

I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia (se estima en un 25% de la población general), sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes con sus familias y el entorno cercano (entre las 20 principales causas de AVAD –Años de vida ajustados según la discapacidad– entre la población de 15 a 44 años, figuran seis trastornos psiquiátricos)⁽¹⁾.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración –procesos crónicos–, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Por otra parte, el abordaje de la enfermedad mental requiere “complejos” procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contactos con los profesionales sanitarios, y por tanto, un elevado consumo de recursos (se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad)⁽¹⁾.

La enfermedad mental como patología social, está asociada a procesos de marginación y estigmatización (afortunadamente en declive) que sufren los pacientes, que junto a la pérdida de potencia de las estructuras de soporte y contención social, está provocando un aumento de la demanda de servicios sanitarios relacionados con la salud mental⁽²⁾.

Es por ello que la fuerte implicación en el proceso de atención de las estructuras sociales, formales –Servicios Sociales– e informales –familias y redes sociales de apoyo–, son otra de las características que singularizan el tratamiento de estos pacientes.

Desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a través de este Plan Integral de Salud Mental, se pretende abordar la reorientación de los dispositivos asistenciales de salud mental dentro del Modelo Comunitario, poniendo mayor énfasis en la necesidad de complementariedad del espacio sociosanitario y el compromiso de los profesionales y la ciudadanía ante la enfermedad y los enfermos.

La plena integración de la red de atención sanitaria a la salud mental en el SSPA, debe suponer la adecuación de los modelos de gestión, la implementación de procesos asistenciales integrados y la evaluación de los mismos (establecimiento de objetivos y cartera de servicios homogéneos, medición del producto, elaboración de estándares, indicadores de calidad, criterios de efectividad y eficiencia, y acreditación de unidades clínicas y profesionales). Con todo ello, sin duda, mejorará el proceso de atención a los pacientes con este tipo de patologías.

I.1. Marco normativo y evolución histórica

La Constitución Española en su Capítulo III del Título I, que orienta los principios rectores de la política social y económica, enmarca los derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental, como son:

- * Art. 43: Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- * Art. 49: Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos y sensoriales a los que se prestará la atención sanitaria que requieran y los amparan especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

En el Título VIII, de la organización territorial del Estado, Capítulo Tercero, se explicitan las competencias fundamentales de Comunidades Autónomas y del Estado. Destacan así:

- * Art. 148: Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en asistencia social (nº 20) y en sanidad e higiene (nº 21)
- * Art. 149: El Estado se reserva la competencia exclusiva en las bases y coordinación general de la sanidad (nº 16)

La Ley General de Sanidad

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. Entre sus principios generales, –Capítulo I– destacan la extensión de la asistencia sanitaria a toda la población, el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva, la participación comunitaria, la atención integral a la salud y la integración de todos los recursos en un dispositivo único.

El Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Especifica también que la atención a la salud mental se realizará en el ámbito comunitario; la hospitalización, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; la necesidad de desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social, y la coordinación con los servicios sociales. Hace especial mención a los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

En el Título III Capítulo III, se establece que serán las Áreas de Salud las estructuras fundamentales del sistema sanitario de las Comunidades Autónomas, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

En relación a las Prestaciones en Salud Mental reconocidas por el SNS en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias, se incluye en el anexo I, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca el diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupos o familiar y, en su caso, la hospitalización.

Ley de Enjuiciamiento Civil

La Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en el Libro IV, Título II, Capítulo II regula los procesos sobre la capacidad de las personas y, concretamente, en el artículo 763 recoge de manera pormenorizada el “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”, que requerirá autorización judicial previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso se deberá informar al tribunal competente en el plazo de veinticuatro horas. Establece, igualmente, que el tribunal será informado cada seis meses de la necesidad de mantener la medida de internamiento, así como del alta del enfermo cuando esta se produzca.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el Capítulo I define el **consentimiento informado** como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Y la **libre elección** como la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

El Capítulo II regula el derecho a la información sanitaria, haciendo titular del derecho al paciente.

El derecho a la intimidad está recogido en el Capítulo III, expresando el carácter confidencial de los datos referentes a la salud así como la obligación de los centros sanitarios de garantizar este derecho.

El respeto a la autonomía del paciente, es tratado en el Capítulo IV, regulando el consentimiento informado, sus límites y el consentimiento por representación.

Ética y derechos humanos para las personas con trastornos mentales

Las referencias básicas que se deben tener en cuenta en la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental quedan recogidas en las siguientes resoluciones y declaraciones expresadas por diferentes organismos internacionales:

- * Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental, en donde se explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.
- * La Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991, para la defensa de los derechos de los enfermos mentales, reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.
- * El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. Se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, destacando como aspectos relevantes la intimidad, la confidencialidad en la información y el consentimiento informado.
- * Por último, la elaboración del Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en centros psiquiátricos (febrero 2000), en el que se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

La Reforma Psiquiátrica en España

La Reforma Psiquiátrica comienza oficialmente con la Ley de creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983). Los objetivos marcados por la Comisión de la Reforma Psiquiátrica se integrarán en el Sistema Sanitario Público planificado por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) que establece la integración de las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto de la población⁽³⁾.

En definitiva se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos: disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en los hospitales generales, y equipos de salud mental ambulatorios.

Se persigue un modelo universal, equitativo, descentralizado, donde el área de salud se define como estructura fundamental de gestión y planificación y en el que la atención primaria (zonas básicas) aparece bien estructurada y vinculada a hospitales generales que representan la asistencia especializada y complementaria que requiera cada zona.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía

Tras la asunción de competencias en materia de sanidad, se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental –IASAM– por la Ley 9/1984 de 3 de Julio y se le dota de reglamento (Decreto 308/1984 de 4 de diciembre). Este será el motor de la Reforma Psiquiátrica(4). Harán falta otras normativas complementarias para llegar al actual modelo de funcionamiento de la atención a la salud mental como es la creación del Servicio Andaluz de Salud (Ley de 6 de mayo de 1986) y su modelo de funcionamiento (1987: Decreto 80/1987 de 25 de Marzo, de ordenación y organización del Servicio Andaluz de Salud.)^(5,6). Este organismo habría de absorber los servicios gestionados por el IASAM, definidos en el decreto 338/88 de 20 de Diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental.

La faceta de atención social en Andalucía nace con la Ley 2/1988 de 4 de Abril, Ley de Servicios Sociales de Andalucía (que pretende unificar en un Sistema Público con dos niveles de atención –servicios sociales comunitarios y los especializados– las competencias que las distintas administraciones públicas y entidades sociales tenían en bienestar social), y se concreta a nivel autonómico en la creación de un organismo de gestión de los servicios competencia de la Junta de Andalucía –discapacitados, mayores y centros y programas que requieren una prestación supraprovincial–, el Instituto Andaluz de Servicios Sociales. (Decreto 252/1988 de 12 de Julio). El colofón de la atención social a las personas con trastornos mentales lo pone la creación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (Proposición no de ley 11/93) que surgiría como un organismo vinculado a las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Economía y Hacienda, encargado de gestionar y desarrollar toda una red de servicios sociales para personas con trastorno mental grave⁽⁷⁾.

Posteriormente los Planes de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía han venido recogiendo un capítulo referente a los objetivos a conseguir a medio plazo en la atención a la salud mental.