

# Sobre la situación de los servicios psiquiátricos de la provincia de Alicante

José Ignacio ZUAZO ARSUAGA (\*)  
y Javier MONTEJO CANDOSA (\*)

Con motivo de la solicitud realizada por un grupo de profesionales de los servicios psiquiátricos de la Diputación de Alicante, en la que señalaban una serie de dificultades en el proceso de integración y reforma de la salud mental, la Junta Directiva de la AEN acordó formar una comisión que se desplazase a Alicante con objeto de valorar, sobre el terreno, la situación de dichos servicios. Dos miembros de la Comisión de Asistencia nos desplazamos a Alicante y Valencia para intentar conocer directamente el funcionamiento de los servicios y mantener varias entrevistas con todas las partes relacionadas con los mismos.

Queremos agradecer la información aportada por el diputado provincial de Sanidad y por todos los profesionales de los servicios psiquiátricos.

Lamentamos no haber podido conseguir una entrevista con ningún representante de la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Valencia, no pudiendo estar de acuerdo en su respuesta de que no era pertinente por suponer ingerencias en asuntos de otro organismo, ya que el actual marco legislativo de la Comunidad Valenciana indica la responsabilidad de la Generalitat, Consejería de Sanidad y Servicio Valenciano de Salud en temas de salud mental.

Pasamos a continuación a presentar el informe elaborado.

(\*) Miembros de la Comisión de Asistencia de la AEN.

## 1. MARCO LEGISLATIVO Y ORGANIZACIÓN EN EL QUE SE ENCUADRAN LOS SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS DE ALICANTE.

Queremos señalar en este apartado cuál es el conjunto de normas que deben servir de referencia para el desarrollo de la planificación y tareas de los servicios:

a) Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, de abril de 1985.

b) Ley 14/1986, General de Sanidad.

c) Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana.

d) Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del SERVICIO VALENCIANO DE SALUD MENTAL.

e) Reglamento de régimen interior que regula la organización y funcionamiento del Sanatorio Psiquiátrico de Alicante y de los centros dependientes de la Diputación Provincial.

Del Decreto 148/1986 queremos señalar especialmente la disposición adicional tercera que señala que: "La Consejería de Sanidad y Consumo formulará planes sectoriales de coordinación en materia de salud mental con las di-

putaciones provinciales de la Comunidad Valenciana, de acuerdo con el Decreto, del Consell, 129/1985, de 23 de agosto".

La Ley del Servicio Valenciano de Salud (SVS), adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, señala que es competencia de éste "la fijación de directrices y criterios generales de la política de salud" y "la adopción de los criterios para la distribución de los recursos". Entre sus objetivos entran "la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo funcional único", definiendo que "las funciones y servicios sanitarios, incluyendo la salud mental, que pertenecen actualmente a los ayuntamientos y diputaciones, serán adscritos al SVS". Si bien marca un plazo de tres años para transferir la titularidad de esos servicios y establecimientos sanitarios a las entidades locales, señala que "no obstante, durante el período necesario para la definitiva transferencia de los centros y establecimientos sanitarios de las corporaciones locales al S.V.S., aquéllos quedarán adscritos funcionalmente a éste y cumplirán los programas y objetivos, sin perjuicio de la titularidad que corresponden a las administraciones locales".

La Comunidad Autónoma Valenciana debe asumir sus responsabilidades en materia de planificación y ordenación de los recursos y esto es algo que debe conocer bien, pues como resultado de un recurso presentado contra el Plan de asistencia de la reforma de la asistencia psiquiátrica elaborado por la Diputación Provincial de Valencia en 1980, la SALA CUARTA DEL TRIBUNAL SUPREMO EN SENTENCIA 18 de marzo de 1986, CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO (2.312), decidió la improcedencia de ese Plan, concluyendo que la planificación es una competencia del GOBIERNO AUTONOMO, estando el Ente local "en una posición de subordinación o dependencia cuasijerárquica", haciendo hincapié "en lo improcedente de ac-

tuaciones de las entidades locales que no tratan de un trabajo programático o de futuro".

Este conjunto de normas, lógicamente jerarquizadas, puede posibilitar el desarrollo de un plan de salud mental acorde con las necesidades actuales. Sin embargo, la situación es distinta y se puede calificar como de DESCOORDINACION Y DEJACION DE FUNCIONES. Señalaremos como ejemplo inicial la respuesta dada a los miembros de la Comisión de Asistencia de la AEN por la Consellería de Sanidad para no mantener la entrevista solicitada.

Consellería de Sanidad, Servicio Valenciano de Salud y Diputación Provincial de Alicante actúan provocando una situación de estancamiento de los servicios psiquiátricos al no concretar medidas de participación de cada uno en este período transitorio, que se extenderá hasta la integración en el Servicio Valenciano de Salud.

Si bien el Servicio Valenciano de Salud ha dado algunos pasos [creación de equipos de salud mental y unidades de hospitalización psiquiátrica en alguna de las áreas sanitarias (Alcoy, Orihuela)], no parece que esa iniciativa sea suficiente y valga como argumento uno de los hechos actualmente más conflictivos, que es el planteamiento de aumentar el número de camas de admisiones del Sanatorio Psiquiátrico. Para la Comisión, esta medida es la denuncia más clara de la deficiente atención de la Comunidad Valenciana a la salud mental. Más todavía cuando en hospitales de área del Servicio Valenciano de Salud existen locales sin utilizar.

El mismo diputado provincial se da cuenta de esta deficiente coordinación de organismos y expresa su deseo, no satisfecho, de ser un ejecutor de las directrices del Servicio Valenciano de Salud y de la Consellería.

Queremos también resaltar la falta de normalización de la Comisión de Enlace del Servicio Valenciano de Salud

con la Diputación Provincial. Parece que esta Comisión ha realizado escasas reuniones con algunos acuerdos parciales que quedan en el nivel verbal y no ha planteado en ningún momento un plan pormenorizado de integración con objetivos, prioridades y plazos.

## **2. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS**

Durante nuestra visita hemos percibido una seria confrontación entre distintos grupos, y esto nos parece síntoma, más que de un conflicto entre personas, de un problema de desorganización por distintas causas:

a) El primer desorganizador es la situación señalada anteriormente.

b) Inexistencia de una clara responsabilidad técnica, muy mediatizada por los órganos políticos de gestión de Diputación poco capaces o interesados en definir los niveles de responsabilidad, llegando a "puentear" al director médico en decisiones del ámbito asistencial.

c) Ausencia de una línea jerárquica clara entre los mismos técnicos. Solamente existen en los servicios médicos psiquiatras adjuntos (funcionarios). Los coordinadores nombrados por la dirección médica, solamente lo son de forma "honorífica" y/o "voluntaria", sin otra compensación.

Y para más indefinición éstos han sido sustituidos por el órgano político promoviendo una votación para nombrar otros. Estos coordinadores no tienen, en algunos casos, ningún contacto con la actividad extrahospitalaria y comunitaria.

d) Otros profesionales más dedicados a la asistencia extrahospitalaria pueden encontrarse con dificultades en el desarrollo de este trabajo, ya que los locales para su ubicación dependen, en algunos casos, de concesiones verbales que pueden cambiar dependiendo de

las necesidades de espacio del organismo que verbalmente han proporcionado esos locales como, por ejemplo, un centro de salud.

e) Hemos sido informados de que la actual Diputación ha decidido congelar los presupuestos dedicados a la salud mental comprometiéndose a no provocar una disminución de las personas y tiempo dedicado a la actividad extrahospitalaria, pero esto no es lo mismo que mantener un compromiso claro con un programa comunitario de salud mental.

Tenemos que una falta de apoyo activo de la Diputación a este modelo pueda tener el mismo efecto que una orden de repliegue hacia el Sanatorio Psiquiátrico, ya que la transformación de esta institución exige la creación de dispositivos comunitarios. No nos parece que se aborde decididamente la reforma asistencial, sobre cuya necesidad y objetivos finales todos los profesionales se muestran de acuerdo.

f) Queremos señalar que las distintas posibilidades de organizar una consulta de psiquiatría:

- seguimiento en el hospital psiquiátrico de sujetos dados de alta;
- consultas de tipo dispensarial descentralizadas;
- trabajo comunitario de salud mental;

implican unos niveles muy diferentes de compromisos con las líneas de la reforma psiquiátrica.

A los miembros de esta Comisión les ha llamado la atención la existencia de un equipo no sectorizado y asentado en el Sanatorio Psiquiátrico, que tiene como objetivo la terapia familiar. También la existencia de una unidad anti-alcohólica con un bajo índice de ocupación y de rotación de las camas que, con el aparente objetivo de perpetuarse a sí misma, se considera como un dispositivo al margen del resto de los servicios.

Es, en resumen, la fragmentación de la asistencia y una confusa definición y utilización de los recursos, lo que indica una falta de claridad en el desarrollo de líneas de trabajo comunitario, con titubeos para apostar por una asistencia INTEGRADA E INTEGRAL, que suponga una CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE SALUD.

### **3. EL SANATORIO PSIQUIATRICO: LAS UNIDADES DE ADMISIONES Y EL AREA RESIDENCIAL**

En estos últimos años parece haberse realizado un esfuerzo en la transformación del Sanatorio Psiquiátrico y la reinserción de pacientes de larga estancia.

Sin embargo, en este momento no existe una alternativa definida para esta institución. No se sabe si va a ser asumida por la Consellería de Sanidad y el Servicio Valenciano de Salud o si su futuro es un cambio de denominación y transformación en un lugar asilar de servicios sociales, dependiente de la Diputación de Alicante.

Esta situación entraña el riesgo de que desaparezcan las actividades de desinstitucionalización y reinserción, con una reclasificación masiva de los internados que podrían ser definidos de forma indiscriminada como sujetos con necesidades exclusivamente asilares, sufriendo un nuevo proceso de marginación institucional.

Las unidades de admisiones aparecen como un lugar de conflictos, provocados no sólo por la sobresaturación que se atribuye al importante aumento de la población flotante de la provincia, sino por las distintas visiones asistenciales que el problema hace aflorar: "arreglar la situación de las unidades antes de salir a la comunidad" o "salir a la comunidad para arreglar la situación de las unidades".

La Comisión piensa que este problema se podría plantear de forma "más

racional" si no fuese el emergente de esa discusión y de todos los conflictos señalados.

## **CONCLUSIONES**

Para concluir este informe los miembros de la Comisión de Asistencia que hemos realizado la visita a los servicios psiquiátricos de Alicante queremos señalar las siguientes recomendaciones:

I. Es imprescindible que las distintas instancias relacionadas con la atención de la salud mental de la Comunidad Valenciana y en la provincia de Alicante, desarrollen con urgencia un plan de actuaciones con objetivos y prioridades y que haga realidad la imprescindible coordinación.

II. Cualquier decisión, así sea coyuntural, que implique creación o transformación de dispositivos y estructuras asistenciales debe realizarse de acuerdo con el marco legislativo existente y en coordinación con la Consellería de Sanidad y el Servicio Valenciano de Salud.

III. Es imprescindible, aunque no suficiente, conservar coyunturalmente la actual dotación de los recursos extra-hospitalarios (número de profesionales, tiempo de dedicación, locales, etcétera...) y favorecer la canalización de los recursos hacia lo comunitario.

IV. Debe dotarse a la dirección técnica de los medios adecuados para desarrollar su labor, estableciendo claramente los niveles de responsabilidad en los distintos ámbitos de la organización.

V. Es necesario plantear una adecuada coordinación de los dispositivos existentes (unidades de admisiones, centros o dispensarios de salud mental...), así como favorecer el desarrollo de estructuras intermedias comunitarias.

Noviembre, 1988.