

IV LEGISLATURA

AÑO XIV

15 de Noviembre de 1996

Núm. 99

S U M A R I O

III. ACUERDOS Y COMUNICACIONES.	<u>Págs.</u>	INFORME del Procurador del Común sobre la situación de los enfermos mentales en Castilla y León.	<u>Págs.</u> 5262
--	--------------	--	----------------------

III. ACUERDOS Y COMUNICACIONES.

PRESIDENCIA

La Mesa de las Cortes de Castilla y León, en su reunión del día 7 de noviembre de 1996 ha conocido el Informe sobre la situación de los enfermos mentales en Castilla y León, remitido por el Procurador del Común en el marco de la actuación de oficio, y ha acordado su publicación.

En ejecución de dicho Acuerdo se ordena su publicación en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, de conformidad con el artículo 64 del Reglamento.

Castillo de Fuensaldaña, a 7 de noviembre de 1996.

EL PRESIDENTE DE LAS CORTES DE
CASTILLA Y LEÓN,

Fdo.: *Manuel Estella Hoyos*

EL SECRETARIO DE LAS CORTES DE
CASTILLA Y LEÓN,

Fdo.: *Francisco J. Aguilar Cañedo*

Excmo. Sr.:

En el marco de la actuación de oficio abierta en esta Institución sobre salud mental en nuestra Comunidad Autónoma, adjunto remito a V.E. Informe sobre la situación de los enfermos mentales en Castilla y León, con el ruego se dé traslado por escrito a los miembros de la Mesa de las Cortes, así como a los de la Comisión de Relaciones con el Procurador del Común.

Igualmente y a los efectos oportunos, pongo en conocimiento de V.E. que de conformidad con el artículo 31 de la Ley 2/94 de 9 de marzo, del procurador del Común de Castilla y León, es mi deseo defender el presente informe en un Pleno de esas Cortes.

Atentamente,

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN CASTILLA Y LEÓN

Este informe ha sido elaborado por Ana Belén Fidalgo González, Adjunta al Procurador del Común de Castilla y León, con la colaboración de Elena Fernández-Cañamaque Rodríguez, Asesora, y supervisado por Manuel García Álvarez, Procurador del Común.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

- I. EL INTERNAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL
- II. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

III. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS VISITADOS

IV. CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

INTRODUCCIÓN

A.- En la Comunidad de Castilla y León, al igual que en el resto de España, la reforma psiquiátrica fue recibida con satisfacción por definir la organización de la atención a la salud mental en una doble e inseparable dirección:

1º. El desmantelamiento de las tradicionales estructuras, creadoras de patologías, más que de salud. La atención al enfermo mental o asimilados pasaba por su separación y aislamiento en establecimientos cerrados y distantes (manicomios), lo cual determinaba sin remedio su marginación y estigmatización social, apoyadas en profundos prejuicios culturales.

2º. La creación de toda una red de estructuras alternativas, caracterizadas por su descentralización, desespecialización e integración en la red general de atención sanitaria y social. En las últimas décadas, la psiquiatría ha ofrecido alternativas diversas y la estimación de los derechos de la persona en este ámbito ha crecido notablemente.

La Constitución Española recoge en su art. 43 el derecho a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por lo que se refiere a la salud mental, el art. 49 establece un mandato rotundo: "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos".

El derecho constitucional a la salud ha sido desarrollado por la Ley 18/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyo art. 20 se fundamenta en la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales.

En esta línea, el art. 20 de la citada Ley General de Sanidad declara:

"1º. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

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

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

Por su parte, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario, de 6 de abril de 1993, en su Exposición de Motivos, da rango legal a una carta de derechos de los ciudadanos, derechos y programas que se consideran preferentes para grupos específicos de población (entre ellos, los niños, los ancianos y los enfermos mentales).

El derecho del colectivo de enfermos mentales a actuaciones preferentes se reitera en los arts. 2 y 8 de la mencionada Ley.

Con todo ello, se trata de no dar consideración distinta a un infarto de miocardio que al brote de un esquizofrénico, contemplando los padecimientos físicos y mentales como necesidades clínicas equiparables, y de primar el tratamiento en libertad.

Bajo esta idea de restringir la medida de internamiento al máximo subyace la creencia de que la libertad o la integración en el medio social y familiar del enfermo son factores de salud mental.

Desde luego, salud y libertad van de la mano, pero las cosas no son tan sencillas. Hay otros factores que deben ser tenidos en cuenta y que pueden entrar en conflicto.

La cuestión es lograr un consenso sobre la base del conocimiento y respeto recíprocos.

Con esta perspectiva, el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, de la entonces Consejería de Cultura y Bienestar Social, relativo a la organización y funcionamiento del servicio de salud mental y asistencia psiquiátrica, establece su red asistencial, ajustando, por lo demás, su ordenación territorial a lo dispuesto en el Decreto 32/1988, de 18 de febrero, sobre delimitación territorial de las zonas básicas de salud.

El art. 1 del primer Decreto citado establece que los cuidados asistenciales para la atención de los problemas de salud mental se prestarán a todos los ciudadanos preferentemente desde los recursos sanitarios y sociales existentes en su correspondiente Área de Salud. Sólo en casos excepcionales y sobre la base de criterios terapéuticos se derivará a un paciente a los servicios asistenciales de otras Áreas. Por Orden de 29 de abril de 1991 se lleva a cabo la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica.

La red que diseña el Decreto 83/1989 está integrada por las siguientes unidades:

1ª. Equipos de salud mental de distrito.

2ª. Unidades de hospitalización en los hospitales generales. Estas unidades llevarán a cabo las funciones de tratamiento de los pacientes ingresados, la atención psiquiátrica de interconsulta, el apoyo a la urgencia hospitalaria y las funciones de docencia e investigación.

3ª. Hospitales psiquiátricos, en los que deberán existir unidades de rehabilitación hospitalaria para pacientes crónicos con un máximo de 40 camas y áreas residenciales destinadas a atender a aquellos pacientes que presenten, tras un largo período de institucionalización, déficits psicosociales no susceptibles de recibir cuidados psiquiátricos continuados.

4ª. Estructuras intermedias, con dos objetivos comunes: evitar el riesgo de institucionalización de nuevos pacientes y contribuir a la desinstitucionalización de buena parte de la población asilar actual.

Expresamente, establece el art. 12.6 que, dada la escasez de este tipo de recursos asistenciales en nuestra Comunidad Autónoma, en la elaboración anual de los objetivos del Plan de Salud Mental, tendrá carácter prioritario el desarrollo de nuevas estructuras intermedias que puedan convertirse en alternativas a la hospitalización.

El Decreto 68/1991, de 11 de abril, de la misma Consejería aprobó el Plan estratégico de salud, y en el apartado referente a la salud mental y asistencia psiquiátrica y, más concretamente, a los objetivos de mejora de servicios, se fijaban los siguientes para 1995:

1º. Existencia de unidades de rehabilitación para enfermos mentales hasta una razón de quince plazas por 100.000 habitantes.

2º. La razón de camas de hospitalización para pacientes con sintomatología aguda será, al menos, de una plaza por cada 10.000 habitantes.

3º. Se habrá creado una Unidad de Hospitalización Infante-Juvenil de ámbito regional.

Para el año 2000 se fijaba como objetivo la disposición de veinte plazas de centros de día y diez de hospital de día por cada 100.000 habitantes.

B.- Desde que, a través de los medios de comunicación, se mencionó el interés de esta Institución en la organización y funcionamiento de la asistencia psiquiátrica en nuestra Comunidad Autónoma, se registraron varios expedientes promovidos por gran parte de las asociaciones integradas en la Federación de Castilla y León de Enfermos Mentales (FECLEM): PROSAME (Burgos), ALFAEM (León), AFEMEC (Salamanca), AMANECER (Segovia), VIRGEN DEL CAMINO (Soria), AFEM (Valladolid), AZAPES (Zamora).

Las principales reclamaciones planteadas en sus escritos son las siguientes:

1º. No hay reforma psiquiátrica posible sin superar el modelo manicomial y sin transformar en profundidad las arcaicas estructuras de los hospitales psiquiátricos. Y es que no pueden superarse tales estructuras sin que existan espacios alternativos para el tratamiento hospitalario de los pacientes psiquiátricos. La deshospitalización forzada de los enfermos mentales no ha ido acompañada de la paulatina creación de las estructuras intermedias de atención al enfermo mental crónico o en proceso de cronificación de forma que un dispositivo sustituyera al otro, con continuidad y orden. Y claro está, son los familiares más próximos, por tanto, los que sufren la terrible y permanente situación de crispación e inestabilidad que un enfermo de tales características produce. Ello hace necesario, para empezar, facilitar pautas de orientación a las familias para que puedan superar la enfermedad de algunos de sus miembros.

2º. Faltan estructuras de tipo asistencial en la Comunidad Autónoma para aquellos enfermos que, careciendo de familia, vagan por la ciudad ya que nadie puede controlar su ritmo de vida ni medicación.

3º. Con frecuencia, la inexistencia de unidades de hospitalización en la provincia de residencia del enfermo mental obliga a su desviación a otra provincia, con el trastorno que ello supone para los familiares y los propios pacientes.

4º. Existe un número importante de pacientes que están continuamente ingresando en las unidades de salud mental. Son los llamados pacientes de puerta giratoria que, tras una atención de diez o quince días, vuelven a su domicilio y allí abandonan el tratamiento, por lo que, en breve espacio de tiempo, se produce una descompensación. De ahí la necesidad de centros con objetivos rehabilitadores en régimen de hospitalización parcial, estructura intermedia entre el hospital y el domicilio.

5º. Se considera imprescindible un programa de seguimiento y control sanitario para los enfermos psíquicos que, dados de alta en las unidades de hospitalización, debido a su enfermedad, se niegan a acudir al Centro de Salud. Este programa de visitas domiciliarias asegura el tratamiento antipsicótico suficiente en muchos casos para lograr un nivel de adaptación al medio social y familiar tolerado, y permite obtener una información imprescindible del enfermo para, si fuera necesario, adoptar otras medidas sanitarias. La ausencia de programas de seguimiento deja a muchos enfermos psicóticos en situación de abandono sanitario.

6º. Se echan en falta las llamadas estructuras intermedias, que pueden clasificarse de la siguiente forma:

1. Dispositivos de hospitalización parcial

- *El hospital de día.* Es la estructura asistencial intermedia por excelencia. Se trata de un "hospital sin

camas" donde se atiende a las necesidades de tratamiento de un grupo de enfermos que pasan en este Centro las horas que tengan prescritas, permaneciendo el resto del tiempo en su medio comunitario de origen. Ejerce, además, una función de institución "a medio camino" para aquellos enfermos que, habiendo cursado un ingreso en régimen de hospitalización total y encontrándose clínicamente aptos para el alta, necesitan de un período de adaptación previo a su definitiva reintegración a su entorno habitual.

- *El centro de día.* Comparte alguno de los elementos estructurales del hospital de día, pero con un contenido más rehabilitador. La oferta se hace, en general, a una población de enfermos más cronificados.

- *El hospital de noche.* Es un espacio de hospitalización vespertina y nocturna para enfermos laboral y socialmente activos que, transitoriamente, tienen dificultades para permanecer en su domicilio por sus peculiaridades psicopatológicas. Tienen así mismo la oportunidad de un contacto diario con el correspondiente equipo para que les facilite no sólo el control medicamentoso sino la posible participación en alguna actividad terapéutica de grupo.

2. Dispositivos de protección comunitaria

- *El hogar postcura.* En él, un grupo reducido de pacientes (generalmente, no superior a seis) comparte durante un período de tiempo estipulado (de pocas semanas o meses) una vivienda, en compañía permanente o parcial de personal de equipo, con vistas a su total readaptación a su entorno de origen, después de un período de hospitalización total generalmente prolongado.

- *El hostel terapéutico.* Es un dispositivo para grupos de alrededor de veinte pacientes, generalmente con un cierto grado de cronificación o de institucionalización, atendidos por personal de equipo durante los tres turnos horarios, pero desarrollados a través de un tiempo más prolongado, con un límite de alrededor de seis meses. Debe complementarse con programas ocupacionales.

- *La granja terapéutica.* Es una modalidad especial de los hostales, instalados en un medio rural o urbano limítrofe, para enfermos procedentes de un medio agrícola o aquéllos en los que se estima útil un cierto aprendizaje o rehabilitación en contacto con la naturaleza y con los trabajos del campo. A menudo son concebidas con un carácter y unos objetivos altamente específicos, como las granjas de rehabilitación de toxicómanos.

- *El hogar protegido.* Alberga una pequeña comunidad de entre tres y seis pacientes que se constituyen en un núcleo de convivencia que sustituye al medio familiar a título permanente. Está concebido para aquellos enfermos que no pueden aspirar a ningún otro tipo de integración comunitaria, una vez agotados todos los esfuerzos de reinserción. A menudo, incluye pacientes con una profunda carga de institucionalización, con años o dece-

nios de "experiencia manicomial". El grado de tutela que el equipo ejerce sobre estos hogares es altamente variable, desde un gran proteccionismo hasta una mínima presencia asistencial.

3. Dispositivos de rehabilitación socio-laboral

- *El club social.* Se trata de un espacio socio-recreativo con uno o varios salones de estar y de instalaciones diversas (cine, TV, vídeo). No suele tener carácter específico, sino que se integra dentro de los servicios sociales.

- *El taller ocupacional.* Se trata de ofrecer oportunidades para el desarrollo de la creatividad personal, a través de las manualidades. Muy a menudo la actividad ocupacional se difumina entre los diversos dispositivos, especialmente el hospital de día, el hostel o el hogar postcura.

- *El taller protegido.* Es una estructura que posibilita la restitución de los hábitos de trabajo a aquellos enfermos que los hayan perdido por erosión psicopatológica o institucional y donde debe instaurarse un sistema de remuneración que, aún ajeno a los estándares sociales y aplicado con un sentido de estímulo terapéutico, evite radicalmente toda sombra de explotación social.

C.- Lo que parece, pues, es que la reforma psiquiátrica no ha sido asumida con un enfoque global del conjunto de necesidades. Podemos decir que, hoy en día, la atención a la salud mental se caracteriza por lo siguiente:

1º. La enfermedad mental sigue revestida de un estigma, como lo tuvieron en su día las graves enfermedades infecciosas, especialmente las de transmisión sexual. Sin embargo, puede decirse que en nuestra Comunidad Autónoma existe un cierto grado de tolerancia hacia el enfermo mental.

2º. Con la perspectiva histórica actual, nadie duda de la necesidad de disponer de algún tipo de dispositivo asistencial que permita el internamiento voluntario y excepcionalmente forzoso de algunos pacientes psiquiátricos por tiempos breves o largos.

Los problemas que hoy plantea la asistencia psiquiátrica son, en síntesis, los siguientes:

1º. Ambigüedad competencial. Los servicios psiquiátricos dependen de diversas Administraciones y entidades públicas y privadas con competencias en materia de salud mental, sin que ninguna de ellas asuma un enfoque global del conjunto de necesidades de la población. De ello se deriva que se mantengan servicios psiquiátricos con diferente evolución y tipo de demanda, sin una estructura común que asegure una actuación coordinada de las mismas.

2º. Escasez de estructuras extrahospitalarias.

3º. Transformación desigual de los hospitales psiquiátricos, algunos de ellos desempeñando funciones asistenciales y no terapéuticas.

4º. Falta de atención especializada que requiere la psicogeriatría, las urgencias psiquiátricas, el retraso mental, las toxicomanías y el daño cerebral.

Merece destacar la existencia, en centros de internamiento psiquiátrico, de un significativo porcentaje de pacientes que precisan atenciones de carácter social, más que psiquiátricas.

I. EL INTERNAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL

El art. 211 del Código Civil señala que el internamiento forzoso del enfermo mental requiere la previa autorización judicial. Tal medida legislativa, introducida en 1983, viene a adaptar el internamiento involuntario al espíritu de la Constitución, que en su art. 17.1º establece: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley".

Son dos las maneras de las que un enfermo puede quedar ingresado en una institución psiquiátrica, teniendo en cuenta el consentimiento del enfermo:

a) Internamientos voluntarios

Son aquéllos en los que el enfermo pide ser admitido en un hospital psiquiátrico o bien acepta y da su consentimiento a una propuesta de internamiento que le haga un psiquiatra.

Es exigible, para que sea admitido por la Dirección del hospital, que exista una enfermedad que justifique dicha medida y que el internamiento tenga una finalidad terapéutica. Hay que considerar que en estas situaciones no se requiere control judicial.

El consentimiento debe ser obtenido del paciente, tras una información suficiente, si tiene capacidad para comprender adecuadamente su decisión y es mayor de dieciocho años. ¿Cabría hablar aquí de voluntad viciada, al tratarse de un enfermo mental? La obtención de un consentimiento aparentemente libre pero conseguido con vicios, por error, presiones, engaño, etc., podrá ser considerado nulo y el internamiento, de hecho, involuntario.

b) Internamientos involuntarios

Son todos aquéllos que se llevan a efecto por la decisión de otras personas diferentes al interesado. El planteamiento del internamiento debe hacerse tras establecer un diagnóstico de enfermedad psíquica grave y en los que sea necesario tratamiento psiquiátrico.

En estos casos, la asistencia psiquiátrica suele ser solicitada por la familia cercana, el tutor legal, otros médicos o una autoridad judicial.

Los criterios clínicos aconsejables para el internamiento forzoso de un enfermo mental son:

1. Riesgo de autoagresividad.
2. Riesgo de heteroagresividad.
3. Pérdida total o grave de la autonomía personal, con incapacidad para realizar las tareas de cuidado personal más necesarias.
4. Grave enfermedad mental que, aunque no incluya inicialmente ninguno de los supuestos anteriores, encierre un riesgo de agravación en caso de no ser adecuadamente tratada.

Los internamientos involuntarios pueden ser:

1. Internamientos penales: a raíz de cometer un delito o durante la investigación del mismo.

Un comentario específico requiere todo lo relacionado con las personas ingresadas al amparo del art. 8.1 del Código Penal derogado. Según éste, la medida impuesta no estaba sujeta a plazo alguno, sino tan sólo a que se mantuvieran los presupuestos para su adopción.

El art. 101.1 del nuevo Código Penal, sin embargo, acogiendo un criterio plasmado doctrinalmente, establece que "el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo".

Se trata de una norma penal a la que es aplicable todo el régimen de retroactividad de las leyes penales. Así lo concreta la Disposición Transitoria Décima.

Las medidas en ejecución impuestas con arreglo al art. 8.1 del antiguo Código Penal, dado que en éste no se fijaba límite máximo de cumplimiento, han exigido la revisión en todo caso. El párrafo 2º de la Disposición Transitoria Décima prescribe: "En aquellos casos en que la duración máxima de la medida prevista en este Código sea inferior al tiempo que efectivamente hayan cumplido los sometidos a la misma, el Juez o Tribunal dará por extinguido dicho cumplimiento y, en el caso de tratarse de una medida de internamiento, ordenará su inmediata puesta en libertad".

Ello exige el examen de todas las causas en que existan en ejecución medidas de internamiento acordadas al amparo del antiguo art. 8.1 para fijar el límite máximo de cumplimiento. Tal límite vendrá dado por la pena que correspondería al delito en el nuevo Código Penal, sin que pueda acudir al antiguo texto, aunque el límite fuese inferior, habida cuenta de la necesidad de valorar globalmente una y otra legislación.

Si de ese límite resultase la necesidad del levantamiento de la medida impuesta, se valorarán los informes médicos y demás circunstancias y en atención a ellos habrá que decidir si lo procedente es la puesta en libertad, o mantener el internamiento, el cual deberá instarse en vía civil al amparo del art. 211 del Código Civil.

Al mismo tiempo, será necesario, aunque con menor urgencia, proceder, en cuanto a todas esas situaciones y en la forma prevista en la Disposición Adicional Primera del nuevo Código Penal, a instar la declaración de incapacidad ante la jurisdicción civil.

La aplicación de esta normativa no es sencilla, toda vez que, aun cuando se cuente con una autorización judicial de internamiento al amparo de lo dispuesto en el art. 211 del Código Civil, determinados enfermos, por su propio deterioro, no van a poder incluirse en el circuito terapéutico diseñado tras la reforma psiquiátrica ni mantenerse en el entorno comunitario.

2. Internamientos civiles: la indicación del internamiento viene derivada por motivos estrictamente médicos, sin connotaciones judiciales previas, aunque a tenor del art. 211 del Código Civil, el Juez será el que autorice o deniegue la solicitud de un internamiento involuntario. Pueden darse dos circunstancias clínicas que, en la práctica, se traducen en dos vías diferentes para conseguir el internamiento de un paciente no voluntario.

a) Internamiento forzoso ordinario

Es el internamiento que tiene lugar una vez obtenida la autorización por parte del Juez, después de examinar al presunto incapaz, oír a la familia y conocer el dictamen de un facultativo.

No es exigible por ley que sea un especialista en Psiquiatría, así como tampoco está expresamente indicado que deba ser el médico forense el que lo efectúe, si bien es al que con más frecuencia designa el Juez por la vinculación y pertenencia al Juzgado.

El Juez no interviene normalmente, una vez concedida la autorización, ni en la elección del Centro en el que se debe ingresar al enfermo ni en los problemas de traslado del mismo. Sin embargo, si para ejecutar una orden de internamiento de este tipo fuese preciso, por la negativa o imposibilidad del enfermo, el Juez puede dar órdenes a los servicios asistenciales o policiales para que lo lleven a efecto. Incluso, mediante resolución motivada, entrar en el domicilio de éste y proceder a su traslado forzoso (art. 18.2 de la Constitución y Sentencia interpretativa de este precepto de la Sala Segunda del Tribunal Constitucional, de 17 de febrero de 1984).

b) Internamiento forzoso excepcional

Es la vía de situación de urgencia clínica contemplada en el mismo art. 211 del Código Civil, en el cual se faculta a adoptar la medida de internamiento en casos de urgencia, debiendo dar cuenta al Juez correspondiente dentro del plazo de 24 horas.

Con posterioridad, el Juez podrá denegar o autorizar el internamiento, después de examinar personalmente al enfermo en el lugar donde está ingresado y escuchar los informes médicos de los psiquiatras encargados de la asistencia del enfermo o bien tras el dictamen del facultativo por él designado.

Esta vía, que en la ley se puede considerar como la excepción, es, en la práctica, la más utilizada.

Los obstáculos más importantes con los que se encuentra un internamiento son los siguientes:

a) No se cuenta con ambulancia para atender esas situaciones (muy frecuente en el medio rural) por lo que el interesado deberá procurarse el modo y el medio de transporte al centro de salud, lo cual es ordinariamente muy complicado, superando las posibilidades y disposición de familiares o terceros proclives a colaborar en el trabajo, el cual, finalmente, no se lleva a cabo. Además, se presentan episodios a los que sólo puede hacer frente un dispositivo sanitario.

Fundamentalmente cuando se trata de enfermos potencialmente peligrosos para sí o para su entorno, la carencia de personal especializado y con un destino específico que ayude al traslado urgente del enfermo al Centro psiquiátrico concluye en la petición de auxilio policial y en convertir en muchas ocasiones a los policías en auténticos enfermeros, sin preparación para ello a pesar de su enorme voluntad. Si a ello añadimos que el auxilio policial muchas veces se presta previa intervención del Juez, se aumentan los trámites y se pierde finalmente un tiempo necesario en el tratamiento del enfermo.

Frente a esta situación de falta de medios, sólo cabe encarecer a las autoridades sanitarias para que doten suficientemente todas las unidades de salud mental, auxiliadas, en caso necesario, por las Fuerzas de Seguridad del Estado en el traslado de pacientes psiquiátricos.

b) Ha de acudir a otra Unidad o centro de salud. El ámbito sanitario, como es lógico, cuenta con una organización y ordenación de sus recursos que hay que conocer y respetar. Existen distintos niveles de atención y, dentro de cada nivel, la prestación del servicio se distribuye territorialmente por distritos. Hay que acudir al nivel y distrito indicados, lo cual ocurre sin problemas cuando se trata de enfermos normalizados que cuentan con familias o terceras personas responsables y que se encuentran bajo tratamiento y control a nivel ambulatorio. Sin embargo, el problema se plantea cuando se trata de desplazados, transeúntes, extranjeros y marginados.

II. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

Podemos distinguir los siguientes niveles de atribución de competencias:

A) Constitución

La Constitución española, en los artículos 148 y 149, contiene las siguientes referencias directas a la materia sanitaria:

El artículo 148.1.21 establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad e higiene; y el artículo 149.1.16 reserva al Estado la competencia exclusiva sobre Sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos.

B) Estatuto de Autonomía

Por su parte, el Estatuto de Autonomía de Castilla y León establece en su artículo 27.1.1º que, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, es competencia de la Comunidad de Castilla y León el desarrollo y ejecución de la legislación del Estado en la siguiente materia: sanidad e higiene; promoción, prevención y restauración de la salud.

Igualmente, nuestra Comunidad Autónoma, según el artículo 27.1.2º del Estatuto de Autonomía, asume la competencia de desarrollo legislativo y ejecución, de acuerdo con la legislación básica del Estado, en materia de coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, disponiendo el artículo 27.2 que en estas materias, y salvo norma en contrario, corresponden además a la Comunidad la potestad reglamentaria, la gestión y la función ejecutiva, incluida la inspección.

C) Legislación sectorial

a.- Del Estado

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

El Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados (Art. 44.2).

El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la Ley, al establecer que en cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma. Se otorga a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, concebidas como las piezas básicas de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Para la determinación de las competencias de las Comunidades Autónomas, la norma se remite a los Estatutos de Autonomía y a las funciones que el Estado les delega o transfiere (art. 41).

En cuanto a las Corporaciones Locales, igualmente el art. 42.1 establece que las normas de las Comunidades Autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las

responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones territoriales intra-comunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la referida ley.

Las Corporaciones Locales que a la entrada en vigor de la Ley vinieran desarrollando servicios hospitalarios, participarán en la gestión de los mismos (art. 55.2).

La Disposición Adicional Sexta establece que los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma. La coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizará mediante una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma.

Es de destacar igualmente lo dispuesto en la Disposición Transitoria Primera de la Ley, en la que en el apartado tercero se establece que las Corporaciones Locales y las Comunidades Autónomas podrán establecer acuerdos a efectos de la financiación de las inversiones nuevas y de la conservación, mejora y sustitución de los establecimientos. En el apartado cuarto se dispone que en todo caso, hasta tanto entre en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales contribuirán a la financiación de los Servicios de Salud de aquéllas en una cantidad igual a la asignada en sus presupuestos, que se actualizará anualmente para la financiación de los establecimientos adscritos funcionalmente a dichos servicios.

En la Disposición Transitoria Tercera se establece que el Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia. Las Comunidades Autónomas deberán acordar la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus Servicios de Salud en el plazo máximo de doce meses, a partir del momento en que quede culminado el proceso de transferencias de servicios que corresponda a sus competencias estatutarias. En los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus Servicios de Salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquéllas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero de 1995, de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social

Regula las prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, dentro de las cuales se incluye la asistencia psiquiátrica.

b.- De la Comunidad Autónoma

Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario

En el punto V de la Exposición de Motivos se establece expresamente que “el papel que se asigna a la Administración Sanitaria es más el de ordenadora y garante de los servicios y derechos que se derivan de la protección a la salud, que el de gestora y administradora directa de recursos e instituciones sanitarias”. Ya desde los primeros artículos se establecen como cometidos principales de la Junta de Castilla y León las facultades de planificación, organización general y evaluación, así como las de autoridad pública sobre la salud individual y colectiva, mientras que la gestión y administración de los servicios queda encomendada a una pluralidad de fórmulas de gestión directa, indirecta y compartida.

El punto IX se refiere a la Gerencia Regional de Salud, creada para la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma. Así mismo, se afirma que la Gerencia Regional de Salud tiene una virtualidad inmediata en el período transitorio de asunción de competencias y recursos por parte de la Junta, por cuanto permite, de un lado, la gestión directa de un conjunto de servicios actuales y de próxima incorporación y, de otro, la formación de consorcios u otros organismos, junto con otras Administraciones y empresas, para la adscripción y administración de otros recursos.

El Título VII regula las competencias de las Administraciones Públicas. Concretamente, el artículo 55 recoge las de la Junta de Castilla y León, entre las cuales cabe destacar: aprobar la constitución de organismos, consorcios o cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas, para la gestión, administración y ejecución de actuaciones, prestaciones, programas, centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios propios del Sistema de Salud de Castilla y León o de la Gerencia Regional de Salud.

En el artículo 56 se establecen las competencias de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, entre las que figura el vigilar, inspeccionar y evaluar las actividades del Sistema de Salud de Castilla y León y su adecuación al Plan de Salud, así como la tutela, control y superior dirección del citado organismo; igualmente el controlar los centros, servicios, establecimientos y actividades

sanitarias y sociosanitarias, en lo que se refiere a la autorización de creación, modificación y cierre. En cuanto a las Corporaciones Locales, en el artículo 57.3 se establece que la Junta de Castilla y León podrá delegar o transferir a éstas el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria en las condiciones previstas en la Ley reguladora de las Relaciones entre la Comunidad Autónoma de Castilla y León y las Corporaciones Locales.

La Disposición Transitoria Tercera establece que a la entrada en vigor de la Ley, los servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios de que disponen, prestan o financian las Corporaciones Locales quedarán adscritos funcionalmente al Sistema y por lo tanto sujetos a la dirección y coordinación de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, aunque las Corporaciones Locales mantendrán la titularidad de los mismos.

En la Disposición Transitoria Sexta se establece que, mientras no se haya producido el proceso de traspaso de competencias mediante la definitiva asunción por parte de la Comunidad Autónoma de los servicios y funciones pertenecientes al Instituto Nacional de la Salud, las actuaciones del Sistema de Salud de Castilla y León, en cuanto afecten a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizarán de forma coordinada con dicha red a través de la Comisión prevista en la Disposición Adicional Sexta apartado 2 de la Ley General de Sanidad. Hasta la constitución de la citada Comisión, sus funciones corresponderán a la Comisión de coordinación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con lo suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Junta de Castilla y León en convenio de fecha 1 de diciembre de 1987 (al que posteriormente nos referiremos), y a los órganos provinciales de coordinación y colaboración que puedan constituirse.

Acuerdo de coordinación suscrito entre el Insalud y la Consejería de Cultura y Bienestar Social, de 23 de julio de 1986

En este acuerdo se manifiesta que los programas de salud mental y atención psiquiátrica existentes en la esfera de competencias de ambas Administraciones exigen una coordinación de esfuerzos que permita la realización de actuaciones sanitarias globales y el mantenimiento de las responsabilidades de las distintas entidades e instituciones que participan en ellos.

Las partes firmantes se comprometen a una política sanitaria en materia de salud mental, acorde con la Ley de Sanidad y las líneas programáticas expuestas en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, estableciendo los siguientes objetivos principales:

- La cooperación en el marco de las respectivas competencias sanitarias.
- La paulatina extensión de los cuidados y protección de la salud mental, coherente con la organización y desarrollo de la atención primaria de salud.

- El desarrollo de un modelo de atención psiquiátrica en consonancia con los criterios del Informe de la citada Comisión.

- La utilización conjunta de los recursos existentes en Salud Mental en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

- La colaboración en los programas de capacitación y formación continuada de los profesionales sanitarios de la salud mental.

- La colaboración en un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria en esta área de la salud mental.

Para la consecución de los objetivos contemplados en este Acuerdo, se constituirá un Comité de Enlace y Coordinación Regional y los correspondientes Comités de Enlace y Coordinación provinciales.

Finalmente, la estipulación séptima establece la vigencia del Acuerdo hasta el 31 de diciembre de 1986, y será prorrogable tácitamente por períodos anuales, salvo denuncia expresa de las partes firmantes, con tres meses de antelación a la finalización de cada período de vigencia.

Acuerdo de 1 de diciembre de 1987 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Junta de Castilla y León sobre coordinación de la asistencia sanitaria

Considerando la posibilidad que ofrece la Ley General de Sanidad (art. 48), así como las competencias estatutarias y la asunción de funciones en materia sanitaria realizada por la Junta de Castilla y León, se hace necesario arbitrar un procedimiento para que, respetando las competencias tanto de la Administración del Estado como de la Comunidad Autónoma, se establezca una coordinación de todas las actividades sanitarias, que tienda a conseguir una planificación idónea de los recursos asistenciales sanitarios en Castilla y León, ya sean de titularidad estatal, ya sean de la Comunidad Autónoma.

De acuerdo con lo dispuesto en la Disposición Adicional Sexta de la Ley General de Sanidad y en la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario, anteriormente señaladas, se acuerda la constitución de la Comisión de Coordinación de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, a la que se atribuyen funciones de estudio y propuesta de medidas para la cooperación institucional en la planificación hospitalaria y de atención primaria en Castilla y León.

El acuerdo permanecerá en vigor durante un año, entendiéndose tácitamente prorrogado por períodos iguales, salvo que por alguna de las partes se proceda a la denuncia del mismo, con un preaviso de tres meses antes de su vencimiento.

Orden de 9 de marzo de 1990, de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, por la que se regula la estructura de coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León

En la Exposición de Motivos se señala expresamente que la Disposición Adicional Tercera del Decreto 3/1989, de 18 de mayo, contiene el mandato de que la Consejería de Cultura y Bienestar Social regule, en un plazo no superior a ocho meses, la estructura de coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica.

La Ley General de Sanidad destaca la importancia de la acción conjunta de las distintas Administraciones Públicas en la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Al efecto de coordinar las actuaciones en esta materia se crean las siguientes estructuras de coordinación:

- * Comités de Enlace y Coordinación provinciales.
- * Coordinador de Salud Mental de Área.
- * Comisión Técnica Regional.
- * Comisión Ejecutiva Regional.
- * Comisión de Enlace y Coordinación Regional.

El contenido de la Orden de 9 de marzo de 1990 fue ampliado por la Orden de 11 de diciembre de 1992.

Respecto de las referidas Comisiones de Coordinación y estructuras de coordinación, hemos de destacar lo señalado por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León ante nuestra solicitud de información, que afirma que la Comisión de Coordinación prevista en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, no ha sido constituida en lo que afecta a esta Comunidad, y que sus funciones son asumidas por la Comisión de Coordinación de la asistencia sanitaria creada según Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Junta de Castilla y León. Sin embargo -según manifestaciones de la Consejería-, el funcionamiento de esta última no ha sido operativo, pese a lo cual no ha sido denunciado por ninguna de las partes firmantes.

D) Decretos de traspasos

La relación de Reales Decretos de Traspasos en materia de Sanidad en la Comunidad Autónoma de Castilla y León son los siguientes:

RD 2559/1981, de 19 de octubre -preautonómico- (BOE 29-X-81).

RD 2060/1984, de 26 de septiembre (BOE 16-XI-84).

RD 1783/1985, de 11 de septiembre (BOE 3-X-85).

RD 555/1987, de 3 de abril (BOE 25-IV-87).

RD 2559/1981, de 19 de octubre -preautonómico- (BOE 29-X-81)

En el artículo 2º se contiene la designación de las competencias y funciones que se transfieren, correspondiendo al Consejo General de Castilla y León, en el marco de la planificación general sanitaria del Estado y dentro de su ámbito de actuación territorial, la organización, programación, dirección, resolución, control y vigilancia, tutela, así como la sanción e intervención en las actividades y servicios de competencia de la administración sanitaria del Estado relacionadas en el apartado 1 de dicho artículo: otorgamiento de la autorización oportuna para la creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de cualquier clase y naturaleza, entre otras.

Las competencias del Consejo General de Castilla y León podrán ser transferidas o delegadas, en su caso, por éste a las Diputaciones Provinciales comprendidas en el territorio castellano-leonés.

RD 2060/1984, de 26 de septiembre (BOE 16-XI-84)

Se aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias prevista en la Disposición Transitoria Tercera del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, de fecha 27 de junio de 1983, sobre valoración definitiva del coste efectivo de los servicios traspasados, ampliación de medios personales, patrimoniales y presupuestarios y adaptación de los que fueron transferidos en fase preautonómica al Consejo General de Castilla y León en materia de sanidad en virtud del Real Decreto 2559/1981, de 19 de octubre.

RD 1783/1985, de 11 de septiembre (BOE 3-X-85)

En el Anexo del Real Decreto, y concretamente dentro del apartado B, se recogen las funciones que asume la Comunidad Autónoma y la identificación de los centros y servicios que se traspasan. Se transfieren a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, dentro de su ámbito territorial, las funciones que venía realizando la Administración del Estado, a través del organismo autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional, en materia de sanidad, en los centros dispensariales no hospitalarios que se identifican en la relación número 1 adjunta al acuerdo y que se traspasan a dicha Comunidad, entre los cuales, y referentes a la materia que nos ocupa, se encuentran los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora, todos ellos propiedad del Estado.

El apartado C de dicho Anexo se refiere a las funciones que se reserva la Administración del Estado, entre las cuales cabe destacar la alta inspección, la determina-

ción, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios, así como las condiciones mínimas de los establecimientos sanitarios.

El apartado D recoge las funciones en que han de concurrir la Administración del Estado y la de la Comunidad Autónoma y forma de cooperación.

RD 555/1987, de 3 de abril (BOE 25-IV-87)

En el acuerdo aprobado por el referido Real Decreto 1783/1995 no fueron incluidas las funciones y servicios, con sus medios, correspondientes a los centros hospitalarios que procedía traspasar, por lo que en el Anexo del Real Decreto ahora estudiado se afirma que procede efectuar una ampliación de las funciones y servicios traspasados a la Comunidad de Castilla y León por el referido Real Decreto en materia de Sanidad.

El apartado B de dicho Anexo se refiere a las funciones que asume la Comunidad Autónoma y a los servicios que se traspasan. Se dispone expresamente que se traspasan a la Comunidad Autónoma las funciones que venía realizando la Administración del Estado en materia de Sanidad en los centros hospitalarios que se identifican en la relación número 1 adjunta al acuerdo.

Entre los centros hospitalarios que se señalan en dicha relación, conviene destacar los siguientes:

- En Soria, el Hospital Institucional, propiedad del Estado.
- En Zamora, el Hospital Comarcal, propiedad del Estado, y el Hospital Psiquiátrico Infantil "Rodríguez de Miguel", propiedad de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional.

Respecto a las funciones que se reserva la Administración del Estado, el apartado C señala que permanecerán en dicha Administración y seguirán siendo de su competencia las funciones y actividades previstas en el apartado C del Anexo al Real Decreto 1783/1985, de 11 de septiembre.

Asimismo, el apartado D, en cuanto a las funciones en que han de concurrir la Administración del Estado y la de la Comunidad Autónoma, señala que se desarrollarán coordinadamente entre ambas Administraciones, de conformidad con los mecanismos que en cada caso se establezcan, las funciones y actividades previstas en el apartado D del Anexo al Real Decreto 1783/1985.

Decreto 257/95, de 14 de diciembre de 1995

Recoge las funciones de los órganos superiores de dicha Consejería.

Concretamente, con respecto a la Secretaría General, se recoge, entre sus funciones, la inspección de los cen-

tros, dependencias y entidades afectos o adscritos a la Consejería.

Respecto de la Dirección General de Salud Pública y Asistencia, se señalan la redacción y elaboración de los anteproyectos de mapa sanitario y del plan de salud; el ejercicio de las funciones de autoridad e intervención sanitarias; la programación, ejecución, control y evaluación del Plan de Salud de Castilla y León; el control e inspección de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y sociosanitarios; la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

En la Disposición Transitoria Primera se establece que de forma transitoria, la Gerencia Regional de Salud se configura como un centro directivo de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social con rango de Dirección General, ejerciendo como funciones la dirección y gestión de los centros sanitarios y sociosanitarios de atención especializada adscritos o integrados funcionalmente en el Sistema de Salud de Castilla y León, la dirección y gestión de los centros sanitarios de la Administración de la Comunidad Autónoma que se le adscriban, y el impulso, coordinación y programación de las diferentes acciones para el desarrollo de la asistencia psiquiátrica.

E) Legislación en materia de Régimen Local

En la legislación preconstitucional, hoy derogada, y más en concreto en la Ley de Bases de Régimen Local de 1955, se atribuía a las Diputaciones Provinciales específicas competencias en materia de Sanidad. Así, en el art. 243 i) se asignaba a la Diputación la creación y el sostenimiento de establecimientos de sanidad e higiene, y en el art. 245 figuraba como obligación mínima la de tener en funcionamiento un hospital psiquiátrico, que podría incluso gestionarse a través de conciertos, obligando incluso a las Diputaciones a financiar las estancias de los enfermos mentales de ignorada naturaleza recluidos en los hospitales psiquiátricos.

Esta situación, después de la Constitución y con la Ley 7/1985 reguladora de las Bases de Régimen Local, ha dado un giro copernicano. Efectivamente, el art. 36 de esta Ley define las competencias de las Diputaciones en el sentido de que ejercerán las que las leyes del Estado y de las Comunidades Autónomas les atribuyan en los diferentes sectores de la acción pública, que en todo caso habrán de referirse a la asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica a los servicios municipales y a los de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal.

Contiene este art. 36 también una cláusula general de competencia en virtud de la cual se legitima a las Diputaciones para "el fomento y la administración de los intereses peculiares de la provincia".

Esta, ciertamente, escasa regulación competencial que hace la Ley 7/1985 respecto de las Diputaciones omite por completo toda referencia al tema sanitario, hasta tal punto que algún autor ha escrito que ha desapa-

recido la genérica afirmación legal de una competencia provincial en materia de Sanidad.

No obstante, también hay alguna opinión que admite que, en aplicación de la cláusula general anteriormente recogida, las Diputaciones Provinciales, aun careciendo de competencias sanitarias expresas, pueden asumirlas siempre que contribuyan a fomentar sus intereses peculiares, cuya valoración corresponde libremente a sus órganos de gobierno y nada más que a sus órganos de gobierno.

Una última tesis sostiene que, en colaboración con las Comunidades Autónomas, en aras del interés público provincial, y al amparo del principio de cooperación económica y técnica que propugna el art. 57 de la Ley 7/1985, pueden las Diputaciones asumir competencias en materia de salud mental, pero siempre a través de convenios con la Administración competente.

En este contexto debe situarse el denominado Convenio Interinstitucional para la Ordenación de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León, de 20 de octubre de 1988, por el que las Diputaciones se comprometen a hacerse cargo del sostenimiento de los Centros Psiquiátricos, incluido el personal adscrito a ellos (cláusula 19), a mantener en sus presupuestos los niveles actuales de financiación para la asistencia psiquiátrica (cláusula 23), así como a iniciar el desarrollo de las gestiones para la integración de la prestación de los cuidados psiquiátricos en el sistema sanitario general al que hace referencia el art. 20 de la Ley General de Sanidad (cláusula 35).

En cuanto a la vigencia de este Convenio, hemos de señalar que se extenderá desde el día de su firma (20 de octubre de 1988) hasta el 31 de diciembre de 1989, prorrogándose anualmente de forma tácita salvo que medie denuncia expresa de alguna de las partes.

Sin embargo, en el Pleno de la Excma. Diputación Provincial de León, en sesión celebrada el día 27 de septiembre de 1991, se lee el dictamen de la Comisión Informativa de Bienestar Social, emitido en fecha 18 de septiembre, en el que se propone la denuncia del ya mencionado Convenio Interinstitucional, denuncia que deberá formalizarse dentro de dicho mes de septiembre. Al mismo tiempo, se invita a la Junta de Castilla y León a la formalización de un Convenio más equitativo.

Se señala que dicha denuncia viene determinada por la ausencia de colaboración en la financiación de la asistencia psiquiátrica por parte de los organismos comprometidos por el Convenio y a los que corresponden principal y legalmente estas obligaciones, circunstancia ésta que también viene impulsada por la carencia de centros propios de la Diputación. Se manifiesta igualmente la obligación de la Junta de Castilla y León de atender y asumir la financiación de la asistencia psiquiátrica con arreglo al art. 27 del Estatuto de Autonomía, al Decreto 83/1989, de organización y funcionamiento de los servi-

cios de salud mental y asistencia psiquiátrica, y a la Orden de 9 de marzo de 1990; disposiciones que, a su entender, afirman la obligación de la Junta de Castilla y León de asumir estas obligaciones asistenciales en materia de salud mental, remitiéndose al art. 36 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, por el que, según manifiesta la Diputación Provincial, ésta está liberada legalmente de tales obligaciones.

A la vista de todo lo expuesto podemos concluir lo siguiente:

a) Administración a quien competen los gastos de asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización

Esta cuestión ha sido ampliamente debatida en numerosas contiendas judiciales planteadas por los asegurados de la Seguridad Social que se han visto obligados a abonar los gastos de internamientos psiquiátricos, no quirúrgicos ni urgentes, gastos que han reivindicado del Insalud.

A este respecto, la Jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Social, en Sentencias de 20 de marzo de 1987, 25 de marzo de 1987, 1 de julio de 1988, 20 de julio de 1989, 12 de junio de 1989 y 10 de octubre de 1989) ha sido unánime en aclarar que los gastos de internamiento por este concepto corresponden a la Seguridad Social. Todos estos fallos judiciales mencionados vienen a concluir que el número 4 del art. 104 de la Ley General de Seguridad Social precisa que la hospitalización por motivos quirúrgicos será obligatoria para la entidad gestora y la que obedezca a motivos no quirúrgicos -entre los que hay que incluir el internamiento psiquiátrico- será obligatoria cuando se determine reglamentariamente. Esta determinación la realiza el art. 19.1 del RD 2766/1967, de 16 de noviembre, que establece la obligatoriedad de la hospitalización cuando la enfermedad exija un tratamiento o diagnóstico que no pueda realizarse en el domicilio del paciente ni en régimen ambulatorio, cuando la enfermedad sea transmisible o cuando la conducta del paciente requiera una vigilancia sanitaria continuada.

b) Competencias de las Comunidades Autónomas

La Ley General de Sanidad en los arts. 41, 42, 49 y 50 prevé la transferencia de estos servicios a las Comunidades Autónomas. La de Castilla y León, tal y como decíamos, ha asumido únicamente la coordinación de los servicios de salud. Todavía no ha asumido la asistencia propiamente dicha.

c) Régimen transitorio

La Disposición Transitoria Primera de la Ley General de Sanidad dice textualmente:

“Las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la presente Ley se adscriban a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, establecerán de mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas un proceso de transferencia de los mismos.

No obstante lo establecido en el apartado anterior, la adscripción funcional a que se refiere el art. 50.2 de la presente Ley se producirá en la misma fecha en que queden constituidos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Desde este instante, las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos que queden adscritos a sus servicios de sanidad.

Las Corporaciones Locales y las Comunidades Autónomas podrán establecer acuerdos a efectos de la financiación de las inversiones nuevas y las de conservación, mejora y sustitución de los establecimientos”.

Estos tres párrafos, literalmente transcritos, de la Disposición Transitoria Primera de la Ley General de Sanidad regulan el sistema de transferencia de establecimientos sanitarios a las Comunidades Autónomas.

Por su parte, los apartados 4 y 5 de la citada disposición hacen referencia a la obligación de las Corporaciones Locales de financiar, a través de sus presupuestos, determinadas cantidades para los gastos de asistencia psiquiátrica, excluyendo las cantidades que puedan proceder de conciertos con el Insalud.

III. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS VISITADOS

A) Unidades de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales

1. HOSPITAL GENERAL “RÍO CARRIÓN” (PALENCIA)

Número de estancias año 1995: 2.605.

Estructura: Es una Unidad que cuenta con 8 camas, distribuidas en 4 habitaciones dobles, ubicadas en la planta tercera del Hospital, compartiendo el personal auxiliar y de enfermería con el Servicio de Medicina Interna.

Titularidad: Insalud.

Personal: Sólo cuenta con un psiquiatra que atiende la hospitalización de la provincia, las interconsultas y las urgencias psiquiátricas de la mañana. Durante las vacaciones del psiquiatra de hospitalización, la necesidad de mantener cubierta la Unidad lleva a que uno de los psiquiatras ambulatorios se desplace al Hospital. Urge, por ello, la ampliación del número de psiquiatras como mínimo hasta tres.

Precisa, al menos, de un ATS psiquiátrico, por turno, dedicado exclusivamente a la Sala, un auxiliar especializado y un psicólogo.

Estancia media de los pacientes ingresados: La estancia media de los ingresados es de unos 11 días.

En realidad, no está configurada como una verdadera Unidad. Dentro del Servicio de Medicina Interna, y separadas simplemente por una puerta traslúcida, se ubican las 8 camas.

Fuera de la Unidad queda la sala de estar y de visitas. Es necesaria la existencia de una zona de esparcimiento para los pacientes psiquiátricos, ya que sus características no hacen aconsejable que permanezcan encamados.

No existen celdas de aislamiento insonorizadas, por lo que, en caso de agitación o agresividad, no hay más remedio que acudir a medidas de contención física y mecánica a través de cierres de sujeción mediante imanes.

Las habitaciones son dobles. Ello genera problemas en el caso de que haya más ingresos de hombres que de mujeres o viceversa. Por poner un ejemplo, si sólo está vacía una cama en una habitación doble ocupada por un hombre e ingresa una mujer, ésta no puede ser atendida.

Sólo existe una bañera para todos los enfermos. Las habitaciones sólo están dotadas de lavabo y sanitario.

Sólo relativamente se puede decir que se trata de una Unidad cerrada. Las puertas de cristal que la separan del Servicio de Medicina Interna solamente se cierran por la noche, período en el que quedan sin personal alguno los enfermos, puesto que el control de enfermería queda fuera de la Unidad. Es imprescindible ubicar la zona de control de enfermería dentro de la Unidad de hospitalización, con acceso restringido, ya que sólo esta medida garantiza la observación de los pacientes ingresados.

Las habitaciones están dotadas de cristales protegidos y las ventanas gozan de dispositivos de seguridad. Sin embargo, existen zócalos fácilmente desmontables y aristas que deben suprimirse, así como los enchufes e interruptores, que deben ser exteriores. Los aparatos de luz actuales deben sustituirse por ojos de buey colocados en el techo.

La puerta de entrada en las habitaciones debería retrasarse y colocar una mirilla en cada una.

Las fugas o suicidios son posibles utilizando varias vías.

a) Las habitaciones no dedicadas a Psiquiatría no gozan de los dispositivos de seguridad en las ventanas ni de cristales protegidos y, puesto que la Unidad permanece abierta durante el día, es factible que el enfermo se precipite a través de cualquiera de ellas. Lo mismo puede hacer desde la habitación dedicada al servicio de limpieza de la planta, que curiosamente está dentro de la Unidad de hospitalización y cuyas puertas pueden abrirse fácilmente con un simple empujón.

b) Igualmente podrían huir haciendo uso de los ascensores comunes de la planta (el celador de vigilancia del Hospital sólo está presente a la entrada del Centro durante las horas de visita) o incluso consumir una acción autolítica a través de las escaleras, cuyo hueco no está cerrado.

Es reducido el número de camas de Psiquiatría. El Plan de actuaciones de salud mental del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1991 recomienda que las unidades de hospitalización tengan entre 10 y 25 camas.

La necesidad de superar un mínimo de camas se explica porque la Unidad debe ser:

a) Rentable, ya que se requieren unas características imprescindibles específicas que supondrían un coste excesivo en una Unidad pequeña.

b) Operativa, en el sentido de facilitar la interacción y la comunicación entre los pacientes, lo cual no es fácil para muchos de ellos.

Las deficiencias que presenta la Unidad han ocasionado graves problemas, entre los que cabe destacar el suicidio de un paciente ingresado en 1991, el grave intento de autolisis por un paciente ingresado en 1990, múltiples fugas de pacientes psicóticos potencialmente peligrosos, consumo de tóxicos por parte de pacientes y familiares dentro de la Unidad y autolesiones con material sanitario procedente del propio Hospital.

Esta situación se agrava notablemente cuando, por el limitado número de camas de la propia Unidad de Psiquiatría, se hace necesario ingresar a los pacientes que lo precisen en otras dependencias del Hospital (en ocasiones en el Servicio de Cardiología) con el riesgo sobreañadido que ello implica tanto para el paciente psiquiátrico como para el resto de los pacientes no psiquiátricos ingresados.

Existe otra Unidad de hospitalización psiquiátrica en Palencia, la del Hospital "San Telmo", dotada de otras ocho camas. El problema se plantea cuando está ausente el psiquiatra adscrito a este Servicio. La Unidad se cierra y la del Hospital "Río Carrión" se ve entonces aún más sobrecargada. De hecho, el índice de rotación es el más elevado de la Comunidad Autónoma y la estancia media, la más breve.

2. HOSPITAL POLICLÍNICO (SEGOVIA)

Se trata de un Centro adscrito al Complejo Hospitalario de Segovia pero ubicado en Segovia capital, alejado del resto de los servicios sanitarios del Insalud de la ciudad y compartiendo el edificio con la hospitalización de pacientes de Medicina Interna y Geriátrica.

El edificio es antiguo por lo que cuenta con defectos de estructura que tan sólo una remodelación o reubicación podría solventar.

Número de estancias computadas desde junio de 1995 a mayo de 1996: 6.344.

Estructura: Es una Unidad que consta de 19 camas y se ubica en la segunda planta del Hospital. Las habitaciones se distribuyen en individuales y dobles por mitad. Dispone de sala de estar-comedor y de control de enfermería, así como de una sala de laborterapia.

Titularidad: Insalud.

Personal: 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 supervisora de enfermería, 8 ATS, 7 auxiliares de clínica y 5 celadores.

Estancia media de los pacientes ingresados: 19 días, durante el período comprendido entre junio de 1995 y mayo de 1996.

Las habitaciones que dan vista a un patio interior están provistas de rejas, impropias de un ambiente sanitario, cuya supresión sería conveniente estudiar. En cambio, las orientadas a la fachada exterior del edificio disponen de doble ventana protegida que sólo puede abrirse utilizando la llave adecuada. Ello obliga, cuando deban ventilarse las habitaciones, a realojar momentáneamente a los enfermos en otro espacio cerrado hasta que estén de nuevo disponibles.

Ambos sistemas deberían sustituirse por ventanas con cierre de seguridad u oscilantes que permitieran una ventilación adecuada y, por otro lado, impidieran caídas o suicidios de los pacientes ingresados.

Las habitaciones están dotadas de plato de ducha, que habría que eliminar por el peligro que éste conlleva, y no se ha colocado en ninguna de ellas suelo antideslizante.

El sistema de las urgencias psiquiátricas, que se prestan tanto en el Hospital General como en el Hospital Policlínico, presenta en este último una situación bastante precaria en cuanto a dotación de material clínico imprescindible.

La ubicación de la Unidad produce una semimarginación de los enfermos, en lugar de la integración que perseguía la reforma, que no se producirá de forma plena hasta que no se traslade al Hospital General.

Recientemente se ha elaborado un Plan funcional de remodelación del Complejo Hospitalario de Segovia, entre cuyas medidas figura el traslado de la Unidad de Psiquiatría del lugar en que está actualmente ubicada. Según se ha diseñado, esta Unidad se constituirá de forma independiente respecto del resto de los Servicios Hospitalarios y, si la estructura lo permite, dispondrá de acceso diferenciado. La idea es que esta Unidad atienda la demanda de pacientes de esta especialidad, tanto los de carácter hospitalario como los de carácter ambulatorio (urgentes en observación).

También está previsto que todas sus áreas se localicen a nivel de plantas inferiores en previsión de posibles accidentes y la conveniencia de que la Unidad disponga de una zona ajardinada para uso de los pacientes.

La Unidad de Psiquiatría, según el Plan citado, tendrá un dimensionado de 14 camas distribuidas en 5 habitaciones dobles y 4 individuales.

3. HOSPITAL PROVINCIAL "DIVINO VALLES" (BURGOS)

Número de estancias año 1995: 13.731.

Estructura: Cuenta con 48 camas de hospitalización y un Hospital de Día, este último con una capacidad de 25 plazas. Ambos dispositivos se ubican en la tercera planta del Hospital.

El Hospital de Día lleva a cabo actividades de control de constantes y toma de medicación, así como desarrolla grupos de gimnasia, psicoterapia, expresión plástica y actividades cotidianas y de ocio.

Las habitaciones son dobles, triples y cuádruples y todas están provistas de ventanas protegidas y de cristales de seguridad. Se distribuyen en dos alas unidas por el comedor común y consta cada una de ellas de sala de estar, control de enfermería y despachos de profesionales.

Las urgencias psiquiátricas son compartidas con el Hospital General Yagüe. Hasta febrero de 1995 disponía este Hospital de 16 camas destinadas a enfermos psiquiátricos agudos, que desaparecieron en dicha fecha, encontrándose centralizada desde entonces la atención a este tipo de enfermos en el Hospital Provincial.

Dispone también de dos módulos cerrados y provistos de cristales protegidos, ubicados en la planta séptima, para la atención de presos, no sólo con problemas psiquiátricos sino de cualquier otra índole, cuando estos procesos no pueden ser tratados adecuadamente en la enfermería del Centro Penitenciario. Actualmente la financiación de ambos módulos corre a cargo de Insalud.

Ha puesto en marcha una Unidad de trastornos de la alimentación, una de enlace (interconsultas de ambos hospitales) y otra de terapia electroconvulsiva.

Titularidad: En virtud del Decreto 91/1993, de 22 de abril, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, se aprueba la constitución del Consorcio Hospitalario de Burgos y los Estatutos que determinan su régimen.

Con tal denominación se constituye por tiempo indefinido un Consorcio administrativo de carácter voluntario integrado por la Comunidad de Castilla y León, a través de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, y la Diputación Provincial de Burgos.

Además, ha suscrito el mencionado Consorcio un concierto con Insalud para la financiación de determinadas estancias.

Personal: 37 personas para la Unidad de hospitalización. De ellas, 2 son psicólogos. Los recursos humanos del Hospital de Día son ocho: 1 facultativo, 1 ATS, 1 asistente social, 1 terapeuta y 4 auxiliares psiquiátricos.

Estancia media de los pacientes ingresados: Aproximadamente, 16 días.

No parece adecuada la ubicación del Centro de Día, antiguo taller de laborterapia, dentro del mismo Hospital e incluso en la misma planta destinada a la hospitalización de enfermos agudos, puesto que el objetivo de cada una de estas unidades es diferente.

Por otro lado, el desplazamiento de los enfermos que se trasladan al Centro de Día desde la misma capital o desde otro punto de la provincia no es sufragado, ni siquiera en parte, por el Consorcio Hospitalario.

4. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID)

Número de estancias año 1995: 8.920.

Estructura: Consta de 24 camas distribuidas en 6 habitaciones de 2, 4 y 3 camas respectivamente, además de una celda de aislamiento individual. Todas ellas se ubican en la planta undécima norte del Hospital.

Dispone de dos comedores, unidos por una puerta corredera (una parte es utilizada en ocasiones como consulta), y servicios comunes con dos duchas y una bañera. Esta última es utilizada para la higiene de los enfermos con movilidad reducida cuando precisan ser asistidos por personal de la Unidad.

Se trata de una Unidad cerrada, tanto por la zona principal de acceso, como por la salida de emergencia, que se encuentra bloqueada por dos puertas.

Titularidad: Insalud.

Personal: 18 personas. De ellas, 2 son psiquiatras, 1 supervisora, 8 enfermeras, 6 auxiliares, 1 asistente social, 1 administrativo y 1 celador.

Estancia media de los pacientes ingresados: 12 días.

Sorprende la ubicación de la Unidad en la última planta del Hospital. Convendría, por ello, instalar un climatizador frío/calor para el ala, ya que, al tratarse de la última planta, las condiciones de aislamiento térmico no son las adecuadas y se agrava el frío en invierno y el calor en verano.

Las habitaciones están dotadas de WC y plato de ducha. Este último, sin embargo, está inutilizado en todas ellas, pues el sistema de alcachofa ha sido suprimido para evitar posibles suicidios. En sustitución, se han instalado dos duchas comunes que han de compartir todos los usuarios de la Unidad de hospitalización, en las que curiosamente está instalado el citado sistema de alcachofa. Por ello, es necesario su acondicionamiento a las especiales características de los pacientes tratados, en evitación de autolesiones o intentos autolíticos.

Es sorprendente el estado en el que se encuentra la habitación de aislamiento (un colchón sobre un bloque de hormigón y sin aseo), teniendo en cuenta que determi-

nados enfermos pueden necesitar permanecer en la celda durante un tiempo prolongado.

Curiosamente, es la única planta, de la totalidad del Hospital, que no ha sido reformada apenas desde su puesta en funcionamiento hace unos 18 años. Por ello, son considerables los desperfectos que presenta el techo y la pintura de las paredes. Se hace necesario completar la reforma, ya iniciada en otras plantas, a la totalidad del Hospital.

Las ventanas disponen de cristales protegidos de difícil fractura. Sin embargo, convendría estudiar la posibilidad de suprimir las rejas, impropias de un establecimiento sanitario.

Urge acometer las medidas necesarias para mejorar la instalación eléctrica de la planta, en especial la sustitución de los tubos fluorescentes colocados en la cabecera de las camas por otros luminosos en el techo de imposible acceso por los internos.

La presión asistencial existente en las dos Áreas sanitarias de Valladolid obliga a mantener una estancia media muy corta y a efectuar ingresos con cierta habitualidad en otras plantas del Hospital, con los problemas que ello origina en el funcionamiento de esas plantas por la especial naturaleza de los pacientes psiquiátricos.

5. HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE SONSO - LES" (ÁVILA)

La configuración de la Unidad de hospitalización psiquiátrica es reciente, aproximadamente de 1991. Hasta entonces los enfermos agudos eran ingresados en otras plantas del Hospital.

Número de estancias año 1995: 4.743.

Estructura: Consta de 16 camas ubicadas en la planta octava del Hospital.

Lleva a cabo también un sistema de contención psíquica programada, a través del suministro periódico a enfermos no ingresados de los llamados neurolépticos de acción prolongada y la técnica electroconvulsiva, tan criticada hace años y que ahora se practica con las garantías precisas, bajo anestesia general y en quirófano.

Titularidad: Insalud.

Personal: Cuenta con 3 psiquiatras, 1 supervisora, 9 ATS, 7 auxiliares y 6 celadores.

Estancia media de los pacientes ingresados: 16 días.

Es inadecuado que la Unidad de hospitalización psiquiátrica se encuentre ubicada en la última planta del Hospital, a pesar de que las habitaciones, dobles, están provistas de cristales blindados, con doble ventana, una de ellas basculante y con tope de apertura.

Sólo existe una bañera para toda la Unidad. Es urgente dotar a todas las habitaciones de ducha o bañera y, en cualquier caso, con suelo antideslizante.

Carece de un control de enfermería propio, puesto que comparte personal de ATS y auxiliares con la Unidad de Oftalmología, de la que sólo la separan unas puertas traslúcidas cerradas con llave. Además, es escaso el personal y durante el turno de noche sólo trabaja un ATS y un auxiliar para ambas unidades. No dispone tampoco de habitación de aislamiento. Por ello, en caso de enfermos agitados, ha de acudir a medidas de contención física y mecánica.

Sólo existe una sala que se utiliza por los enfermos al mismo tiempo como comedor y como sala de TV. Sería aconsejable disponer de un espacio destinado a actividades de ocio, ya que al tratarse de enfermos psiquiátricos sin conciencia de enfermedad, no desean permanecer encamados.

En algunas ocasiones han estado ingresados enfermos psiquiátricos en calidad de presos preventivos, aunque la vigilancia policial permanece en esos casos fuera de la Unidad.

6. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (SALA - MANCA)

Número de estancias año 1995: 8.456.

Estructura: Consta de 32 camas ubicadas en la planta séptima del Hospital.

Titularidad: Insalud.

Personal: Cuenta con 4 psiquiatras, tres de ellos a tiempo total y uno a tiempo parcial, 9 ATS, 7 auxiliares, 1 psicólogo, 1 trabajador social y 1 administrativo, estos tres últimos a tiempo parcial.

Estancia media de los pacientes ingresados: 14 días.

Llama la atención que, dentro de toda la estructura del Hospital, se haya ubicado precisamente la Unidad de hospitalización psiquiátrica en la última planta de todo el edificio.

Por si fuera poco, se configura como una Unidad de puertas abiertas, quizá porque, al tratarse de una Unidad que alberga a un número importante de enfermos que, por su propia patología, no necesitan ni les conviene estar encamados, disponen de mayor libertad de movimientos. Un celador, que no siempre permanece vigilante en la puerta, controla en la mayoría de los casos a los pacientes que salen al exterior de la Unidad para realizar llamadas telefónicas. Por el Jefe del Servicio se nos comunica que han sido varias las fugas llevadas a cabo eludiendo la vigilancia del citado celador.

Las ventanas han sido provistas de unas rejas, que, si bien no son muy llamativas, podían sustituirse por otros sistemas que garantizan la misma seguridad y, sin embargo, evitan la sensación de enjaulamiento de los pacientes: cristales de seguridad o ventanas de apertura limitada.

Se han dado casos de intentos autolíticos en los últimos años, bien eludiendo la vigilancia del celador y arrojándose por la escalera principal, bien utilizando cualquier prenda de vestir o ropa de cama y colgándose de los grifos de los baños. No obstante, las persianas han sido provistas del sistema de manivela para reducir al máximo dicha posibilidad.

La Unidad no está dotada de celda de aislamiento. Sólo se dispone de una habitación más vigilada por estar situada cerca del control de enfermería. Esta solución no es suficiente para la atención de determinados casos de agitación, por lo que convendría se estudiase la posibilidad de dotar a la Unidad de dicha celda, acolchada y provista de los medios necesarios para que estuviera constantemente vigilada durante el período de estancia en ella de cualquiera de los enfermos.

7. HOSPITAL PROVINCIAL "SAN TELMO" (PALENCIA)

Número de estancias año 1995: 9.873.

Estructura: Consta de 8 camas ubicadas en la planta primera del Hospital.

Hasta 1988, el Hospital venía atendiendo a los reclusos que precisaban atención especializada en las correspondientes unidades de hospitalización, en las que debían ser custodiados por las Fuerzas de Seguridad del Estado. Es fácil comprender las dificultades para todos en el cumplimiento de las respectivas obligaciones.

Por ello, en la planta superior del Hospital se inauguró en 1988 una sala de seguridad para hospitalización de reclusos. Dispone de medidas de seguridad y permite la hospitalización de cuatro pacientes.

Titularidad: Diputación Provincial de Palencia.

Personal: 1 Jefe de Sección de Psiquiatría y 2 ATS.

Estancia media de los pacientes ingresados: 18 días.

Es muy escaso el personal que atiende la Unidad, hasta el punto de que, en caso de vacaciones del especialista principal, la Unidad se cierra. Es imprescindible que exista otro psiquiatra capaz de cubrir estas incidencias.

El número de ATS habría de duplicarse.

Otro problema importante en materia de personal es la ausencia de un equipo psicosocial. En los últimos años, las funciones correspondientes a la atención integral de los pacientes en este aspecto se ha venido realizando gracias, fundamentalmente, a la subvención para el desarrollo de la reforma psiquiátrica de la Junta de Castilla y León, que ha permitido la contratación de dos profesionales (psicólogo y asistente social). Tal subvención ha sido suspendida a partir de 1995, lo que conlleva la carencia de estos profesionales.

En cuanto a medidas de seguridad, se trata de una Unidad abierta, por lo que no son difíciles las fugas con

autolisis intentada o consumada, dado el escaso personal que atiende la Unidad.

Por otro lado, dispone de cuatro aseos, de los cuales solamente dos están provistos de bañera y ducha, respectivamente, en los cuales, sin embargo, no se ha suprimido el sistema de alcachofa y teléfono. Sería imprescindible suprimir tales elementos, capaces de servir de medio idóneo para consumir un suicidio.

Por idéntica razón, deben colocarse manivelas o tornos en las ventanas para el manejo de las persianas, en lugar de utilizar el sistema de banda actualmente existente.

8. HOSPITAL MILITAR (BURGOS)

Número de estancias año 1995: 2.214.

Estructura: Se compone de 20 camas distribuidas en 10 habitaciones dobles. Cada una de ellas dispone de baño completo.

Titularidad: Ministerio de Defensa.

Personal: 4 psiquiatras (tres militares y un civil), 1 psicólogo, 1 enfermera, 5 auxiliares de enfermería y 1 celador, todos estos últimos civiles.

Estancia media de los pacientes ingresados: 5 días. Aunque algunas estancias pueden prolongarse durante más de 30 días, en el Hospital se realizan un número importante de peritaciones que frecuentemente no precisan una estancia prolongada sino a veces únicamente un día.

La estructura ha sido renovada recientemente, por lo que cuenta con una amplia sala de estar con cámara, que permite la vigilancia de los residentes que la ocupan, y con una celda de aislamiento adecuadamente instalada.

Las ventanas están provistas de cristales de seguridad y las diferentes estancias del edificio, de detectores de humos.

Sin embargo, convendría se estudiase la posibilidad de sustituir el sistema de teléfono en las bañeras a fin de evitar intentos autolíticos.

Por lo que se refiere al personal, sería necesario que se incrementase la plantilla en cuanto a ATS, ya que uno solo para toda la Unidad se muestra claramente insuficiente.

9. HOSPITAL GENERAL DE LEÓN (LEÓN)

La Unidad de hospitalización psiquiátrica se encontraba anteriormente en el edificio "San Antonio Abad", al lado del Hospital de León. Sin embargo, debido a que no era el lugar adecuado para el internamiento de los enfermos mentales, en el año 1994 se produjo su traslado a la planta novena del Hospital de León.

En el año 1995 se desarrolló un plan funcional por la consultora adjudicataria del concurso abierto por el Insa-

lud, en el que se hacen una serie de recomendaciones, como la construcción de un edificio adyacente al Centro destinado a la hospitalización psiquiátrica, de planta baja y con acceso o salida al jardín, así como la necesidad de la existencia de terapia ocupacional; recomendaciones que en la actualidad no se han puesto en marcha.

Número de estancias año 1995: 2.605.

Estructura: Se trata de una Unidad que cuenta con 20 camas, distribuidas en habitaciones dobles e individuales, ubicadas en la planta novena del Hospital.

Dispone de una amplia sala que es utilizada como comedor, así como lugar de esparcimiento y ocio de los pacientes, cuenta con televisión, radio y juegos de mesa. En la misma se realizan igualmente las terapias de grupo.

Cuenta con dos duchas y una bañera, la cual es utilizada para los enfermos con problemas de movilidad que necesitan asistencia por parte del personal de la Unidad.

Dispone de control de enfermería, dentro del cual existe una sala que se encuentra siempre cerrada y que está destinada a farmacia.

Titularidad: Insalud.

Personal: Está formado por 8 psiquiatras, los cuales, a su vez, realizan las consultas intrahospitalarias. Tres de estos se encuentran de manera continua en los centros de salud prestando asistencia ambulatoria, acudiendo a la Unidad en casos de necesidad. Completan el personal de la Unidad 1 supervisora de enfermería, 6 enfermeras y 7 auxiliares de clínica.

Serían convenientes un psicólogo y un terapeuta ocupacional.

Estancia media de los ingresados: La estancia media de los ingresados durante el año 1995 ha sido de unos 22 días. Sin embargo, a fecha julio de 1996 dicha estancia se reduce a unos 15 días.

A raíz del suicidio ocurrido en la Unidad de una paciente que arrancó una de las ventanas de su habitación y se precipitó por la misma, se colocaron en toda la Unidad cristales protegidos y en las ventanas se instalaron cierres de seguridad y topes laterales, inferiores y superiores, que permiten la ventilación e impiden las caídas o suicidios.

Existen enchufes e interruptores, que deberían estar colocados en el exterior, e igualmente sería conveniente sustituir los tubos de luz fluorescentes colocados en la cabecera de las camas por otros que estuvieran colocados en el techo, de manera que no fuese posible el acceso a los mismos por parte de los pacientes.

Es una Unidad cerrada, ya que la puerta de acceso a la misma, que se encuentra siempre cerrada, dispone también de cristales protegidos.

Dentro de la Unidad existen dos ascensores que únicamente pueden ser utilizados por medio de una llave especial.

Todas las habitaciones cuentan con un pequeño aseo que dispone de WC y lavabo. Existen como servicios comunes dos duchas y una única bañera. Sería conveniente la supresión del sistema de alcachofa de las mencionadas duchas, ya que pueden resultar una vía para las autolesiones o el suicidio de los pacientes.

Las camas de las habitaciones son diferentes a las del resto del Hospital, ya que se asemejan a las camas que habitualmente existen en una vivienda, al ser más bajas y más sencillas. Lo mismo ocurre con el resto del mobiliario, que no se asemeja al existente en otras habitaciones del Centro.

Existe una habitación de aislamiento al lado del control de enfermería, utilizada para aquellos casos en que el paciente necesita de unos cuidados especiales e intensivos. Dicha habitación está comunicada con el referido control por medio de una pequeña ventana que cuenta con cristales protegidos. En caso de agitación se acude a las medidas de contención psíquica, a través del suministro de neurolépticos, y a las medidas de contención mecánica a través de cierres de sujeción con imanes.

Las paredes de las habitaciones tienen algunos defectos en la pintura, que serán corregidos próximamente.

La capacidad de la Unidad se ve superada como consecuencia de la falta de una Unidad de agudos en el Área del Bierzo, ya que las personas pertenecientes a dicha Área y que precisan de hospitalización psiquiátrica recurren al Hospital de León, o incluso tienen que acudir a otras provincias cuando no existen camas disponibles. Por todo ello urge la instalación de una Unidad de hospitalización psiquiátrica en El Bierzo.

B) Hospitales psiquiátricos

1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SANTA ISABEL" (LEÓN)

La mayoría de los pacientes ingresados en el Hospital durante 1995 padecían psicosis esquizofrénicas y otras psicosis delirantes (39,4%). En cambio, ningún preso preventivo o condenado judicialmente que padeciera trastorno psiquiátrico tuvo entrada en el Centro durante el mismo período.

La arquitectura interior y exterior del Hospital (que cuenta con un entorno ajardinado) resulta aceptable, salvo las matizaciones que realizaremos más adelante.

A pesar de las restricciones a que se ven sometidos los pacientes psiquiátricos, puede decirse que estos gozan de bastante grado de libertad y autonomía, pudiendo acceder a salas de reunión, televisión, recibir visitas de familiares y amigos e incluso salir al exterior, salvo en caso de prescripción facultativa. Ello, desde luego, es

positivo ya que la enfermedad mental en ocasiones exige medidas con efecto terapéutico positivo pero que coartan la libertad, intimidad y otros derechos fundamentales del paciente. Si, además, añadimos que se trata de enfermedades cuyo porcentaje de curación es bajo, es conveniente cuestionar la eficacia, oportunidad y los límites de las medidas restrictivas de la libertad individual.

Número de estancias año 1995: 84.995.

Estructura:

- a) Área residencial:
- Unidad de Geropsiquiatría (88 camas).
 - Unidad de Deficientes (59 camas), única Unidad no mixta, es decir, en la que hombres y mujeres se hallan separados.
- b) Área asistencial:
- Unidad de Hospitalización (15 camas). La estancia media en esta Unidad es de 24 días.
 - Unidad de Rehabilitación (33 camas), que cuenta con varios programas específicos; entre ellos, un piso de transición.

Cuenta también con un sistema de terapia ocupacional en forma de talleres (jardinería, textil, encuadernación y otros), actividades que deben potenciarse, ya que son positivas desde el punto de vista terapéutico y, además, contribuyen a hacer más agradable la estancia del paciente.

Titularidad: Junta de Castilla y León, desde el 1 de junio de 1993. Mediante el Decreto 117/1993 se aprueba el Convenio suscrito entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y Caja España de Inversiones, Caja de Ahorros y Monte de Piedad para incorporar el sanatorio psiquiátrico "Santa Isabel" en la red de servicios de la Consejería citada. Se acordaba la creación de la "Obra Social de colaboración" y la sucesión de la actividad empresarial del sanatorio psiquiátrico "Santa Isabel".

El edificio en el que se ubica ha sido cedido por la entidad Caja España y se han celebrado conciertos con la Diputación Provincial de León y con Insalud, de foma que a cargo de la primera corre la facturación de las estancias de pacientes crónicos, y las de hospitalización psiquiátrica (procedentes, ante la falta de camas, de la Unidad de hospitalización psiquiátrica del Complejo Hospitalario de la Seguridad Social) son facturadas por Insalud para la atención de enfermos agudos.

Personal: 172 personas; de ellas 4 son psiquiatras. Dispone de equipo psicosocial compuesto por 2 psicólogos y 2 asistentes sociales.

Edad media de los pacientes ingresados: 59 años.

Se echa en falta una Unidad específica de atención a los problemas de daño cerebral, pese a que estos pacientes sufren frecuentemente convulsiones epilépticas y, por tanto, precisan de seguimiento sanitario y de medicación.

Durante el año 1995, tres pacientes de este tipo fueron derivados a la asociación Aspace-León, cuyas instalaciones se encuentran ubicadas en el edificio de San Cayetano de la capital, cedido por la Diputación Provincial y que subsiste con bastante precariedad económica.

Parece excesivo el número de pacientes existentes en la Unidad de Psicogeriatría. Entendemos que los servicios de salud mental deben dar respuesta a los problemas psicológicos derivados del envejecimiento, tanto normal como patológico, pero rara vez deberían dar una respuesta residencial a largo plazo. Una cosa es atender, por ejemplo, una reacción depresiva en la senilidad y otra, muy distinta, proceder al internamiento a largo plazo bajo el pretexto de su invalidez o su soledad. Creemos que la mayor parte de las demandas psicogerítricas pueden ser atendidas en régimen domiciliario o ambulatorio, no justificándose asistencialmente la enorme proporción de ancianos internados en los pabellones de los hospitales psiquiátricos.

Lo mismo podemos decir respecto de los deficientes. La red de asistencia a los deficientes debe ser paralela a la de salud mental, recayendo su organización en los servicios sociales, a través de equipos interdisciplinarios (profesionales de la medicina, la psicología, la asistencia social, la psicopedagogía, fisioterapeutas, rehabilitación, etc.). No es coherente asimilar el déficit a la psicosis. La respuesta a los deficientes, que deberá ser individualizada de acuerdo con la magnitud de su déficit, debería ser de tipo residencial sólo cuando fracase el resto de los dispositivos. El equipo de salud mental sólo debería intervenir en función de apoyo cuando sea necesario por indicación estrictamente psiquiátrica: patología psiquiátrica, reacciones depresivas o alteraciones graves de conducta.

Sería conveniente mejorar la distribución de los enfermos por habitaciones, considerando que, por lo menos, las cuádruples (17, distribuidas en todas las Unidades), quíntuples (1 en la Unidad de Deficientes) y las séxtuples (4 en Psicogeriatría y Rehabilitación) no satisfacen los postulados que deben presidir la atención a la salud mental.

Lo mismo podríamos decir de los servicios de aseo y ducha, precisados de una distribución más personal, ya que no más de tres personas deberían compartir tales usos.

Carece de barras de sujeción en los pasillos correspondientes a la Unidad de Geropsiquiatría. Sin embargo, para prevenir posibles autolesiones, suicidios o caídas por disfunciones psicomotrices, dispone de vallas que cierran de arriba abajo el hueco de las escaleras y de barrotes en las ventanas. Esto último no deja de sorprendernos cuando pueden ser sustituidos por cristales de plástico de difícil fractura y que, excepcionalmente, en caso de ésta, evitan posibles lesiones al paciente. Otra alternativa serían los dispositivos de cierre de seguridad o vidrios oscilantes.

Dentro de la provincia de León se hace necesario crear una Unidad de hospitalización psiquiátrica en el Área de El Bierzo. Muchos enfermos ingresados en el Hospital "Santa Isabel" son derivados desde dicha Comarca. Ello choca frontalmente con lo establecido en el art. 1 del Decreto 83/1989, que califica de excepcional y por motivos terapéuticos la derivación de un paciente psiquiátrico a otra área de salud. Tampoco cumple lo dispuesto en el art. 9 del mismo Decreto, que impone la existencia en cada área sanitaria de una Unidad de hospitalización para pacientes psíquicos en un Hospital General o, en su defecto, en un Hospital Psiquiátrico. Ninguna de estas estructuras existe en el Área de Ponferrada, organizada territorialmente, por Orden de 29 de abril de 1991, en dos distritos psiquiátricos, que abarcan cada uno de ellos dos Zonas Básicas de Salud (una urbana y otra rural).

2. COMPLEJO "SAN SALVADOR" DE OÑA (BURGOS)

El Centro se encuentra ubicado en la villa de Oña, pequeña población del norte de la provincia de Burgos, distante unos setenta kilómetros de la capital.

No es un Centro de nueva creación.

El edificio presenta, por ello, demasiadas trabas arquitectónicas a la luz de los actuales enfoques asistenciales en materia psiquiátrica.

El Centro se halla rodeado de una finca de aproximadamente 80 hectáreas, muchas de ellas destinadas a pinar, con amplios paseos que sirven de distracción a los residentes. Dentro de esta finca se ubica también una piscifactoría que, sin embargo, no es explotada por el complejo ni por la Diputación Provincial.

Número de estancias año 1995: 183.715. El índice de rotación no posee relevancia por la duración de mediana estancia de los ingresos. Se aprecia cómo la fecha de ingreso de los residentes se distribuye regularmente a lo largo de los años de historia del Complejo hospitalario, destacando el quinquenio 1976-1980, años de ingreso del 45% de los internados a 31 de diciembre de 1995.

Estructura: Se distinguen en el Complejo cuatro plantas, prácticamente intercomunicadas, cuyas estancias giran en torno a patios o claustros. Se mantiene la estructura religiosa heredada, a excepción de un edificio de nueva construcción destinado a enfermos con retrasos mentales.

En la planta baja encontramos las zonas comunes (comedores, salas de laborterapia, consultas médicas, biblioteca, administración, recepción, etc.), mientras que los pisos superiores están mayoritariamente dedicados a los dormitorios.

La distribución de los enfermos se realiza desde el punto de vista asistencial en diversas secciones:

Psiquiatría hombres:

- Enfermería: 24 camas.
- Rehabilitación: 88 camas.
- Clínica psíquica: 58 camas.

Psiquiatría mujeres:

- Enfermería: 21 camas.
- Santa Luisa: 86 camas.
- Clínica psíquica: 81 camas.

Retrasos mentales:

- Florida (hombres): 69 camas.
- Milagrosa (mujeres): 33 camas.

Geriatría

- Hombres: 23 camas.
- Mujeres: 48 camas.

El modelo asistencial es de régimen semiabierto, por lo que un gran número de pacientes salen al pueblo habitualmente, incluso algunos trabajan en empresas de la localidad.

Titularidad: Diputación Provincial de Burgos.

Personal: 187 trabajadores. El equipo facultativo está formado por el director médico (psiquiatra), 3 psiquiatras y 4 médicos de guardia. Así mismo, se dispone de 1 psicólogo y 3 asistentes sociales, además de los ATS y auxiliares psiquiátricos necesarios para cada sección y demás personal de servicios comunes.

Edad media de los pacientes ingresados: 61 años. El 25% de los pacientes ingresados superan los 70 años y el 50%, la de 65.

Sorprende el ingreso de algunos condenados, sin vigilancia policial. Más llamativo es aún el carácter de centro penitenciario que se le atribuye al Complejo "San Salvador" en un oficio de 30 de abril de 1996, dirigido a este último por la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Burgos, precisamente ordenando el ingreso de uno de los condenados. Ello como consecuencia de la inexistencia en nuestra Comunidad Autónoma de hospitales de carácter penitenciario que puedan atender a la población psiquiátrica reclusa.

El hueco de la escalera aparece semicerrado con barrotes, pero no de arriba abajo, sino de forma transversal y por debajo de la altura del pasamanos, lo que no evita caídas o suicidios.

Los servicios de aseo son comunes. Se hace necesario llevar a cabo las obras imprescindibles para eliminar habitaciones compartidas por más de dos enfermos e, igualmente, para que los aseos no sean utilizados por más de dos pacientes.

Es excesivo el número de internos en los Servicios de Geriátría y Retrasos Mentales, cuya atención debería llevarse a cabo en coordinación con los servicios sociales.

3. HOSPITAL INSTITUCIONAL (SORIA)

Su diseño interior y exterior es actual, dado que ha sido remodelado hace apenas ocho años. Se ubica en la parte alta de la ciudad, a la que recientemente se ha extendido su diseño urbano.

En el espacio exterior se encuentra un vivero, explotado por varios enfermos en proceso de rehabilitación.

Número de estancias año 1995: 5.239 en el Servicio de Psiquiatría y 9.084 en el de Geriátría.

Estructura: Cuenta con tres servicios de hospitalización: Psiquiatría, Medicina Interna y Geriátría, situados respectivamente en la primera, segunda y tercera plantas del edificio. Otras unidades están dedicadas a radiología, análisis clínicos y rehabilitación, fundamentalmente traumatológica, y el resto del espacio aparece desocupado.

El Servicio de Psiquiatría está exclusivamente dedicado a la atención de enfermos agudos; cuenta con 23 camas distribuidas en 8 habitaciones y la estancia media de los pacientes en él ingresados es de 18 días. La Unidad de Geriátría, por su parte, dispone de 13 habitaciones con un total de 29 camas. En este caso, el tiempo medio de estancia se eleva ligeramente a 24 días. Ambas Unidades son mixtas.

Las 23 camas disponibles se distribuyen de la siguiente manera: 3 habitaciones individuales y 5 cuádruples.

Dispone, asimismo, de un Centro de Día situado dentro del mismo Hospital, que atendió durante el año 1995 a 32 personas, y de tres pisos protegidos distribuidos por la ciudad de Soria con cuatro plazas cada uno (dos para hombres y uno para mujeres), donde conviven en régimen normalizado doce personas bajo la dirección de los profesionales del Centro de Día (un psicólogo y un terapeuta ocupacional).

Atendió también a 15 toxicómanos y lleva a cabo una reunión mensual de terapia de grupo para alcohólicos.

Titularidad: Junta de Castilla y León. Sin embargo, continúa vigente el convenio suscrito el día 2 de julio de 1988 entre el Insalud y la Diputación Provincial de Soria, por el que se establecían las tarifas y servicios facturados con cargo al primero por las estancias de hospitalización y por la primera y sucesivas consultas.

Personal: 205 personas en total. De ellas, 26 están adscritas al Servicio de Geriátría y 28 a Psiquiatría. En su plantilla figuran 3 psiquiatras, 1 asistente social, 1 psicólogo y 1 terapeuta ocupacional, adscritos estos dos últimos al Centro de Día.

Edad media de los pacientes ingresados: 46 años en el Servicio de Psiquiatría y 84 en Geriátría.

La escalera por la que se accede a las diferentes plantas del Hospital, aparte de estar provista de una barandilla de escasa altura, no tiene el hueco cerrado, lugar por el que sería posible consumar un suicidio, una de las acciones humanas más incomprensibles y de difícil, por no decir imposible, previsibilidad. Tenemos constancia de que hace dos años una enferma se lanzó por dicho hueco desde la cuarta planta del Hospital, causándose la muerte de forma instantánea. Estimamos en este campo que es preferible excedernos en cuanto a prevención que después lamentarnos de las consecuencias de su inobservancia.

Resulta curiosa la ubicación del Centro de Día dentro del mismo Hospital, dado que su finalidad rehabilitadora choca con el carácter del servicio de psiquiatría, destinado a la atención de agudos.

Llama la atención que gran parte del edificio aparezca desocupado. Estimamos que todo ese espacio podría ser utilizado para la creación de una Unidad de media o larga estancia, de la que Soria carece. Sin ella se dificulta y en algunos supuestos se imposibilita que el enfermo siga el circuito terapéutico destinado a su reinserción y vida en comunidad.

Por otro lado, se pone en duda la subsistencia de los pisos protegidos existentes en Soria, ya que se ha visto suspendida la subvención que venían percibiendo por parte de la Junta de Castilla y León para su mantenimiento.

4. HOSPITAL PROVINCIAL (ÁVILA)

Se ubica en Ávila capital, al lado del Centro Residencial "Infantas Elena y Cristina".

Número de estancias año 1995: 32 en la Unidad de Rehabilitación, 19 en el Centro de Día y 54 en la Unidad de Desintoxicación (21 de alcohol y 33 de opiáceos).

Estructura:

a) Unidad de Rehabilitación activa: 25 camas. El tiempo máximo de estancia en esta Unidad es de un año.

b) Centro de Día: 12 plazas. Aunque el número teórico de plazas de Centro de Día es de 20, se ha venido funcionando con un máximo de 10-12 plazas por razones de espacio.

c) Unidad de Desintoxicación (de ámbito regional): 6 camas. La estancia media en esta Unidad es de 14 días.

d) Cuatro pisos protegidos, dos de ellos ocupados por cuatro pacientes y los otros dos, por tres pacientes.

Titularidad: Junta de Castilla y León. En virtud del Decreto 259/1995, de 21 de diciembre, de la Consejería de Presidencia y Administración Territorial se aprueba y acepta la transferencia a la Comunidad de Castilla y

León del Hospital Provincial y del área psiquiátrica del Centro de Salud Mental y Servicios Sociales "Infantas Elena y Cristina", dependientes de la Diputación Provincial de Ávila. La mencionada transferencia ya había sido acordada en Convenio suscrito entre ambas Administraciones el 20 de enero de 1995.

Por Orden de 1 de diciembre de 1995, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, se autorizó el cierre del último Centro citado y su consiguiente baja como hospital. La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica se trasladó al Hospital Provincial.

Personal: 52 personas. Cuenta, entre ellos, con 4 psicólogos, 4 asistentes sociales y 1 terapeuta ocupacional.

Los pisos protegidos están asistidos por 2 médicos, un psicólogo, un asistente social, un terapeuta ocupacional, un auxiliar de terapia, 5 ATS y 11 auxiliares sanitarios. La mayor parte de este personal presta sus servicios a tiempo parcial.

Al Centro de Día están adscritos un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, un diplomado universitario en enfermería y un auxiliar, los tres primeros a tiempo parcial.

Edad media de los pacientes ingresados: 51 años en la Unidad de Rehabilitación, 43 en el Centro de Día, 43 en la Unidad de Desintoxicación de alcohol y 30 en la de opiáceos.

Consideramos que el Centro de Día debería estar ubicado fuera de lo que son los servicios hospitalarios. Por otro lado, constituye un problema el traslado de los pacientes procedentes del medio rural debido a las distancias, la deficiencia de la red de transportes públicos y los problemas económicos que conlleva el desplazamiento diario, que no es sufragado, ni siquiera en una parte, por la Administración titular del Centro ni por ninguna otra.

La Unidad de Rehabilitación está integrada por los pacientes procedentes del antiguo Hospital Psiquiátrico y por deficientes mentales. Por la Dirección del Hospital sólo se menciona un paciente ingresado como potencialmente rehabilitable. Quedan, por tanto, fuera del circuito terapéutico tres grupos de pacientes:

a) Los pacientes con auto o heteroagresividad: tras un breve ingreso en la Unidad de agudos del Hospital General, son dados de alta. En muchos casos, la sobremedicación a que son sometidos en dicha Unidad provoca una descompensación al rebajar la dosis, lo que origina de nuevo el ingreso en la misma Unidad pero sin que puedan ser absorbidos por el resto de los dispositivos de atención a la salud mental.

b) Deficientes mentales con agresividad o promiscuidad sexual.

c) Enfermos crónicos de edad inferior a los 65 años.

Quizá la solución para este tipo de pacientes pase por la creación de una residencia que podría denominarse "psicosocial" de atención a pacientes muy seleccionados y carentes de cualquier otro apoyo sanitario, social o familiar.

5. HOSPITAL PROVINCIAL "RODRÍGUEZ CHAMORRO" (ZAMORA)

Se trata de un hospital general, en el que se ubica únicamente un servicio de psiquiatría. El edificio fue construido en 1969 e inaugurado dos años más tarde. Su estructura se mantiene desde entonces inalterada.

Número de estancias año 1995: 9.242. La estancia media ha girado en torno a los 18 días.

Estructura:

Unidad de crónicos: 30 camas.

Unidad de agudos: 30 camas.

Cuenta también con una Unidad de Alcoholismo, Drogodependencias y Psicogeriatría, de carácter ambulatorio.

La Unidad fue trasladada durante el mes de julio a un enclave provisional en un edificio anexo al Hospital con el objeto de realizar las obras precisas para adaptar el edificio a la calidad asistencial requerida.

Titularidad: Diputación Provincial de Zamora. No obstante, ha suscrito conciertos con Insalud y compañías privadas para el tratamiento de pacientes psiquiátricos agudos y con el Hospital "San Luis" y "San Juan de Dios", para la atención de pacientes crónicos.

Personal: 4 psiquiatras, 9 ATS, 18 auxiliares clínicos, 1 celador y 1 psicólogo, éste a tiempo parcial.

Edad media de los pacientes ingresados: 42 años.

Durante la visita, llamó la atención la existencia de un enfermo mental ingresado en dicho Servicio por orden judicial y tras haber recaído condena. El enfermo, con vigilancia policial, permanecía en el Hospital a la espera de su traslado al Centro penitenciario correspondiente. Esto pone de manifiesto la carencia en nuestra Comunidad Autónoma de unidades penitenciarias de carácter psiquiátrico. Puesto que, obviamente, concurren dos circunstancias en este tipo de enfermos, la patología psiquiátrica y la comisión de una acción delictiva, de no crearse este tipo de unidades, se corre el riesgo de que ni los dispositivos de atención a la salud mental ni los centros penitenciarios propiamente dichos puedan dar satisfacción a este tipo de enfermos.

Se debe evitar la presencia en los establecimientos psiquiátricos de policías uniformados custodiando a pacientes penitenciarios. Esto afecta a la normalidad del funcionamiento del Centro y, además, médicamente resulta inadecuado, ya que causa rechazo psicológico y malestar entre enfermos que padecen alteraciones y disfunciones psíquicas.

Dispone, sin embargo, con el auxilio de Cruz Roja, de dispositivos adecuados para el traslado de los enfermos hasta el Hospital.

Recientemente se ha redactado un Proyecto Básico y de Ejecución que define las obras necesarias para la remodelación y adaptación del pabellón psiquiátrico del Hospital Provincial. La remodelación debe considerar la separación en dos áreas, de enfermos crónicos y agudos, en lugar de la separación por sexos, como está actualmente.

6. CENTRO DE SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES (SALAMANCA)

La Diputación de Salamanca, en cumplimiento de lo dispuesto en el Título III (y concretamente en el art. 55) de la Ley General de Sanidad, y mediante acuerdo del Pleno Provincial, de 23 de julio de 1993, transformó el antiguo Hospital Psiquiátrico, del que era titular, en un Centro de Salud Mental y Servicios Sociales, con dos grandes áreas perfectamente definidas: área hospitalaria y área extrahospitalaria.

El Centro se encuentra afectado en estos momentos por dos procesos de reorganización.

El primero tuvo como objetivo la constitución de un consorcio entre la Diputación de Salamanca y la Junta de Castilla y León para la gestión de los recursos de salud mental. Así se hizo en virtud del Decreto 199/1996, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Consorcio Hospitalario de Salamanca. Ello supondrá la transformación del área hospitalaria, que quedará integrada por una única unidad destinada a la rehabilitación de enfermos mentales mediante la integración de la Unidad de crónicos en la Unidad de Rehabilitación y en la zona residencial.

Para ello, se han realizado dos intervenciones esenciales.

a) Movilidad del área hospitalaria. La Unidad de crónicos queda configurada como una Unidad de psicóticos y de trastornos afectivos, pasando 19 oligofrenias a la zona residencial.

Por otro lado, se logra desinstitucionalizar a 4 oligofrénicos, que se integran en un dispositivo residencial de la asociación ASPRODES con la que se suscribe un convenio por el que ésta percibe una dotación económica de los Presupuestos de la Diputación a cambio de tal prestación.

b) Se ha mantenido el número de ingresos en la Unidad de Rehabilitación, incrementándose el número de altas.

El segundo proceso de reorganización pretende la homogeneización de la población de la tercera edad mediante su integración en la Residencia Asistida Provincial, Centro destinado a personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

Número de estancias año 1995: En el Centro de Salud Mental y Servicios Sociales se encuentra habilitado un total de 247 plazas (207 en régimen de internamiento y 40 en régimen abierto o de rehabilitación). De ellas, 81 están destinadas a salud mental y el resto, a servicios sociales.

En el Hospital de Día fueron atendidos 52 pacientes. La estancia media es de 67 días.

Por su parte, en la Unidad de Desintoxicación fueron atendidos durante el año 1995 un total de 157 pacientes dentro del Programa de Metadona.

Estructura:

1º. Área hospitalaria: Se ubica en el antiguo Hospital Psiquiátrico, edificio inaugurado en 1965 sin que desde entonces haya sido apenas remodelado. Queda organizada de la siguiente forma:

- a) Unidad de Rehabilitación "A": 40 camas.
- b) Unidad de Rehabilitación "B": 40 camas.

Ambas Unidades son mixtas y de nueva creación, lo que impide que se colapsen con pacientes crónicos más necesitados de atención residencial.

Uno de los elementos básicos del modelo asistencial del área hospitalaria es la proyección de la misma en la comunidad, con los objetivos de integración en ésta y desinstitucionalización. Este planteamiento se ha operativizado a través de los siguientes programas:

- Concurso de redacción y dibujo dirigido a los niños del último ciclo de EGB con el objetivo de concienciación de la comunidad escolar sobre la problemática de los enfermos mentales.

- Taller de papel, con el mismo objetivo de concienciar a la comunidad escolar, no sólo con recogida de papel en los centros escolares sino también mediante visitas de los alumnos al Centro de Salud Mental y Servicios Sociales.

2º. Área residencial: Está compuesta por las siguientes Unidades:

- a) Unidad mixta: 53 camas.
- b) Unidad de ancianas: 30 camas.
- c) Unidad de ancianos: 48 camas.
- d) Unidad de deficientes severos y profundos (varones): 37 camas.
- e) Unidad de deficientes severos y profundos (hembras): 19 camas.

El área hospitalaria ha organizado, con el objetivo de eliminar el síndrome de institucionalización y normalizar los hábitos de la vida diaria, programas que se concretan en una serie de talleres: terapia ambiental, psicomotricidad, telar, jardinería y manualidades. Complementan dicha actuación las salidas terapéuticas al exterior.

1º. Área extrahospitalaria: Se encuentra en el antiguo Hospital Provincial, acondicionado para los servicios que ahora se ubican en el mismo.

a) Hospital de Día: 15 plazas.

El horario de atención a los pacientes es de 9 a 14 horas.

Dispone de biblioteca, cámara de gessel y sala de psicomotricidad y musicoterapia.

b) Unidad de alcoholismo y toxicomanías. Sigue un programa de mantenimiento con metadona. Las terapias de grupo se desarrollan, sin embargo, en coordinación con las asociaciones de afectados y en su propia sede.

c) Programa de pisos protegidos, que ha experimentado en el año 1995 un incremento, pasando de 2 a 3 y, por lo tanto, de 8 a 12 pacientes desinstitucionalizados, y el de pensiones tuteladas que ha permitido el mismo proceso respecto de otros cuatro pacientes.

Titularidad: Consorcio Hospitalario de Salamanca. En virtud del Decreto 199/1996, de 29 de agosto, se aprueba la constitución de dicho Consorcio y los Estatutos que determinan sus fines y régimen orgánico, funcional y financiero. Se trata de un Consorcio administrativo de carácter voluntario integrado por la Comunidad de Castilla y León, a través de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, y la Diputación Provincial de Salamanca. Su objetivo es la gestión de los servicios psiquiátricos en el ámbito territorial de la provincia de Salamanca, conforme al régimen y planificación sanitaria de la Comunidad de Castilla y León.

Personal: 142 personas. En esta plantilla se incluye el personal adscrito a los equipos de salud mental dependientes de la entidad provincial.

Las dos Unidades de rehabilitación cuentan con un psiquiatra y un psicólogo, y para todo el área residencial, con dos psiquiatras y un trabajador social.

Dentro del área extrahospitalaria, el Hospital de Día y la Unidad de alcoholismo y toxicomanías están atendidos, entre otros, por un psiquiatra y un psicólogo respectivamente.

Edad media de los pacientes ingresados: Debe distinguirse según las Unidades:

a) Área hospitalaria: 50 años.

b) Área residencial:

- Unidad mixta: 58 años.

- Unidad de ancianas: 75 años.

- Unidad de ancianos: 64 años.

- Unidades de deficientes severos y profundos: 40 para los hombres y 43 para las mujeres.

El edificio en que se ubica el área hospitalaria se encuentra muy deteriorado.

El horario del Hospital de Día, sin que exista un medio público que facilite el transporte desde zonas determinadas de la provincia de Salamanca, dificulta su operatividad, ya que no todos los enfermos disponen de transporte privado que permita el traslado o de medios económicos suficientes para sufragarlo.

Sorprende el internamiento de un enfermo esquizofrénico residual, condenado en su día por la comisión de un delito de lesiones a otro interno. El internamiento durante el tiempo de su condena había transcurrido en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante). Sin embargo, la Dirección del Centro de Salud Mental y Servicios Sociales nos puso de manifiesto su peligrosidad, lo que choca con el carácter abierto de dicho Centro, así como con la convivencia obligada con enfermos que padecen un retraso mental o simplemente con ancianos aquejados de algún tipo de demencia. Por ello, sería necesario una clasificación, dentro del Centro, de los enfermos en él ingresados.

Es excesivo el número de pacientes que ocupan el área residencial, por lo que urge la integración de la Unidad de ancianos en la proyectada Residencia Asistida Provincial. Se considera prioritario delimitar las competencias respectivas del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales en la atención al enfermo mental, estableciendo, de otra parte, la adecuada coordinación para facilitar, en especial, la desinstitucionalización de los pacientes no propiamente psiquiátricos internados.

Sería conveniente estudiar la forma de sustituir las llamativas rejas existentes en algunas de las ventanas del área residencial por otro sistema que, permitiendo la debida seguridad, supere aspectos impropios de un establecimiento sanitario.

7. CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES Y SALUD "NUESTRA SEÑORA DE LA FUENCISLA" (SEGOVIA)

Se ubica en el antiguo Hospital Psiquiátrico, en el término municipal de Palazuelos de Eresma, a unos ocho kilómetros de la capital.

El edificio, inaugurado en 1941, ha sufrido reformas posteriores. A lo largo de 1995 se han producido también cambios significativos, principalmente por la incorporación de la Residencia Provincial de ancianos, en el mes de diciembre, desde el Convento de Santa Cruz. Ello ha supuesto la incorporación de nuevos residentes y trabajadores y la asunción de las funciones asistenciales que la residencia prestaba.

Número de estancias año 1995: 20.257.

Estructura:

a) Área de asistencia psiquiátrica.

Se compone de dos Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, compuesta cada una por 30 camas y ocupa un edificio autónomo y separado físicamente del resto de las unidades asistenciales de servicios sociales que conforman el Centro.

La estancia media en estas Unidades es de 25 años.

b) Área de Servicios Sociales.

Antes de la incorporación mencionada de la Residencia Provincial de ancianos se dividía en una Unidad de Psicogeriatría y un módulo asistido.

Por parte de la Diputación Provincial de Segovia se firmó un convenio con la empresa ASER, responsable de una Residencia privada recién inaugurada. Dicho convenio establece un concierto de 30 plazas de Residencia de la tercera edad (válidos y asistidos). Mediante este convenio, en el momento del traspaso de la Residencia Provincial a este Centro y del cierre del módulo asistido, se han trasladado 30 ancianos a la Residencia ASER. De ellos, 15 proceden del módulo asistido y psicogeriatría.

c) Centro ocupacional "Doctor Núñez". Se encuentra ubicado arquitectónicamente dentro del Centro de Servicios Sociales y Salud. En él se realizan tareas de montajes en serie (tapones de botella, cortinas de plástico), elaboración artesanal de cestos de mimbre, alfombras y tapices, cuidado de jardines y huerta. Además, algunos enfermos colaboran en tareas del Centro (cocina, lavadero, comedores, limpieza de exteriores, etc.).

Para mantener los gastos de las actividades y los programas del Centro ocupacional se elaboran las correspondientes solicitudes de subvención a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales. Para acceder a tales subvenciones, el Centro está inscrito debidamente en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, siguiendo los requisitos establecidos en la Orden de 21 de junio de 1993 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

d) Cinco pisos protegidos o "a medio camino", ocupados por 20 enfermos mentales crónicos, procedentes de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, que son asistidos por personal técnico de dichas unidades: 1 psicólogo y 2 monitores ocupacionales.

Los pacientes, en su gran mayoría, salvo dos, acuden al Centro ocupacional "Doctor Núñez" por las mañanas para realizar actividades de laborterapia, haciendo el desayuno y la comida en los comedores del Centro. Las tardes, noches, días festivos y fines de semana los pasan en sus respectivas casas, realizando las tareas domésticas habituales.

Se efectúa contacto diario de los pacientes con el equipo psicosocial del Centro.

e) Centro de Día "Antonio Machado", destinado al tratamiento y rehabilitación de pacientes psicóticos jóvenes (en su gran mayoría). Dispone de 25 plazas y sus actividades se desarrollan entre las 9 y las 14 horas, en días laborables.

Se encuentra ubicado en Segovia capital, en el lugar denominado "Altos de la Piedad", antigua Residencia juvenil "Antonio Machado".

El Centro, sin embargo, adolece de marcadas carencias estructurales, espaciales y económicas. Desde hace más de dos años se está a la espera de la concesión del traslado.

Titularidad: Diputación Provincial de Segovia. Siguen vigentes, sin embargo, los correspondientes convenios con el Insalud y la Gerencia Territorial de Servicios Sociales que permiten la financiación de todas las plazas en el caso de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (60), y de algunas en el caso de psicogeriatría. Como novedad, la financiación parcial del presupuesto global del Centro se realiza en el año 1996 mediante un convenio entre la Diputación Provincial y la Junta de Castilla y León. Dicho convenio, firmado el 28 de marzo de 1995, se establece para la integración de los Servicios de Salud Mental de la Diputación en el Sistema de Salud de Castilla y León. A través del mismo, se sustituye el anterior mecanismo de subvenciones para la reforma psiquiátrica, de convocatoria anual, por la asignación de una aportación presupuestaria preestablecida para todo el año por la prestación de los servicios psiquiátricos por parte de la Diputación.

Personal: Las Unidades de Rehabilitación cuentan con 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 geriatra, 1 asistente social, 1 terapeuta ocupacional, 6 ATS y 14 auxiliares de clínica. Además del apoyo de los servicios generales de mantenimiento y administrativos, los servicios de limpieza están concertados con una empresa privada.

El personal adscrito al Centro de Día está constituido por un psicólogo clínico y dos monitores ocupacionales.

Edad media de los pacientes ingresados: 57 años, por lo que se refiere a las Unidades de Rehabilitación.

Persiste un elevado grupo de pacientes de elevada cronicidad que permanece estacionario en las Unidades de Rehabilitación desde que éstas se crearon. Tal núcleo de población psiquiátrica está compuesta por la herencia del antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial, es decir, personas con trastornos psiquiátricos severos, niveles insuficientes de autonomía personal, escasos o inexistentes vínculos familiares y largos años de institucionalización. Estas características les convierten en usuarios cuyas necesidades principales acaban siendo de carácter social (vivienda, alimentación, vestido, etc.), además de las puramente psiquiátricas.

El perfil descrito de los usuarios limita notablemente la movilidad de las camas disponibles. Según la Dirección del Centro, de 60 camas, sólo tienen un cierto índice de rotación 10 de ellas. Ello hace que, en muchas ocasiones, la accesibilidad a las camas desde otros dispositivos de la red se vea claramente mermada y supone la inexistencia de la distinción prevista en el Decreto 83/1989 entre Unidades de rehabilitación y Áreas residenciales.

El problema se agudiza cuando se trata de pacientes que requieren una hospitalización en régimen cerrado por plantear serios trastornos de conducta, conductas

autolíticas o heterolíticas. Las características de unidad abierta y el número existente de trabajadores por turno (uno o dos ATS y tres o cuatro auxiliares, como máximo, para hacerse cargo de las 60 camas) desaconseja proceder a ingresar tales casos en este Centro si no se quieren correr importantes riesgos previsibles de antemano.

Por si fuera poco, mezclar los nuevos enfermos psicóticos jóvenes con los antiguos enfermos crónicos del Hospital Psiquiátrico constituye un verdadero despropósito.

Junto a este grupo de pacientes existe otro, con un tiempo de ingreso menor, que no han podido retornar a la comunidad por sus características psicopatológicas, su carencia de apoyo social o su bajo nivel de habilidades de autocuidado. Algunos podrían ser susceptibles de alguna medida de reinserción social, como ser enviados a un piso protegido. La viabilidad de estas medidas requiere una conjunción de circunstancias diversas (existencia de plazas libres, adecuación del paciente al grupo al que ha de ser integrado, número suficiente de posibles candidatos para la apertura de nuevas plazas, etc.). Mientras tanto, permanecen hospitalizados en la Unidad.

Además, no existen directrices claras sobre el acceso a los pisos protegidos de pacientes procedentes del ámbito ambulatorio. Esto supone que, cuando se plantea alguna demanda de este estilo, la única vía para evitar dificultades diversas sea el ingreso previo del paciente en la Unidad de Rehabilitación. Esta forma de proceder no parece la más adecuada, ya que forzosamente hace coincidir dos situaciones completamente distintas, el ingreso en un Centro hospitalario y el acceso a un recurso residencial, de características absolutamente diferenciadas.

Hasta ahora la oferta de pisos protegidos está dirigida principalmente al grupo de antiguos crónicos. Constituyendo este hecho algo altamente positivo, parece paradójico que el sector de los nuevos crónicos, que constituye un "grupo diana" para este tipo de acciones, no esté suficientemente atendido. Existen casos que están siendo sostenidos en la comunidad a costa de un elevado precio para sus familias. Además, tales familias en muchas ocasiones están compuestas por personas de elevada edad o con precarias condiciones de salud física o emocional. Por ello, se considera prioritario crear nuevos pisos protegidos cuyos beneficiarios no procedan en exclusiva del antiguo Hospital Psiquiátrico. Dicha oferta debe abrirse a todos los pacientes de la red que reúnan las características necesarias.

Los residentes que participan en las actividades del Centro ocupacional reciben una gratificación mensual que se establece de acuerdo con criterios tales como la regularidad de la asistencia, complejidad de las tareas, calidad de la ejecución y similares.

Por un lado, tal sistema ofrece ventajas:

a) Es un reforzador que consigue la asistencia al taller.

b) Permite que algunas personas que tienen una disponibilidad económica limitada tengan mayores recursos económicos para sus gastos personales.

A su vez, genera una serie de efectos menos deseables:

a) Pueden aparecer situaciones de agravio comparativo entre los residentes por las gratificaciones diferentes que reciben.

b) Beneficia a las personas más válidas y penaliza a las más discapacitadas.

Sin perder de vista que cualquier cambio que se pueda introducir acarrearía nuevos problemas (abandono de talleres si no se paga, enfado y malestar para los residentes, etc.), todos estos efectos deberían ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar cualquier plan de acción para subsanarlos en la medida de lo posible.

Hay que destacar una serie de carencias desde el punto de vista estructural.

El actual edificio en que se ubica el Centro ocupacional era un antiguo gallinero, que ha sido reformado hace unos cinco años aproximadamente.

Durante el transcurso de este lapso de tiempo se han puesto de relieve las insuficiencias de estas reformas:

a) Existencia de humedades en suelos y paredes por carecer de un aislamiento adecuado.

b) Temperaturas extremas (frío o calor, según el período del año) que convierten el taller en un lugar inadecuado para la población que atiende (personas de muy avanzada edad en gran parte).

c) Espacio excesivamente reducido para dar cabida a todos los usuarios.

No parece adecuado que convivan dentro del Centro, si bien en pabellones distintos pero abiertos, enfermos mentales y ancianos, una vez efectuado el traslado de la Residencia Provincial, ya que son tan evidentes las diferencias entre los residentes que en muchas ocasiones resultará difícil la convivencia.

El Centro de Día adolece de marcadas carencias estructurales, espaciales y económicas. Desarrolla programas para unos 25 pacientes, los cuales, sin embargo, por falta de espacio, no pueden acudir diariamente sino en días alternos. Otros enfermos, que serían acreedores a tales servicios, tampoco pueden acudir por las mismas deficiencias. Desde hace más de dos años se está a la espera de la concesión del traslado desde las actuales escasas dependencias (la antigua vivienda del guarda de la Residencia Juvenil) a un edificio anexo, cuya titularidad corresponde también a la Junta de Castilla y León y que hoy día se encuentra abandonado.

Este edificio permitiría albergar no sólo las dependencias del Centro de Día, en su planta baja, sino también una verdadera Unidad de Rehabilitación activa o de media estancia (entre 3 y 12 meses) en la parte superior, puesto que la existente actualmente en la provincia de Segovia no cumple estrictamente las funciones rehabilitadoras.

Por otro lado, sería necesario ampliar los recursos para cubrir, por una parte, los objetivos de la rehabilitación psiquiátrica en habilidades de ajuste de personal y, por otra parte, objetivos de carácter ocupacional y de laborterapia propios de un Centro ocupacional. Para ello habrá de crearse ex novo un Centro ocupacional con las características que un servicio de este estilo debe poseer. Este Centro podría ser en el futuro la plataforma para crear un Centro Especial de Empleo para enfermos mentales.

8. CENTRO DE SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES "DOCTOR VILLACIÁN" (VALLADOLID)

La construcción, de gran extensión, fue inaugurada en 1970 y desde entonces no ha sido reformada, ni en su diseño interior ni en el exterior. Actualmente, parte de esa construcción está compartida con una residencia de ancianos.

El entorno, ajardinado, es también de gran amplitud y en él se incluyen espacios deportivos y una piscina, destinados, en principio, al personal del Centro. En alguna ocasión, la piscina fue utilizada por los residentes. Este año, sin embargo, y debido a las fugas de agua que presenta y al coste elevado que supone su mantenimiento, se ha decidido que permanezca cerrada.

Número de estancias año 1995: 6.735 en R-1 y 22.630 en R-2.

Estructura:

a) Unidad de Rehabilitación R-1 (62 camas), compartidas actualmente con la Unidad de agudos, donde ingresan pacientes con estancias de larga duración, entre cuatro meses y dos años. Para esta Unidad existe un proyecto a corto plazo de diferenciación y ampliación. La estancia media de los pacientes ingresados en la Unidad de agudos es de 19 días.

b) Unidad de Rehabilitación R-2 (62 camas), donde se alojan pacientes procedentes del antiguo Hospital Psiquiátrico y que no han podido ser reinsertados. Cada vacante que se produce (muy pocas al cabo del año) es automáticamente ocupada por un enfermo crónico de R-1. De este modo, en R-2 el número de estancias cursadas siempre coincide con el total de las posibles, el índice de ocupación es del 100% y las estancias medias se confunden con las máximas y las mínimas, es decir, 365 días. Los enfermos propiamente residenciales cuentan ya con un tiempo de estancia cercano a los 25 años.

Dentro de la población de enfermos crónicos se incluyen también los enfermos en régimen de día. Se trata de pacientes que acuden al Hospital de manera permanente, con horarios individualizados según las actividades que tienen asignadas, que son variadas y heterogéneas, generalmente en relación con plazas de laborterapia (cafetería, limpieza, etc.) o de terapia ocupacional (alfombras y costura).

Titularidad: La Diputación Provincial de Valladolid ha venido gestionando el área psiquiátrica del Centro de Salud Mental y Servicios Sociales "Doctor Villacián". En cumplimiento de la Disposición Transitoria Tercera de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario, de 6 de abril de 1993, la Junta de Castilla y León y la Diputación Provincial de Valladolid acordaron, mediante Decreto 213/1995, de 13 de octubre, proceder a la integración definitiva del Área psiquiátrica "Doctor Villacián" en el Sistema de Salud de Castilla y León mediante la constitución de un consorcio, figura que permite una gestión conjunta de los servicios psiquiátricos en el ámbito territorial de la provincia de Valladolid (dos Unidades de Rehabilitación, cinco Equipos de salud mental de distrito, un Centro de Día, un Centro ocupacional y quince hogares postcura).

Personal: 44 personas para la atención de las Unidades de Rehabilitación. Cuenta con 1 psiquiatra Jefe de Servicio, 2 psiquiatras adjuntos y 1 asistente social. El equipo intrahospitalario ha cedido su psicólogo al Equipo del Distrito 2º Oeste.

Edad media de los pacientes ingresados: La edad media de la población residencial es de 60 años.

El Insalud dispone en Valladolid de una Unidad de Hospitalización de enfermos agudos de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario. Está previsto, dentro del plazo de reformas del Hospital del Río Hortega, ubicar otra Unidad de estas características con 17 camas, previsión continuamente demorada.

Es necesaria una reforma de infraestructura que posibilite un control más satisfactorio del colectivo de usuarios hospitalizados y una disminución de la práctica excesiva de las medidas de contención física, lo que redundaría en una asistencia más humanizada y una atención más diversificada y más propiamente terapéutica por parte del personal.

Es cierto que en la plantilla del Centro no figura psicólogo alguno, que terminó siendo cedido a un Equipo de salud mental al crecer considerablemente su dedicación a tiempo parcial en este último y vaciarse progresivamente su papel en un servicio hospitalario dirigido exclusivamente a la atención de enfermos agudos y crónicos residenciales. Actualmente, el profesional en cuestión es consultado para verificar pruebas psicológicas cuando es necesario. Sin embargo, habrá que replantear la cuestión cuando la atención de los enfermos agudos sea desplazada del Centro o, en todo caso, cuando se pretenda desarrollar una Unidad de Rehabilitación activa.

Es acuciante el problema de la escasez de personal cualificado de enfermería. El personal auxiliar sigue estando solo durante todos los turnos de tarde y noche del año, además de los fines de semana y días festivos y con una sola ATS cualificada en el turno de mañana para los dos puntos de hospitalización cuando la otra se encuentra ausente por vacaciones, baja laboral o cualquier otra circunstancia. Esto se encuentra, evidentemente, muy lejos de la cobertura continuada que se considera no sólo necesaria sino imprescindible.

Sorprende la ausencia de límites físicos entre el Área de Salud Mental y la de Servicios Sociales, con la población tan diferente que ocupan ambos pabellones.

Es urgente la mejora generalizada en lo que se refiere a mantenimiento. Especial protagonismo presenta la grave situación de deterioro de las persianas, tanto de las habitaciones de los enfermos como del resto de las estancias. Es de advertir que no se trata de un tema menor, como a veces parece ser considerado. La inmovilidad de muchas persianas incide directamente en la calidad de vida de los usuarios, al imposibilitar una modulación razonable de la luz y de la temperatura a lo largo del día y a través de las diferentes estaciones del año y una adecuada ventilación de la totalidad del Centro.

Lo mismo se puede decir de la necesaria renovación y ampliación del mobiliario, tan insuficiente (las habitaciones sólo disponen de una mesilla y de armarios comunes), y de la nueva distribución de las camas en las habitaciones de los enfermos, agrupadas de cuatro en cuatro, lo que no garantiza la debida intimidad.

9. CENTRO ASISTENCIAL "SAN JUAN DE DIOS" (PALENCIA)

Se encuentra situado a unos tres km. aproximadamente de la capital. Tanto los pabellones que lo integran como el jardín que los rodea ocupan un amplio espacio, adecuadamente cuidado, que constituye zona de esparcimiento de los residentes.

Número de estancias año 1995: 634.

Estructura:

La organización asistencial contempla la existencia de áreas, secciones y unidades.

Las tres áreas hacen referencia a los grandes grupos de población atendida: Área psiquiátrica, Área psicossocial y Área de drogodependencias.

Las secciones identifican grupos específicos de población según criterios acordes con la función sociosanitaria del Centro.

Finalmente, el trabajo se materializa a nivel operativo en las Unidades. Cada Unidad cuenta con un equipo estable y multidisciplinar, ocupando cada una de ellas espacios físicos bien diferenciados.

1.º Área psiquiátrica. Comprende dos recursos o dispositivos: uno en régimen residencial y otro en régimen de día, destinados ambos a dar cobertura a una población de psicóticos crónicos.

1. Unidad V ("Sagrada Familia"): Cuenta con 150 camas destinadas a enfermos con diagnóstico de psicosis de todo tipo, no ancianos ni retrasados.

2. Centro de Día para enfermos mentales crónicos "San Juan de Dios", fuera del ámbito hospitalario. Es un dispositivo de ámbito provincial diseñado y organizado para ofrecer programas de rehabilitación psicossocial a personas con problemas psiquiátricos crónicos que padecen déficits importantes de autonomía personal, social y laboral. Quedan excluidos toxicómanos y deficientes mentales. Cuenta con capacidad para veinte usuarios y la duración de los programas es variable dependiendo de cada enfermo. En algún caso, pueden prolongarse hasta más de un año.

El horario de atención es de 9.00 a 15.00 horas.

El funcionamiento del Centro ha contado, desde marzo de 1993, con una subvención de la Junta de Castilla y León. Por otro lado, el Ayuntamiento de Palencia ha celebrado un Convenio con la Orden Hospitalaria San Juan de Dios para la ejecución de un proyecto de integración social para enfermos mentales crónicos, a través de cuyo cauce se han integrado en distintos talleres ocupacionales de los CEAS siete pacientes.

Son objetivos fundamentales del Centro de Día los siguientes:

- a) Ser un dispositivo de contención de la psicosis. Con él se ha conseguido reducir la media de recaídas.
- b) Desarrollar programas de orientación a adquirir o a readquirir habilidades sociales, de carácter doméstico y de convivencia.
- c) Orientar a las familias a convivir con el enfermo, a veces excesivamente preocupadas en evitarles situaciones de estrés, lo que, paradójicamente, propicia en ocasiones recaídas y crisis.

Sin embargo, como todos dispositivos intermedios, deben completarse todos los escalones que hagan posible la rehabilitación del enfermo, especialmente de cara a la incorporación al mundo laboral: centros especiales de empleo o talleres protegidos. Su carencia es notoria.

No cuentan con ayudas los enfermos que, desde fuera de la capital, se trasladan diariamente al Centro de Día, muchos de los cuales, además, cuentan con escasos recursos económicos.

Es reducido el número de plazas del Centro si se tiene en cuenta la demanda asistencial.

2.º Área psicossocial: Orientada a dar una atención residencial especializada a enfermos con distintos grados de minusvalías psíquicas y sociales. Consta de tres secciones:

1. Sección de psicogeriatría: Comprende una población de pacientes mayores de 60 años en la que más del 50% presenta alteración de las funciones mentales superiores y determinados déficits en lo que se refiere a su grado de autonomía.

Esta sección abarca tres Unidades:

a) Unidad II ("Padre Faustino Calvo"): Dotada con 117 camas para ancianos que presentan diagnósticos psiquiátricos diversos, muchos de ellos marcados por un largo proceso de institucionalización.

b) Unidad III ("Padre Higinio Aparicio"): Con 76 camas destinadas a ancianos, fundamentalmente con cuadros clínicos de demencia senil en fases iniciales.

c) Servicio de Estancias Diurnas (SED): Se trata de un dispositivo concertado con la Gerencia de Servicios Sociales para ofrecer atención integral en régimen de día a personas que padecen carencias en su situación psíquica, física o social, con el fin de mejorar o mantener su situación de autonomía mientras permanecen en su entorno familiar. En dicho Servicio, los usuarios permanecen desde la mañana hasta las seis de la tarde.

2. Sección de deficientes: Comprende una población no anciana con déficits cognitivos de diverso grado, escasa sintomatología psicótica asociada, físicamente activos en su mayoría, relativamente autónomos a nivel de autocuidados y no tan autónomos en la utilización de medios y habilidades sociales. Esta sección está constituida por dos Unidades:

a) Unidad I ("Padre Celedonio"): Con 117 camas para residentes menores de 60 años con retraso mental ligero y moderado, trastornos epilépticos asociados, autónomos en autocuidado y semiautónomos en la utilización de medios y en habilidades sociales.

b) Unidad IV ("San Rafael"): Cuenta con 75 camas destinadas a enfermos con retraso mental grave y profundo y, en general, dependientes en todas las áreas de autonomía.

3º. *Área de drogodependencias*: Orientada a la rehabilitación de personas con problemas de adicción a tóxicos. Está compuesta por tres dispositivos asistenciales independientes:

1. Unidad de Desintoxicación "Doctor Pampuri". Es un dispositivo de régimen hospitalario que cuenta con seis camas, donde se realiza una completa evaluación biológica, psicológica y social del drogodependiente previa a la desintoxicación, participando así mismo en actividades complementarias culturales, deportivas y manuales.

2. Comunidad terapéutica "Doctor Pampuri": Cuenta con 54 camas. En ella se llevan a cabo programas encaminados a conseguir la rehabilitación y la adquisición de estrategias de autocontrol por parte del drogodependiente que posibiliten su reinserción social

3. Centro ambulatorio de atención a drogodependientes "San Juan de Dios", situado en la ciudad de Palencia, compartiendo las dependencias con el Centro de Día para la atención de enfermos mentales. Fue creado para el tratamiento integral de las personas con problemas de drogodependencia que posibilite su rehabilitación o modifique sus condiciones de vida de forma que favorezca su reinserción social y laboral.

El Centro asistencial cuenta también con un Servicio de Terapias Ocupacionales, orientado a la realización de una serie de programas encaminados a la rehabilitación del residente a través de la ocupación del tiempo libre y de actividades lúdico-recreativas.

Dicho Servicio cuenta con un terapeuta ocupacional, 3 monitoras ocupacionales y 4 auxiliares.

Los residentes realizan actividades en las áreas de estimulación, movilidad, aprendizaje, comunicación, etc. Pueden también tomar parte en actividades de laborterapia (pinzas, cartonaje, madera, cerámica, etc.) que se llevan a cabo en los talleres ocupacionales.

Titularidad: Es un Centro con gestión a cargo de la Orden Hospitalaria "San Juan de Dios". Es un establecimiento asistencial de confesionalidad católica, promovido para el cumplimiento de un servicio público con gestión privada sin ánimo de lucro.

Con fecha 23 de noviembre de 1994 y en virtud de Resolución de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, el Centro queda inscrito en el Registro de Entidades y Centros de Servicios Sociales de Castilla y León.

Dentro de la Comunidad Autónoma, ha firmado ciertos con las Diputaciones Provinciales de Zamora, Soria, León y Palencia

Personal: Los recursos humanos con que cuenta el Centro son 251 trabajadores, distribuidos entre personal propio (175) y personal de servicios contratados para alimentación, limpieza y seguridad (76).

Dispone de 3 psiquiatras, 5 psicólogos y 7 trabajadores sociales, además de suficiente personal de enfermería, auxiliares de clínica y monitores/cuidadores.

Edad media de los pacientes ingresados: 57 años. Sin embargo, la edad media desciende considerablemente en los dispositivos de atención a drogodependientes. En la Comunidad Terapéutica, ésta gira en torno a los 28 años.

De igual forma, la estancia media se sitúa, en el conjunto del Centro asistencial, en 20 años. En el Área de drogodependencias disminuye notablemente, situándose en torno a los 15 días en la Unidad de Desintoxicación y en 184 días en la Comunidad terapéutica.

Es excesivo el número de camas que componen la sección de deficientes, cuya atención debería llevarse a cabo en coordinación con los servicios sociales, como ya hemos apuntado más arriba.

Sería conveniente la sustitución de los cristales por otros sistemas de seguridad o de cierres oscilantes.

10. RESIDENCIA "SAN JOSÉ" DE EL BURGO DE OSMÁ (SORIA)

El edificio en que se ubica el Centro es antiguo y la estructura heredada no ha sufrido apenas cambio alguno desde su puesta en funcionamiento, como hospicio, a mediados de los años 60. En 1972 se inaugura como Centro de acogida de pacientes psíquicos y de indigentes.

No obstante, las instalaciones de lavandería, plancha, tendedores y almacenes, que se ubican en edificios diferenciados del principal, pueden considerarse aceptables. Dispone también de salas de visitas acondicionadas y de zona ajardinada, incluida una piscina, elementos necesarios y positivos en un Centro de estas características para que los enfermos puedan pasear, hacer ejercicio y estar en contacto con la naturaleza.

Número de estancias año 1995: Tiene capacidad para 230 pacientes, todos ellos residenciales. Durante el año 1995 se registraron aproximadamente unos 15 nuevos ingresos.

Estructura: El Centro consta de tres plantas que giran en torno a una capilla central y dos patios laterales ajardinados. Alrededor de estos últimos dispone de amplias galerías en las dos primeras plantas, posibilitando grandes espacios destinados a diversos fines: paseo, aulas de terapia ocupacional, zonas de descanso, etc., así como de acceso a los dormitorios, salas de estar y demás dependencias.

En la planta tercera se reduce la superficie disponible, al sustituirse el espacio reservado a galerías por cubiertas.

Su interior alberga los siguientes pabellones:

1. Pabellón I: Psicogeriatría hombres (40 camas).
2. Pabellón II: Deficientes hombres (36 camas).
3. Pabellón III: Psiquiatría hombres (34 camas).
4. Pabellón IV-A: Profundos hombres (16 camas).
5. Pabellón IV-B: Profundos mujeres (16 camas).
6. Pabellón V: Psicogeriatría mujeres (34 camas).
7. Pabellón VI: Deficientes mujeres (26 camas).
8. Pabellón VII: Psiquiatría mujeres (34 camas).

Cuenta también con un Centro ocupacional (con taller de encuadernación, talla de madera y cestería) y espacios destinados a actividades de laborterapia (pinzas, velas), deportivas y de carácter pedagógico y formativo.

Por el trabajo desarrollado en el Centro ocupacional y en laborterapia los residentes perciben una gratificación que es ingresada en la cartilla personal de cada uno y, en caso de incapacitación, en una cartilla común del

Centro cuyos fondos se destinan después a excursiones y otras actividades lúdicas y de ocio.

Titularidad: Diputación Provincial de Soria. Sin embargo, durante el pasado año disfrutó de subvenciones para el sostenimiento de un piso protegido y de una monitora de rehabilitación a cargo de la Junta de Castilla y León.

Personal: 34 personas. Cuenta con 1 psiquiatra. La asistente social sólo presta sus servicios a tiempo parcial.

Colaboran en las tareas del Centro 7 religiosas pertenecientes a la Orden de las Hijas de la Caridad. Tres de ellas son ATS y el resto auxiliares.

Edad media de los pacientes ingresados: Varía según los Pabellones. En Psicogeriatría, la edad media supera notablemente los 65 años, mientras que en los Pabellones IV-A y IV-B desciende hasta los 30 años.

En tanto se culmina el proceso de superación del hospital psiquiátrico, sería preciso garantizar el derecho del enfermo internado a gozar de unas condiciones dignas de alojamiento, a cuyo efecto la Administración competente deberá adoptar las medidas precisas para fijar las dimensiones mínimas de las habitaciones y el número máximo de camas por cada una de ellas, con el fin de preservar el derecho a la intimidad de los pacientes. Por ello, urge acometer la reforma de las habitaciones que albergan 8, 9 y 14 camas en el Pabellón I; 9, 12 y 16 en el Pabellón II, y 8 y 9 en el Pabellón III. Los Pabellones VI y VII han sufrido una remodelación y en ellos las habitaciones son dobles.

Especialmente en los pabellones dedicados a Psicogeriatría es necesaria la colocación de barras de sujeción a lo largo de los pasillos.

Conviene estudiar la necesidad de sustituir las rejas de la planta tercera del Centro por otros dispositivos de seguridad que eviten caídas o suicidios. Con la misma finalidad, sería necesario cerrar de arriba abajo todos los huecos de las escaleras que comunican los diversos pabellones.

Sólo existe un ascensor para todo el Centro. Es manifiestamente insuficiente, pues por él sólo tienen fácil acceso los enfermos internados en las secciones de deficientes (hombres y mujeres). Para el uso del ascensor por los demás, el personal del Centro se ve obligado a realizar un enorme esfuerzo para trasladar a los ingresados con problemas de movilidad y atravesar las diferentes estancias hasta acceder al citado ascensor.

Sería, por ello, imprescindible, al menos, la instalación de dos ascensores más.

Incumple las condiciones de protección contra incendios, puesto que sólo dispone de una escalera de salida de emergencia. Faltan sistemas de iluminación y de señalización de emergencias y son insuficientes los extintores.

Carece de acera en las inmediaciones de la Residencia, precisamente allí por donde pasa la carretera que conduce a San Leonardo de Yagüe, con el consiguiente peligro para enfermos, personal y visitas que acudan al Centro.

Otra medida a tomar con urgencia es la ampliación de plantilla en lo que se refiere al equipo técnico, con la ampliación del número de psiquiatras hasta tres, así como el número de veladores, que actualmente es de dos cada noche para todo el Centro, manifiestamente insuficiente. También es necesario dotar a la población internada de psicólogo.

Son escasos los baños geriátricos instalados que se sirven de grúa para el manejo del enfermo (12 para todo el edificio). En muchos casos se utilizan por los internos más válidos pero de edad avanzada platos de ducha o bañeras, con el peligro que ello conlleva. Hay que estudiar la posibilidad y conveniencia de su sustitución por duchas instaladas en el suelo, de más fácil y cómoda utilización y, en todos los casos, con suelo antideslizante.

Además, del total de los residentes, sólo 121 pernocan en habitaciones de una, dos y tres camas, haciéndolo el resto en dormitorios de más plazas con escasez de número de aparatos sanitarios por número de plazas. Esta situación es preocupante ya que incluso los residentes de planta baja comparten los baños con aquéllos que los necesitan por encontrarse disfrutando de sus horas de ocio en el jardín o en las galerías.

Ha sido elaborado por la Diputación Provincial de Soria, ya hace tiempo, un plan global de actuación en la Residencia, cuya puesta en marcha se espera en colaboración con la Junta de Castilla y León.

Valoración positiva merecen en un Centro de estas características las actividades ocupacionales y de rehabilitación, por la normalización laboral que supone en unos casos y, en otros, por la necesidad de prevenir y compensar el deterioro psicosocial que presentan la mayor parte de los residentes. Todas estas actividades precisan de un monitor que, además de dirigirlas, cree un clima terapéutico y detecte cualquier alteración psicopatológica de modo que pueda ser tratada. Existen, sin embargo, algunas deficiencias en cuanto al número de monitores que coordinan la actividad, cuya plantilla debe incrementarse:

a) El taller de cestería funciona con un solo residente que controla por sí mismo la actividad. Esta labor debería potenciarse de manera que se pudiesen beneficiar de la misma un mayor número de pacientes. Para ello sería necesario un terapeuta que dirija el taller.

b) La actividad de montaje, preparación y empaquetado de pinzas para tender no dispone de ningún monitor que dirija y supervise la realización del trabajo y la asistencia de residentes de forma constante y continuada. A tiempo parcial son una hermana (responsable de un pabellón y del lavadero del Centro) y un auxiliar quienes mantienen su funcionamiento.

c) El número y tipo tan diferente de pacientes a los que se atiende en el taller de velas y en las actividades de pintura, dibujo, trabajos manuales, etc., hace que la labor del terapeuta ocupacional resulte escasa y menos efectiva de lo que se pretende. Estos pacientes precisan que se les dedique mucho tiempo: unos, porque presentan déficits importantes que los hacen muy demandantes, y otros, porque presentan patología psiquiátrica cuyo abordaje terapéutico requiere gran dedicación.

d) Por lo que se refiere a las actividades de rehabilitación psicosocial, éstas han venido desarrollándose en el Centro desde 1989 al amparo del Programa de Rehabilitación e Inserción Psicosocial, subvencionado por la Junta de Castilla y León y que ha finalizado el pasado año.

Se trataba de actividades de reajuste personal y social dirigidas a prevenir el deterioro psicosocial, que se añade a la patología psíquica de los residentes como consecuencia de los años de cronicidad y de institucionalización. Tenían por objeto incrementar su autonomía y su nivel de competencia a fin de normalizar su calidad de vida y posibilitar una mayor integración en la comunidad y en la sociedad.

Al finalizar el contrato de la monitora de rehabilitación y no disponer de otro personal que pueda hacerse cargo de las actividades, éstas se han suspendido, quedando sin este tipo de atención un número elevado de residentes que se beneficiaba terapéuticamente de las mismas.

Es elevado el número de pacientes ingresados en el Centro que adolecen de una deficiencia mental. Los estudios señalan que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre los retrasados mentales es mayor que entre las personas normales. En cambio, es menos probable que se diagnostique un trastorno psíquico si se sabe que un sujeto es retrasado mental. Los diagnósticos de estos pacientes pueden incluir todos los que presentan los pacientes psiquiátricos no retrasados mentales. Algunos de ellos pueden necesitar, por lo tanto, su internamiento por espacios cortos o prolongados de tiempo. Sin embargo, está totalmente injustificado que el resto permanezca de por vida en instituciones psiquiátricas.

11. CENTRO HOSPITALARIO "BENITO MENNI"

El Centro, que se ubica en Valladolid capital, fue fundado en 1971. Su diseño interior y exterior y su estado de conservación son adecuados.

Número de estancias año 1995: 48.965.

Estructura: Pueden distinguirse tres áreas.

1º. Área psiquiátrica: Dispone de cuatro tipos de asistencia:

1. Unidad de Hospitalización para pacientes psiquiátricos agudos (17 camas). Presta atención a personas que sufren descompensaciones bruscas, bien se trate de un

primer episodio psiquiátrico o de un agravamiento de la patología previa. En una pequeña parte funciona como clínica abierta de hospitalización, de manera que psiquiatras del ámbito privado pueden tratar a sus propios pacientes utilizando los recursos, los programas y el personal de la Unidad.

La estancia media en esta Unidad gira en torno a los 24 días.

Se han distinguido dos salas de estar, destinadas a fumadores y no fumadores.

2. Asistencia en régimen ambulatorio. Dispone de consultas externas.

3. Asistencia domiciliaria. Si bien supone un escaso volumen de la actividad total del Centro, cuando está indicado, se atiende en régimen domiciliario a pacientes psiquiátricos.

4. Asistencia en régimen de hospitalización parcial. Existe un grupo de relajación, otro de expresión artística y un grupo de automedicación cuya finalidad es conseguir que el paciente mejore el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas. También se dispone de un programa de educación para las familias de pacientes esquizofrénicos que se realiza periódicamente.

2º. *Residencia psiquiátrica asistida* (43 camas): Se prestan en ella cuidados de mantenimiento, residenciales y asistenciales a personas que padecen enfermedades mentales crónicas.

3º. *Unidad de demencias o de Psicogeriatría* (92 camas y una dotada de equipo de oxígeno): Se llevan a cabo en ellas tres tipos de asistencia:

1. Unidad de Hospitalización para pacientes con demencias: Se asiste a pacientes con demencias que, debido a la progresión de su enfermedad, poseen un nivel alto de dependencia de otras personas para la satisfacción de sus necesidades básicas. La Unidad cuenta con dos camas de enfermería para el tratamiento de las complicaciones que sufran los pacientes.

Por otra parte, también se admiten ingresos con la finalidad de descargar a la familia o al cuidador principal durante determinados períodos, en fines de semana o durante las vacaciones.

2. Asistencia en régimen ambulatorio.

3. Asistencia domiciliaria.

Además, todos los sábados se llevan a cabo en las instalaciones del Centro actividades con la asociación Alcohólicos Anónimos.

Titularidad: Es un hospital privado. Su propiedad corresponde a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Hasta hace aproximadamente 3 años estaba organizado como clínica de régimen abierto. Ingresaban en él

pacientes derivados por médicos externos, quienes les trataban también durante su estancia. Actualmente cuenta con un equipo técnico especialista propio, que trata a todos los pacientes que en él ingresan.

Las estancias se financian de forma particular, o a través del Seguro Escolar o de Mutuas privadas.

Personal: La plantilla está compuesta por 54 personas: 5 médicos, 1 psicólogo, 9 ATS, 38 auxiliares de clínica y 1 monitor. El mayor volumen de recursos humanos se ve consumido por la Unidad de Psicogeriatría, debido, fundamentalmente, a su mayor dimensión física (más de 90 camas) y a la mayor necesidad de atención de personal auxiliar que requiere este tipo de enfermos.

Edad media de los pacientes ingresados: Varía según las distintas áreas que constituyen el Hospital. Mientras que en el Área Psiquiátrica no supera en muchos casos los 30 años, en el resto excede de los 70 años.

Tal vez convenga reseñar que el Centro posee, en más de un 84,49%, pacientes de más de 61 años, y en un 40,31%, de más de 80 años.

La mayoría de las habitaciones son individuales y el resto dobles, todas ellas dotadas de baño completo y con suelo antideslizante. En la residencia psiquiátrica asistida se dispone de baños geriátricos y de mobiliario ergonómico para las personas de más difícil movilidad. Las ventanas están provistas de cristales y dispositivos de seguridad.

Los servicios de lavandería, plancha y cocina (dotada de un elevador para el reparto de la comida a las diferentes plantas del Hospital) son adecuadas. Merece destacarse que, en buena medida, se utiliza la energía solar para el suministro del Centro.

Se ha habilitado recientemente una zona para recibir visitas de familiares y amigos al considerar inadecuado que éstas se desarrollen en las habitaciones de los enfermos e insuficientes las salas habilitadas a tal fin en cada una de las plantas.

Dispone de zona exterior ajardinada, pista de tenis e incluso de una piscina, que también pueden utilizar los enfermos, vigilados siempre por personal del Centro.

El Hospital ha mantenido conversaciones con los distintos organismos públicos con competencias en materia de salud mental a fin de mejorar la asistencia psiquiátrica que reciben los pacientes psiquiátricos de Castilla y León.

Por parte del Centro se trata de diversificar la demanda, a través de conciertos con Insalud, la Junta de Castilla y León o con las Diputaciones Provinciales. En un momento, se pensó incluso en derivar los pacientes psiquiátricos agudos del Área Oeste al Centro Hospitalario "Benito Menni", mientras que los procedentes del Área Este de Valladolid tendrían acogida en el Hospital Clínico. El proyecto, finalmente, fue abortado al tomar en

consideración la transformación de la zona de la cafetería del Centro "Doctor Villacián" en la Unidad de agudos.

12. CENTRO RESIDENCIAL "INFANTAS ELENA Y CRISTINA" (ÁVILA)

Situado en Ávila capital, su diseño exterior es funcional, constituido por dos módulos en los que se reparten los diferentes pabellones.

Número de estancias año 1995: 78.543.

Estructura: Se compone de 246 camas distribuidas de la siguiente forma:

a) Pabellón I. Está ocupado por una población heterogénea, de edad avanzada y con problemas de minusvalía física y cerebral.

Sala 1. (25 camas).

Sala 2. (25 camas).

Sala 3. (22 camas).

b) Pabellón II (58 camas).

c) Pabellón III Deficientes mentales (31 camas).

d) Pabellón IV Minusválidos (30 camas).

e) Pabellón V Crónicos (55 camas).

Todos las dependencias del Centro residencial son abiertas, salvo los pabellones III y IV, que permanecen cerrados por la propia naturaleza de los residentes: demencias severas irreversibles y deficiencias profundas.

Titularidad: Diputación Provincial de Ávila. Sin embargo, la Gerencia de Servicios Sociales se ha subrogado en los conciertos de reserva y ocupación de plazas, con destino tanto a minusválidos psíquicos como a beneficiarios de la tercera edad asistidos, suscritos, en su día, entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales y la Diputación Provincial de Ávila.

Personal: 127 personas. Cuenta con 1 psiquiatra, 1 médico de medicina general, 1 asistente social, 1 terapeuta ocupacional, 2 auxiliares de terapia ocupacional y, dadas las características y necesidades de los residentes, con 28 cuidadoras asistenciales. Por otro lado, empresas privadas gestionan los servicios de cocina, lavadero y limpieza.

Edad media de los pacientes ingresados: 65 años.

Llama poderosamente la atención que, teniendo en cuenta el carácter muy deteriorado de los enfermos que ocupan el Centro, muchos de ellos necesitados de ayuda para las más elementales necesidades, no se hayan arbitrado medidas para suprimir las barreras existentes en las salidas al jardín del Pabellón I y , en concreto, que no se haya colocado una barandilla de protección en la salida de la Sala 2, cuyo desnivel ha sido salvado mediante una rampa muy pronunciada.

De igual modo, en el Pabellón IV será necesario salvar el desnivel que da salida a la zona ajardinada, o incluso eliminar ésta, pues son tan graves las alteraciones de los residentes que la ocupan que llegan hasta el punto de comer hierbas, tierras o guijarros.

Urge acometer las reformas necesarias de saneamiento o mantenimiento para evitar de forma definitiva las filtraciones de agua o humedad que han provocado el desprendimiento de algunas placas del techo y de algunas barras de sujeción en los pasillos, así como la instalación de un adecuado sistema de protección contra incendios y salida de emergencia.

Otra de las necesidades prioritarias de mejora de la estructura del Centro es la dotación de baños geriátricos suficientes provistos de suelo antideslizante para reducir el riesgo de caídas, lo cual facilitaría enormemente el trabajo de cuidadores y auxiliares en el manejo de los enfermos de movilidad reducida. Igualmente, en beneficio de la empresa que gestiona el servicio de cocina, habrá que estudiar la conveniencia de renovar todos los aparatos del Centro, que han quedado obsoletos. Es de mencionar que se lavan a mano los platos y útiles de la cocina.

En cuanto al personal, debe analizarse la oportunidad de ampliar, por su escasez, la plantilla de auxiliares y cuidadores, a efectos de garantizar una cobertura adecuada de cada sección en los tres turnos de trabajo, la ayuda precisa a los enfermos que no pueden valerse por sí mismos y el acompañamiento individual, en su caso, de los pacientes en las salidas del Centro. Se echa en falta, así mismo, un psicólogo y sería necesario aumentar la plantilla de psiquiatras, al menos, en dos más.

13. COMPLEJO HOSPITALARIO "SAN LUIS" (PALENCIA)

Se encuentra ubicado en las afueras de la capital y ocupa, entre zona edificada y jardines, aproximadamente unos 100.000 m².

Número de estancias año 1995: 225.470.

Estructura: El Complejo hospitalario se compone de tres centros: el Hospital, el Centro asistido y el Centro Asistencial, que se especializan en Psiquiatría, Psicogeriatría y discapacitados psíquicos respectivamente (BOCyL de 19 de julio de 1994).

a) Hospital: En él se atienden casos de salud mental, psicogeriatría y otras enfermedades crónicas e invalidantes. Los especialistas diagnostican al paciente y, según cada caso individual, instauran la terapia adecuada en el servicio o unidad más procedente. Consta de 292 camas distribuidas de la siguiente forma.

- Unidad de agudos (corta estancia): 15 camas.

- Unidad de Rehabilitación (media estancia): 22 camas.

- Unidad Sagrado Corazón (larga estancia): 52 camas.
- Unidad "San Luis" (larga estancia): 69 camas.
- Unidad "San Juan de Dios" (larga estancia): 47 camas.
- Unidad A3 (larga estancia): 40 camas.
- Unidad "Santa Teresa" (larga estancia): 47 camas.

b) Centro asistido: En él, se atiende a aquellos pacientes de la tercera edad con discapacidades psicossociales y orgánicas de larga evolución. Dispone de 198 camas que se agrupan en cinco Unidades diferenciadas.

- Unidad de Enfermería: 27 camas.
- Unidad "San Rafael" I: 56 camas.
- Unidad "San Rafael" II: 39 camas.
- Unidad "San Benito": 48 camas.
- Unidad "San Agustín": 28 camas.

c) Centro asistencial: Está al servicio de los minusválidos psíquicos. Según el grado de dicha minusvalía, se podrán beneficiar de asistencia y educación en Unidades diferentes. Cuenta con 120 plazas divididas en tres Unidades:

- Unidad "San José" I: 60 camas.
- Unidad "San José" II: 36 camas.
- Unidad "San José" III: 24 camas.

Esta estructura se completa con la Residencia "Benito Menni", con 12 plazas, y con la existencia de tres hogares protegidos que permiten albergar a 14 personas.

Titularidad: Es propiedad de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Sin embargo, mantiene conciertos asistenciales con Diputaciones (Palencia, León, Zamora, Soria, Pontevedra, La Coruña y Orense), Comunidad de Madrid, Junta de Castilla y León, Ministerio de Defensa, Servicios Sociales y algunas Mutuas privadas. En el aspecto docente, colabora con diferentes Instituciones en la enseñanza de Psiquiatría, Psicología, Psicopedagogía y Enfermería.

Personal: Los recursos humanos están dotados de un total de 260 personas. De ellas, 5 son psiquiatras, 7 médicos, 3 psicólogos y 4 asistentes sociales.

Estancia media de los pacientes ingresados: 17 años.

Novedad importante en cuanto a nivel asistencial ha sido la elaboración y puesta en marcha de un programa para adolescentes que, en colaboración con el Servicio de Protección de Menores de la Junta de Castilla y León, empezó a ponerse en práctica a lo largo de 1994. Se ha evidenciado la necesidad que existe en la sociedad actual de programas para adolescentes, dada la multiformidad de la patología y la etapa crítica de su vida en la que se encuentran estos jóvenes.

El día 1 de abril de 1995 se suscribió entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y el Complejo Hospitalario "San Luis" un convenio para la atención de menores de protección. Tal Convenio tiene como objeto proporcionar a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social un recurso especializado para la atención de menores protegidos o tutelados y de menores con expediente judicial que presenten trastornos psiquiátricos, mediante un adecuado diagnóstico y tratamiento rehabilitador y preventivo de patologías más graves.

Con esta finalidad, el Complejo Hospitalario "San Luis" pone a disposición de la citada Consejería cinco plazas residenciales en una Unidad específica de atención y tratamiento para adolescentes con patología psiquiátrica, asumiendo la guarda de los menores que le sean encomendados, así como su atención integral, pres-tándoles todos los cuidados y atenciones que precisen y garantizando los medios humanos y materiales necesarios para su correcto desarrollo.

Los criterios de inclusión son los de psicosis y prepsicosis, así como trastornos adaptativos, afectivos, de comportamiento, desarrollo y personalidad en general. Están excluidos de este programa los adolescentes con problemas de drogodependencia.

En lo que respecta a la terapia ocupacional, ésta se ha caracterizado por la diversificación de las actividades ocupacionales, tanto de laborterapia como de ocio. Las dificultades para alimentar los talleres con trabajo del exterior y las limitaciones producidas por la patología severa de los pacientes han condicionado esta nueva orientación de la terapia ocupacional en la que se va buscando, cada vez más, la adaptación de los medios disponibles a la recuperación de funciones psíquicas y físicas de los pacientes, independientemente de que la actividad tenga sentido productivo o no lo tenga.

Podemos distinguir así dos fórmulas diferentes de rehabilitación:

a) Laborterapia: Comprende actividades que conlleven alguna gratificación para el enfermo: confección de delantales de plástico industriales, etiquetado y clasificación de batas, confección de bolsas de papel, etiquetas para cajas de pastas, marcado de ropa, repujado de cuero, reciclado de café, trabajo en estaño, costura, bordado, etc.

b) Actividades ocupacionales generales: Se diferencian de las anteriores en cuanto no suponen producción, hay mayor variación de actividades, los grupos son pequeños, se trabajan aspectos concretos dentro de las necesidades y patología de los pacientes y no existe gratificación económica. Así, por ejemplo, en la Unidad "San José" se organiza mensualmente una fiesta.

Todo ello se completa con actividades de ocio y tiempo libre, programas de rehabilitación funcional, movilización pasiva articular, gimnasia de mantenimiento y psicomotricidad y tareas destinadas a mejorar la orientación temporoespacial del paciente.

Desde el punto de vista legal, se ha apreciado en los últimos años un incremento de la presencia de jueces y fiscales en el Centro, quienes últimamente han solicitado relación nominal de todos los pacientes ingresados y, normalmente, acuden a visitarlos dos veces por semana.

En algunos casos, el Centro ha dado acogida a pacientes con problemas judiciales: algunos condenados y otros en prisión preventiva. Esto no parece adecuado, como se ha dicho al tratar el tema a propósito de otros centros de la Comunidad Autónoma. Para estos pacientes sería urgente la creación de, al menos, una residencia que pudiera albergar a enfermos problemáticos para el entorno en el que conviven, estén o no involucrados en un proceso penal.

14. CENTRO ASISTENCIAL "SANTA TERESA" DE ARÉVALO (ÁVILA)

Se halla fuera del casco urbano de Arévalo. El número de camas que alberga el Centro se distribuye en dos edificios, uno de ellos destinado a la atención de pacientes psicogerítricos.

Dispone de una amplia zona de esparcimiento y recreo, incluida una piscina.

Número de estancias año 1995: 4.166.

Estructura:

- a) Unidad de Rehabilitación.
- b) Unidad de media y larga estancia.
- c) Unidad Psicogerítrica.
- d) Unidad de disminuidos psíquicos.
- e) Unidad de laborterapia.

Titularidad: Es propiedad de una sociedad.

Personal: 106 personas. De ellos, tres son médicos. Dispone de 1 trabajador social y 1 monitor ocupacional.

Estancia media de los pacientes ingresados: 340 días

Se ha iniciado una reforma del Centro para adaptarlo a las nuevas necesidades de la asistencia a la salud mental, más acordes con el derecho a la intimidad del residente. En esta dirección, se ha puesto en marcha un plan de supresión de habitaciones compartidas por más de dos enfermos y algunas de ellas son individuales.

Se echa en falta, sin embargo, un número suficiente de baños geriátricos para atender a la población con movilidad reducida.

Llama la atención el número de pacientes que precisan, quizás, más de atención social que propiamente psiquiátrica y que, en consecuencia, debieran ser atendidos más bien por Servicios Sociales.

Es imprescindible dotar al Centro de un equipo psicosocial compuesto por psicólogos y asistentes sociales en número suficiente para atender a toda la población ingresada.

IV. CONCLUSIONES

1. Ha habido un gran progreso en todo lo que se refiere a la atención y métodos terapéuticos en el campo de la Psiquiatría.

El uso de los neurolépticos a partir de los años cincuenta o sesenta había hecho concebir nuevas esperanzas de poder modificar drásticamente la evolución de las enfermedades mentales, favoreciendo una estancia hospitalaria corta de los pacientes, exclusiva de las etapas críticas o agudas de la enfermedad, y un control sintomatológico ambulatorio que no sólo redujera el promedio de estancia hospitalaria (medido en días/cama), sino que garantizara la integración familiar y social de los pacientes. La experiencia desmintió tales pretensiones y arrojó el saldo negativo de un elevado número de crónicos institucionalizados en todo el mundo. Este hecho ocurre, además, cuando aparece una política estatal restrictiva del gasto público, particularmente del social.

A partir de los años setenta han surgido estudios que señalan que la desinstitucionalización, por sí sola, no es la solución a la supervivencia de los pacientes psiquiátricos que presentan especiales dificultades para vivir fuera de un medio protegido. Se ha dicho por ello que es un error sacar a los pacientes del hospital psiquiátrico pero que también es un error dejarlos en él.

Los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica - que han implicado el esfuerzo por desplazar la atención psiquiátrica desde el hospital psiquiátrico hacia los servicios de atención a la salud mental integrados en la red sanitaria, con mayor o menor orientación por un modelo comunitario- se han visto enfrentados a nuevos problemas: persistencia de la cronicidad e insuficiencia o inadecuación de programas alternativos sanitarios o sociales.

Reducidas las estructuras de internamiento, los nuevos y escasos dispositivos asistenciales no alcanzan, o lo hacen insuficientemente, a un grupo de pacientes -en su mayoría psicóticos y crónicos- que no aceptan fácilmente ni el reconocimiento de su enfermedad ni los tratamientos que se les ofrecen; que bloquean las unidades de internamiento breve; que crean problemas en los servicios donde acuden y generan importante malestar en sus familias o carecen del apoyo familiar y social necesarios para seguir una vida mínimamente digna y originan frecuentemente alteraciones del orden público.

2. Dentro del grupo de pacientes crónicos podemos distinguir cuatro grandes grupos:

a) El remanente manicomial: es un porcentaje de crónicos muy variable de país en país y de autor en autor. En España se habla de un 40%. Ellos son una realidad que retorna al hospital psiquiátrico aun cuando se les externe y se limite su aceptación en esta institución.

b) Los enfermos dados de alta que regresan a vivir a su domicilio. Tienen una calidad de vida en la comuni-

dad tan baja que se constituyen en un grupo de pacientes con varios reingresos hospitalarios, varios diagnósticos y que, en general, son mal absorbidos por los centros de salud comunitarios ya que en ocasiones han sido dados de alta antes de que existan condiciones comunitarias y/o familiares para ello.

Quizá por ello el problema más grave -y el motivo por el que ha recibido mayores críticas la reforma psiquiátrica- sea la desatención de una parte de los enfermos graves y crónicos, efecto de la desaparición del papel custodio de la institución.

c) Los crónicos usuarios de servicios ambulatorios. Son el resultado de un tipo de atención técnicamente más avanzada que logra mantenerlos bajo cierto control (el mínimo para evitar ingresos hospitalarios), aunque no lo suficiente como para terminar con el padecimiento.

d) Los nuevos crónicos, cuya edad se sitúa entre los 18 y los 35 años, con cuadros clínicos muy variables, déficits severos de adaptación social, farmacodependientes o no y con frecuentes problemas judiciales. Estos constituyen un grupo significativo de pacientes con múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica como vía principal de su tratamiento, que no acceden a tratamiento ambulatorio y en los que se producen frecuentes rupturas en la continuidad de sus cuidados terapéuticos. No están insertos en las estructuras intermedias, por otra parte insuficientemente desarrolladas en nuestra Comunidad Autónoma.

3. De la falta de dispositivos adecuados para el tratamiento de cada clase de enfermos se deriva que veamos con cierta frecuencia a enfermos con serios problemas mentales deambulando por las calles y pasando toda clase de calamidades, de albergue en albergue y la mayoría sin ninguna atención psiquiátrica. Y en no pocas ocasiones con grave peligro para ellos y sus familiares.

Los riesgos de esta falta de estructuras intermedias son los siguientes:

a) Se convierte a la familia en un minipsiquiátrico sin medios.

b) Los enfermos abandonan la medicación si no reciben cuidados continuos.

c) Pueden convertirse en peligrosos. Esto contribuye a poner a la sociedad en contra de los enfermos mentales y a que estos últimos caigan en la marginación debido a las múltiples leyendas negras tejidas en relación con el comportamiento de los locos y a los temores que despierta entre la población un paciente psiquiátrico.

d) En muchos casos, las familias se sienten avergonzadas y casi siempre ocultan la enfermedad. Esta actitud resta fuerza y capacidad de presión a las asociaciones de familiares de enfermos de estas características.

4. En el sistema de atención psiquiátrica observamos una permanente lucha por reducir los promedios

días/estancia de los pacientes en el nivel de atención dedicado a los agudos (basado en ocasiones en la sobremedicación) y evitar su paso al subsistema dedicado a los crónicos, ya que dentro del segundo de ellos el grado de abandono y la certeza de una evolución irremediable es muy elevada.

En muchos casos, se producen altas precipitadas porque no hay tiempo suficiente para la revisión estable de los síntomas. En otro caso, podrían bloquearse las unidades.

Ello genera el fenómeno conocido como "puerta giratoria", que obliga a los pacientes a mantener un baile constante entre los diferentes dispositivos de Salud Mental.

5. Por otro lado, una parte apreciable de la población internada en los hospitales psiquiátricos es acreedora a la atención de otro tipo de establecimientos, como son las residencias para la tercera edad y los centros de atención a minusválidos psíquicos, pese a lo cual, y ante la falta de otra alternativa, siguen internados en los hospitales.

6. Faltan centros especializados en enfermos crónicos que necesitan de una atención permanente. Aquí está planteado el debate por las nuevas tendencias psiquiátricas sobre la necesidad, por un lado, de abolir los viejos manicomios y, por otro, de vincular al enfermo a su entorno familiar. Respecto de esta cuestión conviene no hacer demagogia y ver en cada caso las necesidades y las posibilidades para que ningún enfermo psiquiátrico se quede sin una asistencia eficaz.

En la actualidad, se considera retrógrado hablar de residencias cerradas. Han desaparecido los manicomios, lo cual es digno de elogios, pero hemos pasado al otro extremo. Pensar que todos los enfermos pueden estar conviviendo en su entorno familiar es, además de una utopía, una falta de contacto con la realidad. Hay un tipo de enfermos que no tienen cabida en ese planteamiento y los que opinan así ni son retrógrados ni están solicitando la reapertura de los manicomios.

Tampoco supone que los familiares de los enfermos sean egoístas, pues son devastadores los efectos que estos enfermos pueden llegar a producir sobre los familiares afectados. Es significativo que se haya puesto como nombre a dicha situación "síndrome del cuidador quemado", cuando se llega a situaciones límite en las que los familiares amenazan con no hacerse cargo de los enfermos una vez que son dados de alta en la Unidad de agudos.

Es sorprendente que alguien pueda escuchar impávido los escalofriantes relatos de la mayoría de los familiares de este tipo de enfermos que se ven obligados a asumir no sólo las enormes responsabilidades y sacrificios que el destino les ha deparado, sino la impotencia que sienten al tener que enfrentarse con un aparato administrativo que ni les escucha ni les atiende. Hay, además, quien les acusa de querer deshacerse del problema.

Urge crear en la Comunidad Autónoma al menos una residencia psicosocial o Unidad de Psiquiatría Forense que permita albergar a pacientes involucrados en un proceso penal y, al mismo tiempo, a enfermos peligrosos imposibles de contener en un medio protegido.

7. Los programas que buscan reintegrar al paciente psiquiátrico, en la mayoría de los casos se basan en una serie de quehaceres como trabajos manuales, paseos, festejos, etc., no en la idea de una rehabilitación integral del enfermo. Ello hace depositar el problema en la familia, que muy frecuentemente no tiene una red social de apoyo que la ayude a lograr la rehabilitación y no cuenta con recursos (no sólo económicos, sino sociales y culturales) que complementen y sostengan la mejoría clínica de sus miembros enfermos, y ello contribuye a cronificar el problema.

8. Sería deseable que las asociaciones de familiares y amigos de enfermos mentales cooperasen, beneficiándose de subvenciones o ayudas facilitadas por la Administración, en la creación de estructuras intermedias, es decir, integrarlas de alguna manera en el mapa asistencial. Quizá sería positivo que pudiera instalarse a través de este sistema un club social, utilizando la buena disposición de los asociados.

9. Contrastan las dotaciones presupuestarias destinadas a drogodependientes atendidos fuera del circuito de salud mental con los recursos de que dispone la atención a la totalidad de los pacientes psiquiátricos.

10. Son realmente insuficientes los dispositivos para aquellos pacientes crónicos que, por su patología y carencia de soporte ambiental, precisan un ingreso en una Unidad de Rehabilitación activa de media o larga estancia. Esta insuficiencia se ha ido solventando de forma individualizada mediante el ingreso en hospitales psiquiátricos privados, sólo en algunas ocasiones costeando la estancia la Administración.

Por otro lado, hay que preguntarse cómo puede hacer el seguimiento del enfermo el psiquiatra del Centro de Salud si el primero no acude al segundo, ya que un enfermo que no tiene conciencia de enfermedad lógicamente no va a acudir al psiquiatra. Está dentro de las competencias profesionales del psiquiatra del sector tratar de "enganchar" de alguna forma al paciente. Las visitas domiciliarias, previstas en la normativa autonómica, en general no se llevan a cabo.

11. Sólo cuando sea una realidad la transferencia completa de los servicios de salud mental a los servicios sanitarios del Gobierno autonómico, el esfuerzo reorganizativo y las aportaciones financieras que ello implica (quizás con la colaboración del Insalud hasta el definitivo traspaso de competencias en materia sanitaria), será posible el planteamiento y abordaje de las grandes reformas pendientes. Por otro lado, se hace precisa una coordinación más estrecha con la red de servicios sociales para desarrollar alternativas de resocialización y reinserción laboral.

Entre tanto, habrá que hacer uso de las nuevas formas de gestión del Insalud, habilitadas por el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, al establecer que la gestión y administración de los centros de protección de la salud podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

También se puede recurrir a la constitución de consorcios entre Administraciones públicas para alcanzar fines de interés común. Estos no sólo son una posibilidad prevista en el ordenamiento jurídico (Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común y Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León), sino que, además, son un medio jurídico óptimo cuando la gestión de un servicio aconseja la creación de una organización común dotada de personalidad jurídica propia.

La existencia de diferentes dispositivos de atención a la salud mental que dependen de diversas Administraciones o incluso de centros privados concertados, produce en ocasiones una descoordinación que redundará en perjuicio del enfermo. Un ejemplo son los equipos de salud mental de distrito de Segovia ubicados en el Centro de Salud Mental "Antonio Machado", que institucionalmente dependen de Insalud, Junta de Castilla y León y Diputación Provincial.

12. Es necesario modificar la Orden de 9 de marzo de 1990 por la que se regula la estructura de coordinación de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica, concretamente su art. 3, que establece la composición de los Comités de Enlace y Coordinación provinciales. Sería necesario incluir representantes de los centros privados en aquellas provincias en las que existan dichos centros (Palencia, Ávila, Valladolid y Soria).

A la vista de la experiencia diaria, se estima conveniente suprimir la previsión contenida en el art. 10 del Decreto 83/1989, de 18 de mayo, que establece que en ningún caso se admitirán, en un hospital psiquiátrico, casos con un período de tratamiento ambulatorio inferior a los tres meses, pues en muchos supuestos no es posible contener a un enfermo de estas características en comunidad, al negarse a tomar la medicación o a seguir una terapia de contención de la psicosis. Sólo un diagnóstico efectuado individualizadamente podrá aconsejar o desaconsejar el ingreso en un hospital psiquiátrico.

13. También resulta imprescindible la ampliación de plantilla en cuanto a número de psiquiatras que componen algunos de los equipos de salud mental de distrito que cuentan con un solo profesional de este tipo. Es necesario que, al menos, dispongan de dos especialistas

de esta rama, para evitar que, ante posibles incidencias laborales (enfermedad o vacaciones), se carezca del especialista principal.

Por otro lado, es innegable que la demanda psiquiátrica es progresiva, por lo que la dotación de personal cualificado para atender dicha demanda debería aumentar en la misma medida.

ANEXO

RECOMENDACIONES

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL

1º. De carácter general

Primera: Que se proceda a la reforma del art. 3 de la Orden de 9 de marzo de 1990 por la que se regula la estructura de coordinación de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica. Según este precepto, cada Comité de Enlace y Coordinación Provincial está presidido por el Delegado Territorial de la Junta de Castilla y León y del mismo formarán parte un miembro en representación del Servicio Territorial de Bienestar Social, dos miembros en representación del Insalud, dos miembros en representación de la Diputación Provincial y el Coordinador de Salud Mental de Área. Será conveniente que también tengan presencia en los respectivos Comités de Enlace y Coordinación Provinciales representantes de los centros privados destinados a la atención de la salud mental en aquellas provincias en las que existan dichos centros (Palencia, Ávila y Valladolid).

Segunda: Que se suprima la previsión contenida en el art. 10 del Decreto 83/1989, de 18 de mayo, que establece que en ningún caso se admitirán, en un hospital psiquiátrico, casos con un período de tratamiento ambulatorio inferior a los tres meses, pues en muchos supuestos no es posible contener a un enfermo de estas características en comunidad, al negarse a tomar la medicación o a seguir una terapia de contención de la psicosis. Sólo un diagnóstico efectuado individualizadamente podrá aconsejar o desaconsejar el ingreso en un hospital psiquiátrico.

Tercera: Que se amplíe la plantilla en cuanto a número de psiquiatras que componen los equipos de salud mental de distrito que cuentan con un solo profesional de este tipo. Es necesario que, al menos, dispongan de dos especialistas de esta rama para evitar que, ante posibles incidencias laborales (enfermedad o vacaciones), se carezca del especialista principal.

Por otro lado, es innegable que la demanda psiquiátrica es progresiva, por lo que la dotación de personal cualificado para atender dicha demanda debería aumentar en la misma medida.

Cuarta: Que se estudie la posibilidad de crear, en número suficiente, residencias que podrían denominarse Psicosociales o de Psiquiatría Forense, de atención a pacientes muy seleccionados imposibles de contener en un medio protegido (con problemas judiciales o carentes de cualquier otro apoyo sanitario, social o familiar).

En muchos casos, las falsamente llamadas unidades de rehabilitación se han convertido en auténticas áreas residenciales. Por poner un ejemplo, podemos mencionar el Hospital Provincial de Ávila, que cuenta con una Unidad de Rehabilitación con 25 camas. Lo cierto es que esta Unidad está integrada por los pacientes procedentes del antiguo Hospital Psiquiátrico y por deficientes mentales. Por la Dirección del hospital sólo se menciona un paciente ingresado como potencialmente rehabilitable.

Ello supone que queden al margen del circuito terapéutico, al no poder ser absorbidos por los dispositivos de atención a la salud mental, un número importante de pacientes que tampoco pueden ser contenidos en la comunidad y que continuamente están ingresando en las unidades de agudos de los hospitales generales.

Quinta: Que se estudie la conveniencia de fomentar programas destinados a la rehabilitación del enfermo mental.

Puede citarse como ejemplo el Programa de Rehabilitación e Inserción Psicosocial, que desde 1989 había permitido el mantenimiento de un monitor para actividades de rehabilitación psicosocial en la Residencia "San José" de El Burgo de Osma, actividad que se ha visto suspendida al no mantenerse la subvención correspondiente por parte de la Junta de Castilla y León.

Ello ha motivado que un elevado número de pacientes se haya visto privado de este tipo de actividades dirigidas a prevenir el deterioro psicosocial añadido a la patología psíquica de los residentes como consecuencia de los años de cronicidad e institucionalización.

Sexta: Que se creen estructuras intermedias en número suficiente para atender a las demandas de enfermos precisados de atención fundamentalmente rehabilitadora.

Séptima: Que en tanto en cuanto sea una realidad la transferencia completa de los servicios de salud mental a los servicios sanitarios del Gobierno autonómico, se haga uso de las nuevas formas de gestión del Insalud, habilitadas por el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio, al establecer que la gestión y administración de los centros de protección de la salud podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

Por ello, se debería estudiar la posibilidad de recurrir también la Consejería de Sanidad y Bienestar Social a la constitución de consorcios entre Administraciones públicas para alcanzar fines de interés común, como ha hecho en algunas ocasiones. Estos no sólo son una posibilidad prevista en el ordenamiento jurídico (Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León), sino que, además, son un medio jurídico óptimo cuando la gestión de un servicio aconseja la creación de una organización común dotada de personalidad jurídica propia.

Lo que de ninguna manera puede permitirse es que la diversidad de Administraciones titulares de los Centros de atención a la salud mental y la falta de coordinación entre ellas vayan en detrimento del derecho del enfermo psíquico a acceder a las prestaciones sanitarias.

Octava: Que se inicien las conversaciones necesarias para la conveniente creación de la Comisión de Coordinación prevista en la Disposición Adicional Sexta de la Ley General de Sanidad, toda vez que la Comisión que ha asumido sus funciones a tenor de lo dispuesto en la Disposición Transitoria Sexta de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario, y creada según el Acuerdo suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Junta de Castilla y León de fecha 1 de diciembre de 1987, no ha tenido un funcionamiento operativo y tampoco se han creado órganos provinciales de coordinación derivados de dicho Acuerdo.

Novena: Que se conceda prioridad al desarrollo de estructuras asistenciales intermedias que completen de manera eficaz la atención prestada por el resto de dispositivos asistenciales, de modo que permitan reducir las necesidades de hospitalización.

Décima: Que se intensifique la atención a la salud mental infantil y juvenil mediante la creación de dispositivos específicos, entre ellos la creación de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de ámbito regional prevista ya en el Plan Estratégico de Salud de 1991.

2º. Sobre el hospital psiquiátrico "Santa Isabel" de León

Primera: Que se analice la posibilidad de llegar a un acuerdo con los servicios sociales de forma que se comparta con ellos la atención al excesivo número de pacientes que alberga la Unidad de Psicogeriatría, así como la Unidad de Deficientes. Sería conveniente que se examinaran individualmente tales demandas a fin de determinar cuál sería la respuesta asistencial: atención ambulatoria, domiciliaria o residencial.

Segunda: Que se estudie la conveniencia de crear una Unidad específica del daño cerebral, ya que este tipo de pacientes, que precisan de seguimiento sanitario y de medicación, han sido derivados a la asociación Aspace-

León, que subsiste con gran precariedad económica y gracias a la voluntad de quienes prestan para ella sus servicios, en muchas ocasiones de forma altruista.

Tercera: Que se proceda a realizar las obras necesarias para mejorar la distribución de los enfermos en las habitaciones y el número de servicios de aseo y ducha, que debe ser más personal.

Se hace imprescindible suprimir las habitaciones cuádruples, quíntuples y séxtuples y, en su lugar, habilitar otras que no sean compartidas por más de dos personas. Tampoco un mayor número de internos deberían utilizar los mismos servicios de aseo y ducha. Todo ello para garantizar que el alojamiento en el Hospital se realice de forma acorde con la dignidad humana.

Cuarta: Que se valore la necesidad de instalar barras de sujeción en los pasillos correspondientes a la Unidad de Psicogeriatría, para evitar posibles caídas de los enfermos.

Quinta: Que se sustituyan las rejas de las ventanas, impropias de un establecimiento sanitario, por otros dispositivos de seguridad como pueden ser los dobles cristales, oscilantes o de apertura limitada.

3º. Sobre el Hospital Institucional de Soria

Primera: Que se disponga la realización de las obras necesarias para cerrar el hueco de la escalera por la que se accede a las diferentes plantas del Hospital a fin de evitar que a través del mismo pueda intentarse o consumarse algún suicidio.

Segunda: Que se analice la posibilidad de ubicar el Centro de Día fuera del Hospital, ya que su finalidad rehabilitadora choca con el carácter eminentemente terapéutico del Servicio de Psiquiatría, destinado a la atención de enfermos agudos.

Tercera: Que se estudie la posibilidad, ya que existe infraestructura y servicios generales para este fin, de ubicar en la parte desocupada del edificio una Unidad de media o larga estancia. De no ser así, se imposibilita que el enfermo siga el circuito terapéutico destinado a su reinserción y vida en comunidad.

Cuarta: Que se contemple la conveniencia de prolongar las subvenciones para los pisos protegidos que venían funcionando en Soria, pisos "a medio camino" para la atención a enfermos en proceso de rehabilitación, que se vería seriamente dificultada sin la existencia de estas estructuras intermedias.

4º. Sobre el Hospital Provincial de Ávila

Primera: Que se estudie la posibilidad de ubicar el Centro de Día, que actualmente comparte las estructuras de lo que son los servicios Hospitalarios, en un lugar más apropiado a su fin rehabilitador, distinto al propiamente terapéutico del Hospital, dedicado a la atención de enfermos en crisis.

Segunda: Que se valore la conveniencia de sufragar en alguna medida el coste que supone para los pacientes procedentes del medio rural el desplazamiento diario al Centro de Día, debido a las distancias, la deficiencia de la red de transportes públicos y las dificultades económicas que en algunos casos supone para los enfermos.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS

Sobre el Complejo "San Salvador" de Oña

Primera: Que se acometan las obras necesarias para cerrar el hueco de la escalera de arriba abajo de forma que se imposibiliten caídas o suicidios.

Segunda: Que se analice la viabilidad de modificar aspectos básicos de la estructura religiosa heredada según exige el derecho a la intimidad de los enfermos. Dentro de este proyecto, se hace necesario ejecutar las obras imprescindibles para eliminar habitaciones compartidas por más de dos enfermos.

Tercera: Que se realicen las reformas precisas para dotar al Centro de los aseos necesarios en función de la capacidad de alojamiento, haciéndolos más funcionales, instalando en número suficiente baños geriátricos con las condiciones necesarias para ser utilizados por personas con movilidad reducida y colocando, al mismo tiempo, en todos ellos, suelos antideslizantes que reduzcan el riesgo de caídas.

Cuarta: Que se proceda al estudio de la reorganización asistencial, suscribiendo acuerdos con los servicios sociales para la atención de los enfermos ingresados en los Servicios de Geriátría y Retrasos Mentales.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ZAMORA

Sobre el Hospital Provincial "Rodríguez Chamorro" de Zamora

Primera: Que en tanto en cuanto se ponga en funcionamiento una residencia especial para ingresados con problemas judiciales, se evite la presencia en el establecimiento de policías uniformados custodiando a pacientes penitenciarios. Su presencia afecta a la normalidad del funcionamiento del Centro y, además, médicamente, resulta inadecuado ya que causa rechazo psicológico y malestar entre enfermos que padecen alteraciones y disfunciones psíquicas.

Segunda: Que el Proyecto Básico y de Ejecución redactado para definir las obras necesarias de remodelación y adaptación del pabellón psiquiátrico del Hospital se lleve a cabo sin demora, con el fin de considerar la separación en dos áreas, de enfermos crónicos y agudos, en lugar de separarse por sexos, como se hace actualmente.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SEGOVIA

Sobre el Centro de Servicios Sociales y Salud "Nuestra Señora de la Fuencisla" y sobre el Centro de Día "Antonio Machado" de Segovia

Primera: Que se establezcan directrices claras sobre el acceso a los pisos protegidos de pacientes en tratamiento ambulatorio sin hacer preciso el ingreso en la Unidad de Rehabilitación, como se viene haciendo hasta ahora. La oferta de los pisos protegidos debe ir dirigida a todos los pacientes de la red que reúnan las características necesarias, sin que necesariamente procedan del Hospital Psiquiátrico.

Segunda: Que se modifique el sistema de gratificaciones mensuales que perciben los residentes por la realización de actividades en el Centro ocupacional de forma que se evite cualquier discriminación entre ellos y se aleje toda sombra de explotación laboral, especialmente cuando colaboran en tareas de funcionamiento y mantenimiento del Centro.

Tercera: Que se proceda a realizar las obras necesarias para la adecuada impermeabilización del edificio destinado al Centro ocupacional que elimine las humedades existentes en suelos y paredes.

Cuarta: Que se proceda a la redistribución de los residentes, ya que no es adecuado que convivan dentro del Centro, si bien en pabellones distintos pero abiertos, enfermos mentales y ancianos, una vez efectuado el traslado de la Residencia Provincial. Son tan evidentes las diferencias entre ellos que en ocasiones resultará difícil la convivencia.

Quinta: Que, en colaboración con la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, se proceda a subsanar las marcadas carencias estructurales, espaciales y económicas del Centro de Día, actualmente ubicado en la antigua vivienda del guarda de la residencia juvenil "Antonio Machado".

Para ello será necesario intensificar las conversaciones iniciadas con la Junta de Castilla y León para la cesión de un edificio anexo, del que es titular y que actualmente se encuentra abandonado.

Con esta cesión se conseguiría, por un lado, ampliar el espacio físico destinado al Centro de Día y el desarrollo completo de los programas previstos para 25 pacientes que hoy no pueden acudir diariamente sino en días alternos y, por otro, albergar una verdadera Unidad de Rehabilitación activa o de media estancia, ya que la existente en el Centro de Salud Mental y Servicios Sociales se encuentra colapsada por los pacientes procedentes del antiguo Hospital Psiquiátrico no rehabilitables.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SORIA

Sobre la Residencia "San José" de El Burgo de Osma

Como premisa de las recomendaciones que se efectuó-an conviene señalar que ya hace tiempo ha sido elaborado por la Diputación Provincial de Soria un Plan Global de Actuación en la Residencia, cuya puesta en marcha se espera en colaboración con la Junta de Castilla y León, por lo que las recomendaciones que se efectúan se encuentran matizadas por esta circunstancia.

Primera: Que se proceda a garantizar el derecho del enfermo internado a gozar de unas condiciones dignas de alojamiento, a cuyo efecto deberán adoptarse las medidas precisas para que las habitaciones no sean compartidas por más de dos enfermos. Que se acometa la reforma de las habitaciones que albergan 8, 9 y 14 camas en el Pabellón I (Psicogeriatría hombres); 9, 12 y 16 en el Pabellón II (Deficientes hombres) y 8 y 9 en el Pabellón III (Psiquiatría hombres).

Segunda: Que se coloquen barras de sujeción a lo largo de los pasillos dedicados a Psicogeriatría.

Tercera: Que se estudie la necesidad de sustituir las rejas de la planta tercera del Centro por otros dispositivos de seguridad que eviten caídas o suicidios. Con la misma finalidad, será necesario cerrar de arriba abajo todos los huecos de las escaleras que comunican los diversos pabellones.

Cuarta: Que, igualmente, se valore la oportunidad y conveniencia de instalar dos ascensores más a fin de comunicar todos los pabellones y evitar el enorme esfuerzo que se ve obligado a realizar el personal del Centro para trasladar a los ingresados con problemas de movilidad, atravesando las diferentes estancias hasta acceder al único ascensor que comunica sólo a los enfermos internados en las secciones de deficientes.

Quinta: Que se dote al edificio de un adecuado sistema de protección y de evacuación en caso de incendio. Será necesario instalar sistemas de iluminación y señalización de emergencias y aumentar en el número necesario los extintores.

Sexta: Que se proceda a la ampliación del número de psiquiatras, al menos hasta tres, y en mayor medida aún el de veladores, ya que el actualmente existente, de dos cada noche para todo el Centro, resulta manifiestamente insuficiente. Será necesario, así mismo, dotar a la población internada de psicólogo.

Séptima: Que se dote a todo el edificio del número de aseos necesarios, evitando que los residentes de la planta baja tengan que compartir los baños con aquéllos que los necesitan cuando se encuentran disfrutando de sus horas de ocio en el jardín o en las galerías.

Octava: Que se incremente, en la medida necesaria, el número de monitores para atender las actividades ocupacionales y de rehabilitación, que merecen una valoración tan positiva en un Centro de estas características.

Se requiere, al menos, un terapeuta para el taller de cestería, que actualmente funciona con un solo residente que controla por sí mismo la actividad.

También es necesario un monitor que dirija y supervise la realización del trabajo y la asistencia de residentes de forma constante y continuada en el montaje, preparación y empaquetado de pinzas.

Novena: Que se lleven a cabo los acuerdos necesarios para coordinar con los servicios sociales la atención de un elevado número de internos que adolecen de alguna deficiencia mental.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ÁVILA

Sobre el Centro Residencial "Infantas Elena y Cristina" de Ávila

Primera: Que se proceda a adoptar las medidas necesarias para suprimir las barreras existentes en las salidas al jardín del Pabellón I y que se coloque una barandilla de protección en la salida de la Sala II, cuyo desnivel ha sido salvado por una rampa muy pronunciada.

Segunda: Que se elimine la salida a la zona ajardinada en el Pabellón IV, pues la gravedad de las alteraciones que presentan sus residentes hace aconsejable evitar la salida al exterior.

Tercera: Que se adopten con urgencia las medidas necesarias de saneamiento e impermeabilización para evitar de forma definitiva las filtraciones de agua o humedad que han provocado el desprendimiento de algunas placas del techo y de algunas barras de sujeción en los pasillos, así como de la instalación de un adecuado sistema de protección contra incendios y salida de emergencia.

Cuarta: Que se dote al Centro del número necesario de baños geriátricos para facilitar la higiene de las personas con movilidad reducida y el trabajo de cuidadores y auxiliares en el manejo de los residentes.

Quinta: Que se estudie la conveniencia de renovar todos los aparatos de cocina, que han quedado obsoletos. Urge dotar al Centro de lavavajillas con capacidad suficiente para evitar que se laven a mano platos y demás útiles de cocina.

Sexta: Que se amplíe, al menos en dos más, la plantilla de psiquiatras y se dote al Centro de un psicólogo.

Séptima: Que se analice la oportunidad de ampliar, por su escasez, la plantilla de auxiliares y cuidadores, a efectos de garantizar una cobertura adecuada de cada sección en los tres turnos de trabajo, la ayuda precisa a los enfermos que no pueden valerse por sí mismos y, en su caso, el acompañamiento individual de los pacientes en las salidas del Centro.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE PALENCIA

Sobre el Hospital Provincial "San Telmo" de Palencia

Primera: Que se aumente el personal que atiende la Unidad, tanto de ATS, que habrá de duplicarse, como de psiquiatras. Es urgente la contratación de otro especialista principal para evitar que, en caso de vacaciones o cualquier otra incidencia laboral del único psiquiatra que ahora atiende la Unidad, sea necesario clausurar la Unidad e imposibilitar nuevos ingresos, como viene sucediendo hasta este momento, pese a la enorme presión asistencial.

Segunda: Que se estudie la conveniencia de mantener cerrada la Unidad, ya que, dada la escasa vigilancia por carecer de personal, pueden ser frecuentes las fugas o los intentos de suicidio una vez fuera del Centro.

Tercera: Que se proceda a la instalación de, al menos, dos baños completos más, ya que de los cuatro actualmente existentes sólo dos disponen de bañera y ducha respectivamente. Al mismo tiempo, que se sustituya el sistema de teléfono y alcachofa por otro que evite posibles acciones autolíticas.

Cuarta: Que se suprima en las persianas el sistema de banda actualmente existente, colocando en su lugar tornos o manivelas, en la misma línea de evitar intentos suicidas.

CONSORCIO HOSPITALARIO DE BURGOS

Sobre el Hospital Provincial "Divino Vallés" de Burgos

Primera: Que se estudie la conveniencia de ubicar el Centro de Día dependiente del Consorcio Hospitalario fuera de los servicios destinados propiamente a la atención de enfermos agudos dado el objetivo rehabilitador y no tanto terapéutico de tal estructura intermedia.

Segunda: Que se analice la posibilidad de sufragar el desplazamiento de los enfermos que se trasladan al Centro de Día desde la misma capital o desde otro punto de la provincia.

CONSORCIO HOSPITALARIO DE SALAMANCA

Sobre el Centro de Salud Mental y Servicios Sociales de Salamanca

Primera: Que se estudie la forma de sustituir las llamas rejas existentes en algunas de las ventanas del área residencial por otro sistema que, permitiendo la debida seguridad, supere aspectos impropios de un establecimiento sanitario. Se propone como alternativa la instalación de cristales de seguridad, oscilante o con apertura limitada.

Segunda: Que se integre a los pacientes que ocupan el Área Residencial en la Unidad de ancianos en la proyectada Residencia Asistida Provincial. Se considera prioritario delimitar las competencias respectivas del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales en la atención al enfermo mental, estableciendo, de otra parte, la adecuada coordinación para facilitar, en especial, la desinstitucionalización de los pacientes internados no propiamente psiquiátricos.

Tercera: Que se estudie la posibilidad de que el Consorcio Hospitalario de Salamanca, ente titular del Centro, sufrague, al menos en parte, los gastos de transporte desde zonas determinadas de la provincia.

Cuarta: Que por las entidades consorciadas se estudie la conveniencia de acordar la constitución de un nuevo recurso sanitario al que se adscriba el personal a que se refiere la Disposición Transitoria Cuarta del Decreto 199/1996, por el que se aprueba la constitución del Consorcio. Convendría valorar la creación de estructuras intermedias, tan necesarias como insuficientes.

CONSORCIO HOSPITALARIO "DOCTOR VILLACIÁN"

Sobre el Centro de Salud Mental y Servicios Sociales "Doctor Villacián" de Valladolid

Primera: Que se analice la conveniencia de incrementar la plantilla de personal cualificado de enfermería, ya que la cobertura de una sola persona/día de esta categoría profesional ha de estimarse insuficiente en función del número y situación de los enfermos ingresados. Además, este personal debe realizar el control y administración de la medicación prescrita, lo que es consustancial con su función, sin que esta actividad pueda recaer en el personal auxiliar.

Segunda: En igual sentido debe estudiarse la necesidad de incorporar a la plantilla un psicólogo cuando la atención de los enfermos agudos sea desplazada del Centro y, en todo caso, cuando se pretenda desarrollar una Unidad de Rehabilitación activa.

Tercera: Que se proceda a efectuar las obras necesarias para fijar límites físicos entre el área de salud mental y la de servicios sociales, con la población tan diferente que ocupan ambos pabellones y los problemas de convivencia que pueden originarse.

Cuarta: Que se corrijan de inmediato las deficiencias existentes en lo que se refiere a mantenimiento. Urge especialmente mejorar de la situación de deterioro de las persianas, tanto de las habitaciones de los enfermos como del resto de las estancias, lo que incide directamente en la calidad de vida de los usuarios, al imposibilitar una modulación razonable de la luz y de la temperatura a lo largo del día y a través de las diferentes estacio-

nes del año, y una adecuada ventilación de la totalidad del Centro.

Quinta: Que se estudien las medidas a adoptar para la ampliación y la renovación del mobiliario, notoriamente insuficiente.

Sexta: Que se proceda a la remodelación de las habitaciones de forma que no estén compartidas por más de dos pacientes. La distribución actual no reúne las condiciones debidas de habitabilidad ni garantiza el derecho a la intimidad de los enfermos.