso formalizar modos de cooperación permanente entre los sectores sanitario y social.

La psiquiatría penal. Deberá asegurarse una adecuada atención psiquiátrica a los penados con patología mental, independientemente de las connotaciones judiciales que cada caso presente. La Administración de Justicia deberá disponer de los medios que permitan su atención sanitaria, sin menoscabo del apoyo que pudieran

prestarle los profesionales de los servicios psiquiátricos y de salud mental de las Administraciones Sanitarias.

Las drogodependencias. Se trata de una problemática sociosanitaria donde confluyen trastornos ya conocidos como el alcoholismo o la dependencia a psicofármacos, en continuo crecimiento, junto con otras alteraciones más recientes, como es el consumo de estupefacientes en los últimos diez años.

El problema de las drogodependencias abarca a casi todos los grupos de población y se caracteriza por presentar repercusiones psíquicas y sociales, junto a complicaciones somáticas sobreañadidas.

La gravedad de este problema exige el desarrollo de un plan en el que se especifiquen los aspectos sanitarios (médico-psiquiátricos) a considerar dentro de los programas de información, educación sanitaria, formación, prevención y detección precoz, tratamiento, postcura y rehabilitación.

Medios e instrumentos básicos necesarios para el desarrollo del modelo propuesto

La puesta en práctica de manera efectiva, eficaz, eficiente y aceptable para el sistema global de atención a la salud del nuevo modelo de salud mental que propone esta Comisión, debe considerar con carácter prioritario, los medios e instrumentos siguientes:

- *Un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria, necesario para la elaboración de estudios epidemiológicos, una correcta planificación y evaluación, producción de estadísticas fiables, etc.*
- *La adecuación, aprovechamiento y capacitación del conjunto de recursos humanos del sistema de salud mental, mediante las acciones necesarias para la formación del personal sanitario.*
- *El establecimiento de normas generales de acreditación de unidades y centros con competencia en salud mental y asistencia psiquiátrica, y su control mediante las medidas administrativas correspondientes.*
- *La potenciación de la investigación aplicada en salud mental y atención psiquiátrica, orientándola hacia aquellos campos dinamizadores en la transformación de la misma.*

III. PRINCIPIOS PROPUESTOS POR LA COMISION PARA UN PLAN GENERAL DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA

Principio I

El sistema general de salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos bio-psico-sociales del enfermar.

Principio II

La salud mental es un aspecto específico, pero inseparable, de la salud en general. Una mejor atención y promoción de la salud al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incremento la protección de su salud mental.

Principio III

La reforma sanitaria, en la perspectiva de un S.N.S., debe incluir la salud mental como una parte de la misma. El proceso de integración de la psiquiatría ha de ir articulado con las reformas globales de la sanidad.

Principio IV

La protección de la salud mental, mediante su necesario desarrollo normativo, debe situarse en un nivel acorde con la realidad socio-sanitaria actual.

Principio V

Ha de ser responsabilidad de la administración pública promover la Integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

Principio VI

El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud.

Principio VII

La ordenación de la atención a la salud mental debe garantizar la disponibilidad de servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

Principio VIII

La transformación de la asistencia psiquiátrica y de la atención a la salud mental exige la voluntad conjunta y decidida de todas las administraciones públicas y el mayor grado de cooperación entre instituciones, sobre la base del principio de solidaridad y de la necesaria coordinación en la actuación sanitaria.

Principio IX

El proceso de reforma psiquiátrica y de la salud mental debe sustentarse en un modelo de acción sanitaria, que contemple la inclusión de los problemas psiquiátricos y de salud mental en la práctica sanitaria, la superación de la segregación cultural y social existente hacia el enfermo mental, la completa integración de la psiquiatría en la sanidad y la gestión descentralizada de los servicios de salud.

Principio X

La reforma psiquiátrica tiene como objetivos:

- Potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo.
- Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
- Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación activa para el enfermo mental.
- Establecer un nivel de prestaciones sociosanitarias suficientes para el enfermo mental, cualquiera que sea su edad y condición, y
- Garantizar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que puedan limitar su libertad.

Principio XI

La atención psiquiátrica debe enmarcarse en un ámbito territorial definido, con participación de los diversos agentes comunitarios.

Principio XII

Los recursos psiquiátricos y de salud mental disponibles deben ordenarse de forma que lleguen eficazmente a la población en riesgo, programando sus acciones mediante planes generales y programas específicos a través de la atención primaria y especializada. Deben hacer posible una correcta atención de los problemas psicoemocionales de la población asistida, la continuidad de cuidados dentro de un territorio determinado y el apoyo eficaz a los equipos básicos de salud.

Principio XIII

Los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud, cubriendo funciones de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación.

Principio XIV

Una parte de los problemas psíquicos y de las acciones en el campo de la salud mental deben ser resueltos por los equipos básicos de salud, sin que requieran la presencia directa del personal especializado en salud mental y atención psiquiátrica.

Principio XV

A nivel del área de salud, los recursos psiquiátricos y de salud mental, públicos y concertados, deben constituir una unidad integrada, al menos, funcionalmente. Dicha unidad contará con los dispositivos asistenciales que le permitan desarrollar eficazmente sus actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, pudiendo tener un coordinador de la misma, dependiente de la dirección del área.

Principio XVI

La hospitalización es un instrumento técnica importante que hay que contemplar dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico.

Principio XVII

La atención psiquiátrica se realizará, preferentemente, fuera del ámbito hospitalario.

Principio XVIII

La hospitalización ha de aportar al enfermo mental mayor beneficio terapéutico que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar y social.

Principio XIX

La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos.

Principio XX

Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.

Principio XXI

Los hospitales generales han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones asistenciales.

Principio XXII

La creación de nuevas camas en hospitales generales ha de responder a la programación de medidas y acciones en salud mental del área correspondiente.

Principio XXIII

Todas las camas acreditadas para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales, formaran parte de la red de servicios de salud.

Principio XXIV

La unidad psiquiátrica del hospital general formará parte de la unidad de salud mental del área, cubriendo las funciones asistenciales, docentes e investigadores que le correspondan.

Principio XXV

Es preciso incentivar la puesta en marcha de planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas fuera de los mismos y dentro de las áreas de salud.

Principio XXVI

Dichos planes contemplarán el estudio de las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de los internados, la reordenación de los gastos hospitalarios, la reorganización funcional de la institución y los diversos programas para la rehabilitación y reinserción social de los ingresados.

Principio XXVII

Los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas; preparar a sus pacientes institucionalizados, mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios, para una futura externación y actualizar y formar a sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica.

Principio XXVIII

Estarán acreditados para recibir ingresos aquellos hospitales psiquiátricos que dispongan de una unidad diferenciada para hospitalización breve con equipo específico para la misma, índices de rendimiento asistencial apropiados y programas reglados de rehabilitación. Dichas unidades se integrarán funcionalmente con los equipos de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente.

Principio XXIX

Los cuidados de los pacientes con patología de larga evolución, exigen de la dotación de los servicios necesarios para su manejo, que incluye el tratamiento y seguimiento clínico en su entorno socio-familiar y residencias apropiadas, con medios humanos y técnicos para su atención y rehabilitación.

Principio XXX

La atención psiquiátrica de urgencia estará integrada en el sistema general de urgencias, como apoyatura de dichos servicios.

Principio XXXI

Los equipos de atención primaria deben responsabilizarse del conjunto de urgencias en su primera escalón asistencial.

Principio XXXII

La urgencia hospitalaria debe estructurarse contando con la participación del conjunto de profesionales cualificados de salud mental del área.

Principio XXXIII

Serán prioritarios los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil, a la salud mental en la vejez, a las repercusiones psíquicas de los drogodependientes, a la atención de los penados con patología mental y a aquellos específicos para determinadas áreas territoriales con una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica.

Principio XXXIV

Para hacer frente a situaciones excepcionales que precisen de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado y recortado en el tiempo (p.ej. catástrofes), deben estar previstos programas específicos de actuación, aprovechando preferentemente los recursos ya existentes, que deberán contar con suficiente capacidad funcional y agilidad administrativa para dar una respuesta inmediata.

Principio XXXV

El sistema de atención a la salud mental ha de contar con un sistema de registro e información sanitaria operativo y fiable, unos recursos humanos adecuados, capacitados y bien aprovechados, unas normas generales de acreditación de unidades y centros, con control de su cumplimiento mediante las medidas administrativas correspondientes y un buen desarrollo del campo de la investigación aplicada en salud mental y atención psiquiátrica que dinamice la transformación de la misma.

Principio XXXVI

La ordenación administrativa de las acciones de salud mental ha de estar contemplada con carácter general en las estructuras de que se doten los sistemas sanitarios de las distintas administraciones públicas.