

# LA PROTECCION Y ATENCION SOCIO-SANITARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES: CARENCIAS ACTUALES

*D<sup>a</sup> María del Mar España Martí*  
Secretaria General de la Institución del  
Defensor del Pueblo. Madrid

La **Constitución española** reconoce a todos los ciudadanos una amplia gama de derechos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y, por tanto, las personas afectadas por una enfermedad mental, en su condición de ciudadanos, gozan de esos mismos derechos.

En esta línea de protección, debe hacerse mención también al principio de igualdad sustancial consagrado en el artículo 9.2 de nuestra norma suprema, que obliga a esos poderes públicos a remover todos los obstáculos que impidan o dificulten que la igualdad sea real y efectiva, y a facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

A este respecto, y por lo que a los enfermos mentales se refiere, es ineludible traer a colación el artículo 49 del propio texto constitucional, conforme al cual los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de dichas personas, a quienes ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que la Constitución otorga a todos los ciudadanos.

De ello, se desprende que, desde la perspectiva constitucional, quienes están afectados por una enfermedad mental no son sólo acreedores al conjunto de derechos de los que gozan el resto de los ciudadanos, sino que también son beneficiarios del plus de atención pública que se deriva de los principios rectores de la política social y económica por la que deben regirse los poderes públicos.

Este es, en síntesis, el marco de los derechos reconocidos por la Constitución española, marco que establece un amparo especial a los enfermos mentales, fruto, sin duda, de la constante preocupación en torno a la salva-

guardia de los derechos fundamentales de estos ciudadanos que se encuentran o pueden encontrarse en una singular relación de sujeción, de la que puede derivarse la restricción de tales derechos.

En el ámbito estrictamente sanitario, el punto de partida no puede ser otro que el derecho a la protección de la salud reconocido por el artículo 43 del texto constitucional. En conexión con este precepto, es obligado mencionar la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, en cuyo artículo 20 se contienen las líneas básicas de la actuación en el campo de la salud mental, y el Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que incluye la asistencia psiquiátrica en el catálogo de prestaciones de dicho sistema.

Como características más importantes de la Ley se deben resaltar las siguientes:

- La designación a partir del título VIII de nuestra Constitución de las comunidades autónomas como las competentes en materia de sanidad,
- La reserva para el Estado de las funciones de coordinación general, entre otras,
- La introducción de la participación ciudadana en la organización y gestión de la sanidad, a través, entre otros, de los Consejos de Salud de Área.

En esta línea de avance, merece especial mención asimismo la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que contempla, entre las prestaciones de atención especializada, la salud mental desde una óptica integral.

Una vez expuesta la normativa en materia sanitaria, es importante analizar la **distribución competencial en materia de servicios sociales**, pues tiene especial incidencia en el tema que nos ocupa.

De acuerdo con el artículo 149 de la Constitución la competencia en materia de servicios sociales corresponde a las Comunidades Autónomas, las cuales las han desarrollado a través de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Con independencia de esto, parece claro que compete al Estado la regulación de todas aquellas condiciones que ayuden a mantener la igualdad de todos los españoles. No obstante, así como está específicamente contemplado que es estatal la coordinación general sanitaria y el régimen de la Seguridad Social, no está tan clara esta facultad coordinadora en la asistencia social o los servicios sociales.

El principal problema es que se produce dos sistemas diferentes de reparto de competencias en el mundo sanitario y el de los servicios sociales. Así, del mismo modo que puede existir un cierto sistema unitario de tipo jurídico en el campo de la sanidad, esto no ocurre en los servicios sociales, donde hay una amalgama de disposiciones que emanan de las tres Administraciones, sin un hilo conductor y mucho menos una conexión.

Este sistema jurídico derivado de la Constitución no favorece especialmente el desarrollo normativo de la coordinación sociosanitaria, por la diversidad de instituciones competentes sobre todo en lo social y porque esta compleja distribución no se corresponde con las áreas sanitarias, donde hay un sistema mucho más unitario.

En este sentido, los profesionales están demandando, en el marco del actual sistema competencial, una atención sociosanitaria eficaz, concebida como un derecho subjetivo de todo ciudadano en situación de dependencia a cuidados sanitarios y apoyo social suficiente para reforzar su autonomía y limitar su dependencia.

Si este es el panorama global de la atención socio-sanitaria, es importante tener en cuenta la gran estigmatización que las personas mentales han padecido durante años. En el **informe realizado en el 2003 de la Fundación INTRAS**, patrocinado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre la "**Población con enfermedad mental grave y prolongada**", se califica a los enfermos mentales como unos auténticos "parias", tanto en los servicios sociales como en los servicios sanitarios.

Como señalan, la estigmatización que padecen las personas con enfermedad mental conduce a consecuencias negativas tanto para el paciente como para la familia, que incluye la humillación, el aislamiento, el desempleo y la exclusión social.

A este respecto, los trastornos mentales graves y prolongados deben ser considerados como problemas en un doble aspecto:

- De salud, ya que se trata de enfermedades que requieren asegurar una continuidad de cuidados, como
- De bienestar social y servicios sociales, ya que las personas con enfermedad mental grave y prolongada, por padecerla, presentan habitualmente una discapacidad.

En cuanto al desarrollo de las líneas básicas de actuación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica, es menester comenzar poniendo de relieve que, hasta hace relativamente pocos años, este tipo de atención mostraba un panorama sombrío, tanto en el plano normativo (un significativo número de Comunidades Autónomas carecían de marco legal en la materia), como en el de la planificación (Comunidades Autónomas sin Plan de Salud Mental) y en el de la estructura asistencial en los distintos niveles de atención (diversas Administraciones con competencia en la materia, con servicios paralelos -de distinta configuración y evolución- y sin ninguna conexión entre sí).

En este contexto, debe significarse que en el año 1985 la Comisión Ministerial para la **Reforma Psiquiátrica** -órgano de estudio y asesoramiento sobre programación y ordenación de la protección de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica- emite un informe sobre dicha reforma, en el que se reflejan los criterios que deben presidir el nuevo modelo de atención en esta materia.

La Comisión se pronuncia a favor de un modelo comunitario de atención a la salud mental, pudiendo destacarse, entre sus líneas básicas, las siguientes: la integración de este tipo de asistencia en el sistema general de salud; la integración funcional de los recursos; la preeminencia de la atención extrahospitalaria sobre la hospitalaria, a través de la creación de recursos alternativos; la transformación y progresiva superación de los hospitales psiquiátricos; la dotación de servicios necesarios para el cuidado de los pacientes con patología de

larga evolución; y el desarrollo de programas de rehabilitación.

Si bien se han producido avances en aspectos tales como la integración de la salud mental en la atención a la salud en general- especialmente en los procesos agudos-, la progresiva constitución de redes únicas, la configuración de equipos multiprofesionales y la creación de centros de salud mental, es obligado reconocer que es muy largo el camino que queda por recorrer, especialmente en la provisión de recursos comunitarios de rehabilitación, sin olvidar los recursos de carácter social y sociosanitario, notoriamente insuficientes.

Podemos afirmar que la reforma psiquiátrica aportó nuevas soluciones asistenciales y de intervención, de forma que los enfermos mentales cuentan con una adecuada atención farmacológica e ingreso psiquiátrico cuando lo precisan, pero es escasa la cobertura de sus necesidades socio-sanitarias y su acceso a programas de rehabilitación y recursos comunitarios. Es escasa la implicación de los servicios sociales en los planes sectoriales o en las convocatorias de ayudas para el sector de personas con enfermedad mental.

La asistencia sanitaria es esencial, pero si queremos que los derechos que se reconoce a los enfermos mentales sean efectivos y se supere su discriminación en su garantía en la práctica, el sistema socio-sanitario tendrá que proporcionar al menos los siguientes servicios: vivienda, unos ingresos para subsistir (pensiones) y un apoyo social adicional a los cuidados sanitarios y a las familias cuidadoras, aspecto sobre el que incidiré posteriormente.

Para la Institución del **Defensor del Pueblo**, es esencial que las distintas Administraciones se vuelquen en la protección y la atención socio-sanitaria a los enfermos mentales. Por ello, en la Reunión anual de coordinación de Defensores del Pueblo (el estatal y los autonómicos), celebrada en octubre del año pasado en Castilla La Mancha, el tema monográfico que analizamos por unanimidad de todas las Instituciones fue el de los enfermos mentales. En estas Jornadas, se debatieron varias ponencias, que pongo a su disposición si tuvieran interés, en las siguientes Mesas:

- Servicios y recursos asistenciales a la salud mental,
- El enfermo mental como sujeto de derechos,

- Los soportes de la salud mental: familias y asociaciones y la integración de las personas con enfermedades mentales.

Desde que la Institución del Defensor del Pueblo inició su actividad en el año 1983, se ha venido recibiendo un importante número de quejas que hacen referencia a distintos aspectos relativos a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, a las que se ha hecho puntual referencia en los sucesivos informes anuales presentados a las Cortes Generales, quejas que han dado lugar al desarrollo de las correspondientes actuaciones institucionales.

Así, en un primer momento se puso de relieve la inexistencia de un marco legal que contemplara la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, así como la falta de equiparación del enfermo mental a los demás pacientes, destacándose la necesidad de que el sistema sanitario asumiera íntegramente la atención a la salud mental, abordando los aspectos preventivos, de tratamiento y rehabilitadores.

Seguidamente, se destacó la necesidad de establecer los cauces de coordinación precisos entre las estructuras hospitalarias y los dispositivos ambulatorios para asegurar la continuidad terapéutica, subrayándose que persistía la función de custodia por encima de la terapéutica en algunos hospitales psiquiátricos.

Más tarde, se señalaron las acusadas diferencias en el grado de desarrollo de la reforma psiquiátrica según las distintas Comunidades Autónomas; la falta de asunción, de algunas de ellas, de un enfoque global del conjunto de necesidades, manteniéndose servicios psiquiátricos dependientes de distintas Administraciones, con diferente evolución y estructura, sin conexión entre sí; y la existencia en centros de internamientos psiquiátricos de un significativo porcentaje de personas que precisaban atenciones de carácter social, más que psiquiátricas.

A primeros de los años 90, y partiendo de los precedentes citados, por parte de la institución del Defensor del Pueblo, se estimó necesario obtener una visión sistemática y global de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica, lo cual requería el desarrollo de un programa específico de investigación, que se centró en torno a los hospitales psiquiátricos.

Las actuaciones realizadas desembocaron en la elaboración del informe “Estudio y recomendaciones del

Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España". (1.991)

Entre las conclusiones obtenidas y reflejadas en el citado estudio, cabe hacer mención, en primer lugar, a la existencia de un panorama muy variable en cuanto al desarrollo de las líneas básicas contenidas en la Ley General de Sanidad. Así, podían diferenciarse, en función del grado de desarrollo normativo, aquellas Comunidades Autónomas que contaban con normas en las que se contemplaba de un modo global el marco de la reforma psiquiátrica y las que carecían de este marco global y disponían tan sólo de normas sobre aspectos parciales.

Otra de las conclusiones se centraba en la heterogeneidad observada, en cuanto al logro de la integración funcional de los recursos dedicados a la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica. En efecto, algunas Comunidades habían logrado la integración funcional de los recursos, mientras que otras únicamente lo habían logrado parcialmente, existiendo algunos casos en los que era notoria la ausencia de instrumentos de coordinación. Ello no obstante, pudo constatarse un relativo avance en la implantación de los dispositivos de atención extrahospitalaria de segundo nivel, es decir, centros y equipos de salud mental.

En cuanto a las unidades de psiquiatría de los hospitales generales visitados, es de reseñar la diversidad observada en este aspecto y reflejada en el referido estudio, dado que existían Comunidades Autónomas que disponían de un significativo número de camas en unidades ubicadas en hospitales generales, mientras que, en otras, el peso de este tipo de asistencia recaía significativamente en las unidades de admisión de los hospitales psiquiátricos. Igualmente, se observó una elevada presión sobre la actividad desarrollada por estas unidades, que, en algunos casos, se traducía en un porcentaje de utilización superior al cien por cien, circunstancia ésta que conllevaba, en determinados supuestos, la existencia de camas en los pasillos o en dependencias no destinadas teóricamente al alojamiento.

Por lo que respecta a los hospitales psiquiátricos, las conclusiones derivadas del reseñado estudio pueden resumirse en las siguientes: que en la mayoría de las Comunidades Autónomas se encontraban en ejecución programas de transformación y de superación de los hospitales psiquiátricos, si bien presentaban distinta configuración y desarrollo; que, como consecuencia de ello, había descendido acusadamente el número de hos-

pitales psiquiátricos y de camas en estas estructuras específicas, si bien la situación no había variado sustancialmente en algunas Comunidades, de modo que en ellas el centro hospitalario seguía constituyendo el eje de la atención a la salud mental; y que, las condiciones de habitabilidad de algunos de los hospitales, presentaban graves carencias.

Por lo que atañe a los enfermos ingresados, tres fueron las conclusiones principales obtenidas. En primer lugar, que un significativo porcentaje de los enfermos ingresados llevaban internados un elevado número de años, circunstancia que ponía de relieve, entre otros aspectos, la función de custodia y de asilo, que no terapéutica, que tradicionalmente han desempeñado estos hospitales. En segundo lugar, que, en algunos casos, las actividades rehabilitadoras se ponían en práctica tan sólo con una parte de la población internada, con frecuente olvido de otros enfermos que podrían mejorar aspectos tales como autonomía personal y ajuste social. En tercer lugar, y sobre los tratamientos establecidos, que, en algunos casos, se habían adoptado medidas especialmente agresivas, tales como el empleo de las denominadas camisas de fuerza, habitaciones calificadas como de aislamiento, que carecían de las más elementales condiciones de habitabilidad, o el empleo continuado de medios mecánicos de sujeción de los enfermos. Este aspecto así como las garantías que debe tener todo internamiento será tratada de forma específica más adelante.

Respecto a los profesionales que prestaban sus servicios en los centros, se comprobó, por una parte, una notable disparidad en la relación índice personal/usuarios entre los hospitales visitados, de modo que la plantilla de algún establecimiento era cinco veces superior a la de otro, aún cuando la población internada ofrecía un perfil similar, y, por otra, una desigual distribución y, en algunos casos, acusadas carencias en la dotación de personal especializado en psiquiatría; cierta disparidad en cuanto a formación y capacitación del colectivo de auxiliares y de cuidadores.

Una mención especial merece la referencia que se hizo en el estudio al capítulo de dispositivos intermedios y estructuras sociales, habida cuenta que el objetivo general de los procesos de reforma psiquiátrica tiende a sustituir el sistema tradicional con base en el hospital psiquiátrico y en las consultas de neuropsiquiatría por una red diversificada, de base y orientación comunitaria, integrada en el sistema sanitario general.

Tal y como se constató en las visitas efectuadas, las citadas estructuras intermedias son consideradas por los profesionales sanitarios como instrumentos indispensables para desarrollar los procesos de desinstitucionalización de los pacientes que permanecen en hospitales psiquiátricos, así como para completar las intervenciones que se realizan en los centros de salud mental y en las unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia. No obstante lo cual, se verificó que no se habían establecido detalladamente sus necesidades en la planificación de los recursos asistenciales, siendo habitual que su dotación dependiera de criterios de oportunidad o de índole económica.

En lo relativo a estructuras sociales, es de significar que la asistencia psiquiátrica tradicional ha venido asumiendo la atención de un conjunto de necesidades sociales de determinadas personas, en las que resaltaba más la existencia de dificultades de reinserción social que la de problemas susceptibles de tratamiento psiquiátrico. Sobre ello, hay que añadir que las posibilidades de desinstitucionalización de parte de la población hospitalaria pasaba, necesariamente, por el desarrollo de programas de reinserción social, si bien, dentro de esta evolución, se observaron notables dificultades en la aplicación de tales programas allí donde se habían iniciado, fundamentalmente por la escasa disponibilidad de este tipo de estructuras.

En el ámbito de la protección jurídica, y por lo que respecta a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil, se puso de relieve que la escueta regulación contenida en el entonces artículo 211 del Código Civil daba lugar a la existencia de importantes lagunas que generaban la aplicación de criterios contradictorios y de muy distinto alcance.

En cuanto a la actividad del Ministerio Fiscal, se resaltó que, de las visitas realizadas, se desprendía una cierta inactividad en su actuación -a pesar de las recomendaciones dadas al respecto por la Fiscalía General del Estado- en orden a promover la incapacitación, cuando ésta fuera realmente procedente. Se añadía también que, en algunos centros visitados, se había constatado que el control judicial y del Ministerio Fiscal que nuestra legislación exigía sobre la situación de internamiento no se realizaba con la eficacia debida y que existían centros que no habían emprendido la revisión de los internamientos anteriores a la Ley 13/1983, de 24 de octubre. Asimismo se constató cómo la inadecuada regulación en el Código Penal entonces vigente de la eximente com-

pleta de enajenación mental determinaba que se impusieran medidas de internamiento de duración ilimitada, aplicadas incluso a delitos de escasa entidad en cuanto a la pena.

Como consecuencia de la investigación realizada, se procedió a efectuar un total de cuarenta y cinco recomendaciones de carácter general para la mejora de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica y para la mayor garantía de los derechos de los enfermos mentales, así como a dirigir un total de doscientas recomendaciones de carácter puntual a veinticuatro organismos de las distintas Administraciones Públicas, en relación con los establecimientos visitados.

En términos generales, tales recomendaciones fueron aceptadas, tanto por el Consejo General del Poder Judicial como por el Ministerio de Sanidad.

A este respecto, es importante tener en consideración que ya en el año 1996, se produjeron dos reformas legales que incidían directamente sobre los enfermos mentales. Por una parte, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que suponía el contar con un nuevo Código Penal y la solución definitiva al problema que se detectó, respecto al carácter indefinido de los internamientos psiquiátricos en los casos en que se apreciaba la eximente completa de enajenación mental.

La otra reforma legal importante fue la que realizó la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Con esta reforma se modificó el artículo 211 del Código Civil en el sentido expresado por el Defensor del Pueblo. Concretamente, se reforzaron las garantías de los menores de edad, mediante la exigencia de la correspondiente autorización judicial, garantías recogidas posteriormente en el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil.

Al margen del estudio al que se ha venido haciendo referencia, las **quejas** que siguen recibándose en el Defensor del Pueblo en materia de salud mental inciden, especialmente y entre otros, en los cinco capítulos siguientes:

En primer lugar, sobre la insuficiencia de estructuras intermedias (hospitales o centros de día, pisos protegidos, centros ocupacionales...) y la dotación de recursos en esta materia. El denominador común de estas quejas

versa sobre los periódicos internamientos de estos enfermos en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, subrayándose el hecho de que en el marco comunitario no existen, o bien son insuficientes las estructuras de rehabilitación, con programas definidos de actuación.

Dentro de este ámbito, es importante destacar la práctica inexistencia de unidades específicas de atención al daño cerebral en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, por lo que se ha hecho una Recomendación desde esta Institución a las Comunidades Autónomas en orden a la creación y funcionamiento de unidades específicas de atención al daño cerebral.

Asimismo, la asistencia pública sanitaria no dispone de cauces adecuados para afrontar las crisis de las personas con trastornos límite de personalidad (enfermedad que afecta a más del 5% de la población, si bien sólo una mínima parte está diagnosticada), reduciéndose las prestaciones a su ingreso durante horas en centros hospitalarios no especializados en este tipo de trastorno.

En segundo término, sobre la necesidad de desarrollar el denominado "espacio sociosanitario". La característica esencial de la actuación sociosanitaria se encuentra en la necesidad de coordinación y actuación al mismo tiempo sobre un mismo sujeto y de distintas áreas o campos, de forma multidisciplinar, ya que es mucho más eficaz y eficiente.

A lo largo de los años de funcionamiento de la Institución del Defensor del Pueblo se ha puesto de manifiesto, en un número significativo de quejas, la situación de aquellas personas que, por no precisar un tratamiento exclusivamente sanitario ni requerir solo una atención social, encuentran dificultades para solucionar sus problemas, al no ser cabalmente atendidos ni por el Sistema Nacional de Salud, ni por los sistemas de acción social.

En España, está universalizado el sistema sanitario, pero no la atención social. Esta circunstancia se agrava, como ocurre siempre ante situaciones de conflicto en las personas más desfavorecidas: la dependencia y discapacidad se relacionan con la pobreza (la proporción de discapacidad es el doble en los hogares con ingresos inferiores a 360 € al mes), con los bajos niveles de instrucción (el 57% de las personas mayores con discapacidad son analfabetos) y con la clase social más desfavorecida, al disponer de menores recursos para la prevención, los cuidados y la rehabilitación.

A este respecto, hay que señalar que los cambios demográficos que están acaeciendo en España y en todos los países de nuestro entorno, derivados fundamentalmente del aumento de la esperanza de vida y la escasa tasa de natalidad, unido a la crisis del modelo tradicional de cuidados (mujer-familia) justifican que sea urgente prestar una especial atención a la planificación, organización y gestión de la asistencia sociosanitaria.

Si bien la preocupación de las Administraciones Públicas por desarrollar una atención sociosanitaria coordinada es una constante desde los años ochenta y han sido varios los esfuerzos desarrollados en este sentido, tanto por las Comunidades Autónomas como por la Administración del Estado, lo cierto es que persisten graves problemas en la atención no sólo a los enfermos mentales y otros colectivos con dependencia, como consecuencia, entre otros factores, de la separación de los dos sistemas, de la diversidad de servicios derivada del hecho autonómico, de la insuficiente oferta de servicios sociosanitarios; de la falta de una eficaz sectorización de los servicios sociales y sanitarios; de los escasos logros obtenidos en la convergencia entre los sistemas formales e informales de atención; y a la todavía inadecuada coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

La complejidad de la atención a los enfermos mentales aconseja articular un espacio sociosanitario que integre de forma coordinada los diferentes niveles asistenciales: atención primaria sanitaria y social, la diversidad de servicios y la intervención de diferentes profesionales.

En este sentido, el Defensor del Pueblo, con ocasión de la elaboración de un informe sobre la atención sociosanitaria en España, -año 2000- formuló sendas recomendaciones a los Ministerios de Sanidad y de Trabajo y Asuntos Sociales, en orden a la adopción de acuerdos tendentes a la implantación generalizada, de un espacio sociosanitario para dar respuesta a las necesidades de los segmentos de la población que precisen la prestación integral de medidas sanitarias y sociales, y subsanar el déficit existente en la protección social en los servicios no residenciales.

Por su interés en esta materia, me gustaría destacar alguna de las conclusiones del estudio de la Fundación Intrás que comentaba anteriormente:

- Existe cierto ocultamiento por parte de las familias de la enfermedad mental,

- La discapacidad más característica de las personas con enfermedad mental grave y prolongada es la de relacionarse, lo cual constituye una importante limitación para la integración social. Otras discapacidades frecuentes son las de aprendizaje, realización de las tareas del hogar y cuidado personal, para lo que se requieren programas específicos dirigidos a su rehabilitación.
- A pesar de tratarse de enfermedades con un grado de discapacidad importante, y que requiere de cuidados que llevan mucho tiempo, son pocos los casos que poseen certificados de minusvalías, lo que discrimina aún más a estos enfermos,
- Los enfermos mentales graves reciben pocas ayudas públicas para paliar su discapacidad, en un porcentaje inferior a otros colectivos con minusvalía, lo que agrava su vulnerabilidad económica, social y laboral: existe casi un tercio de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que no reciben ninguna prestación económica, y de los que la reciben, lo habitual es que se trate de una pensión no contributiva,
- La financiación más habitual de los hogares en los que viven personas con enfermedad mental grave y prolongada es a través de pensiones, constituyendo el principal ingreso en tres de cada cuatro hogares, (276€ al mes)
- El perfil general socioeconómico de las personas con enfermedad mental grave y prolongada es el de vivir solas o con padres jubilados, con unos ingresos medios por debajo de 600€,
- Existe un bajo índice de utilización de la ayuda domiciliaria por parte de este colectivo,
- Existe una baja frecuencia en su participación en programas de formación ocupacional y de empleo, con diferencias de género, siendo menor en el caso de las mujeres enfermas. Se benefician con baja frecuencia de las medidas de apoyo al empleo para personas con discapacidad,
- Su participación en el movimiento asociativo es muy baja,
- Sin embargo, estos enfermos hacen un uso elevado de los servicios de salud,
- Es preciso promover programas sociosanitarios que potencien la continuidad de los cuidados de estas personas.

El tercero de los capítulos sobre los que inciden las quejas planteadas ante nuestra Institución se refiere a la necesidad de impulsar una coordinación efectiva de las diferentes redes y servicios de atención, entre los servicios de atención primaria y los de salud mental y entre los servicios intra y extrahospitalarios. En relación con ello, cabe señalar que, efectivamente, las insuficiencias en la relación entre los niveles de atención primaria y atención especializada y la falta de continuidad entre los mismos es uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario, lo que da lugar a que los ciudadanos tengan una visión fragmentada del sistema, a problemas en la accesibilidad a los servicios y, en no pocos casos, a una percepción de ineficiencia en la rentabilidad de los recursos.

En este contexto, especial relevancia debe concederse a la formación y actualización de los médicos de atención primaria en materia de salud mental, aspecto, sin duda, esencial para facilitar una mejor conexión con la atención especializada, máxime si se tienen presentes dos aspectos de alcance, como son que, tal y como ha expresado la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades más prevalentes en la sociedad del siglo XXI serán las relacionadas con las diversas patologías mentales y que su abordaje precoz es de suma importancia para lograr óptimos resultados.

Ello nos aproxima al cuarto bloque de las quejas formuladas ante el Defensor del Pueblo, que versan acerca de la situación de las familias de los enfermos mentales, sobre los que recae gran parte de la carga asistencial de estos enfermos. En este apartado, las quejas están motivadas, por lo general, por las dificultades que encuentran los familiares de estos enfermos en su convivencia diaria con ellos, así como para prestarles la atención que requieren.

En esta línea, puede indicarse que la salida de estos enfermos de los antiguos hospitales psiquiátricos, como consecuencia de la desinstitucionalización llevada a cabo en el marco de la reforma psiquiátrica, ha provocado, ante la carencia de una gama completa de estructuras intermedias y de recursos sociales susceptibles de dar una respuesta flexible y diversificada que pueda acomodarlos,

darse a cada caso concreto, dificultades para la inserción social y para la integración en el núcleo familiar, lo que conlleva que los familiares busquen, en ocasiones, el reingreso del interesado en un establecimiento cerrado.

En el informe de la Fundación Intra que les he mencionado, destacan las siguientes conclusiones en relación con los cuidados a los enfermos mentales:

- Los cuidadores habituales de estos enfermos son los padres, y cuando estos fallecen, suelen quedarse solos y sin apoyo, o éste es leve por parte de hijos o hermanos,
- La carga para la familia es muy alta, especialmente para la mujer, con un elevado número de horas y desgaste personal y una reducción de actividades laborales, sociales y de ocio. Es necesario desarrollar programas psicoeducativos para los cuidadores,
- Dada la incorporación de la mujer al mercado laboral, es importante planificar la crisis de cuidadores que va a producirse en un futuro próximo, y desarrollar programas de conciliación para hombres y mujeres y otro tipo de prestaciones por parte de los poderes públicos. En este ámbito, los inmigrantes pueden contribuir de forma importante a mejorar el bienestar social de estas familias, sustituyendo el papel de cuidadoras tradicionalmente prestado por las mujeres,
- La carga de cuidados de personas con enfermedad mental es muy alta, puesto que tiene una duración de ocho o más años, con una dedicación superior a la jornada laboral,

En este ámbito, me gustaría destacar el trabajo realizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), y en concreto, el artículo publicado sobre "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad", en el que se pone de relieve que el "cuidado informal", es decir, el familiar, es el verdadero sistema invisible de atención a la salud (supone un 66%), participando los servicios formales de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes (0'9%). (Un 32% es autocuidado).

Los cuidados informales plantean dos cuestiones relacionadas con la equidad: la desigualdad en la carga del cuidado, que recae mayoritariamente sobre la mujer, (normalmente de menor nivel educativo, sin empleo y de

bajo nivel socioeconómico) y la inequidad en capacidad de elección y de acceso a recursos y servicios de ayuda según el nivel educativo y socioeconómico.

Hay ciertas características de este cuidado informal que es importante subrayar: es un trabajo no remunerado, y por tanto, se confunde con una carencia de valor, se basa en relaciones afectivas y de parentesco y por ello se considera que pertenece al terreno de lo privado, de lo familiar y finalmente, es una función que se identifica con lo femenino, como parte del rol de género.

A este respecto, es necesario articular medidas concretas de apoyo a los cuidadores desde el sistema formal: servicios de apoyo (ayuda domiciliaria, respiro y ayudas económicas), políticas de bienestar (hasta ahora se enmarcan dentro de las políticas de apoyo a la familia. Un ejemplo sería la Ley de Conciliación de Vida Familiar y Laboral, aprobada en 1999:

En su capítulo primero se amplian determinados permisos y excedencias para facilitar la estabilidad laboral a los cuidadores:

- Se regula un permiso de dos días por hospitalización de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad,
- Se regula la reducción de jornada a quien tenga a su cuidado a un minusválido físico, psíquico o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida, con una reducción proporcional del salario de entre al menos un tercio y un máximo de la mitad de la duración de aquella,
- Se posibilita solicitar un período de excedencia, de duración no superior a un año, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, para el cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad, no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida por razones de enfermedad o dependencia).

El capítulo V establece unas reducciones importantes en las cotizaciones empresariales a la Seguridad Social con el fin de que no desincentivar a los empresarios a la creación de puestos de trabajo y que estas consecuencias no sean vistas de forma negativa por ellos.

En los capítulos siguientes se adapta la normativa de Función Pública a las modificaciones efectuadas en el

Estatuto de los Trabajadores, para que les sea de aplicación a los colectivos de funcionarios públicos.

Finalmente, un quinto bloque de las quejas planteadas ante el Defensor del Pueblo guarda relación con no pocas cuestiones relativas a las condiciones en las que transcurre la estancia de los enfermos mentales en los centros de internamiento. El denominador común de estas quejas se centra, básicamente, en carencias o deficiencias del estatuto jurídico que afecta a las personas que padecen alguna enfermedad mental.

Este problema no es nuevo para el Defensor del Pueblo, en la medida en que ya en el año 1996 puso en conocimiento del Ministerio de Justicia que en los centros de internamiento de naturaleza sanitaria o social se había constatado la ausencia de una regulación que garantizara suficientemente los derechos fundamentales de los usuarios y las eventuales restricciones de los mismos que fueran necesarias para la protección de su vida, salud e integridad física.

Esta circunstancia contrasta, y así se le hizo saber al Ministerio antes mencionado, con lo que sucede respecto a otro tipo de centros en los que también se limita la libertad de las personas, concretamente los establecimientos penitenciarios, cuyo régimen está regulado por la ley Orgánica 1/1979, de 26 de abril, de modo que puede afirmarse, que desde esta perspectiva, los derechos de los usuarios de los centros de internamiento de naturaleza psiquiátrica social se encuentran garantizados en un menor grado.

En relación con ello, el Ministerio de Justicia comunicó que se había iniciado un estudio preliminar para poner en práctica la recomendación que se le formulaba sobre la aprobación de una norma por la que se regulara el régimen de los centros de internamiento, tales como los establecimientos psiquiátricos y otros similares, en todos aquellos aspectos que pudieran implicar restricciones o privaciones de la libertad personal, o de otros derechos fundamentales, como son los relativos a los ingresos, las salidas, las visitas, la utilización de salas de aislamiento, el uso de medios mecánicos de contención y las comunicaciones telefónicas y postales, cuando ello sea preciso para proteger la vida, la integridad física y la salud de los residentes. No obstante el criterio inicialmente expresado por el referido departamento acerca de la comentada regulación, lo cierto es que no parece que se haya producido avance alguno al respecto, dado que

posteriormente no se ha recibido ninguna comunicación sobre este asunto.

En relación con esta falta de regulación, es importante tener presente que, en los últimos años y en el curso de investigaciones llevadas a cabo por el Defensor del Pueblo, se ha observado alguna situación en la que no parecían darse las garantías legales que deben presidir los tratamientos aplicados a personas incapaces. Entre ellas, puede hacerse mención a medidas de contención mecánica, sin intervención judicial, en personas con enfermedades mentales que no están en condiciones de decidir por sí mismas la aceptación o acuerdo con las mismas, en supuestos en los que tales medidas no son puntuales ni meramente transitorias.

Si bien, recientemente y a través de la 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, se ha producido un importante avance en la mejora de los mecanismos de protección de las personas con discapacidad, especialmente en los aspectos relacionados con su patrimonio, ello no es óbice para reconocer que, en el criterio del Defensor del Pueblo, todavía faltan por completar algunas cuestiones relativas a lo que podría denominarse “estatuto jurídico de las personas con enfermedades mentales”. Entre éstas, cabe mencionar las tres que seguidamente se detallan:

1. El sistema de garantías de los derechos fundamentales respecto al régimen de vida que tienen estas personas cuando ingresan en centros hospitalarios y a las condiciones en las que se les aplican los tratamientos especialmente agresivos y los medios mecánicos de sujeción.
2. La posibilidad de contar con una previsión legal expresa, que permita solicitar el auxilio judicial cuando médicamente se haya prescrito un tratamiento que no es aceptado voluntariamente.
3. Los problemas que se derivan de la prórroga automática de la patria potestad de los incapaces, cuando por imperativo legal (artículo 171 del Código Civil) se asigna a los padres, en los supuestos en los que éstos carecen de condiciones para ejercer de manera adecuada dicha patria potestad.

En relación con el primero de los problemas apuntados, si bien es cierto que con las modificaciones legislativas introducidas se ha conseguido una regulación detallada en lo que respecta al proceso que debe seguirse para el internamiento voluntario o involuntario del paciente, una vez dentro de dicho centro, el legislador no ha contemplado el régimen de garantías de estas personas, dejando al arbitrio de cada hospital la regulación de esas cuestiones respecto de los pacientes.

A juicio de esta Institución, la autorización judicial de internamiento que recoge el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no lleva implícita la restricción del derecho a la libertad individual que se produce cuando los facultativos someten al paciente a medidas de contención mecánica sin la aceptación de aquél. Sería por ello más adecuado, desde un punto de vista jurídico, que en estos casos, se solicite la correspondiente autorización judicial cuando dichas medidas no vayan a tomarse de inmediato –supuesto, quizá, poco frecuente- o bien, informar al juez cuando, por razones de urgencia, hayan sido adoptadas.

Respecto a la aplicación a las personas afectadas por alguna enfermedad mental que se encuentran internadas en centros médicos con la correspondiente autorización judicial, de tratamientos especialmente agresivos (tratamientos farmacológicos, terapia electroconvulsiva, psicocirugía u otras técnicas o procedimientos que puedan suponer un riesgo para la salud o la integridad física de la persona) hay que tener en cuenta que el Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 4 de abril de 1997, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica de 14 de noviembre de 2002, al abordar esta cuestión terminan haciendo referencia en última instancia a la “protección prevista por la ley” (artículo 7 de la Ley 41/2002). Sin embargo la ley –artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil- no contempla ninguna previsión expresa por la que corresponda al juez que autorizó el ingreso hospitalario, tener que controlar y garantizar los derechos de ese enfermo (dignidad de la persona y libre desarrollo de la personalidad, derecho a la vida, a la integridad física o a la salud) que se ven afectados al aplicar los tratamientos antes referidos, especialmente cuando el criterio médico no coincide con la persona que sustituye la voluntad del enfermo, cuando éste no puede prestar por sí mismo su consentimiento (artículo 9-3º de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre,

reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Directamente relacionado con el problema expuesto, se encuentra el segundo de los aspectos antes detallados y que ha sido planteado ante el Defensor del Pueblo por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. Se trata de promover que se modifique el actual artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para que judicialmente pueda autorizarse un tratamiento ambulatorio no voluntario a una persona que sufra un trastorno psíquico, previa propuesta razonada del especialista, con audiencia del interesado e informe del Médico Forense y del Ministerio Fiscal.

Amén de las garantías legales que ya se prevén en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, deberían añadirse nuevos requisitos como la especificación del tratamiento que vaya a aplicarse al enfermo con autorización judicial, la duración del mismo, así como las posibilidades de modificarlo, suprimirlo o prolongarlo en los supuestos en los que fuera necesario. Debe matizarse que la intervención judicial, en estos casos, tiene un carácter puramente instrumental, ya que el juez en modo alguno ordenaría la aplicación del tratamiento, sino que se limitaría a autorizar el mismo cuando el criterio médico y la opinión de la persona que presta el consentimiento en lugar del enfermo así lo soliciten, prestando en este caso toda la colaboración precisa para que el tratamiento médico pueda ser recibido por la persona que lo necesita.

La tercera y última de las cuestiones a tratar, ha sido planteada al Defensor del Pueblo por el Procurador del Común de Castilla y León y hace referencia a la prórroga automática de la patria potestad que respecto de los incapacitados regula el artículo 171 del Código Civil, excluyendo la tutela e introduciendo esa prórroga automática de la patria potestad que recae sobre los padres, los cuales en muchas ocasiones, por sus circunstancias personales, no están en condiciones de poder ejercer con eficacia las obligaciones que se derivan de esa patria potestad sobre su hijo incapacitado.

Lo que se trata de remarcar es que el automatismo en la prórroga de esta obligación no tiene en cuenta determinados aspectos que influyen en la asunción de la patria potestad, como pueden ser la especial peligrosidad de la persona con problemas de salud mental, la edad de los padres, su relación con el hijo o su estado de salud

entre otros. Estas situaciones, les impiden desempeñar de manera adecuada la patria potestad sobre sus hijos, y sin embargo no son tenidas en cuenta por la ley.

En la práctica han sido las Audiencias Provinciales las que, con sus sentencias, han venido resolviendo los inconvenientes que se derivan de una aplicación automática del artículo 171 del Código Civil. Así, por ejemplo, la Sección 22ª de la Audiencia Provincial de Madrid, en sentencia de 3 de noviembre de 1998, dejó sin efecto la rehabilitación de la patria potestad que había recaído sobre una madre de 83 años respecto de un hijo, de 55 años, diagnosticado de esquizofrenia con síntomas activos crónicos delirantes-alucinativos que no respondía al tratamiento. En su lugar determinó que sobre esa persona se constituyera la tutela. En igual sentido se pronunció la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Girona, con fecha 14 de julio de 1999, al considerar improcedente rehabilitar la patria potestad a favor de una madre de 74 años de edad respecto de su hijo, de 50 años, afectado por una esquizofrenia paranoide.

Se trataría por tanto de adaptar el contenido del artículo 171 del Código Civil, a una realidad que hoy está siendo subsanada por la vía de jurisprudencia menor, de tal forma que el juez pudiera, al igual que está previsto en el artículo 162 de la Ley 9/1998, de 15 de julio, del Parlament de Catalunya, no acordar la prórroga o la rehabilitación de la patria potestad en atención a la edad y situación personal y social del padre y de la madre, el grado de deficiencia del hijo o hija incapaz y sus relaciones personales, ordenando en estos casos la constitución de la tutela o de la curatela.

Con fundamento en los razonamientos precedentes, el Defensor del Pueblo está trabajando con el Ministerio de Justicia en una triple dimensión:

- En primer lugar, en orden a modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con objeto de introducir la necesidad de contar con la autorización o comunicación judicial pertinente cuando el proceso sanitario aconseje la adopción de medidas de contención mecánica, u otras restrictivas de la libertad individual o de otros derechos fundamentales, así como en aquellos casos que se apliquen tratamientos especialmente invasivos, especialmente cuando no sea coincidente el criterio médico y el de la persona que presta el consentimiento en repre-

sentación del enfermo, que no está en condiciones de decidir por sí mismo.

- En segundo término, en aras a que el citado artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil contemple que el juez civil pueda autorizar tanto el tratamiento ambulatorio o el que se prescriba a los enfermos internados en centros de salud mental, para aquellos pacientes que lo rechazan de forma voluntaria, cuando exista un criterio médico que defienda la conveniencia de su aplicación, pudiendo en estos casos prestarse, por parte del Juez, la colaboración necesaria para que el tratamiento sea recibido por la persona que lo necesite.
- En tercer lugar, con el fin de modificar el artículo 171 del Código Civil, en el sentido de eliminar la prórroga automática de la patria potestad en los casos de personas incapacitadas, pudiendo el Juez no acordar esta prórroga en atención a las condiciones de los padres y de la relación de éstos con sus hijos.

Similares conclusiones a las expuestas al analizar las quejas tramitadas por la Institución del Defensor del Pueblo, se desprenden del análisis del **“Informe de situación de salud mental” elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en octubre de 2002** y cuya difusión se ha efectuado en 2003. Por su extraordinaria relevancia se reflejan seguidamente algunas de las principales conclusiones de este informe, como son que:

- El proceso de reforma en el campo de la salud mental ha seguido un ritmo desigual en las distintas comunidades.
- La salud mental es una red especial y débilmente integrada en la red sanitaria general.
- Los centros de salud mental adolecen en muchos casos de una adecuada ratio de profesionales.
- En algunas comunidades no se ha producido la separación entre las funciones de atención específica a la salud mental y las ligadas a las necesidades residenciales y sociales de los pacientes.
- Debe mejorarse la clarificación del espacio sociosanitario en relación con los problemas es-

pecíficos de pacientes con necesidades crónicas de atención a su salud mental.

- Se constata una gran diversidad en los sistemas de obtención, registro y evaluación de la información, carencias que dificultan el conocimiento de la realidad de la demanda y la respuesta de los sistemas.
- No existe, prácticamente, cartera de servicios en materia de salud mental.
- La carencia relativa de recursos en alguno de los elementos de la red se produce en todas las comunidades.

En resumen, la protección y atención socio-sanitaria a los enfermos mentales demanda una respuesta y una planificación adecuada por parte de los poderes públicos, si tenemos en cuenta las siguientes circunstancias:

- La separación entre el sistema sanitario y los servicios sociales,
- La crisis del modelo del Estado del Bienestar,
- Los cambios en la estructura y la forma de vida de las familias,
- El envejecimiento de la población en los países desarrollados,
- La incorporación de las mujeres al mercado laboral,
- El incremento de personas con enfermedades mentales (a título indicativo, sólo las personas enfermas de Alzheimer en España superan las 400.000, y su número será cada vez mayor) que son atendidas en el hogar,
- El desplazamiento de cuidados, cada vez más complejos, hacia el sistema informal, en un marco de contención del gasto sanitario, (una cama hospitalaria cuesta 300€ diarios mientras el cuidado informal a los poderes públicos les sale gratis).

La atención sociosanitaria requiere, para lograr efectividad, solucionar una serie de problemas: en primer lugar, las diferencias estructurales entre el sistema sanitario y los servicios sociales en lo que se refiere a la fuerza del derecho de acceso, a los recursos disponibles y a la imagen social. Se debe potenciar los servicios sociales y reforzar determinados servicios sanitarios dentro

de un continuo asistencial. Los servicios sociales son, hoy por hoy, un sistema subsidiario del papel asistencial de la familia, lo que sucede en mucha menor medida en el sistema sanitario. En segundo lugar, se trata de superar los recelos que emergen de culturas profesionales diferentes.

Se hace necesario crear un espacio común profesional y asistencial, con protocolos comunes para hacer frente a las nuevas necesidades, articular un soporte institucional suficiente para los cuidadores informales, basado en servicio de información, formación, apoyo asistencial y respiro.

Es preciso la existencia de un nuevo marco institucional y normativo (Ley de Protección a la Dependencia y Ley de Derecho a los Servicios Sociales), un nuevo marco funcional adecuado y la necesaria suficiencia económica que haga efectivo el compromiso político con la protección a los enfermos mentales.

Queda mucho por hacer. Con Jornadas como la que hoy se celebra ayudamos a despertar la conciencia social y a que se oiga la voz de los enfermos más desprotegidos. Muchas gracias.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- “Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España”. Defensor del Pueblo, 1.991
- “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológico y otros aspectos conexos”. Defensor del Pueblo, 2000.
- “Informe de situación de salud mental”, del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2002,
- “Población con enfermedad mental grave y prolongada” Fundación INTRAS, 2003,
- “El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad”, por M<sup>a</sup> del Mar García-Calvente, Inmaculada Mateo-Rodríguez y Ana P. Eguiguren, (SESPAS)
- XVIII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas en Castilla la Mancha en octubre de 2003.