

## La reforma psiquiátrica en Navarra, 1986-1991

## The psychiatric reform in Navarra, 1986-1991

\*J.A. INCHAUSPE AROSTEGUI, \*\*F. DE POTESTAD MENENDEZ, \*\*\*J. PEREZ MONTOTO

### RESUMEN

Se presenta el proceso de reforma psiquiátrica en Navarra, inspirado, como principales directrices, en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de Abril de 1985, y en la Ley de Sanidad de 1986. Las características geo-socio-demográficas, la dotación de recursos y la coyuntura política (Gobierno Socialista) han sido, sin duda, factores favorables para la implantación y desarrollo del Plan de Salud Mental de la Comunidad Foral.

PALABRAS CLAVE: Reforma. Salud Mental. Navarra.

### SUMMARY

The Psychiatric Reform process in Navarra, Spain, is described, being its main guidelines the Governmental Committee Report for the Psychiatric Reform —from April 1985— and the General Health act —from 1986— Geographic, social and demographic characteristics, available resources and political situation —a Socialist Regional Government—, have been undoubtedly favourable factors for the implementation and development of the Mental Health Plan for Navarra.

KEY WORDS: Psychiatric reform. Mental health. Navarra.

### INTRODUCCION

Se describe en este artículo seis años de Reforma Psiquiátrica en una Comunidad Autónoma uniprovincial española, Navarra —521.940 hts.—. Se trata de un proceso que ya se ha asomado parcialmente a páginas de varias publicaciones

especializadas (1), pero que se documenta fundamentalmente en memorias e informes (2), algunos de ellos de carácter interno y de difusión forzosamente reducida, que se ha querido resumir aquí de forma global y crítica.

La Asistencia Psiquiátrica española y su Reforma han generado en los últimos años una abundante literatura, con textos “funcionales” —planes, programas, y bases para la reforma— diversa producción legislativa, variada literatura crítica y reivindicativa, pero pocos estudios descriptivos y referencias concretas a reformas realizadas o en curso de realización.

Esperamos que las páginas que siguen a continuación contribuyan a paliar esta carencia, y resulten prácticas para quien esté interesado en seguir la evolución de la Reforma en España, y en general por la organización de servicios en psiquiatría.

### DE LA REFORMA PSIQUIATRICA EN NAVARRA

Es cita obligada la referencia al “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” de Abril 1985, y a la Ley General de Sanidad de 1986, como fuentes inspiradoras de las principales directrices de la Reforma en Navarra.

El cuadro conceptual e histórico inmediatamente anterior al comienzo de la Reforma Psiquiátrica en Navarra se caracteriza por el auge de las ideas de la Psiquiatría Social y Comunitaria, segunda mitad de los años 70 y principios de los 80, al origen de varios estudios epidemiológicos pioneros en el estado Español y de un proyecto de planificación de Servicios Psiquiátricos extraordinariamente ambicioso de Muñoz y cols. (3) diversos intentos de trascender los muros del asilo, crítica y protestas en el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier, constitución de la fundación privada *Argibide* (4), etc.

El Plan de Salud Mental de Navarra (5), escrito en aplicación del principio XII de los propuestos por la “Comisión para un plan general de Salud Mental y Atención Psiquiátrica”, es aprobado por el Gobierno Autónomo en Mayo de 1986, tras serle presentado por una Dirección de Salud Mental creada en Febrero del mismo año, establece las líneas de trabajo que caracterizarán lo hecho durante estos cinco años:

—Transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico en nuevos recursos asistenciales y residenciales, mediante la puesta

\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Tudela (Navarra)

\*\*Psiquiatra. Jefe de Servicio. Centro de Salud Mental I-A de Pamplona (Navarra)

\*\*\*Psiquiatra. Jefe de Servicio. C. El Rebullón de Pontevedra (Galicia)

Correspondencia: Fabricio de Potestad Menéndez. Jefe de Servicio. Centro de Salud Mental I-A. Plaza de la Paz, s/n. 31002 Pamplona (Navarra).

Fecha de recepción: 23-9-92

Fecha de aceptación: 23-10-92

en marcha de programas de rehabilitación-desinstitucionalización, y la creación de estructuras de atención "a medio camino" (6 Pisos y 3 Hogares Protegidos en la actualidad).

—Consolidación de una Red completa de servicios de ámbito territorial, integrada y organizada en diferentes niveles y estructuras de atención (Mapa I y II) constituida actualmente por:

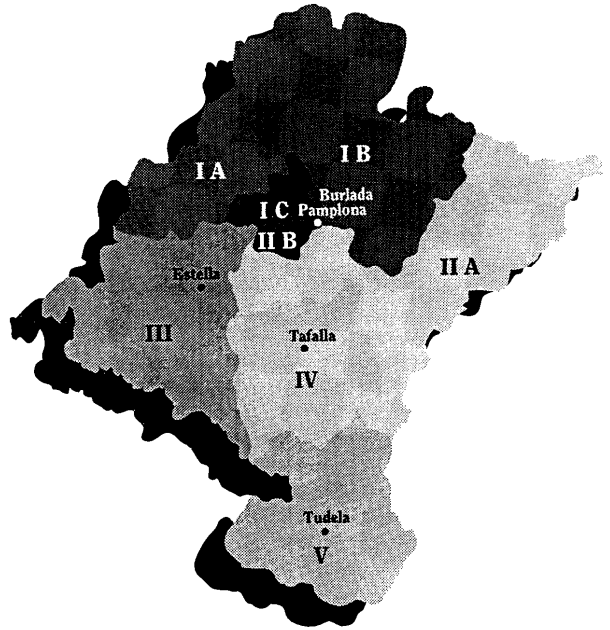
- \* 8 Centros de Salud Mental.
- \* 5 Servicios de Día.
- \* 2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Hospital General.
- \* 2 Dispositivos de Urgencias.

—Adscripción e integración de todos los profesionales y recursos psiquiátricos públicos en una única Red de Salud Mental, integrada a su vez en el Sistema General de Salud.

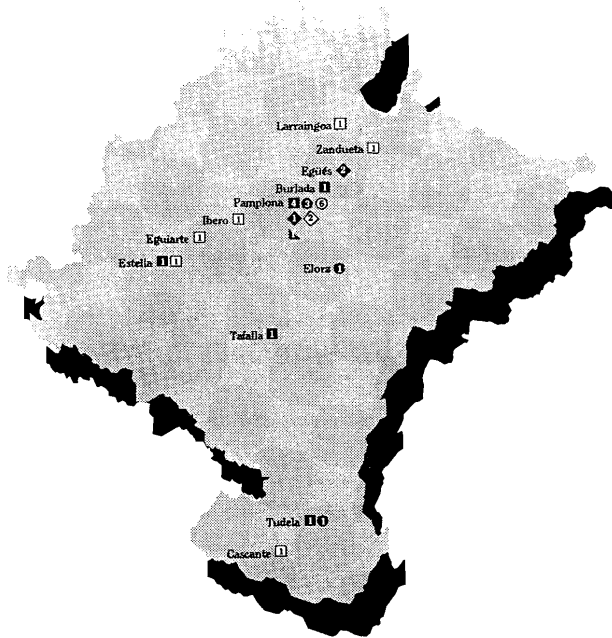
—Estructuración interna del nuevo sistema de atención y cuidados de Salud Mental, en cuanto concierne a su gestión, dirección, coordinación y órganos de representación.

—Desarrollo de un Sistema de Información y actuaciones encaminadas a la formación permanente, evaluación e investigación aplicada.

(Mapa I y Mapa II).



Sectores de Salud Mental en Navarra (III).



■ Centros de Salud Mental Pamplona, 4 Burlada, 1 Tafalla, 1 Estella, 1 Tudela, 1	○ Pisos protegidos Pamplona, 6
● Servicio de Día Pamplona, 3 Elorz, 1 Tudela, 1	◆ Hogares Protegidos Pamplona, 1 Egüés, 2
▲ Hospital Psiquiátrico Pamplona, 1	◇ Unidades de Hospitalización Pamplona, 2
	□ Comunidades terapéuticas Larraingo, 1 Zandueña, 1 Egüerte, 1 Casarte, 1

Mapa de Recursos de la Red de Salud Mental (I).

ESTRUCTURAS DE ATENCION

El desarrollo del Plan de Salud Mental ha supuesto una transformación radical de un modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y en escasos recursos ambulatorios descritos en las Tablas I y II.

TABLA I

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA PUBLICA NAVARRA, 1984

Hospitalarios

Hospital Psiquiátrico San Fco. Javier  
Gobierno de Navarra  
(Hospitalización + consultas)

Camas: 1.007/80 de ellas de agudos	
Tasa camas/10.000 hab.:	19,5
Total estancias:	284.632
% ocupación:	77,4%
Indice rotación:	0,89%
	(9,85 agudos)
Estancia media:	317,7
	(17 agudos)
Promedio diario consultas externas	28
Camas clínicas privadas:	183
Tasa total camas/10.000 hab.:	23

Todos los recursos públicos se localizan en Pamplona, salvo 1 Unidad de Alcoholismo y Tox. en Tudela (1 Psiqu. 1 T.S. y 1 aux.)

Extrahospitalarios

- 1 Hospital Día/Gobierno de Navarra  
(Hospitalización parcial + consultas ambulatorias)
- 4 Consultas de Neuropsiquiatría/Insalud
- 2 Servicios Alcoholismo y Toxicomanías/Gobierno de Navarra  
(consultas ambulatorias drogodependencias + equipo prevención)
- 1 Centro de Salud Mental/AISNA  
(Consultas ambulatorias adultos)
- 1 Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica/AISN  
(Consultas ambulatorias niños)

Fuente información: Plan de Salud Mental (1986).36

TABLA II  
RECURSOS HUMANOS PSIQUIATRIA PUBLICA NAVARRA, 1984

	H. Psiquiátrico	H. Día	S. Alcoholismo	Insalud	AISNA	Total
Psiquiatras	10	4	4	4	3	22
Otros médicos	2	1				
Psicólogos	2	1	1	—	1	5
ATS	29	2	3	—	2	36
Trab. soc.	5	3	5	—	2	15
Auxiliares (EVL)	279	1	2	—	—	
Otros titulados	1	—	3	—	—	4
Médicos en formación	2	2	—	—	—	4

\* Neuropsiquiatras dedicación 12,5 horas/semana.

\*\* Los 4 Neurops. se computan como 1 psi. a tiempo completo.

Fuente información: Plan de Salud Mental (1986).

TABLA III  
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA. ESTIMACION DEMANDA ASISTENCIAL AMBULATORIA POR CENTROS AÑO 1984

Centros	Primeras consultas	Consultas sucesivas	Totales	Relación sucesivas/1.ª visitas
H. Psiq. San Fco. Javier	558	6.667	7.225	11,9
H. Día Psiquiátrico	435	7.238	7.673	16,6
C. Salud Mental-AISN	293	713	1.006	2,4
C. Diag. y Orient. T-AISN	297	1.035	1.332	3,5
Consul. Neuropsiquia.				
INSALUD	7.425	17.373	24.798	2,3
S.º Alc. y Toxicomanías	351	4.961	5.312	14,1

Fuente: Plan de Salud Mental (1986).

Estos recursos configuran varios circuitos asistenciales separados, aunque solapados en su actividad asistencial en un % difícil de precisar pero probablemente muy alto, incluso para aquellos supuestamente especializados, niños p.ej. (6). sin ningún tipo de coordinación, planificación o búsqueda de objetivos comunes.

Por otra parte, como se ha señalado en otras regiones (7), es en los servicios peor dotados y no interdisciplinarios, pero integrados en el sistema general de salud, donde consultan la mayor parte de pacientes (Tabla III).

Seis años de reforma han configurado una situación muy diferente. Cifras en las Tablas IV, V, VI y VII.

Hospital Psiquiátrico

Camas: 438

Consultas externas: 0

3 Centros de Salud Mental y

1 Servicio de Día (Tudela) se encuentran fuera del área metropolitana de Pamplona

El conjunto del sistema se halla bajo la coordinación y dirección técnica de la "Dirección de Salud Mental"

*Extrahospitalarios*

2 Hospitales de Día Intersectoriales (Hospitalización Parcial) 40 plazas

1 Centro de Día Suprasectorial (Programas de Readaptación)

1 Centro de Día Suprasectorial (Programas Especializados en Toxicomanías)

1 Servicio de Día Sectorial (Programas de Hospital de Día y Centro de Día)

8 Centros de Salud Mental Sectoriales

6 Apartamentos Terapéuticos

3 Hogares Terapéuticos

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

TABLA IV

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA PUBLICA NAVARRA, 1991

<i>Hospitalarios</i>	
2 Unidades de Hospitalización psiquiátrica en Hospital General	
Camas:	58
Ingresos:	942
% ocupación:	84,8%
Estancia media:	19 días

TABLA V  
RECURSOS HUMANOS PSIQUIATRÍA PÚBLICA NAVARRA, 1991

	Hospital Psiquiátrico	Unidades de Hospit. Psiqu.	Servicios de Día	Centros de Salud Mental	Dirección de S.M.	Total
Psiquiatras	3	6	2	19	3	33
Otros médicos	5	—	—	—	1	6
Farmacéutico	1	—	—	—	—	1
Psicólogos	2	1	2	12	—	17
T. Sociales	3	2	4	9	1	19
ATS	15	22	3	12	—	52
Auxiliares (EVL)	203	40	15	8	—	266
MIR						10

Fuente: Dirección de Salud Mental.

TABLA VI  
INDICADORES DE SALUD MENTAL EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA PÚBLICO NAVARRO (1984-1991)

Indicadores de Salud Mental	Evolución Histórica Sistema Público							
	Realizado							Previsto
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Camas Hospital Psiquiátrico	1.007	811	793	760	664	583	519	300
—Agudos (Media anual)	80	86	68	46	33	33	25	—
—Crónicos	927	725	725	714	631	550	494	300
Estancias H. Psiquiátrico	284.632	275.267	265.396	246.958	222.906	195.472	172.655	135.000
—Agudos	12.692	10.995	10.589	10.553	8.234	8.172	6.785	—
—Crónicos	271.940	264.272	254.807	236.405	214.672	187.300	165.870	135.000
Población crónica H. Psiquiátrico (31 de Diciembre)	745	714	691	631	550	494	438	225
Camas de hospitalización psiquiátrica en H. Generales (M.a)	—	—	—	22	22	25	33	54
Plazas en Hospitales y Centros de Día	± 20	± 20	± 20	40	52	72	72	82
Plazas en Recursos Protegidos (Hogares/Pisos)	—	—	—	—	10	22	39	51
Plantillas extrahospitalarias en la Red de Salud Mental	48				69	84	89	100
% Cobertura de la Red de Centros de Salud Mental	—	—	*	92,2	100	100	100	100
Inversiones (Presupuesto ejecutado en millones de pesetas)	45	96	145	380	283	126	353	152

(\*) Los CSM excepto Estella comienzan su funcionamiento en el último trimestre.

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

TABLA VII  
ACTIVIDAD ASISTENCIAL RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA, 1987-1990

	1987	1988	1989	1990
<i>Centros de Salud Mental</i>				
—C. Evaluación	7.385	9.691	10.045	9.781
—Psicoterapias	9.810	9.940	8.940	9.332
—C. Revisión	14.358	25.076	31.023	36.162
—Otras consultas	4.713	12.996	15.003	17.203
<i>Hospitales de Día</i>				
—Plazas	40	40	40	40
—Estancias (7 h.)	6.392	7.883	7.085	8.142
<i>Centros de Día</i>				
—Plazas	12	32	32	
—Estancias (7 h.)	1.139	4.530	4.230	
<i>Urgencias</i>	2.205	2.614	2.612	3.144
<i>Unidades de Hospitalización Psiquiátrica</i>				
—N.º de Camas	59	55	58	58
—Ingresos	942	1.029	1.030	942
—Estancias	13.797	14.463	16.220	17.947
—E. Media (d.)	14,6	14,1	15,7	19
—I. Ocupación (%)	64,1	72	76,6	84,8
<i>Hospital Psiquiátrico</i>				
—N.º Pacientes (31 Diciembre)	631	550	494	438
—Estancias	236.405	214.672	187.300	165.870
—Consultas	2.842			

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

### Hospital Psiquiátrico

El antecedente inmediato de la reforma del Hospital Psiquiátrico, data de 1979 (8). Por otra parte ya había tenido lugar en el HP una disminución progresiva del número de pacientes ingresados (Tabla VIII), como ha sucedido en otros lugares de España por las mismas fechas (9) (Tabla VIII).

TABLA VIII  
HOSPITAL PSIQUIATRICO

Año	N.º Total Estancias	Pacientes Promedio/día
1978	387.409	1.061
1979	353.071	967
1980	327.657	898
1981	313.460	859
1982	305.951	838
1983	295.154	809
1984	284.632	780
1985	275.267	754

Fuente: Memorias del Hospital Psiquiátrico. Dr. Lizarraga.

El Plan de Salud Mental recomienda expresamente la ejecución de un "Plan especial de actuaciones sobre el Hospital Psiquiátrico" que tiene como objetivo la transformación de este reducto institucional-asilar, teniendo finalmente a su desaparición futura.

Las premisas conceptuales de las que se parte son la incompatibilidad de este tipo de instituciones con un modelo asistencial comunitario, y la viabilidad del proceso de desinstitucionalización en gran número de casos, aún cuando finalmente subsista un núcleo no susceptible de ser rehabilitado, al que habrá de otorgarse consideración de colectivo social protegido y acoger y cuidar en espacios residenciales asistidos idóneos.

El procedimiento utilizado es una combinación de altas de pacientes, y consiguiente disminución de camas, "deshospitalización" del hospital, por salida de Servicios y Unidades clínicas —unidades de hospitalización, servicio de día— con su correspondiente equipo técnico de profesionales, y "transinstitucionalización" de los servicios, que tras reforma y modernización pasan a ser gestionados por los Servicios Sociales según los mismos criterios y programas que utiliza en sus residencias normalizadas. Es lo que llamaremos proceso de "desmantelamiento" del Hospital Psiquiátrico.

El proceso comienza en 1986 con la separación entre las camas clínicas o de agudos (futuras Unidades de Hospitalización Psiquiátrica) y las residenciales o de crónicos (a las

que nos referiremos en adelante como Hospital Psiquiátrico propiamente dicho), y la asunción de las consultas ambulatorias y la hospitalización parcial por parte de los servicios comunitarios (C.S.M. y Servicios de Día).

Las actuaciones durante el periodo 1986-1991 han ido encajadas a:

—Mejora y racionalización del funcionamiento del Hospital, en sus aspectos de gestión, reorganización de servicios y de personal.

—Disminución progresiva del número de camas.

—Mejora de la calidad de vida de la población acogida: cierre de algunos pabellones, remodelación de otros, apertura de piscinas, nueva cafetería, supresión de la laborterapia industrial, reorganización de la terapia ocupacional, consolidación de la atención médica general y de odontología por los correspondientes Centros de Salud, inauguración y apertura al público del Parque del Mundo —5,8 Has. en antiguos terrenos “intra-muros” del Hospital Psiquiátrico, etc.

—Puesta en marcha de Programas específicos de rehabilitación para pacientes resocializables.

En 1987 se procede al estudio y reordenación de los pacientes en base a un estudio que articula criterios clínicos y conductuales con variables socio-ambientales (10), constituyéndose cuatro áreas que se describen en la Tabla IX. Desde un punto de vista nosográfico más clásico (ICD-9), los diagnósticos mayoritarios son los de Esquizofrenia 54% y oligofrenia 28%, seguidos por los de alcoholismo PMD y demencia, es decir, una configuración prácticamente idéntica a la existente en los Hospitales Psiquiátricos españoles en estas fechas (11).

TABLA IX

PERFIL CLINICO SOCIAL PACIENTES CRONICOS.  
HOSPITAL PSIQUIATRICO  
SEPTIEMBRE 1987

Áreas	N.º de Pacientes	Edad Media	Tiempo medio de Internamiento
<b>Rehabilitación-Externación</b>			
—Patología psiquiátrica subaguda			
—Autónomos y con escaso deterioro			
—Susceptibles de respuesta programas de rehabilitación	103	54,3 años	20 años
—Edad inferior a 60 años			
<b>Gerontopsiquiatría</b>			
—Patología psiquiátrica residual o inexistente			
—Escaso o nulo deterioro			
—Autónomos con limitaciones propias de la edad	250	70,8 años	27,6 años
—Edad superior a 60 años			
<b>Deficientes mentales</b>			
—C.I. = o inferior a 70			
—Necesitan tutela y/o asistencia social	155	47 años	24,7 años
<b>Comunidad Social Protegida</b>			
—Patología psiquiátrica residual			
—Autonomía escasa o nula	132	69 años	30,6 años
—Deterioro intenso y patología orgánica			

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

Cada área citada tiene un responsable técnico y un responsable de enfermería. Cada una de ellas está configurada a su vez por varias unidades, con un responsable de unidad y un coordinador de enfermería con sus equipos correspondientes, que poseen su propia definición, objetivos concretos y una estrategia de trabajo particular. Son las Unidades Funcionales Diferenciadas.

El proceso de Rehabilitación-Externación se inicia con la apertura de la Unidad de Rehabilitación I (1986), a la que seguirá la Unidad de Rehabilitación II (1987). Estas unidades serán sustituidas en 1988 por una Unidad de Programas de Externación (12 camas) y la apertura del Centro de Día (20 plazas), inicialmente orientado a la asistencia de pacientes externados del Hospital Psiquiátrico, sirviéndoles de soporte asistencial y social.

La Tabla X refleja la evolución ininterrumpida del proceso de desinstitutionalización iniciado en 1986.

En el primer semestre de 1991 se produce el cierre de la Unidad de Programas de Externación, y se firma un acuerdo entre el Departamento de Salud y el Departamento de Trabajo y Bienestar Social por el que se determina la transferencia de 75 pacientes geriátricos y 102 deficientes mentales del Hospital Psiquiátrico para su atención normalizada desde el Instituto Navarro de Bienestar Social, objetivos a cumplir en el 2.º semestre de 1991.

El proceso de desmantelamiento aunque muy avanzado no ha concluido. Actualmente (Noviembre 1991) el número de altas/población inicial es del 47,5%, la casi totalidad de servicios clínicos ha salido del HP —con la excepción del Centro de Día— y se ha producido el transfert a los Servicios Sociales de la Residencia para Deficientes Mentales. Las realizaciones previstas para el periodo inmediato (transferencia de la Residencia para pacientes geriátricos, salida del centro de día) supondría alcanzar un cumplimiento al 100% de los objetivos inicialmente previstos.

De este modo al finalizar 1991 la población acogida en el antiguo Hospital Psiquiátrico podrá estimarse en torno a 200 pacientes, alojados en unidades remodeladas y dotadas de un alto standing residencial, constituyendo la “Comunidad Social Protegida”.

### Centros de Salud Mental

La creación de los Centros de Salud Mental, se produce según una distribución sectorial del territorio previamente definida por un Decreto de Sectorización Psiquiátrica. Su puesta en marcha se desarrolla en el último trimestre de 1986, salvo en el sector III, septiembre de 1987 (ver mapa II). A partir de esta última fecha la cobertura asistencial de los CSM es total para el conjunto de la población navarra (500.000 habitantes) (Tabla XI y XII).

Desde su creación los CSM han realizado una labor de “especialistas”, respecto a una Atención Primaria organizada en un alto % como Centros de Salud, y de “generalistas” de la Salud Mental respecto a todos los segmentos de población o problemáticas concretas. En este segundo aspecto se han ido estableciendo progresivamente objetivos que tienden a una definición más precisa de subprogramas funcio-

TABLA X  
EVOLUCION ASISTENCIAL DE LA POBLACION CRONICA  
HOSPITAL PSIQUIATRICO, 1986-1990

	1986	1987	1988	1989	1990	1991*	Total
Censo (1 Enero)	714	691	631	550	494	438	
Ingresos	4	3	6	8	3	4	24
Altas	27	63	87	64	59	39	300
Censo (31 Dic.)	691	631	550	494	438	403*	
Tipo de Alta							N %
—Familia		5	8	4	1	2	20 5,9
—Piso Protegido			10	5	10	4	29 8,5
—Hogar Protegido				8	9	9	26 7,7
—Pensión			2	4	—	—	6 1,8
—Residencia	4	22	30	13	4	4	77 22,7
—Otras Inst.				1	1	—	2 0,6
—Fallecimiento	23	36	37	29	34	20	179 52,0
Estancias	254.807	236.405	214.672	187.300	165.870		
Estancias (%)		7,2	9,2	12,8	11,4		
Altas/Pobl. Inic. (%)	3,8	9,1	13,8	11,6	11,9	8,9	47,5
Pac/Día (media anual)	698	648	588	513	454		

\* Datos hasta el 31 de Agosto.

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

TABLA XI  
INDICADORES GENERALES DE LOS C.S.M. PARA EL PERIODO 1987-1990

		% Sobre la población	% Sobre total
Total pacientes en contacto	20.776	4	
Total pacientes < 15	2.567	2,4	12,3
Total pacientes > 65	2.665	3,9	12,8
Total consultas	233.223		
Consultas < 15	23.062		9,9
Consultas > 65	23.130		9,9
Número medio consultas/paciente	11,2		
Número medio consultas < 15	8,9		
Número medio consultas > 65	8,7		
Frecuentación (por 100 habit.)	45,5		
Frecuentación < 15	21,5		
Frecuentación > 65	33,8		
Pacientes nuevos por año (media)	4.866		
Pacientes nuevos < 15	642		
Pacientes nuevos > 65	666		

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

TABLA XII

## EVOLUCION DE LA ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL (1987-1990)

	1987		1988		1989		1990	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Pacientes nuevos</i>	4.607		4.829		5.225		4.803	
<i>Total pacientes</i>	5.919		8.304		10.027		11.036	
< 15 años	778	13,4	1.075	12,9	1.004	10	976	8,8
> 65 años	526	8,9	978	11,8	1.432	14,3	1.636	14,8
<i>Total consultas</i>	36.226		57.703		65.011		72.478	
C. Evaluación	7.835	20,4	9.691	16,8	10.045	15,5	9.781	13,5
Psicoterapias	9.810	27	9.940	17,2	8.940	13,8	9.332	12,9
C. Revisión	14.358	39,6	25.076	43,5	31.023	47,7	36.162	49,9
Otras consultas	4.713	13	12.996	22,5	15.003	23,1	17.203	23,7
Incidencia	8,9		9,4		10,2		9,4	
Prevalencia	11,5		16,2		19,6		21,5	
Frecuentación	70,7		112,6		126,8		141,4	
<i>Morbilidad</i>								
Psicosis	1.626	27,5	1.606	19,3	1.845	18,4	2.170	19,7
T. Neuróticos	1.147	19,4	2.642	31,8	3.482	34,7	3.919	35,5
Drogodependencias	991	16,7	1.168	14	1.262	12,6	1.411	12,8
Retraso mental	160	2,7	193	2,3	174	1,7	181	1,6
Otros	1.285	21,7	1.560	18,8	1.690	16,8	1.961	17,7
D. aplazado	710	12	1.135	13,7	1.574	15,7	1.394	12,6
<i>Modo acceso</i>								
A. Directo	1.175	25,5	899	18,6	724	13,9	720	15
A. Primaria	1.875	40,7	2.818	58,3	3.098	59,3	3.225	67,1
Otros	1.557	33,8	1.112	23	1.403	26,9	858	17,9

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

TABLA XIII

## EVOLUCION DE LA ACTIVIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA (1987-1990)

	1987		1988		1989		1990	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N.º camas	59		55		58		58	
Ingresos	422		377		533		529	
Reingresos	498		652		497		413	
Total ingresos.	920		1.029		1.030		942	
Altas	933		1.018		988		944	
Estancias	13.777		14.463		16.220		17.947	
E. Media	15		14		15,7		19	
I. Ocupación	64		72		76,6		84,7	
I. Rotación	15,6		18,7		17,7		16,2	
<i>Tipo Ingreso</i>								
Urgente	12	1,3	14	1,3	27	2,6	26	2,8
Orden Judicial	16	1,7	12	1,1	12	1,2	22	2,3
Aut. Judicial	94	10,2	91	8,6	85	8,2	78	8,3
Voluntario	798	86,7	912	89	906	88	816	86,6
<i>Tipo Alta</i>								
Médica	881	94,4	943	92,6	913	92,4	845	89,5
Voluntaria	21	2,2	58	5,7	63	6,4	84	8,9
Fallecidos	—	—	4	0,4	4	0,4	3	0,3
Otras	31	3,3	13	1,3	8	0,8	12	1,3
<i>Morbilidad</i>								
Psicosis	447	47,4	435	42,8	477	46,2	455	48,4
T. Neuróticos	62	6,6	134	13,2	93	9	94	10
Drogodepend.	339	36	397	39	355	34,4	304	32,3
Retraso Mental	42	4,5	29	2,8	28	2,7	16	1,7
Otros	52	5,5	23	2,3	80	7,8	73	7,7

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).



nales específicos —infanto-juvenil, toxicomanías, psicogeriatría, etc.— integrados siempre dentro de los mismos equipos.

*Unidades de Hospitalización Psiquiátrica*

La puesta en marcha de estas unidades, o mejor, su traslado al Hospital General desde el Hospital Psiquiátrico — donde inicialmente se localizaban todas las camas de hospitalización— junto con el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico configuran una nueva realidad que, comparativamente con la situación anterior, se caracteriza por:

—Disminución del número de camas de hospitalización psiquiátrica (68 en 1986 vs 54 en 1991) denominadas “de agudos”, con un ratio actual de 10,5 camas por cien mil habitantes.

—Refuerzo de la solución de continuidad, ya establecida anteriormente y clave en la Reforma del Hospital Psiquiátrico, entre camas asistenciales o “de agudos”, y camas residenciales, o “de crónicos”. En la situación actual unas y otras camas se ubican en establecimientos diferentes.

—Incremento notable de los Índices de Ocupación (65% en 1987 vs 90% en 1991), con situaciones prolongadas de saturación.

—Problemas de coordinación y de articulación entre las UHP y los recursos no hospitalarios que no aparecían cuando “todo” se hacía en el Hospital Psiquiátrico.

La Tabla XIII traduce cuantitativamente la evaluación de la actividad en las UHP durante el periodo 1987-1990. Los datos que hacen referencia al n.º de camas corresponden ocasionalmente a estimaciones medias anuales y no a cifras reales (han podido variar en número y situación a lo largo de un mismo año, sobremanera en el transcurso del 87).

Del mismo modo, los vaivenes en cuanto a ubicación y dependencia administrativa de las UHP (H. Psiquiátrico vs H. General) han desvirtuado el concepto de ingreso/reingreso hasta mermar su validez como indicador fiable para la gestión de los servicios.

*Urgencias Psiquiátricas*

El dispositivo de urgencias único, instalado tradicionalmente en el Hospital Psiquiátrico, se desplaza en dos tiempos, coincidentes con el traslado de las Unidades de Hospitalización, al Hospital General.

La Tabla XIV expresa en porcentajes la evolución de los principales indicadores de urgencias. Dada la irregular recogida de datos efectuada en 1987 y 1990, se ha prescindido de los valores absolutos y se ha optado por la utilización de porcentajes a efectos de facilitar su comparación.

El modo de acceso de los pacientes a los servicios de urgencia, se produce mayoritariamente por iniciativa propia a lo largo del periodo evaluado, si bien se incrementa progresivamente el acceso por vía policial o judicial y se mantiene entre un 25-30% el acceso promovido desde otros servicios sanitarios.

El porcentaje de ingresos parece que pueda estabilizarse

en torno al 25% de los episodios registrados en 1990. En este mismo año, la derivación a servicios de la Red de Salud Mental supuso un tercio (33%) del total de episodios atendidos en urgencias.

TABLA XIV

EVOLUCION DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS

% de Episodios	1987	1988	1989	1990
<i>Acceso</i>				
Serv. Sanitarios	29,1	32,2	28,1	26,0
Policia/Judicial	24,9	19,8	22,4	28,0
Inic. propia	38,6	37,7	41	34
Otros	7,4	10,2	8,4	10,8
<i>Derivación</i>				
Ingreso	20,8	32	28,2	24,3
Red Salud Mental	17,4	32,2	39,2	33
Otros	61,7	35,8	32,7	42,7
<i>Morbilidad</i>				
Psicosis	31,2	22	20	21,7
Neurosis	3	16,1	20,7	16
Drogodependencias	58,3	48,7	49	52,9
Retraso Mental	1,5	2,3	2,7	1,6
Tentativa de suicidio	1	3,6	3,9	2,5
Otros	4,9	7,3	3,6	5
<i>N.º Total de Urgencias</i>	1.654	2.614	2.612	3.144

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

*Servicios de Día y recursos residenciales a medio camino*

Los Servicios de Día se configuran como recursos especializados, suprasectoriales, cuya actividad terapéutica se oferta en régimen de hospitalización parcial (diurna).

La Red de Salud Mental dispone actualmente de 2 Hospitales de Día, ubicados en Pamplona, cada uno de ellos con 20 plazas y subsidiario de cuatro sectores de Salud Mental. Obedecen a un planteamiento asistencial clásico en este tipo de recursos, a medio camino entre los CSM y las UHP, ofertando programas de tratamiento intensivo y contención cuando ésta no resulta posible en régimen ambulatorio, evitando la hospitalización a tiempo completo, e incluso abreviándola y secuenciando racionalmente el regreso del paciente a la comunidad.

La Tabla XV muestra en los datos de actividad en los Hospitales de Día algunas tendencias definidas, aunque con oscilaciones en el tiempo. La estancia media denota un progresivo incremento en el periodo 1987-1990. Se aprecia igualmente como tendencia, un aumento del número total de estancias y del índice de ocupación para ambos centros, que se interrumpe en 1989. El número de ingresos parece haberse estabilizado en el bienio 1989-90.

El Servicio de Día de Tudela es de más reciente creación, mayo 1991, y de características menos convencionales que

TABLA XV

## EVOLUCION DE LA ACTIVIDAD EN LOS HOSPITALES DE DIA (1987-1990)

	1987 (*)		1988		1989		1990	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Plazas	40		40		40		40	
Pacientes	129		269		246		219	
Ingresos	137		308		268		264	
Estancias	2.879		7.883		7.085		8.142	
E. Media	21		25,6		26,4		30,8	
I. Ocupación	60		82,1		73,8		84,8	
I. Rotación	3,4		7,7		6,7		6,6	
<i>Vía Acceso</i>								
C.S.M.	87	63,5	209	67,8	165	61,5	186	70,4
U.H.P.	16	11,6	55	17,9	45	16,7	45	17
Otros	34	24,8	44	14,3	58	21,6	33	12,5
<i>Derivación</i>								
C.S.M.	59	56,7	260	83,3	199	78,3	201	78,8
U.H.P.	3	2,9	15	4,8	9	3,5	11	4,3
Otros	42	40,4	37	11,9	46	18,1	43	16,8
<i>Tipo de Alta</i>								
Médica	73	70,1	256	82,1	220	86,6	194	76,1
Voluntaria	29	27,9	41	13,1	21	8,3	45	17,6
Petición familia	—	—	8	2,6	6	2,4	2	0,8
Otras	2	1,9	7	2,2	7	2,8	14	5,5
<i>Morbilidad</i>								
(Pacientes)								
Psicosis	70	51	118	43,8	103	41,8	102	46,6
T. Neuróticos	36	26,3	86	31,9	59	24	51	23,3
Drogodependencias	22	16	48	17,8	37	15	40	18,2
Retraso mental	—	—	3	1,1	5	2	6	2,7
Otros	9	6,6	14	5,2	42	17,1	20	9,1

(\*) Datos correspondientes al segundo semestre de 1987.

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

las descritas en cuanto a estructura y diseño. Cuenta con un número de plazas reducido (10) e integra programas terapéuticos intensivos y de rehabilitación, a cargo del mismo equipo responsable del CSM V. Se trata de la única estructura construida sobre el modelo estricto de la continuidad de cuidados, y su razón de ser está ligada estrechamente a la realidad geo-demográfica del sector de referencia, que en la práctica imposibilita a una población importante el uso de ciertos recursos suprasectoriales e impone severos condicionamientos en otros (UHP, urgencias).

El Centro de Día para toxicómanos, responde a unas características muy definidas por la especificidad de su oferta. Tiene carácter suprasectorial para toda Navarra y se ubica en un municipio rural en las inmediaciones de Pamplona.

El Centro de Día psiquiátrico se plantea inicialmente como un dispositivo para la atención y rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos, diferenciándose secuencialmente

de un Area de Rehabilitación-Externación del Hospital Psiquiátrico, hasta constituirse como unidad autónoma. En su origen, el objetivo primordial es servir de apoyo a la desinstitutionalización de pacientes crónicos del Hospital Psiquiátrico, para posteriormente ir asumiendo actuaciones y programas que responden a las necesidades de los denominados "pacientes crónicos comunitarios".

La Tabla XVI presenta datos de estos dos recursos bien diferenciados, aunque en razón de la vocación sintética del documento, se ofrecen cifras e indicadores globales de la actividad en ambos.

En 1988 funciona exclusivamente el Centro de Día para toxicómanos, con un bajo nivel de ocupación, que aumenta en años anteriores, aunque la frecuentación de estos recursos continúa en niveles bajos. Ingresos y estancias parecen estabilizarse, adquiriendo un relieve considerable el programa de seguimiento domiciliario del Centro de Día Psiquiátrico.

TABLA XVI

EVOLUCION DE LA ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE DIA  
(1988-90)

	1988	1989	1990
N.º Plazas	12	32	32
Ingresos	28	67	52
Estancias	1.139	4.530	4.230
E. Media	41	67,6	81
I. Ocupación	40	59	55
I. Rotación	2	2	1,6
Visitas a domicilio		357	1.490

Fuente: Implantación y desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991 (1991).

El Centro de Día Psiquiátrico ha sido y es en la actualidad parcialmente, nexo de unión privilegiado entre los Pisos y Hogares protegidos y la propia Red de Salud Mental. Pisos y Hogares se conceptúan como recursos socio-sanitarios ubicados a medio camino entre las residencias normalizadas o asistidas y el apoyo en la comunidad, diseñados para la acogida de pacientes psiquiátricos con deficits variables, más intensos en los residentes de Hogares que en los de Pisos, pero siempre patentes como limitación de capacidades relacionales, sociales y en general de la autonomía personal.

Actualmente funcionan 6 Pisos y 3 Hogares que acogen a más de 50 pacientes externados del Hospital Psiquiátrico quienes han seguido diferentes programas de rehabilitación específicos durante un periodo de tiempo entre 6 y 12 meses. El seguimiento de este proceso se ha llevado a cabo fundamentalmente desde el Centro de Día Psiquiátrico, lo que explica esta vinculación preferente a la que hacíamos alusión.

## DOCENCIA, INVESTIGACION, SISTEMA DE INFORMACION

El inicio de actividades en la red de Salud Mental, se acompaña de un primer diseño de "programa de formación continuada" que comienza a realizarse en 1987 y continúa durante 1988. En 1989 se crea una "Comisión de Docencia e Investigación en Salud Mental" de carácter funcional y consultivo, y de composición estamentaria y representativa.

Sus principales líneas de trabajo han sido:

- Elaboración de Programas de Formación Continua.
- Consolidación programas MIR y PIR, e integración de sus respectivos programas docentes (ver Tabla XVI).
- Organización de prácticas de pregrado.
- Apertura de la Biblioteca de Salud Mental, y publicación del Catálogo de Publicaciones Periódicas.
- Creación de la serie "Cuadernos Prácticos de Salud Mental".
- Promoción de estudios de evaluación (Tabla XVII).

TABLA XVII

## EVOLUCION MIR/PIR EN LA RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA

	1987	1988	1989	1990	1991
MIR	5 + 1	6 + 1	4 + 3	5 + 3	7 + 3
PIR	—	—	5	5 + 3	8 + 1
Total	6	7	12	16	19

El Sistema de Información de Salud Mental (SISM) se puso en marcha para los Centros de Salud Mental en enero de 1987. Ha ido ampliando progresivamente su cobertura que en la actualidad es la siguiente:

- 8 Centros de Salud Mental.
- 2 Hospitales de Día.
- 1 Centro de Día para Toxicomanos.
- Urgencias Psiquiátricas (demandas al psiquiatra de guardia en dos Hospitales Generales).
- Población residencial del Hospital Psiquiátrico.

El SISM cumple también funciones de recepción y difusión de datos ya elaborados procedentes de otros recursos (2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, 1 Centro de Día Psiquiátrico).

Se trata básicamente de un Registro de Casos para cada uno de los servicios citados que cumple sólo parcialmente los criterios necesarios para funcionar como tal para el conjunto del sistema.

Se ha utilizado para proporcionar información para la gestión de la Red de Salud Mental (Dirección, Gerencias), para los propios profesionales, elaborar información con destino a las Memorias de Salud Mental y de Drogodependencias, SEIT, y para constituir una base de datos para investigación aplicada y otras demandas de profesionales y servicios de la Red (calidad del sistema, grupos de población específica, morbilidad administrativa territorial).

## DE LA ORGANIZACION Y SU CULTURA

La aplicación práctica en Navarra de la llamada "Psiquiatría Comunitaria" han planteado desde el diseño del Plan de Salud Mental cuestiones y retos de difícil solución, que encuadran el posterior desarrollo estructural de la Red de Salud Mental e impregnan su cultura. Destacaremos las siguientes:

- La sectorización psiquiátrica surge muy mediatizada por factores geográficos y sociodemográficos produciendo una sectorización en "camembert" (Mapa II) —cinco de los 8 CSM están ubicados en el área urbana de Pamplona, así como la

práctica totalidad de recursos especializados— en la que los sectores son muy heterogéneos desde un punto de vista comunitario.

—Se opta por no establecer relaciones orgánicas entre los diferentes servicios, otras que las derivadas de una dirección común de la Red de Salud Mental. Esto ha aumentado la autonomía y adaptabilidad de los servicios pero ha dificultado ostensiblemente la continuidad de cuidados.

—La integración de la Red de Salud Mental en el Sistema General de Salud no ha facilitado el desarrollo de una cultura propia, sino que ha supuesto una fuerte presión hacia postulados y referencias de índole médica y sanitaria general. La tendencia a la “burocratización ambulatoria” de los Centros de Salud Mental, la adecuación a los estándares hospitalarios generales de las UHP, o la creciente institucionalización de los recursos a medio camino, constituyen ejemplos ilustrativos de esta “deriva”.

—El nivel de estructuración interna del conjunto de servicios es muy bajo, hecho patente en todos ellos pero con más acuidad en los servicios extrahospitalarios, más alejados de la tradición jerárquica hospitalaria. Su correlato es la dificultad a la hora de definir y delimitar responsabilidades o asumir tareas de liderazgo.

—La Dirección de Salud Mental, con una figura central de Director de Salud Mental y uno o dos Subdirectores o Coordinadores, auxiliados por un reducido staff técnico, se ha visto obligada a ejercer, además de las de gestión y planificación, funciones de coordinación y estructuración de servicios que suplieran las carencias descritas en los tres puntos anteriores. Los resultados han sido obligatoriamente muy mediocres.

Un intento de estructurar la Red en 2 Áreas —construidas sobre el principio de continuidad de cuidados, cada una de ellas por 4 CSM y las UHP y Servicios de Día sectorizados correspondientes— no pudo prosperar por razones externas —transferencia del Insalud y constitución del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea—. La sucesión de 3 organigramas diferentes de la Dirección de Salud Mental en este breve periodo ilustra estas dificultades.

—La pluridisciplinariedad, una de las bases del nuevo modelo, junto con la diversidad de orígenes, formaciones y estilos de profesionales pertenecientes a equipos creados “ex-profeso” para la Reforma, es otra de las características básicas de la organización. Tiene su máximo exponente en los Centros de Salud Mental, algunos de ellos constituidos exclusivamente por un profesional de cada estamento (Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, ATS-DE), y ha implicado retos importantes a la hora de organizar el trabajo en equipo, y dificultades subsidiarias ante cualquier conflicto estamental. Esta pluridisciplinariedad ha sido menos marcada en los Servicios de Día, y sobre todo en los hospitalarios, reflejándose débilmente en las estructuras de dirección y coordinación —ocupadas mayoritariamente por psiquiatras.

—La ubicación de los profesionales en el conjunto de servicios asistenciales, ha estado marcada por el desequilibrio, numérico a favor del Hospital Psiquiátrico, y cualitativo en la red comunitaria, que obedece a circunstancias históricas derivadas del desarrollo de la reforma psiquiátrica en Navarra. Esta situación es sin embargo, susceptible de otras

lecturas, como la que subraya la concentración del personal auxiliar y de enfermería en las estructuras hospitalarias, mientras que la mayor parte de los profesionales clásicos “de despacho” se encuentran en los CSM. Parece contradictorio con la vocación comunitaria de estos últimos.

—La propia naturaleza de la tarea a realizar, que en ocasiones desborda el ámbito de competencias de los Servicios de Salud Mental y se extiende a la red general de Salud y Bienestar Social, y las expectativas creadas por la Reforma, no están exentas de ambigüedad y son siempre de difícil concreción en todo lo que va más allá de la organización de servicios (Psiquiatría de sector propiamente dicha). Ha sido constante durante este periodo la demanda de los profesionales de la Red de “textos fundadores” y otros “libros de estilo”. Más a ras de suelo, se ha echado en falta unas “Normas generales de Funcionamiento” que delimitarán los niveles de coordinación y responsabilidad de cada servicio y del conjunto de la red.

—La cultura de la organización se ha visto fuertemente impregnada por la cultura funcionarial propia de las administraciones públicas española y navarra. Las dificultades para dotar a la Red de profesionales con un perfil adecuado al modelo asistencial diseñado, convocatorias de plazas al uso, concursos de traslado y oposición comunes para puestos y centros de naturaleza y funcionamiento muy diferentes, y en general procedimientos y normativas propias de la función pública tradicional, escasamente operativos en una estructura moderna, territorial y polivalente como pretende serlo la Red de Salud Mental, ilustran las consecuencias.

## DE LA GESTION

En el bienio 86-87 se dota al Hospital Psiquiátrico de una estructura administrativa, hasta entonces prácticamente inexistente, con objeto de modernizar su gestión y proveer al conjunto de recursos comunitarios un soporte centralizado de gestión.

En los años siguientes (88-89) los niveles fundamentales de actuación han sido:

—Concluir un diseño de régimen económico para la población residencial del H. Psiquiátrico que complementara los programas de rehabilitación y desinstitucionalización.

—Equilibrar en su vertiente económica más amplia (gestión presupuestaria) un proceso secuencial y alternativo de transformación del Hospital Psiquiátrico y desarrollo de la Red de Salud Mental, que ha supuesto un transvase progresivo de recursos asistenciales y económicos del hospital a los servicios comunitarios.

En el 90 y en el primer semestre del 91, el objetivo esencial de la gestión ha sido preparar la integración en un nuevo ámbito gerencial, la Gerencia de Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, creado tras asumir las transferencias del Insalud.

Presentaremos a continuación, a través de Tablas los aspectos más relevantes del Balance de Gestión 86-90 (Tabla XVIII, XIX, XX, XXI).

TABLA XVIII  
EVOLUCION DE LA PLANTILLA DE PERSONAL  
1987-1990

	1987	1988	1989	1990
Directivo	4	3	3	3
Facultativo	48	50	48	52
Sanitario Titulado	35	36	40	40
Sanitario no Titulado	257	266	268	254
Administrativo	22	21	22	20
Servicios Generales	135	107	120	109
Total	501	483	501	478
<i>Categorías (%)</i>				
	1987	1988	1989	1990
Titulado	17,4	18,4	18,1	19,9
Sanitario no Titulado	51,3	55,1	53,5	53,1
Administrativo	4,4	4,3	4,4	4,2
Servicios Generales	26,9	22,2	24	22,8
<i>Régimen Jurídico (%)</i>				
	1987	1988	1989	1990
Funcionario	80,8	77,4	74,5	73,4
Laboral	8,4	8,7	9,4	10,5
No Fijo	10,8	13,9	16,1	16,1

TABLA XIX  
PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS EN SALUD MENTAL  
1986-1990 (\*)

<i>Ingresos</i>		1986	1987	1988	1989	1990	Total
		98,6	96,6	90,8	113,5	116	516,3
<i>Gastos</i>							
Capítulo	Concepto	1986	1987	1988	1989	1990	Total
Cap. I	Personal	692	806	935	988	1.207	4.628
Cap. II	Funcionamiento	309	354	425	416	434	1.939
Cap. IV	Transferencias corrientes	41	44	3	6	71	166
Cap. VI	Inversiones	145	380	283	126	353	1.287
Total		1.188	1.584	1.646	1.536	2.066	8.020

(\*) Liquidaciones Presupuestarias en millones de pesetas.

TABLA XX  
INDICES Y PARAMETROS DE GESTION EN SALUD MENTAL 1987-1990 Y VARIACION 90/87%

	1987	1988	1989	1990	98/87
Total de UBAs internas	225.433	223.973	211.116	202.203	- 10,3
UBAs/Persona	450	463,7	421,4	423	- 6
Coste personal por UBA (*)	3.576,5	4.174,6	4.679,9	5.969,2	66,9
Coste bienes y servicios/UBA	1.572,5	1.897,5	1.969,5	2.148,3	36,6
Coste amortización por UBA	186,9	376,4	445,9	494,5	164,6
Coste unitario (**)	5.335,9	6.448,5	7.095,3	8.612	61,4

\* En pesetas.

\*\* Coste unitario en la liquidación presupuestaria.

UBA = Unidad básica de actividad.

TABLA XXI

DISTRIBUCION DE ACTIVIDAD Y PRESUPUESTO EN SERVICIOS COMUNITARIOS Y HOSPITAL PSIQUIATRICO 1986-1990 (%)

	Servicios Comunitarios		Hospital Psiquiátrico	
	Actividad	Presupuesto	Actividad	Presupuesto
1986	± 0	6,7	± 100	93,3
1987	20,7	11,4	79,3	88,5
1988	28,1	24,1	71,9	75,8
1989	33,5	32,5	66,5	67,5
1990	38,5	38,7	61,5	61,3

(\*) Actividad en UBAs internas.

(\*\*) Presupuesto: Cap. I + Cap. II (excepto en 1986, que se trata del presupuesto ejecutado).

## DISCUSION

Parece necesario, en primer lugar, centrar el tema que nos ocupa. Se trata del diseño y desarrollo de una Red de Servicios de Atención en Salud Mental muy diferente, y en algunos aspectos como el desmantelamiento del HP, alternativa a la existente anteriormente. Es decir, nos situamos en el terreno de la organización de servicios que, si bien íntimamente relacionado, no es el mismo que el de la praxis psiquiátrica o formas de atención, aunque el significado polisémico que se atribuye habitualmente a la expresión "Reforma Psiquiátrica" nos lo pueda hacer olvidar. Ya hemos citado anteriormente la demanda, muchas veces teórica, de "libros de estilo" o "textos fundadores".

Insistiendo en el mismo punto de vista, hay que indicar que hemos considerado en estas páginas unitariamente servicios que nos consta que funcionan de manera muy diferente, por ej. los CSM. La Tabla XXII intenta caracterizar algunas de estas diferencias.

TABLA XXII

C.S.M. DE NAVARRA. ESTILO DEL CENTRO. AÑO 1989

	IA	IB	IC	IIA	IIB	III	IV	V
<i>General</i>								
Incidencia	9,8	14	12,4	10,5	10,7	7,6	6,8	8,4
Prevalencia	17,6	32,6	24,3	17,0	18,9	16,2	15,6	14,4
Frecuentación	86,8	244	161,4	93,2	142,1	99,9	89,9	83,1
Consultas paciente/año	4,9	7,5	6,6	5,5	7,5	6,2	5,8	5,8
% casos nuevos/totales	56	43	50,9	62,1	56,7	48,2	43,7	58,3
% diagnóstico aplazado	16,3	0,2	26,7	16,5	12	35,9	19,4	11,3
<i>3.ª Edad &gt; 65</i>								
Incidencia	10,2	18,7	13,3	11,7	12,2	7,3	15,8	10,8
Prevalencia	14	46,5	25,5	17	21	16,2	16,6	16,2
Frecuentación	51,9	289,8	137,2	55,8	105,4	64,3	62	60,8
Consultas paciente/año	3,7	6,3	5,5	3,3	5,1	4,1	3,9	3,8
% casos nuevos/totales	69,3	40,2	52,5	68,9	57,9	44,8	94,9	67
% casos 3.ª edad/totales	12,5	18,7	9,4	16,2	8,8	17,1	18,4	16,6
% diagnóstico aplazado	11,9	0	21,3	15,3	5,3	36,4	23,7	9,9
<i>Infanto-Juvenil &lt; 14</i>								
Incidencia	5,3	7,2	8	4,3	3,7	6,9	1,3	5,7
Prevalencia	8,6	12,9	14,2	5,8	5,7	12,9	1,6	8,9
Frecuentación	42,4	101,6	111,7	39,8	40	92,5	10,9	48,8
Consultas paciente/año	4,9	8,2	7,9	6,9	7,1	7,2	6,9	4,1
% casos nuevos/totales	62,2	55,9	56,2	73,9	65,2	53,6	83,3	64,2
% casos infantil/total	9,15	8,3	14,2	5,7	7,8	14,3	1,9	12,5
% diagnóstico aplazado	20,3	0,6	38,2	13,0	24,4	50,7	25	17,5
<i>Población Sector</i>								
% Población 3.ª e/total	15,6	13,1	9	16,2	7,9	17	17,4	14,8
% Población inf/total	18,7	21,8	24,4	16,7	26,0	17,9	18,5	20,21

Fuente: Memoria de la Dirección de Salud Mental 1990.

Lo primero que llama la atención es el distinto valor de los indicadores para cada centro. Se puede atribuir, desde luego, a diferencias en la composición y características de la población, pero podemos establecer la hipótesis de que estos indicadores no dependen sólo de la demanda, sino de las características de la oferta, hipótesis aún más verosímil teniendo en cuenta el carácter secundario de los CSM — demanda filtrada por otros servicios.

Los indicadores “consultas paciente/años” y “% casos nuevos/casos totales” son en general de una extraordinaria coherencia para cada centro, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, reputados sin embargo muy diferentes en cuanto a patología, naturaleza del tratamiento, etc. Quien tiende a retener niños retiene asimismo, comparativamente con otros centros, ancianos. En el indicador de “incidencia” se observan varias anomalías —alta incidencia ancianos por baja niños en el IIB, alta niños y baja ancianos en el III, por ej.

A partir de estos datos podemos suponer que existe un “estilo del centro” formado probablemente por aspectos diferentes, de los que varios tienen que ver directamente con la organización de servicios. La incidencia dependerá de la ubicación del CSM respecto a la comunidad, otros servicios —sanitarios, educativos, sociales— y ciertos “reservorios” de casos —Atención Primaria, Escuelas y Servicios Psicopedagógicos, Residencias Tercera Edad—. La retención y el número de consultas/año dependerá del funcionamiento interno.

Este “estilo del centro” se caracteriza también probablemente por otros aspectos que tienen que ver con su estructuración interna, tendencias teórico-ideológicas, etc. Podemos utilizar el % de diagnósticos como posible indicador de alguno de estos aspectos de estilo, puesto que sabemos que tiene que ver con aspectos teórico-ideológicos —se utiliza el DSM-III, sistema muy criticado— y con la organización interna de cada equipo —es una tarea pesada y cada cierto tiempo hay que “recordar” a los profesionales su necesidad.

Observando el % de diagnósticos aplazados constatamos, sin gran sorpresa, grandes diferencias de un Centro a otro y una gran coherencia en cada centro independientemente de los grupos de edad. Los extremos van del 0,2 al 35,9% en población general y del 0,6 al 50,7% en niños, lo que sugiere prácticas “militantes” de signo contrario que seguramente remiten a estilos de funcionamiento muy diferentes.

Ejercicios de estilo parecidos serían posibles a nivel de otros servicios de la Red. Sabemos, por otra parte, que la psiquiatría de sector ha posibilitado en Francia el desarrollo de Sectores que funcionan muy diferentemente e incluso llegan a definirse doctrinariamente —psicoanalista, sistémico, biologicista, etc.— normalmente por identificación con el Jefe de Servicio. Esto no parece posible en nuestro sistema, por la forma en que tiene lugar el reclutamiento de profesionales y la débil jerarquización, pero no impide que las prácticas varíen mucho de un servicio a otro. Parece legítimo pensar que la atención que recibe el usuario del sistema puede cambiar bastante según el centro/profesional que le corresponda.

Desde un punto de vista de Organización de Servicios lo que caracteriza a la Red de Salud Mental navarra respecto al sistema anterior lo podemos resumir en 3 puntos —integración en el Sistema Sanitario General, territorializa-

ción, desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico—. ¿Es suficiente para poder hablar de un Sistema de Salud diferente?

Los patrones de morbilidad encontrados en los diferentes servicios, configuran perfiles de usuarios desde luego diferentes, aunque notablemente solapados (los psicóticos p.ej. suponen el 48% de los pacientes de las UHP, 46,6% de los Hospitales de Día y 19,7% de los CSM. ¿Se trata de los mismos pacientes?).

En su conjunto parece exagerado hablar de 2 ó 3 circuitos asistenciales diferentes (según la patología y otras circunstancias sociales de los pacientes) pero está claro que no se ha obtenido la integración de los servicios en una sola Red, al menos desde el punto de vista de la utilización de servicios y continuidad de cuidados. ¿Podría ser de otra forma teniendo en cuenta la separación orgánica entre servicios de diferente nivel?

El desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico tiene lugar en Navarra fundamentalmente por la práctica interrupción de nuevos ingresos. De los pacientes ingresados la mayor parte de altas se dan por “transinstitucionalización” y la disminución de camas se debe en más del 50% al fallecimiento de sus ocupantes.

La mejora de la calidad de vida del remanente de pacientes ingresados en el Psiquiátrico parece fuera de duda —cf. la importancia de las inversiones en un Centro destinado a su “desmantelamiento”— (12), pero surge la interrogante respecto a los trasladados a residencias de ancianos, algunas de las cuales presentan características muy asilares.

No se ha producido un tipo de desinstitucionalización salvaje y puede decirse que los servicios comunitarios, algunos de ellos creados ex-profeso para este tipo de pacientes, se han hecho cargo de ellos. En este sentido, una crítica radical a la deshospitalización psiquiátrica como la de Bousoño García y cols. (13) no parece aplicable a Navarra.

Pero ¿cuál es la consecuencia de la desaparición de la oferta del Hospital Psiquiátrico?, ¿qué sucede con la demanda social de internamiento?

No es fácil intentar contestar a esta pregunta y caracterizar en su conjunto el funcionamiento de un sistema que incluye no sólo la red pública psiquiátrica, sino el resto del sistema de salud y de bienestar social, incluidos los recursos privados. El desarrollo incompleto del Sistema de Información y la escasez de datos externos a la Red son un obstáculo importante para llevar adelante esta reflexión.

Utilizando los indicadores propuestos por González Douro (14), de los ingresos en las UHP, según una estimación de datos de 1990, menos de un 25 % son derivaciones declaradas como tales por los CSM y los Servicios de Día. El resto llegan por otras vías, y en la inmensa mayoría se trata de ingresos voluntarios. Sin embargo las UHP sí derivan a los Servicios extrahospitalarios y estas derivaciones en un % alto originan consultas en los centros correspondientes.

El incremento notable de los Índices de Ocupación, número de estancias y estancia media, las situaciones prolongadas de saturación y su desglose en el que se identifican casos llamados “sociales” por los equipos responsables de las UHP —larga estancia, alta “clínica” pero no hospitalaria por rechazo familiar, social, etc.— explicitan connotaciones asilares que caracterizan la hospitalización psiquiátrica en Hos-

pital General en nuestra comunidad. En este sentido, el cuadro parece corresponder más bien al descrito en el Informe del Defensor del Pueblo (15), pp. 221 y siguientes, en términos de distorsiones producidas en el funcionamiento de los dispositivos de salud mental por la falta de alternativas a la hospitalización psiquiátrica clásica.

Las Urgencias Psiquiátricas también han aumentado espectacularmente en los últimos años, fundamentalmente a partir de su traslado al Hospital General, lo que nos hace pensar que es un fenómeno que puede guardar relación con la cultura de utilización de estos hospitales. De ellas un 33% han sido derivadas a los CSM y un 25% han generado ingresos en UHP. A señalar que el servicio de urgencias funciona íntimamente ligado a las UHP —se trata más bien de la figura de médico/s de guardia— y es asegurado rotatoriamente por médicos psiquiatras del conjunto de servicios de la Red de Salud Mental.

No ha aumentado el número de camas psiquiátricas privadas en Navarra en el periodo considerado, ni se ha producido una exportación masiva de pacientes a instituciones "especializadas" de otras comunidades. En Julio de 1991 se cifraban en 17 los pacientes navarros internados en centros residenciales y/o de tratamiento ubicados fuera de Navarra, incluidos deficientes mentales. Una evaluación de necesidades de enfermos psiquiátricos en el área residencial (16) concluye en un perfil tipo de paciente muy parecido al que recoge Aparicio y Sánchez (17) de la literatura anglosajona: "YACP, jóvenes adultos crónicos psiquiátricos", con un % importante de pacientes psicóticos para quienes existe un déficit importante de estructuras residenciales e intermedias.

## EPILOGO

Se ha pretendido y se ha conseguido en buena medida implantar en Navarra un modelo de Salud Mental orientado por los principios esenciales del modelo conceptual que se

denomina: Salud Mental Comunitaria. Los principios que lo conforman y que están implícitos en la referencia precitada son los siguientes:

### Consideraciones generales:

—Necesidad de diferenciar actuaciones tendentes a la prevención específica, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, con énfasis especial en la promoción de la Salud.

—Diversificación de la oferta asistencial.

—Primacía del ámbito comunitario.

—Integración en el sistema sanitario general.

—Garantía de la continuidad de cuidados.

### Líneas básicas:

—Conveniencia y factibilidad de transformar y hacer desaparecer el Hospital Psiquiátrico, sin que ésto suponga abandonar a la población acogida.

—Creación de una red de dispositivos para la intervención ambulatoria, domiciliaria y comunitaria, integrada por equipos multiprofesionales con ámbitos poblacionales de actuación de carácter sectorial, en torno a los 46.000 hab.

—Creación de servicios de mayor especialización y ámbito poblacional superior capaces de intervenir en apoyo de los primeros.

### Criterios organizativos:

—Articulación de los dispositivos según el nivel de especialización.

—Coordinación funcional de los canales de circulación desde los niveles menos especializados.

—Asunción por parte de estos últimos de la responsabilidad global sobre todos los problemas y recursos del territorio.

—Coordinación funcional del conjunto de dispositivos que conforman la Red de Salud Mental mediante una Dirección específica (Dirección de Salud Mental y Subdirecciones de Atención Comunitaria y Hospitalaria).

Esperamos haber conseguido una exposición clara de la línea de actuación seguida y las razones en base a las cuales hemos elegido este modelo y no otro.

## BIBLIOGRAFIA

1. Varo JR. La atención a la Salud Mental y a las drogas en Navarra. Comunidad y Drogas 1989; 13/14: pp 27-43.  
Pérez Montoto J. La Salud Mental en Navarra. Papeles del Psicólogo 1990; n.º 43.  
Pérez Montoto J, Gaminde I, Manzanera R, Navarro A, Fernández JM. Red de Salud Mental de Navarra. Análisis de Actividades 1988. En: Actas de las V Jornadas sobre optimización de los Servicios Sanitarios. Barcelona 7 y 8 de Mayo de 1990. EADA. Barcelona 1990.  
Aizarna J, Inchauspe JA. The new mental health care in Navarra, Spain. Psychiatric Bulletin of the Royal College of Psychiatrists 1990; n.º 8.  
Potestad Menéndez F, Mauleón García MA, Imaña Martínez A. Nuestra respuesta institucional y social al Hospital Psiquiátrico de Pamplona. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Pamplona 1991.
2. Dirección de Salud Mental de Navarra. Memoria Anual 1987, 88, 89, 90.  
Dirección de Salud Mental. Desarrollo del Plan de Salud Mental de Navarra 1986-1988. Pamplona 1991.  
Dirección de Salud Mental. Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier. Reseña histórica, organigrama, análisis funcional, cronograma de actuaciones y evolución asistencial. Pamplona 1990.  
Dirección de Salud Mental. Implantación y Desarrollo de la Atención en Salud Mental 1986-1991. Pamplona 1991.
3. Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra, PASN-3. Planificación de la Psiquiatría. Argibide. Pamplona 1973.
4. Que nace, según sus promotores, "como un intento de dar respuesta a las necesidades de la comunidad en materia de Salud Mental". Publica de Junio 1977 a Octubre 1978 los "Cuadernos de Salud Mental" y participa activamente en los estudios del PASN. Gestiona actualmente un Centro de Salud Mental y un Hospital de Día concertados con la Psiquiatría Pública Navarra.
5. Plan de Salud Mental. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Pamplona. Enero 1986.
6. Iribarren MJ, Jiménez J. Bases para una planificación de la Salud Mental Infanto-Juvenil en Navarra. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Pamplona 1985.
7. García González J. La reforma psiquiátrica de Asturias: su realización, desarrollo y evaluación tras cinco años de ejecución. En: García González J y Aparicio Basauri V. Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990.
8. San Martín, Sánchez de Muniaín. Plan especial de acciones sobre la población acogida y la institución del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier. PASN-3. Pamplona 1979.
9. IASAM. La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en



- Andalucía. Junta de Andalucía. Sevilla 1987.
10. Potestad Menéndez et al. 1991 op cit.
  11. Jordá E, Espinosa J, Gómez Beneyto. En: Cronicidad en Psiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 1986.
  12. El Informe del Defensor del Pueblo recomienda respecto al Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier, que se estudie la conveniencia de dotar al hospital de un plan para casos de emergencia, pp 686.
  13. Bousoño García M, Bobes García J, García Prieto A. Regulación de la Hospitalización forzosa. En: Antón P, coord. Medio siglo de Psiquiatría en España. Arán. Madrid 1992.
  14. González Douro E. Demanda y oferta de hospitalización psiquiátrica. RAEN. Vol XVIII, n.º 24: pp 45-52.
  15. Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del Enfermo Mental en España. Madrid. Diciembre 1991.
  16. Astrain MV, Bes G, Elorriaga G, Erice MJ. Informe sobre las necesidades de los enfermos psiquiátricos en el área residencial. Apuntes sobre posibles intervenciones. Pamplona 1991.
  17. Aparicio Basauri V, Sánchez Gutiérrez AE. Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. RAEN 1990; Vol X, N.º 34: pp 363-374.