

DEFENSOR DEL PUEBLO

**INFORMES, ESTUDIOS
Y DOCUMENTOS
ESTUDIO Y RECOMENDACIONES
DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA
SITUACION JURIDICA Y ASISTENCIAL
DEL ENFERMO MENTAL EN ESPAÑA**

Madrid, 1991

ISBN: 84—87182—12—7
Depósito Legal: M—224—1992
Impreso en España por Mácula, S.L.
San Sebastián de los Reyes (Madrid)

SUMARIO

Pág.

1.	Introducción	12
1. 1.	La evolución de la legislación reguladora de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica.....	13
1.1.1.	La legislación de beneficencia.....	13
1.1.2.	La legislación de régimen local	18
1.1.3.	La legislación sanitaria	19
1.1.4.	La legislación de Seguridad Social	23
1.1.5.	Las garantías en materia de internamiento.....	24
1.2.	La actuación del Defensor del Pueblo en relación con la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica	25
1.3.	Alcance del presente estudio.....	30
1.3.1.	La atención en régimen de internamiento y la defensa de los derechos de los enfermos	31
1.3.2.	La situación de algunos hospitales psiquiátricos y la supervisión del funcionamiento de los servicios públicos	35
1.3.3.	La inclusión de otros dispositivos y la obtención de una visión global....	37
1.3.4.	La exclusión de algunos programas y estructuras específicas	38
2.	Método para la elaboración de este estudio.....	39
3.	La situación de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica en España.....	53
3.1.	El marco general de la reforma psiquiátrica	54
3.1.1.	El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica	54
3.1.2.	La Ley General de Sanidad	58
3.2.	Instrumentos para la reforma.....	59
3.2.1.	Marco normativo.....	59
3.2.2.	Instrumentos de planificación.....	95
3.2.2.1.	Consideraciones generales.....	95
3.2.2.2.	Características comunes	96
3.2.2.3.	La situación en las distintas Comunidades Autónomas	100
3.3.	Estructura asistencial	125
3.3.1.	Criterios básicos de organización	125
3.3.1.1.	Ambito territorial	126
3.3.1.2.	Integración de los recursos	129
3.3.2.	Asistencia extrahospitalaria	145
3.3.2.1.	Consideraciones previas	145
3.3.2.2.	Modelos de atención	148
3.3.2.3.	Evaluación de la situación actual.....	152
3.3.3.	Unidades de psiquiatría en hospitales generales.....	159

3.3.3.1.	Consideraciones generales.....	159
3.3.3.2.	Dotación de recursos	159
3.3.3.3.	Evaluación de la situación actual.....	162
3.3.4.	Hospitales psiquiátricos	180
3.3.4.1.	Consideración general.....	180
3.3.4.2.	Distribución de camas de hospitales psiquiátricos.....	182
3.3.4.3.	Hospitales psiquiátricos del sector público: volumen de recursos	188
3.3.4.4.	Hospitales psiquiátricos del sector público: recursos de media y larga estancia	191
3.3.4.5.	Transformación de los hospitales psiquiátricos	196
3.3.4.6.	Población internada en los hospitales psiquiátricos.....	211
3.3.5.	Dispositivos intermedios y estructuras sociales.....	216
3.3.5.1.	Dispositivos intermedios	216
3.3.5.2.	Estructuras sociales.....	226
4.	Resultados de las visitas a las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.....	235
4.1.	Aspectos generales	236
4.1.1.	Capacidad de las unidades visitadas.....	236
4.1.2.	Situación de los hospitales y ubicación de las unidades	237
4.2.	Descripción de las unidades y estado de conservación.....	243
4.2.1.	Descripción de las unidades visitadas.....	243
4.2.1.1.	Hospital “Virgen Macarena”, de Sevilla	243
4.2.1.2.	Hospital Clínico Universitario de Zaragoza	244
4.2.1.3.	Hospital General de Asturias, en Oviedo	244
4.2.1.4.	Hospital Universitario de Tenerife, en La Laguna.....	244
4.2.1.5.	Hospital “Marqués de Valdecilla”, de Santander	245
4.2.1.6.	Hospital Provincial de Toledo	245
4.2.1.7.	Hospital Clínico de Valladolid	246
4.2.1.8.	Hospital de Bellvitge “Prínceps d’Espanya”, de Hospitalet de Llobregat	246
4.2.1.9.	Hospital “Nuestra Señora de la Montaña”, de Cáceres.....	246
4.2.1.10.	Hospital de Calde, en Lugo	247
4.2.1.11.	Hospital “Gregorio Marañón”, de Madrid.....	247
4.2.1.12.	Hospital General de Murcia	248
4.2.1.13.	Hospital de Navarra, en Pamplona.....	248
4.2.1.14.	Hospital “Virgen del Camino”, de Pamplona.....	248
4.2.1.15.	Hospital “Santiago Apóstol”, de Vitoria	248
4.2.1.16.	Hospital General de La Rioja, en Logroño	249
4.2.1.17.	Hospital Clínico, de Valencia.....	249
4.2.2.	Estado de conservación	250
4.3.	Aspectos estructurales	251

4.3.1.	Alojamiento	251
4.3.2.	Otras instalaciones.....	256
4.3.3.	Medidas de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia	260
4.4.	Recursos humanos	261
4.4.1.	Indices personal/cama	261
4.4.2.	Cobertura de guardias y de turnos	265
4.5.	Aspectos asistenciales.....	266
4.5.1.	Disponibilidad de camas	266
4.5.2.	Población asistida	270
4.5.3.	Organización y funcionamiento	275
4.5.4.	Procedencia y destino de los enfermos ingresados.....	279
4.5.5.	Urgencias psiquiátricas	282
5.	Resultados de las visitas a los hospitales psiquiátricos	284
5.1.	Aspectos generales	285
5.1.1.	Capacidad de los hospitales visitados y porcentaje de ocupación.....	285
5.1.2.	Situación y medios de transporte.....	289
5.2.	Descripción general, estado de conservación y condiciones de las instalaciones....	293
5.2.1.	Descripción general	294
5.2.1.1.	Hospital “Miraflores”, de Sevilla	294
5.2.1.2.	Hospital Psiquiátrico Provincial, de El Puerto de Santa María (Cádiz)	294
5.2.1.3.	Hospital Psiquiátrico “Nuestra Señora del Pilar”, de Zaragoza	296
5.2.1.4.	Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo	296
5.2.1.5.	Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca.....	299
5.2.1.6.	Hospital Psiquiátrico de Tenerife, en Santa Cruz de Tenerife	303
5.2.1.7.	Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas. Maliaño—Camargo (Cantabria)	304
5.2.1.8.	Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara).....	305
5.2.1.9.	Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo.....	306
5.2.1.10.	Hospital Psiquiátrico “San Salvador” de Oña (Burgos)	306
5.2.1.11.	Hospital Psiquiátrico de Salt (Gerona).....	309
5.2.1.12.	Complejo Sanitario Provincial Plasencia (Cáceres).....	313
5.2.1.13.	Centro Residencial y Rehabilitador “San Rafael”, Castro de Riberas de Lea (Lugo).....	314
5.2.1.14.	Hospital Psiquiátrico “Doctor Cabaleiro Goas”, Toén (Orense).....	317
5.2.1.15.	Hospital Psiquiátrico, Madrid.....	320

	5.2.1.16.	Hospital Psiquiátrico “Román Alberca”, en el Palmar, Murcia	320
	5.2.1.17.	Hospital Psiquiátrico “San Francisco Javier”, Pamplona	323
	5.2.1.18.	Hospital Psiquiátrico “Sta. María de las Nieves”, Vitoria	323
	5.2.1.19.	Hospital Psiquiátrico “Reina Sofía”, Lardero (La Rioja)	325
	5.2.1.20.	Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)	325
	5.2.2.	Estado de conservación y condiciones de las instalaciones	329
5.3.	Población atendida		337
	5.3.1.	Consideraciones generales	337
	5.3.2.	Edad	342
	5.3.3.	Tiempo de internamiento	345
	5.3.4.	Grupos de diagnósticos	348
	5.3.5.	Posibilidad de reinserción	348
5.4.	Recursos humanos		352
	5.4.1.	Aspectos cuantitativos	352
	5.4.2.	Aspectos cualitativos	364
5.5.	Aspectos asistenciales		369
	5.5.1.	Asistencia psiquiátrica	369
	5.5.1.1.	Consideración general	369
	5.5.1.2.	Organización y funcionamiento: unidades de corta estancia..	370
	5.5.1.3.	Organización y funcionamiento: unidades de larga estancia .	373
	5.5.1.4.	Programas asistenciales	377
	5.5.1.5.	Guardias médicas	381
	5.5.1.6.	Otras cuestiones relativas a la asistencia prestada en los hospitales visitados	382
	5.5.2.	Actividades rehabilitadoras y lúdicas	385
	5.5.2.1.	Programas de rehabilitación	385
	5.5.2.2.	Laborterapia	389
	5.5.2.3.	Terapia ocupacional	397
	5.5.2.4.	Actividades deportivas, recreativas y culturales	400
	5.5.2.5.	Otras actividades rehabilitadoras	408
	5.5.3.	Asistencia sanitaria de carácter somático	408
	5.5.3.1.	Prestación de la asistencia	409
	5.5.3.2.	Instalaciones	412
	5.5.3.3.	Otros aspectos relativos a la asistencia sanitaria	414
5.6.	Alojamiento		415
	5.6.1.	Tipos de habitaciones	416
	5.6.2.	Condiciones de habitabilidad	420
	5.6.3.	Otros aspectos relativos al alojamiento	432
5.7.	Servicio de alimentación		440
	5.7.1.	Modalidades de prestación del servicio de alimentación	440
	5.7.1.1.	Prestación con instalaciones y personal propio	440

5.7.1.2.	Prestación por otro centro o prestación compartida	440
5.7.1.3.	Contratación externa con utilización de instalaciones del hospital	442
5.7.1.4.	Contratación externa sin aportación de instalaciones (sistema de “catering”).....	443
5.7.2.	Aspectos dietéticos.....	444
5.7.2.1.	Control dietético	444
5.7.2.2.	Clases de dietas	447
5.7.2.3.	Variedad de los menús	447
5.7.3.	Instalaciones	448
5.7.3.1.	Cocinas.....	448
5.7.3.2.	Comedores.....	449
5.7.3.3.	Almacenes	450
5.7.4.	Manipulación de los alimentos.....	451
5.7.5.	Traslado de los alimentos.....	453
5.7.6.	Evacuación de residuos	454
5.7.7.	Operaciones de desinfección, desinsectación y desratización	455
5.8.	Otros aspectos.	455
5.8.1.	Abono de tasas.....	456
5.8.2.	Asunción del coste de las estancias de enfermos crónicos	458
5.8.3.	Registro e información sanitaria.....	461
6.	Resultados de las visitas a otros dispositivos.....	463
6.1.	Residencias	464
6.1.1.	Residencia para minusválidos psíquicos, en Oviedo	464
6.1.2.	Hogar asistido, en La Laguna	465
6.1.3.	Centro residencial “Luis Valenciano”, de El Palmar—Murcia	465
6.1.3.1.	Descripción del centro.....	466
6.1.3.2.	Asistencia médica.....	469
6.1.3.3.	Actividades rehabilitadoras	470
6.1.3.4.	Alojamiento	471
6.1.3.5.	Alimentación.....	472
6.1.3.6.	Actividades deportivas, recreativas y culturales	473
6.1.3.7.	Medidas de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia.....	474
6.2.	Pisos protegidos.....	474
6.2.1.	Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico “Miraflores”, de Sevilla ..	474
6.2.2.	Piso protegido anexo al Hospital Regional de Asturias, en Oviedo.....	475
6.2.3.	Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca	476
6.3.	Hospitales y centros de día.....	476
6.3.1.	Hospital de día de la unidad de psiquiatría del Hospital “Virgen Macarena”, de Sevilla.....	476

6.3.2.	Hospital de día del área de Oviedo.....	477
6.3.3.	Centro de día anexo al Hospital Psiquiátrico de Tenerife, en Santa Cruz de Tenerife	477
6.3.4.	Hospital de día de la unidad de psiquiatría del Hospital “Gregorio Marañón”, de Madrid	478
6.3.5.	Centro de día anexo al Hospital Psiquiátrico “Román Alberca”, en El Palmar. Murcia	479
6.4.	Centros de formación.....	480
6.4.1.	Centro de formación e inserción profesional, en Noreña (Asturias).....	480
7.	Internamientos e intervención de la administración de Justicia.....	482
7.1.	Consideraciones generales	483
7.1.1.	Preceptos del Convenio Europeo y doctrina jurisprudencia! sobre los mismos emanada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.....	486
7.1.2.	Recomendaciones del Consejo de Europa sobre la protección de los enfermos mentales	493
7.1.3.	Análisis de conjunto de nuestra legislación	497
7.1.3.1.	Internamientos realizados al amparo de la legislación civil	498
7.1.3.2.	Internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal—penal o penitenciaria.....	505
7.1.3.3.	El derecho de sufragio de los enfermos psíquicos.....	517
7.2.	Internamientos realizados al amparo de la legislación civil.....	518
7.2.1.	Internamientos involuntarios	519
7.2.1.1.	Internamientos involuntarios no urgentes.....	520
7.2.1.2.	Internamientos involuntarios urgentes....	567
7.2.2.	Internamientos voluntarios	574
7.2.3.	Revisión de los internamientos realizados antes de la entrada en vigor del vigente artículo 211 del Código Civil	581
7.3.	Internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal—penal y penitenciaria.....	583
7.3.1.	Problemas que plantea la actual regulación del Código Penal	584
7.3.2.	Cuestiones que suscita la regulación procesal penal y penitenciaria vigente.....	594
7.3.2.1.	Fase instructora o de investigación	594
7.3.2.2.	Fase de terminación del proceso penal.....	599
7.3.2.3.	Fase de ejecución de lo resuelto	607
7.4.	Problemas relativos a la adecuada documentación de los enfermos mentales	614
7.5.	El derecho de sufragio de los enfermos mentales.....	617
8.	Conclusiones	622
8.1.	En cuanto a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil.....	623
8.2.	En relación con los internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria	625

8.3.	En cuanto a la documentación de los enfermos mentales	626
8.4.	En cuanto al derecho de sufragio de los enfermos mentales	626
8.5.	Sobre la situación de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica .	627
8.6.	Sobre las unidades de psiquiatría de los hospitales generales visitados	631
8.7.	Sobre los hospitales psiquiátricos visitados	633
9.	Recomendaciones	638
9.1.	De carácter general	639
9.1.1.	En cuanto a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil	639
9.1.2.	En cuanto a los internamientos llevados a cabo al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria.....	642
9.1.3.	En cuanto a la documentación de los enfermos mentales.....	645
9.1.4.	En relación con el derecho de sufragio de los enfermos mentales.....	646
9.1.5.	Sobre la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica	646
9.2.	De carácter puntual.....	654
9.2.1.	Administración central.....	654
9.2.1.1.	Instituto Nacional de la Salud.....	654
9.2.2.	Comunidades Autónomas.....	659
9.2.2.1.	Andalucía.....	659
9.2.2.2.	Aragón.....	664
9.2.2.3.	Asturias	666
9.2.2.4.	Cantabria	667
9.2.2.5.	Castilla—La Mancha	668
9.2.2.6.	Cataluña	672
9.2.2.7.	Galicia	673
9.2.2.8.	Madrid.....	675
9.2.2.9.	Murcia	678
9.2.2.10.	Navarra.....	681
9.2.2.11.	País Vasco	682
9.2.2.12.	La Rioja	685
9.2.2.13.	Comunidad Valenciana	687
9.2.3.	Diputaciones Provinciales, Cabildos y Consejos Insulares.	687
9.2.3.1.	Diputación Provincia! de Burgos	687
9.2.3.2.	Diputación Provincial de Cáceres	688
9.2.3.3.	Diputación Provincial de Gerona.....	691
9.2.3.4.	Diputación Provincial de Lugo	692
9.2.3.5.	Consejo Insular de Mallorca.....	694
9.2.3.6.	Cabildo Insular de Tenerife	697
9.2.3.7.	Diputación Provincial de Toledo	698
9.2.3.8.	Diputación Provincial de Valencia.....	701

INDICE DE CUADROS

	<u>Págs.</u>
1. Unidades de salud mental (año 1991)	155
2. Unidades de psiquiatría en hospitales generales (año 1991)	161
3. Variación de camas psiquiátricas en hospitales generales.....	163
4. Hospitales psiquiátricos y camas en funcionamiento: Evolución (1978—1991)..	183
5. Distribución de camas de hospitales psiquiátricos: Evolución por Comunidades Autónomas (1986—1991)	184
6. Distribución de las camas de hospitales psiquiátricos según dependencia.....	186
7. Distribución de los hospitales psiquiátricos según número de camas	187
8. Enfermos internados en hospitales psiquiátricos en 1991	189
9. Hospitales psiquiátricos del sector público. 1991	190
10. Hospitales psiquiátricos públicos con unidades de corta estancia en 1991	192
11. Hospitales psiquiátricos públicos: camas de media y larga estancia en 1991	193
12. Camas de media y larga estancia en hospitales psiquiátricos públicos: índice por cien mil habitantes	194
13. Camas de hospitales psiquiátricos privados concertadas con la Administración.	197
14. Andalucía. Evolución de la población internada en unidades de larga estancia ..	201
15. Residentes mayores de 65 años internados en hospitales psiquiátricos públicos.	212
16. Años de internamiento de los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos públicos	214
17. Estructuras intermedias	220
18. Estructuras intermedias en Andalucía	223
19. Necesidades de estructuras intermedias en Andalucía	223

20. Necesidades de estructuras intermedias en Cataluña	223
21. Distribución de enfermos según la Administración responsable en Andalucía ...	230
22. Alternativas de reinserción de la población internada en el Hospital Psiquiátrico de Asturias.....	231
23. Alternativas de reinserción de la población internada en los hospitales psiquiátricos de Cantabria.	232
24. Capacidad de las unidades de psiquiatría visitadas.....	238
25. Dotación de personal en las unidades de psiquiatría visitadas	262
26. Actividad asistencial de las unidades de psiquiatría visitadas.....	268
27. Índice de ocupación en los hospitales psiquiátricos visitados.....	286
28. Situación y medios de transporte de los hospitales visitados.....	292
29. Población internada en hospitales psiquiátricos: Edad.....	343
30. Población internada en hospitales psiquiátricos: tiempo de internamiento	347
31. Población internada en hospitales psiquiátricos: grupos diagnósticos.....	349
32. Relación personal/pacientes en los hospitales visitados	354
33. Relación personal especialista en psiquiatría/ pacientes en los hospitales visitados.....	356
34. Relación de otro personal sanitario/ pacientes en los hospitales visitados	359
35. Camas de corta estancia en los hospitales visitados.....	372

1. INTRODUCCION

Desde que en el año 1409 el fraile mercedario Juan Gilabert Jofre fundara, en la ciudad de Valencia, el "Hospital deis folls de Sancta María deis Innocents", tenido comúnmente por el primer centro para enfermos mentales establecido en el mundo, la atención a estos enfermos se ha realizado en nuestro país a través de su internamiento en centros específicos, de modo que tan sólo en épocas recientes se ha abierto paso a otras modalidades de atención.

No es, sin embargo, hasta principios del siglo XIX cuando puede hablarse del inicio de la regulación legal de la asistencia a la enfermedad mental.

1.1. La evolución de la legislación reguladora de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica.

1.1.1. La legislación de beneficencia.

En efecto, durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX, la historia de los establecimientos psiquiátricos en España estará ligada con la institución de la beneficencia. El inicio de este entronque puede situarse en la Constitución de Cádiz, si bien a finales del siglo XVIII, desbordando el estricto ámbito de la policía administrativa, se sientan las bases para la conceptualización de la beneficencia como servicio público, aunque eran de notar sus insuficiencias y su carácter asistemático, como queda reflejado en el texto siguiente:

"...No se circunscribía ya la acción rudimentaria de la Beneficencia Pública a la mera policía

insuficiente, que creó como muros de defensa para el cuerpo político de la sociedad albergues al caminante, hospicios al peregrino, hospitales al enfermo de toda clase de enfermedades, rescates al cautiverio, maternidad al expósito y lazaretos al apestado, pero aunque aún en hospicios y hospitales, beaterías y casas de misericordia, de refugio, de recogidas y de desamparados el caos confuso de las fundaciones piadosas había multiplicado de una manera extraordinaria los institutos privados en que recoger o amparar al expósito y al huérfano, al estudiante inope y a la pobre doncella núbil, a la mujer grávida y a la arrepentida, al enfermo pasajero de todas las dolencias y de todos los sexos y edades y al incurable, al inválido por naturaleza, por enfermedad o decrepitud, y al impedido y al convaleciente, la condición especial y restringida de la mayor parte de tan numerosos patronatos, en su inmensa mayoría de eficacia meramente local y aún así muy limitada, se hacía completamente contraria a la constitución de aquel cuerpo general y homogéneo, cuyo auxilio presto, solícito y equitativo pudiese extender a la vez su mano a todas las órbitas de la miseria, de la calamidad y del infortunio" (E. VIOTA Y SOLIVA: Memoria histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés". Madrid, Est. Tipográfico de A. Avrial, 1896, p.21).

Sería, por tanto, la Constitución de Cádiz la que fundamentara el nuevo sistema, a cuyo efecto el artículo 321 ponía a cargo de los Ayuntamientos el cuidado de "los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás

establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban”.

La Ley de Beneficencia de 1822 dedicaría una amplia atención a la hospitalización de los enfermos mentales. En este sentido, colocaba a los “hospitales de locos” bajo la dirección y vigilancia de las Juntas Municipales de Beneficencia (art. 40) y determinaba que el “hospital de locos” estaría siempre separado del resto de los hospitales de otra índole (art. 107). Señalaba, de otro lado, que “las casas públicas destinadas a recoger y curar los locos” podrán ser comunes a dos o más provincias (art. 119) y establecía que no se situarían en la capital, sino en los lugares que ofrezcan más ventajas o comodidades para la curación de los enfermos (art. 120).

Dentro de cada establecimiento, se determinaba la separación de hombres y mujeres en distintos departamentos (art. 121), se prohibía “el encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas” (art. 122) y se señalaba que se ocuparía a los enfermos en “los trabajos más proporcionados a cada uno, según la posibilidad de la casa y el dictamen del médico” (art. 123).

Por último, se autorizaba el establecimiento de “casas de locos” por los particulares, quedando las mismas bajo la inspección de las Juntas de Beneficencia (art. 125) y se preveía la existencia de un reglamento especial para regular aspectos tales como la admisión, colocación y alimentos de los enfermos, la forma del edificio y estancias particulares, las cantidades a abonar por quienes pudieran costear su curación, las atribuciones de los facultativos y el orden y tiempo de las visitas (art. 126).

Como puede verse, entre todos los aspectos reseñados, puede resaltarse la existencia de un atisbo de la regulación de la laborterapia, que ya contaba con antecedentes, como sucedía en el Hospital "Nuestra Señora de Gracia", de Zaragoza (cfr. A. SEVA DIAZ: La salud mental de los aragoneses y su asistencia. Zaragoza, 1990, p.118).

Frente a esta extensa referencia de la Ley de 1822, la de 20 de junio de 1849 omite toda mención explícita de los establecimientos dedicados al tratamiento de las enfermedades mentales, siendo el reglamento de esta ley el que, en el marco centralizador de dicho texto legal, incluirá a los "establecimientos de locos" entre los establecimientos generales de beneficencia. Esta misma disposición preveía, de otra parte, el número inicial de los establecimientos de esta clase, disponiendo al efecto que el mismo sería "por ahora en todo el Reino de seis casas de dementes". Se señalaba asimismo en este Reglamento que "los Establecimientos generales de locos tendrán un departamento especial para aquellos cuyas familias pudiesen costear sus estancias en los mismos", situación de atención segregada que perdurará hasta épocas recientes y que alcanzará en ciertos hospitales una sorprendente complejidad:

"Allí los enfermos son clasificados en siete categorías económicas. La más inferior corresponde a los llamados benéficos, que son los que disponen de carnet de beneficencia y por ello no pagan nada por su estancia en el sanatorio... Los denominados pensionistas pagan lo mínimo exigido, siempre que no dispongan del referido carnet de beneficencia; reciben el mismo trato que los benéficos: no eligen médico, tienen una cama en dormitorios generales de

veinte o más camas; tienen un comedor (y comida diferente) y una sala de estar aparte del resto de las categorías superiores, y están obligados a realizar la limpieza del pabellón que ocupan, sin recibir remuneración alguna por ello. Luego están los "distinguidos de segunda", quienes pueden elegir médico, duermen en dormitorios más reducidos (de 3 a 5 camas), tienen la misma sala de estar que los de la categoría inmediatamente superior, pero comen aparte y peor, y además ayudan a la limpieza (sólo si son mujeres). Los "distinguidos de primera B" eligen médico, duermen en habitaciones de dos camas, ocupan las mismas salas de estar que los de categoría inferior, pero comen con los de categoría inmediatamente superior; no limpian el pabellón. Los "distinguidos de primera A" eligen médico, duermen en habitación individual, tienen la misma sala de estar que los distinguidos de segunda y que los distinguidos de primera B, y comen conjuntamente con estos últimos (igual comida). Los "privados B" eligen médico (que actúa entonces como un médico privado: le pagan las consultas aparte de la pensión diaria, con lo que éste recibe un suplemento económico a su salario mensual) dentro de los del "staff"; tienen una habitación individual de mayor confort que los de categoría inferior, la misma sala de estar que los distinguidos de segunda, de primera A y de primera B, y comen con los distinguidos de primera A y primera B. Los "privados A" tienen un médico privado (siempre del staff del sanatorio), habitación individual, comen con los de las tres categorías inferiores, pero tienen una sala de estar más confortable para ellos solos. Todo esto sirve para los enfermos varones;

para las mujeres hay otras distinciones todavía más sutiles". (E. GONZALEZ DURO: La asistencia psiquiátrica en España. Madrid, Castellote, 1975, pp. 52-53).

Por último, el Real Decreto de 14 de marzo de 1899, citará a los manicomios entre las instituciones de beneficencia, reiterando la pertenencia a la beneficencia general de todos los establecimientos clasificados con este carácter.

1.1.2. La legislación de régimen local.

La segunda línea normativa, en conexión con la anterior, está constituida por la legislación de régimen local.

En este sentido, ya en el siglo XX, cabe comenzar destacando el Estatuto Provincial, aprobado por Real Decreto-Ley de 20 de marzo de 1925, donde se incluye, entre las obligaciones mínimas de las Diputaciones Provinciales, el sostenimiento de una "casa de reclusión de dementes pobres", autorizando, sin embargo, a las Diputaciones para concertar este servicio con establecimientos públicos o privados, incluso de otra provincia. El Estatuto, de otro lado, obligaba a las Diputaciones "a recluir en el Manicomio provincial, o en el que hayan contratado con relación a este servicio..., los locos o enfermos pobres de ignorada naturaleza, que vivan en la provincia, y a los que a sus expensas sean recluidos por los Ayuntamientos de la misma", previendo asimismo el establecimiento de un régimen de indemnizaciones recíprocas por parte de las Diputaciones para el abono del importe de las estancias que causaran las personas naturales de una provincia

en establecimientos pertenecientes a otra, salvo en el supuesto de que se viniera residiendo durante diez años al menos en esta última, en cuyo caso no sería exigible la indemnización.

Más tarde, la Ley de Bases del Régimen Local, de 17 de julio de 1945, recogerá, entre las obligaciones mínimas de la provincia, la instalación y sostenimiento de un hospital psiquiátrico, lo que será posteriormente reiterado en el artículo 245 de la Ley de 24 de junio de 1955, autorizándose por el artículo 247 el concierto de los servicios de reclusión manicomial con establecimientos públicos o privados, a ser posible de la misma provincia, en tanto no fueran organizados los mismos por la Diputación Provincial correspondiente, y dándose normas para el internamiento y la asunción de su coste económico en el artículo 250.

Esta obligación mínima ya no sería recogida en la Ley de Bases del Régimen Local de 2 de abril de 1985, al no seguir un criterio material a la hora de delimitar las competencias de la provincia.

1.1.3. La legislación sanitaria.

En el ámbito estrictamente sanitario, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, dedicará la base 15a. a la higiene mental, atribuyendo al Ministerio de la Gobernación la superior dirección técnica y la inspección psiquiátrica nacional, así como la coordinación de los servicios, y sometiendo las instituciones privadas a la inspección del Estado. Encomendaba asimismo al citado Ministerio la determinación de las necesidades de la asistencia psiquiátrica regional y provincial y la

coordinación de los servicios interprovinciales. Señalaba además que la Dirección General de Sanidad cuidará de la organización de la asistencia psiquiátrica familiar y extramanicomial y hacía alusión a las siguientes clases de frenocomios:

- Dispensarios
- Departamentos neuro-psiquiátricos de los grandes hospitales y clínicas psiquiátricas universitarias, para el tratamiento de los enfermos agudos.
- Frenocomios u hospitales psiquiátricos, regionales o provinciales, para el internamiento de enfermos crónicos o agudos.
- Colonias agrícolas o industriales, para utilizar como terapéutica la ocupación de los enfermos crónicos.
- Establecimientos para la hospitalización de personas con debilidad mental, epilepsia, toxicomanía, post-encefalíticos y de enfermos mentales asilables.
- Lucha contra la toxicomanía, en especial contra el alcoholismo y la morfinomanía.

De otra parte, la base 23a. contemplaría la obligación de las Diputaciones Provinciales de sostener instituciones para la asistencia psiquiátrica, incluso con servicios de urgencia y dispensarios. Atribuía, además, al

Ministerio de la Gobernación la determinación del grado de desarrollo de los servicios, en relación con las necesidades y posibilidades de cada provincia.

Con anterioridad a este texto legal, se había dictado alguna disposición tendente a la implantación de instituciones para la atención ambulatoria de la enfermedad mental. En este sentido, el Decreto de 24 de mayo de 1943 facultó al Ministerio de la Gobernación para crear dispensarios de higiene mental, estableciéndose por Orden de 14 de junio del mismo año dispensarios en siete ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao, Málaga, Jaén y Huelva).

Más adelante, por Orden de 22 de febrero de 1954 se aprobó el Estatuto de la Liga Española de Higiene Mental, cuyo objeto radicaba en el estudio y proposición de la adopción de las medidas sanitarias necesarias para mejorar la asistencia médica y social del enfermo mental. La Orden de 15 de febrero de 1954 creó los Patronatos Provinciales de Higiene Mental, como órganos locales de la Liga.

Por Ley de 14 de abril de 1955 fue creado el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, al que, entre otras funciones, se atribuía la organización de la asistencia psiquiátrica, en sus distintas fases (profiláctica, curativa y asistencial), la prestación por sí mismo de una parte de la asistencia, la inspección de todos los establecimientos y la coordinación entre los diversos organismos. De otra parte, al tratar de las instituciones y organismos psiquiátricos, se señalaba que cada ámbito psiquiátrico estaría integrado por el dispensario de higiene mental, clínicas neuropsiquiátricas y manicomios provinciales, previéndose además la creación de instituciones interprovinciales, directamente dependientes del

Patronato, que atendería con preferencia a la instalación de establecimientos-colonias para psicópatas, epilépticos, toxicómanos seniles y otros grupos de enfermos y servicios psiquiátricos infantiles. Se indicaba asimismo que, en caso de notoria necesidad, podrían crearse manicomios interprovinciales para la atención, en régimen mancomunado, de los enfermos de dos o más provincias cercanas.

Se preveía asimismo la confección de un plan general de organización y de programas concretos a realizar en cada provincia, debiendo resolver las Diputaciones si preferían ejecutarlos a sus expensas, ceder los servicios al Patronato o concertar un régimen mixto, en el que una parte de la asistencia corriera a cargo de la Diputación y la otra fuera tomada a su cargo por el Patronato.

Por Decreto de 21 de diciembre de 1956 se aprobaría el Reglamento provisional del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

Las funciones encomendadas a este organismo serían asumidas, conforme a lo previsto por el Decreto-Ley 13/1972, de 29 de diciembre, por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, previéndose en esta disposición que el Patronato subsistiera como órgano consultivo del nuevo organismo, con las adaptaciones que fueran precisas en su composición.

En el momento actual, la legislación básica en la materia está constituida por la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, cuyo artículo 20 está dedicado específicamente a la salud mental.

1.1.4. La legislación de Seguridad Social.

En el ámbito de los Seguros Sociales primero y de la Seguridad Social más tarde, es preciso señalar, en primer lugar, que la Ley de 14 de diciembre de 1942, que estableció el Seguro Obligatorio de Enfermedad, no contiene ninguna referencia explícita a la atención a la salud mental, si bien aludía a la prestación, por parte del Seguro, de una asistencia médica completa, tanto en los servicios de medicina general, como en los de especialidades.

El Reglamento de este seguro fue aprobado por el Decreto de 11 de noviembre de 1943, que contempló, dentro de los servicios que comprendía la asistencia médica, los de neuropsiquiatría, previendo, de otro lado, un servicio de asistencia psiquiátrica.

La insuficiencia de la intervención de los Seguros Sociales en la atención a la salud mental no sería reparada al establecerse el nuevo sistema de Seguridad Social (Ley de Bases de 28-12-1963 y texto articulado de 21-04-1966), limitándose la intervención de la misma en el tratamiento en régimen de internado en centros hospitalarios al otorgamiento, en el marco de las prestaciones de asistencia social, de auxilios económicos, consistentes en una cantidad anual, cuya entrega se efectuaba en fracciones mensuales (Orden de 21-04-1967, en la redacción dada por la de 24-09-1968).

Tal y como se declaraba en el preámbulo de la Orden de 24-09-1968, con estas ayudas se pretendía completar de algún modo la asistencia prestada por la Seguridad Social, que se limitaba a la de tipo ambulatorio, puesto que, en efecto, tan sólo con posterioridad y en épocas más recientes, el

sistema de Seguridad Social comenzaría a instalar unidades de psiquiatría en sus hospitales.

1.1.5. Las garantías en materia de internamiento.

Durante más de cincuenta años, el Decreto de 3 de julio de 1931 ha regulado la admisión y la salida de los enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos. Conforme a esta disposición, se distinguía entre tres tipos de internamientos: por propia voluntad, por indicación médica y por orden gubernativa o judicial, regulándose los requisitos y procedimientos de cada uno de ellos. El Decreto incluía, además, una serie de disposiciones sobre clases de establecimientos, organización interna de los mismos y vigilancia e inspección de estos centros.

En esta misma época, es interesante el Decreto de 12 de enero de 1933, que pretendía eliminar los efectos derivados de la falta de limitación de la edad para el ingreso en los hospitales psiquiátricos, de modo que los establecimientos se veían obligados a recibir a todos cuantos se presentaran con la documentación legal correspondiente, produciéndose la mezcla de menores y de adultos. Para obviar esta situación, se disponía que se habilitaran en los establecimientos, en el plazo improrrogable de dos meses, locales suficientes para albergar en ellos, con el aislamiento del resto de la población psiquiátrica, a los menores de quince años.

La vigencia del Decreto de 3 de julio de 1931 se extendería hasta la publicación de la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela, que lo derogó expresamente. A partir de esta ley, el artículo 211 del Código Civil exige la previa autorización judicial para el

internamiento de un presunto incapaz o la comunicación del internamiento al juez, en los casos de urgencia, en el plazo de veinticuatro horas, al objeto de que el mismo confirme o deniegue la autorización.

En cuanto a los internamientos llevados a cabo al amparo de la legislación penal, si bien en el año 1983 con la mejora operada en el Código por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio se produjo un avance sustancial en la materia, subsisten todavía lagunas y deficiencias importantes, tal y como veremos a lo largo del presente estudio.

1.2. La actuación del Defensor del Pueblo en relación con la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica.

Desde el comienzo de las actividades de esta institución, se ha venido prestando una especial atención a los problemas relativos a la salud mental, dejando constancia de los mismos en los sucesivos informes a las Cortes Generales.

Así, en el primer informe presentado, correspondiente al año 1983, se aludía a la persistencia de un marco legal que excluía prácticamente a la asistencia psiquiátrica del resto de la asistencia sanitaria, a la insuficiencia de la cobertura por parte de la Seguridad Social y a la falta de estructuras extrahospitalarias.

Se hacía asimismo referencia a la necesidad y urgencia de adoptar las pertinentes medidas legales que resolvieran la situaciones de los delincuentes a quienes se aplica la eximente primera del artículo 8 del Código penal,

que prevé el internamiento "sine die" en supuestos de enajenación mental o trastorno mental transitorio, suponiendo para estos enfermos psíquicos penados, en la mayor parte de los casos, una situación más gravosa que la aplicación de la pena por un tiempo determinado.

Por último, se recomendó la aplicación en el ámbito de la jurisdicción militar de otras medidas alternativas al internamiento obligatorio de las personas sometidas a procedimientos judiciales militares o ya sentenciadas en situación de enajenación mental.

Al año siguiente, el informe correspondiente a 1984 se refería a la necesidad de que el nuevo sistema sanitario asumiera íntegramente la atención a la salud mental, abordando los aspectos preventivos, de tratamiento y rehabilitadores; ponía de manifiesto la necesidad de que la Administración de Justicia dispusiera de los medios suficientes para desarrollar las competencias que le atribuía la Ley 13/1983, de 24 de octubre, en relación con los internamientos de los presuntos incapaces, así como los problemas derivados de los despidos producidos ante situaciones de abandono del trabajo por alteraciones de conducta motivadas por algunas enfermedades mentales.

Más tarde, el informe del año 1985 recogería, entre otros aspectos, la insuficiencia de los dispositivos asistenciales de carácter comunitario, con la consecuencia de que, en ocasiones, los enfermos desinstitucionalizados fueran derivados hacia los albergues de transeúntes, y a la existencia de una cierta desorientación en los particulares, así como en algunas autoridades, sobre la nueva forma de practicar los internamientos en centros psiquiátricos.

Seguidamente, el informe de año 1986 mencionaría la conveniencia de poner en práctica las previsiones contenidas en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, la necesidad de regularizar las situaciones de internamiento producidas con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre, y la insuficiencia de los dispositivos extrahospitalarios.

En este mismo informe se volvía a tratar la situación de los enfermos mentales y el internamiento penal y se reflejaba la recomendación remitida al Ministerio de Justicia referente a la necesidad de elaborar una nueva normativa en materia de cumplimiento de la medida de internamiento prevista en los artículos 8.1 y 9.1 del Código penal, que contemplase todos los supuestos previstos en la vigente ley penal, respetando la finalidad curativa de dichas medidas. Se instaba asimismo la colaboración entre las administraciones implicadas con la finalidad de que pudieran aplicarse las medidas alternativas al internamiento previstas también en la ley penal. Y por último, se hacía ver la necesidad de establecer la gratuidad de estos internamientos cuando se llevaran a efecto en hospitales psiquiátricos extrapenitenciarios.

En otro orden de cosas, se reflejaba en este informe el criterio mantenido por esta institución, que se expuso asimismo en informes anteriores, según el cual en los supuestos en que el Defensor del Pueblo tenga conocimiento de la existencia de un presunto incapaz en situación de abandono, lo pone en conocimiento del Ministerio Fiscal (artículo 203 CC), para que por éste puedan iniciarse, si fuera procedente, las actuaciones oportunas, esto es, promover la declaración de incapacidad o bien el expediente de internamiento previsto en el artículo 211 del Código civil.

A continuación, en el informe del año 1987 se enfatizaría la necesidad de establecer los cauces de coordinación precisos entre las estructuras hospitalarias y los dispositivos ambulatorios para asegurar la continuidad terapéutica, la persistencia de la función de custodia y no terapéutica de algunos hospitales psiquiátricos y la insuficiencia de los medios personales, técnicos y materiales de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, así como la conveniencia de establecer prestaciones sociales para subvenir a las necesidades del enfermo mental desinstitucionalizado apoyando su reinserción laboral y social.

En el informe de 1988 se prestó especial atención a la denegación, por parte de la correspondiente entidad gestora de la Seguridad Social, del reintegro de gastos de asistencia psiquiátrica, en contra de una jurisprudencia reiterada que reconoce a los beneficiarios del sistema el derecho a tal reintegro, significándose que, en tanto no se implante, en el marco de la asistencia sanitaria de aquél, una atención completa y suficiente, deberían buscarse soluciones alternativas que permitan prestar la atención mediante la utilización adecuada de los recursos existentes y la coordinación de las distintas redes de las diferentes administraciones públicas.

Con mayor extensión se trató de este mismo problema en el informe de 1989, recordándose que, conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el internamiento psiquiátrico de un beneficiario de la Seguridad Social es una prestación comprendida dentro de la asistencia sanitaria de la misma, debiendo, por tanto, correr a su cargo conforme a lo previsto por el artículo 19.1 del Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre. Se añadía la necesidad de buscar fórmulas que

permitiesen optimizar la utilización de los recursos existentes y garantizar la coordinación de las distintas redes sanitarias, haciéndose hincapié además en la necesidad de que la Administración Sanitaria no continuara insistiendo en la denegación del reintegro de los gastos ocasionados por el internamiento en centros privados, cuando aquel no pueda efectuarse en ningún establecimiento de la Seguridad Social y sea prescrito por un especialista de la misma.

Por último, en el informe del año 1990, además de insistirse en este problema, se señalaban las diferencias del grado de desarrollo de la reforma psiquiátrica según las distintas Comunidades Autónomas, la falta de asunción, en algunas de ellas, de un enfoque global del conjunto de necesidades, manteniéndose los servicios psiquiátricos, dependientes de distintas administraciones, con diferente evolución y estructura, sin coordinación entre sí, el desempeño de funciones asilares y no terapéuticas por parte de algunos hospitales y la existencia, en centros de internamiento psiquiátrico, de un significativo porcentaje de pacientes que precisan atenciones de carácter social, más que psiquiátricas.

En todos estos informes se ha reiterado la recomendación efectuada por primera vez en el año 1983 referente a la necesaria y urgente reforma del Código Penal en relación con la medida de seguridad contenida en el artículo 8.1 de dicho cuerpo legal, de forma que esta medida de internamiento prevista para la eximente completa de enajenación mental no sea de duración indefinida, como es actualmente, sino que sólo pueda imponerse, tal y como se recoge para la eximente incompleta del artículo 9.1 del Código Penal, cuando la pena que hubiera podido corresponder si no se

hubiera apreciado la eximente, fuera la de privación de libertad y sólo por la duración de ésta.

No hay que olvidar tampoco las reiteradas recomendaciones efectuadas por el Defensor del Pueblo en relación con el control de la salud mental de los jóvenes que van a efectuar el servicio militar. Conviene resaltar la importancia de realizar un reconocimiento exhaustivo a estos jóvenes, en orden a detectar posibles alteraciones mentales, y evitar de esta forma que su enfermedad origine una situación de riesgo no deseada contra sus personas o las de sus compañeros en el servicio militar.

Además, este tipo de personas, tal como se ha detectado, se ven implicados continuamente en correctivos y arrestos disciplinarios, e, incluso, se les aplican penas de privación de libertad por diversos delitos contra la disciplina, que no son sino un síntoma más de sus alteraciones psíquicas.

Con independencia de lo anterior, a lo largo de estos años se fueron realizando visitas a los hospitales psiquiátricos, dejando constancia de los resultados de las mismas en los sucesivos informes a las Cortes Generales.

1.3. Alcance del presente estudio.

Con los precedentes citados, se entendió por parte de esta Institución que era necesario obtener una visión sistemática de la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica, lo cual requeriría el desarrollo de un programa específico de investigación.

No obstante, con objeto de acotar en lo posible tan extenso campo, se consideró que, en principio, el estudio habría de girar primordialmente en torno a los hospitales psiquiátricos. Esta elección, por la singular situación de estos establecimientos en varias Comunidades Autónomas, merece, sin embargo, una justificación más detallada, en la que confluyen, como se verá, los dos aspectos que configuran el ámbito de atribuciones del Defensor del Pueblo: la defensa de los derechos comprendidos en el Título I de la Constitución y la supervisión del funcionamiento de los servicios públicos.

1.3.1. La atención en régimen de internamiento y la defensa de los derechos de los enfermos.

En efecto, si el internamiento de los enfermos mentales en centros especiales ha sido una fórmula indiscutida durante siglos, no parece, sin embargo, que sean precisamente razones terapéuticas las que hayan justificado esta modalidad de atención. Muy al contrario, la historia del manicomio estuvo unida, durante largo tiempo, a la reclusión, a la coerción y a la represión, hasta el punto de que el preámbulo del Decreto de 3 de julio de 1931 calificaría a los manicomios de "prisiones más que propias clínicas médicas". Testimonios literarios sobre un mundo compuesto por gaviatas, cadenas, correas, camisas de fuerza, celdas de aislamiento y otros elementos de idéntico jaez y tan escasa eficacia terapéutica, no faltan ciertamente. Baste, para ilustrarlo, con un sólo ejemplo, referido a un hospital barcelonés en el año 1847:

"El departamento de dementes..., no es un asilo en que se proceda según un plan metódico como determina el progreso de la ciencia. Es más una prisión a que se

lleva violentamente a aquellos desgraciados individuos, tratándolos como criminales contra todo orden actual... Siete furiosos yacían sobre un poco de paja en otras tantas húmedas jaulas en una sucia sala sin ventilación; un furioso tenía una argolla de hierro en el cuello, de la cual iba una cadena a la pared" (J.B. ULLERSPERGER: La historia de la psicología y de la psiquiatría en España, 1871. Citado por R.M. GIL Y J. BOADAS: El Psiquiátric de Salt. Cent anys d'història. Gerona, Diputació de Girona, 1987, pp. 27-28).

Un cambio de perspectiva irá, no obstante, imponiéndose, de modo que los procedimientos coercitivos serán objeto de rechazo por los espíritus más lúcidos y sensibles. Así, en un escrito de la dirección del manicomio de Santa Isabel de Leganés puede leerse:

"...en el tratamiento médico que al tenor de los adelantos científicos usamos con estos desgraciados, se hallan proscritos los castigos, los cerrojos y las ataduras, necesitándose observación exquisita, vigilancia permanente, ojos que no pierdan de vista un momento los movimientos desordenados y tumultuosos de estos seres ciegos y desatendidos, y manos que estén prontas a ayudarles y corregirles en sus peligrosas aberraciones" (cfr. E. VIOTA Y OLIVA: Ob. cit., p. 45).

Pese al reseñado cambio de panorama, algunas reminiscencias del trato otorgado secularmente a los enfermos mentales persistirán hasta épocas recientes. Incluso en 1972,

un conocido escritor, tras visitar un total de 19 hospitales psiquiátricos, manifestaba lo siguiente:

"Por lo general, el manicomio es un edificio sombrío, maloliente, destartado e inhóspito, desprovisto en absoluto de confortabilidad en cuanto a higiene, calefacción, mobiliario, etc., se refiere. Se caracteriza por sus enormes pasillos —o túneles, en algunos casos— oprimentes, comedores y dormitorios estabularios, patios de penitenciaría, retretes inmundos y salas de estar donde se reúnen el aburrimiento, la tristeza y la desesperanza.

La alimentación, sin contar los casos de insuficiencia de proteínas y calorías, es monótona, desabrida y, por ser cocinada en grandes cantidades y con mucha anticipación, suele llegar fría a las mesas y resulta solo apetecible para paladares o estómagos de hierro. El vestido, o linda con el harapo o se inclina por la uniformidad hospiciaria..

Todavía hay manicomios en que se recluye al enfermo en "gavias" o celdas de castigo; en que se le amarra con correas —"pulseras" eufemísticamente—; en que se le amedrenta con la inyección de trementina, el electrochoque y otros procedimientos traumáticos, con lo que se dilacera aún más su espíritu y se le mantiene en un estado permanente de angustia, retracción y desconfianza.

En estas condiciones, el manicomio, en vez de ser un reflejo del mundo de los cuerdos, constituye un mundo enajenado y enajenante, un instrumento desintegrador

de la conciencia y de la personalidad humanas (A.M. DE LERA: Mi viaje alrededor de la locura. Barcelona, Planeta, 1972, pp. 206-208)".

No podrá extrañar, por tanto, que hasta el año 1983 estuviera tipificada como falta, en el artículo 580 del Código penal, la conducta de "los encargados de la guarda o custodia de un enajenado que le dejaren vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia", en el mismo precepto en el que también se consideraba como tal la conducta de "los dueños de animales feroces o dañinos que los dejasen sueltos o en disposición de causar mal".

Los hospitales psiquiátricos actuales no son, por fortuna, las "casas de locos" del siglo XIX, pero no dejan por ello de ser, pese a que en muchos de ellos se hayan derrumbado -física y no sólo metafóricamente- las verjas y muros que les separaban de su entorno, lugares de internamiento. Si hemos traído a colación los antecedentes -a veces estremecedores- de la atención hospitalaria al enfermo mental es tan sólo para resaltar el hecho de que esta modalidad de asistencia, por sus características -régimen de internamiento en centro especial implica colocar al paciente en un ámbito en el que puede darse con mayor facilidad una hipotética vulneración de sus derechos. A todo ello habría de añadirse que lamentablemente esta vulneración hipotética se convierte en ocasiones en cruda realidad, como lo demuestran los sucesos acaecidos en 1991 en un hospital psiquiátrico de la ciudad de León y de los que los medios de comunicación social han dejado cumplida constancia.

La elección del hospital psiquiátrico como eje del presente estudio queda, por tanto, justificada por razones derivadas tanto de las características del establecimiento,

como de muchas de las personas ingresadas, cuya enfermedad psíquica o cuya deficiencia mental no les permiten asumir por si mismas la defensa de sus derechos.

1.3.2. La situación de algunos hospitales psiquiátricos y la supervisión del funcionamiento de los servicios públicos.

Entroncada con la razón anterior, pero referida a su vez al funcionamiento de los servicios públicos, se halla la peculiar situación en la que se encuentran en la actualidad los hospitales psiquiátricos en algunas Comunidades Autónomas. En efecto, en el marco de reforma psiquiátrica en curso, gran parte de las Comunidades se han decantado indubitadamente por la superación, a medio o a largo plazo, del hospital dedicado exclusivamente a la atención psiquiátrica e, incluso, en aquéllas en las que el proceso de reforma se encuentra más avanzado esta estructura hospitalaria se halla en vías de desmantelamiento. Podría, en consecuencia, pensarse que, dadas estas circunstancias, el acento del Defensor del Pueblo debería ponerse en otro tipo de estructuras de atención a la salud mental. Sin embargo, desde la perspectiva de las facultades que competen a esta institución, no podría compartirse esta opinión.

En efecto, el hecho de que un determinado establecimiento se encuentre abocado, en un plazo más o menos prolongado, a su desaparición, puede inducir, desde una perspectiva meramente economicista, a la tentación de restringir las inversiones necesarias para garantizar su correcto funcionamiento hasta que tal desaparición se produzca, con el deterioro consiguiente de las condiciones en que se desarrolla la vida cotidiana de quienes se encuentran

internados en el establecimiento. Tal comportamiento hipotético, que se explicaría por un criterio utilitarista, que justificaría esta situación en virtud de la falta de rentabilidad futura de los recursos y la contribución de los mismos a la pervivencia de una institución en trance de ser superada, debe ser expresamente rechazado. Ello es así porque en tanto subsista el hospital psiquiátrico y no puedan ofrecerse a los pacientes otras alternativas, el enfermo allí internado tiene pleno derecho a que se le proporcionen unas condiciones de vida mínimamente dignas. El derecho del enfermo no puede estar, por tanto, subordinado a las conveniencias organizativas de la administración, por lo que, pese a que pueda ser una tarea más dificultosa, será necesario, en forma simultánea, garantizar unos adecuados niveles asistenciales y unas condiciones materiales dignas en el establecimiento en vías de superación, a la vez que se van implantando las estructuras alternativas que se juzguen precisas.

Esta no es una posibilidad meramente teórica, como parece demostrarlo el caso italiano:

"La utopía de la destrucción del Hospital Psiquiátrico se ve dominada por la idea de un proceso de desestructuración lenta que va desembocando en una degradación institucional que empeora, además, las condiciones de los residentes que permanecen en él" (R. FRISANCO: "La situación de la asistencia psiquiátrica en Italia a la luz de las transformaciones culturales e institucionales producidas como consecuencia de la Ley de Reforma", en Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo, Servicio de

Publicaciones del Principado de Asturias, 1990, pp. 22-23).

En definitiva, por las razones apuntadas, la situación peculiar de muchos hospitales psiquiátricos en el marco del proceso de reforma, no sólo no desaconseja, sino que hace conveniente la actuación de esta Institución, tanto desde el punto de vista de la protección de los derechos de los enfermos ingresados, como del funcionamiento del servicio público.

1.3.3. La inclusión de otros dispositivos y la obtención de una visión global.

Explicadas las razones por las cuales el hospital psiquiátrico es el eje de este estudio, es menester significar que la situación peculiar de esta estructura y su proyectada superación futura en el modelo de atención a la salud mental planificado por muchas Comunidades Autónomas son, a su vez, precisamente factores que han aconsejado no limitar la investigación realizada a estos hospitales, sino extenderlo a la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, así como a la situación de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica, en el marco del proceso de reforma en curso.

De otra parte, ha de añadirse que como punto de referencia para evaluar esta situación se utilizan básicamente la Ley General de Sanidad y la normativa dictada por las Comunidades Autónomas, así como el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de abril de 1985. No ignora esta Institución que el modelo propuesto no ha estado exento de críticas (cfr., a título de ejemplo, R. GARCIA

LOPEZ: "Asistencia psiquiátrica, la reforma que nunca llegó", en El Médico, 13-10-1990). Sin embargo, es preciso dejar constancia de que no corresponde a esta Institución pronunciarse por uno u otro modelo de atención, sino coadyuvar, mediante el ejercicio de su función supervisora, al mejor funcionamiento del modelo elegido.

1.3.4. La exclusión de algunos programas y estructuras específicas.

Por último, es preciso significar que el presente estudio no incluye una referencia particularizada de los programas específicos relativos a las drogodependencias, a causa tanto de la necesidad de acotar el objeto de la investigación, como de la especificidad de la atención a estos aspectos, sin perjuicio, no obstante, de realizar las menciones que fueran precisas como consecuencia de la conexión que han venido manteniendo la salud mental y la atención a las toxicomanías.

Por idénticas razones, se ha considerado conveniente excluir en el presente estudio a los hospitales psiquiátricos penitenciarios, que, por lo demás, han sido ya objeto de atención por parte de esta institución, tal y como ha quedado reflejado en los sucesivos informes a las Cortes Generales.

2. METODO PARA LA ELABORACION DE ESTE ESTUDIO

Para la elaboración de este estudio se ha procedido a efectuar visitas a un total de 37 establecimientos de atención psiquiátrica, de los que 17 son unidades de psiquiatría de hospitales generales y 20 son hospitales psiquiátricos, ubicados en la totalidad de las Comunidades Autónomas.

Con carácter complementario se han realizado asimismo visitas a otros 12 establecimientos, de los que 3 son residencias, 3 pisos protegidos, 5 hospitales y centros de día y 1 centro de formación e inserción profesional.

Más en concreto, la relación de los 49 centros visitados, distribuidos por Comunidades Autónomas, expresión del mes en que se realizó la visita, es la siguiente:

Andalucía

- Hospital Psiquiátrico Provincial.- Puerto de Santa María (Cádiz) (octubre 1991).
- Hospital Psiquiátrico "Miraflores".- Sevilla (octubre 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena",- Sevilla (octubre 1991).
- Hospital de Día de la Unidad de Psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena".- Sevilla (octubre 1991).
- Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico "Miraflores".- Sevilla (octubre 1991).

Aragón

- Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar". Zaragoza (octubre 1990).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario.- Zaragoza (octubre 1990).

Asturias

- Hospital Psiquiátrico Regional. - Oviedo (septiembre 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Asturias.- Oviedo (septiembre 1991).
- Hospital de Día del área de Oviedo (septiembre 1991).
- Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias.- Oviedo (septiembre 1991).
- Centro de Formación e Inserción Profesional. Noreña (septiembre 1991)
- Residencia para Minusválidos Psíquicos.- Oviedo (septiembre 1991).

Baleares

- Hospital Psiquiátrico. - Palma de Mallorca (junio 1991).

- Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico. Palma de Mallorca (junio 1991).

Canarias

- Hospital Psiquiátrico de Tenerife.- Santa Cruz de Tenerife (octubre 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario.- La Laguna (octubre 1991).
- Centro de Día anexo al Hospital Psiquiátrico de Tenerife (octubre 1991).
- Hogar asistido.- La Laguna (octubre 1991).

Cantabria

- Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas.- Maliaño - Camargo (junio 1990).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital "Marqués de Valdecilla".- Santander (junio 1990).

Castilla-La Mancha

- Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete. Yebes (Guadalajara) (septiembre 1991).
- Unidad Residencial y Rehabilitadora. - Toledo (junio 1991).

- Unidad de Psiquiatría del Hospital Provincial. Toledo (junio 1991).

Castilla y León

- Hospital Psiquiátrico "San Salvador".- Oña (Burgos) (junio 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario.- Valladolid (julio 1991).

Cataluña

- Hospital Psiquiátrico.- Salt (Gerona) (septiembre 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya".- Hospitalet de Llobregat (Barcelona) (septiembre 1991).

Extremadura

- Complejo Sanitario Provincial. - Plasencia (Cáceres) (julio 1990).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital "Ntra. Sra. de la Montaña".- Cáceres (septiembre 1991).

Galicia

- Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael". Castro de Riberas de Lea (Lugo) (octubre 1991).

- Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas".
Toén (Orense) (agosto 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital de Calde. Lugo
(octubre 1991).

Madrid

- Hospital Psiquiátrico.- Madrid (septiembre 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital "Gregorio
Marañón".- Madrid (septiembre 1991).
- Hospital de Día de la Unidad de Psiquiatría del
Hospital "Gregorio Marañón".- Madrid (septiembre
1991).

Murcia

- Hospital Psiquiátrico "Roman Alberca".- El
Palmar-Murcia (junio 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital General.
Murcia (junio 1991).
- Centro de Día anexo al Hospital "Román Alberca",
en El Palmar-Murcia (junio 1991).
- Centro Residencial "Luis Valenciano".- El Palmar-
Murcia (junio 1991).

Navarra

- Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier". Pamplona (junio 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital de Navarra. Pamplona (junio 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital "Virgen del Camino".- Pamplona (junio 1991).

País Vasco

- Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves".- Vitoria (junio 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital "Santiago Apóstol".- Vitoria (junio 1991).

Rioja

- Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía".- Lardero (octubre 1990).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital General de La Rioja.- Logroño (octubre 1990).

C. Valenciana

- Hospital Psiquiátrico Provincial.- - Bétera (Valencia) (julio 1991).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario.- Valencia (julio 1991).

La mayoría de las unidades de psiquiatría de hospitales generales visitadas forma parte de establecimientos pertenecientes a las Comunidades Autónomas. En este caso se encuentran, en efecto, 10 unidades, mientras que 5 de ellas se encuentran en hospitales dependientes de la Administración Central y las 2 restantes en centros hospitalarios de las Diputaciones Provinciales o de los Cabildos Insulares.

Más en concreto, la distribución de estas unidades en función de las administraciones titulares es la siguiente:

Administración Central (INSALUD)

- Hospital Clínico Universitario. - Zaragoza
- Hospital General de Asturias.- Oviedo
- Hospital "Marqués de Valdecilla".- Santander
- Hospital Clínico Universitario. - Valladolid
- Hospital "Nuestra Señora de la Montaña".- Cáceres

Administraciones Autonómicas

- Hospital "Virgen Macarena".- Sevilla
- Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya".
Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

- Hospital de Calde.- Lugo
- Hospital "Gregorio Marañón".- Madrid
- Hospital General. - Murcia
- Hospital de Navarra.- Pamplona
- Hospital "Virgen del Camino".- Pamplona
- Hospital "Santiago Apóstol".- Vitoria
- Hospital General de La Rioja. - Logroño
- Hospital Clínico Universitario.- Valencia

Diputaciones Provinciales y Cabildos Insulares

- Hospital Universitario. - La Laguna
- Hospital Provincial. - Toledo

En cuanto a los hospitales psiquiátricos, existe asimismo mayoría de los que dependen de las respectivas Comunidades Autónomas, ya que 12 de ellos están en este caso, mientras que la titularidad de los 8 restantes corresponde a las Diputaciones Provinciales, Consejos Insulares y Cabildos Insulares.

Los hospitales se distribuyen en esta forma:

Comunidades Autónomas

- Hospital Psiquiátrico "Miraflores".- Sevilla
- Hospital Psiquiátrico Provincial. - Puerto de Santa María (Cádiz)
- Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar".- Zaragoza
- Hospital Psiquiátrico Regional.- Oviedo
- Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas. - Maliaño-Camargo (Cantabria)
- Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete. Yebes (Guadalajara)
- Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Coas. Toén (Orense)
- Hospital Psiquiátrico.- Madrid
- Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".- El Palmar-Murcia
- Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier". Pamplona
- Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves".- Vitoria

- Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía".- Lardero
Diputaciones Provinciales, Cabildos Insulares y
Consejos Insulares
- Hospital Psiquiátrico.- Palma de Mallorca
- Hospital Psiquiátrico de Tenerife.- Santa Cruz de
Tenerife
- Unidad Residencial y Rehabilitadora. - Toledo
- Hospital Psiquiátrico "San Salvador".- Oña
(Burgos)
- Hospital Psiquiátrico. - Salt (Gerona)
- Complejo Sanitario Provincial.- Plasencia
(Cáceres)
- Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael".
Castro de Riberas de Lea (Lugo)
- Hospital Psiquiátrico Provincial. - Bétera
(Valencia)

Debe señalarse, de otro lado, que para la realización de las visitas se ha contado con la cooperación de los Comisionados parlamentarios de aquellas Comunidades Autónomas que cuentan con una figura homóloga al Defensor del Pueblo.

En sendos apartados, se recogen en este estudio los resultados obtenidos en las visitas efectuadas a las unidades

de psiquiatría de los hospitales generales y a los hospitales psiquiátricos que antes han sido relacionados.

Los aspectos estudiados en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales han sido los siguientes:

- Aspectos generales
- Estado de conservación
- Aspectos estructurales
- Recursos humanos
- Aspectos asistenciales

Por su mayor complejidad, al tratarse de establecimientos específicos, el estudio de los hospitales psiquiátricos ha abarcado un mayor número de aspectos. Estos, en concreto, han sido los siguientes:

- Aspectos generales
- Estado de conservación
- Población atendida
- Recursos humanos
- Aspectos asistenciales
- Alojamiento
- Servicio de alimentación
- Otros aspectos

De otra parte, tanto en uno como en otro tipo de establecimientos se ha prestado una atención especial a las garantías del internamiento y a la intervención de la Administración de Justicia, aspectos que se tratan en un apartado específico de este estudio.

Se dedica asimismo otro apartado a referir los datos obtenidos en las visitas efectuadas a otros dispositivos de atención a la salud mental (residencias, pisos protegidos, hospitales y centros de día y centros de formación profesional).

Con independencia de lo anterior, y al objeto de analizar las líneas básicas del marco actual de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica en España, se han mantenido entrevistas con las personas que, en el órgano competente de cada Comunidad Autónoma, tienen encomendada la responsabilidad en esta materia, solicitándose, además, diversa documentación. A través de estas entrevistas personales y del análisis de la documentación proporcionada, se ha procurado llegar al conocimiento de la instrumentación de la reforma psiquiátrica, tanto en el plano normativo, como en el planificador, de la estructura asistencial en los distintos niveles de atención. De todo ello se da cuenta en otro apartado de este estudio.

Las visitas y entrevistas fueron realizadas entre los meses de junio de 1990 y de octubre de 1991. Por consiguiente, los datos y conclusiones que se contienen en este estudio deben entenderse referidos a la situación existente en el momento de la visita, sin perjuicio de que, a la hora de elaborar las conclusiones y recomendaciones, puedan tenerse en cuenta, en su caso, las circunstancias acaecidas con posterioridad.

Las entrevistas realizadas y la documentación consultada han sido completadas con una serie de datos proporcionados por los distintos órganos de las Comunidades Autónomas con competencia en el campo de la salud mental.

Estos datos se refieren a los centros de internamiento existentes, al número de camas, al número de enfermos, a la edad y al tiempo de internamiento de la población internada y a la red alternativa al internamiento psiquiátrico.

Es menester, por último, dejar expresa constancia del agradecimiento de esta institución, por la colaboración prestada, a los directores de los establecimientos visitados, al personal de los mismos con el que se mantuvieron conversaciones, a los organismos titulares de estos centros, a los órganos de las administraciones autonómicas con competencia en materia de salud mental que proporcionaron los datos y la documentación solicitada, a las personas de estos órganos con el que se mantuvieron las entrevistas, la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo por la documentación facilitada, así como a las personas delegadas por el respectivo Comisionado parlamentario autonómico que han participado en las visitas realizadas.

**3. LA SITUACION DE LA ATENCION
A LA SALUD MENTAL
Y DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA
EN ESPAÑA**

3.1. El marco general de la reforma psiquiátrica.

La situación actual de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica en España se caracteriza por encontrarse en curso de ejecución un proceso de reformas, cuyo inicio puede datarse en el año 1985, sin perjuicio de que años antes dicho proceso hubiera comenzado en algunas Comunidades Autónomas.

El marco general de la reforma psiquiátrica está básicamente constituido por dos instrumentos: De una parte, el informe emitido en el mes de abril de 1985 por una comisión ministerial creada al efecto; y, de otra, en el campo normativo, por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que dedica específicamente uno de sus artículos a la salud mental.

3.1.1. El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Por Orden de 27 de julio de 1983 se creaba la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo, como órgano de estudio, información y asesoramiento sobre programación, coordinación y ordenación de la protección de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica.

Esta Orden, que en su preámbulo se refería a la insuficiente protección que los servicios sanitarios públicos prestaban al cuidado de la salud mental, así como a las deficientes prestaciones sanitarias que ofrecía el sistema de Seguridad Social en este campo, encomendaba a esta comisión,

entre otras funciones, la de realizar los estudios necesarios para proponer los principios básicos que habrían de configurar la asistencia psiquiátrica, en sus modalidades preventiva, curativa y rehabilitadora.

Constituida el 14 de diciembre de 1984, la comisión, con una celeridad encomiable, finalizó sus trabajos el 27 de marzo de 1985. Fruto de éstos fue el informe sobre la reforma psiquiátrica, emitido en el mes de abril del mismo año, en el que se contienen los criterios para el modelo que se propugna y los principios que se proponen para un plan general de salud mental y atención psiquiátrica, así como una serie de recomendaciones.

La comisión redactora describe de este modo el panorama de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica:

- Insuficientes recursos materiales y humanos
- Discriminación del enfermo psíquico en cuanto a la protección asistencial y de sus derechos civiles.
- Multiplicidad de redes paralelas desvinculadas de la asistencia general.
- Modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico.
- Práctica inexistencia de programas de rehabilitación.

- Precariedad de recursos asistenciales comunitarios.

A la vista de esta situación, la comisión se decanta por un modelo comunitario de atención a la salud mental, cuyas líneas básicas pueden resumirse en la forma siguiente:

- La integración de la asistencia psiquiátrica y de la promoción de la salud mental en el sistema general de salud.
- La delimitación territorial de la asistencia y la participación de los agentes comunitarios.
- La ordenación de los recursos mediante planes generales y programas específicos.
- La prestación de una parte de las acciones por los equipos básicos de salud.
- La realización de funciones de soporte y apoyo a los equipos básicos de salud por los equipos de atención a la salud mental, que desarrollarán también funciones asistenciales, de promoción, de prevención y de investigación.
- La integración funcional de los recursos en el área de salud.
- La preferencia de la atención extrahospitalaria sobre la hospitalaria y la reducción de la necesidad de ésta última a través de la creación de recursos alternativos.

- La hospitalización solo se justifica si aporta mayor beneficio terapéutico que las intervenciones que puedan realizarse en el entorno del enfermo mental y su duración estará en función de criterios terapéuticos.
- La realización progresiva de los ingresos en el hospital general, que debe contar entre sus prestaciones con la atención psiquiátrica y psicológica.
- La puesta en práctica de planes específicos dirigidos a la transformación y progresiva superación de los hospitales psiquiátricos y la realización, en forma simultánea, de acciones fuera de los mismos.
- La reducción progresiva del número de camas de los hospitales psiquiátricos, la preparación de sus pacientes para la desinstitucionalización y la formación de sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica.
- El desarrollo de programas de rehabilitación.
- La dotación de los servicios necesarios para el cuidado de los pacientes con patología de larga evolución, tanto en su entorno socio-familiar, como en residencias apropiadas.
- La integración de la atención psiquiátrica de urgencias en el sistema general de urgencias, como apoyatura de estos servicios.

- La prioridad de los programas específicos de atención a la salud mental infanto-juvenil, a la salud mental en la vejez, a las repercusiones psíquicas de las drogodependencias y a los penados con patología mental.
- La garantía de los derechos de los pacientes.
- La implantación de un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria.
- El adecuado aprovechamiento y la capacitación de los profesionales de la salud mental.
- El establecimiento de normas de acreditación de centros y servicios y el control de su cumplimiento.
- La potenciación de la investigación aplicada.

3.1.2. La Ley General de Sanidad.

En el ámbito normativo, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 20, contiene las líneas básicas de la actuación en el campo de la salud mental, que pueden resumirse en la forma siguiente:

- Integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general.
- Equiparación del enfermo mental y del resto de los enfermos.

- Cobertura, en coordinación con los servicios sociales, de los aspectos de prevención primaria y de la atención a los problemas psicosociales.
- Atención en el ámbito comunitario, potenciando los dispositivos ambulatorios y los sistemas de hospitalización parcial y asistencia a domicilio.
- Reducción al máximo de la necesidad de hospitalización, que se realizará a las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.
- Desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social, coordinados con los servicios sociales.
- Consideración especial de la psiquiatría infantil y de la psicogeriatría.

3.2. Instrumentos para la reforma.

3.2.1. Marco normativo.

Se examina a continuación el marco normativo del proceso de reforma psiquiátrica, debiendo significarse que se incluyen algunas normas cuya vigencia ya se ha extinguido (vgr., las relativas al Instituto Andaluz de Salud Mental), con objeto de obtener un panorama más completo sobre la trayectoria seguida en algunas Comunidades Autónomas para la implantación de las medidas previstas.

El examen de las disposiciones aprobadas por las Comunidades Autónomas en el ámbito específico de la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica muestra un panorama muy variable en cuanto al desarrollo de las líneas básicas contenidas en la Ley General de Sanidad.

De este modo, y con ánimo simplificador, pueden diferenciarse, en función del grado de desarrollo normativo, aquellas Comunidades Autónomas que cuentan con normas en las que se contempla de un modo global, armónico e integral el marco de la reforma psiquiátrica y aquellas otras que carecen de este marco global y disponen tan sólo de normas sobre aspectos parciales, que cuentan con alguna norma aislada usualmente referida a aspectos organizativos, o que carecen de normativa específica en la materia. De otra parte, algunas Comunidades han suscrito convenios de cooperación, tal y como se verá en el apartado 3.3.1.2. de este estudio, referido a la integración de los recursos dedicados a la atención a la salud mental.

En el primer caso, se encontrarían 4 Comunidades Autónomas: Andalucía, Asturias, Castilla y León y Comunidad Valenciana. El resto de las Comunidades, sin perjuicio de dejar constancia de las diversas peculiaridades existentes en cada una de ellas, podría considerarse incluido en el segundo supuesto.

A. Andalucía

La Comunidad Autónoma andaluza cuenta con una serie de normas que regulan específicamente la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica y constituyen el marco en el que se ha ido desarrollando la reforma psiquiátrica en la citada Comunidad, pudiendo citarse las siguientes disposiciones:

- a. Ley 9/1984, de 3 de julio, por la que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental (B.O.J.A. n° 57, de 13-07-1984).

Creó el citado organismo con la finalidad de coordinar e integrar funcionalmente los recursos relacionados con la salud mental cuya titularidad correspondía a las diferentes Administraciones Públicas, así como con la de preparar la integración de los diferentes recursos públicos en un futuro dispositivo único y general para la salud.

- b. Decreto 308/1984, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento del Instituto Andaluz de Salud Mental (B.O.J.A. n° 114, de 11-12-1984).

Define a este organismo como coordinador de los recursos, funciones y competencias en materia de salud mental y regula, entre otros extremos, su estructura, organización y funcionamiento.

- c. Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía (B.O.J.A. n° 89, de 14-09-1985).

Recoge entre las funciones del distrito de atención primaria de salud el desarrollo del programa de salud mental y prevé que el dispositivo de apoyo específico a los equipos básicos de atención primaria cuente con personal específico en el área de salud mental. Establece asimismo que estos equipos participen en los programas de salud mental.

- d. Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía (B.O.J.A. nº 90, de 19.09.1985).

Cita a la salud mental entre las funciones asignadas a los centros de atención primaria.

- e. Resolución del Instituto Andaluz de Salud Mental, de 5 de febrero de 1986, por la que se crean las Comisiones de Admisión de Enfermos en Centros de internamiento psiquiátrico (B.O.J.A. nº 14, de 18-2-1986).

Dispone la existencia de estas comisiones en todos los centros y unidades hospitalarias de internamiento psiquiátrico, a las que compete la decisión sobre la procedencia de los ingresos.

- f. Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud (B.O.J.A. nº 41, de 10-05-1986).

Prevé que el Servicio Andaluz de Salud asuma las funciones y servicios del Instituto Andaluz de Salud Mental en el plazo máximo de tres años.

- g. Orden de la Consejería de Salud y Consumo de 3 de junio de 1986, de creación del programa de formación postgraduada para psicólogos para la atención de la salud mental (B.O.J.A. nº 55, de 10-06-1986).

Crea el citado programa, que se desarrolla en dos años de formación teórico-práctica en las unidades de salud mental.

- h. Orden de 13 de noviembre de 1986, por la que se regulan los órganos de dirección y gestión de los distritos de atención primaria de salud (B.O.J.A. nº 106, de 25-11-1986).

Regula las funciones de los coordinadores de programas específicos de salud mental y otros que pudieran ser adscritos.

- i. Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental (B.O.J.A. nº 2, de 10-01-1989).

Regula este Decreto los dispositivos de atención a la salud mental, que estarán integrados por los servicios sanitarios generales, los equipos básicos de atención primaria, los equipos de salud mental de los distritos de atención primaria de salud, las unidades específicas de salud mental (unidad de rehabilitación, unidad de

salud mental infantil y unidad de salud mental del hospital general) y las unidades de carácter experimental.

Los servicios sanitarios generales atenderán los casos que no requieran una intervención especializada.

A los equipos básicos de atención primaria les corresponden, entre otras, las funciones de establecer el primer contacto con los problemas de salud mental, atender los casos que no requieran una intervención especializada y derivar hacia el equipo de salud mental del distrito los casos que rebasen las posibilidades de actuación.

El equipo de salud mental debe prestar apoyo y asesoramiento a los equipos básicos de atención primaria, atender las demandas derivadas de los citados equipos o de los dispositivos sanitarios especializados y desarrollar actividades de formación e investigación.

Las unidades específicas de .salud mental tendrán como ámbito de actuación el área hospitalaria y actuarán como centros de referencia en relación con los equipos de salud mental de los distritos. Están compuestos por la unidad de rehabilitación del área, que contará con un centro de día y podrá contar con un taller de terapia ocupacional y una estructura residencial de uso temporal, la

unidad de salud mental infantil de área y la unidad de salud mental del hospital general.

Por fin, en el nivel de atención especializada se crean, con carácter experimental, los siguientes dispositivos: unidad de docencia y psicoterapia, comunidad terapéutica y hospital de día.

La disposición transitoria segunda del Decreto considera a los hospitales psiquiátricos como estructuras a extinguir, una vez finalizado el proceso de desinstitucionalización de los internados.

- j. Orden de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de 14 de diciembre de 1989, por la que se desarrolla el Decreto 338/1988, de Ordenación de los Servicios de Salud Mental (B.O.J.A. nº 1, de 05-01-1990).

Dispone el nombramiento de coordinadores de unidades asistenciales y de áreas y del coordinador provincial de rehabilitación.

- k. Resolución del Servicio Andaluz de Salud y del Instituto Andaluz de Salud Mental de 18 de abril de 1990, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos (B.O.J.A. nº32 de 24-04-1990).

Exige que los ingresos psiquiátricos vengan precedidos de una valoración clínica que los indique como medida terapéutica adecuada, excepto

en los casos de orden judicial, y dicta normas sobre los distintos tipos de ingresos, así como sobre los traslados de los pacientes.

1. Resolución del Servicio Andaluz de Salud de 1 de abril de 1.991, por la que se modifica la composición de las comisiones de admisión de enfermos en las unidades de hospitalización de salud mental.

Modifica la composición de estas comisiones para adecuarla a las variaciones producidas en las estructuras sanitarias.

B. Asturias.

En Asturias, el Decreto 81/1986, de 11 de junio, (B.O.P.A. n° 155, de 04-07-1986), regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental dependientes de la Administración del Principado.

Conforme a los términos de esta -disposición, la red asistencial de salud mental de la Comunidad Autónoma estará integrada por los centros de salud mental, los hospitales de día y otros centros intermedios, las unidades para la atención a los pacientes hospitalizados y las unidades de rehabilitación y apoyo.

Los centros de salud mental constituyen el elemento básico de la red asistencial y en ellos se localizan los equipos interdisciplinares que ejercen su actividad en el territorio asignado. Ejercen funciones de apoyo y

asesoramiento a los equipos de atención primaria, atención a los pacientes que les sean remitidos, seguimiento de los pacientes dados de alta en el hospital, cobertura de los servicios de urgencia, el desarrollo de actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, el apoyo, el asesoramiento y la cooperación con otras unidades asistenciales, sociales y educativas del área territorial, el desarrollo de actividades de formación y de investigación y la prestación de asistencia en la comunidad y en el domicilio familiar del paciente.

Los hospitales de día tienen como misión ofrecer tratamientos de mayor intensidad que los prestados en los centros de salud mental, pudiendo asimismo existir otros centros intermedios con funciones similares.

Las unidades de hospitalización dentro de los hospitales generales llevarán a cabo 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. De modo transitorio se preveía que en tanto no se desarrollaran unidades de hospitalización en hospitales generales, se mantendría en el hospital psiquiátrico un área específica a los efectos de hospitalizar a las personas que lo precisen.

Como unidades de rehabilitación y apoyo se prevén alojamientos protegidos y residencias asistidas.

El decreto regula asimismo los aspectos organizativos y los programas docentes, finalizando con un elenco de derechos y de deberes de los usuarios de los servicios de salud mental.

C. Castilla y León.

A partir del año 1989 se aprueban en Castilla y León una serie de disposiciones que regulan la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica. De este modo, pueden citarse las siguientes:

- a. Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (B.O.C.L. nº 99, de 24-05-1989).

El preámbulo de esta disposición se refiere, entre otros extremos, a los objetivos del proceso de reforma: prioridad de la atención extrahospitalaria; reducción de la demanda de hospitalización; reestructuración de los hospitales psiquiátricos, estableciendo áreas diferenciadas y reduciendo progresivamente el número de camas.

El contenido esencial del Decreto puede resumirse en la siguiente forma:

La asistencia se prestará preferentemente desde los recursos existentes en cada área de salud, derivándose al paciente a otras áreas solo en casos excepcionales y por criterios terapéuticos.

La ordenación territorial se ajustará a lo previsto en el Decreto 32/88 de la Junta de Castilla y León y a la futura delimitación de las

áreas. Estas se subdividirán en distritos de asistencia psiquiátrica, que comprenderán varias zonas básicas de salud y que serán atendidas por un equipo asistencial específico.

El nivel especializado se articulará en una red de unidades y servicios, que desarrollarán funciones de promoción, prevención, atención curativa, docencia, investigación y asesoramiento.

La red asistencial estará integrada por: equipos de salud mental de distrito; centros-hospitales de día y otras estructuras intermedias; unidades de psiquiatría del hospital general; hospitales psiquiátricos.

Se prevé la elaboración de un Plan Regional de Salud Mental, en cuyos objetivos deberán incluirse en cada área sanitaria los siguientes recursos mínimos: unidad de hospitalización psiquiátrica en hospital general; equipos de salud mental de distrito; unidades de rehabilitación psiquiátrica; centro de día.

Los equipos de salud mental son el eje de la articulación y prestación de servicios en cada área. Se definen las funciones que los mismos deben desarrollar y que se refieren a la atención de pacientes remitidos desde otros niveles sanitarios, al seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización, al desarrollo de programas de

reinserción de pacientes crónicos, a la prestación de asistencia en las estructuras intermedias, a la prestación de la asistencia domiciliaria, al apoyo y al asesoramiento a los equipos de atención primaria, a la atención a las consultas urgentes y a la derivación de los pacientes a las unidades de hospitalización.

Se prevé la existencia, en cada área sanitaria, de una unidad de hospitalización psiquiátrica en un hospital general de referencia. Las funciones asignadas a esta unidad consistirán en el tratamiento de los pacientes ingresados, la atención psiquiátrica de interconsulta, el apoyo a las urgencias hospitalarias y las funciones de docencia e investigación. Se tenderá a que el número de camas de estas unidades no rebase las treinta.

De modo transitorio, en las áreas que no cuenten con recursos suficientes, los ingresos podrán realizarse en unidades dependientes de los hospitales psiquiátricos, siempre que cuenten con una unidad diferenciada, con equipos específicos adecuados, índices de rendimiento asistencial apropiados, un especialista en medicina interna y disponibilidad para realizar exploraciones complementarias.

Respecto de los hospitales psiquiátricos, se prevé la diferenciación de un área de atención sanitaria y de un área residencial cuya función

predominante será la prestación de un servicio social.

En estos hospitales podrán existir: excepcional y transitoriamente una unidad de hospitalización de referencia del área y unidades de rehabilitación para pacientes crónicos. El acceso a estas unidades solo podrá efectuarse desde los dispositivos ambulatorios de las áreas y excepcionalmente desde las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. En ningún caso se admitirán ingresos urgentes, ni casos con un período de tratamiento ambulatorio inferior a tres meses. Se establece además un plazo máximo de tres meses para la valoración de la adecuación del ingreso, sin que la hospitalización pueda rebasar, salvo casos excepcionales, un período continuado de un año. Las unidades de rehabilitación contarán con un máximo de 40 camas.

El área residencial no podrá recibir a pacientes remitidos desde estructuras hospitalarias o extrahospitalarias. El ingreso se efectuará conforme a criterios establecidos por los servicios sociales. La transferencia de esta unidad a la red de servicios sociales requerirá la previa autorización de la Consejería de Cultura y Bienestar Social.

La atención a las urgencias será asumida por los equipos de distrito, centralizándose posteriormente en los hospitales de referencia.

Las estructuras intermedias (hospitales de día y de noche; centros de día, hogares postcura) contarán con equipos específicos, no produciéndose el acceso directo de los usuarios a ellas y debiendo coordinarse con los equipos de distrito y con las unidades de hospitalización. Se otorga prioridad al desarrollo de estas estructuras, dada su escasez.

Se efectúan referencias a programas específicos:

- * Salud mental infantil y juvenil: Será asumida por los equipos de salud mental de distrito. En todas las áreas existirá un equipo de referencia para el estudio de los casos derivados por el resto de los equipos. Si las necesidades lo justifican, podrán crearse equipos específicos.
- * Psicogeriatría: La atención se realizará desde cada uno de los recursos extrahospitalarios y hospitalarios de la red.
- * Drogodependencias: La atención se realizará desde la red general de salud y servicios sociales y especialmente por la red de salud mental y asistencia psiquiátrica, sin menoscabo de la existencia de unidades de hospitalización regionales para realizar la desintoxicación.

Se prevé la elaboración de Mapas de Atención Psiquiátrica y la regulación de la estructura de coordinación.

b) Orden de la Consejería de Cultura y Bienestar Social de 9 de marzo de 1.990, por la que se regula la estructura de coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León (B.O.C.L. nº 57, de 21-03-1990).

Crea las siguientes estructuras de coordinación:

- Comités de enlace y coordinación provinciales.
- Coordinador de salud mental de área.
- Comisión técnica regional.
- Comisión ejecutiva regional.
- Comité de enlace y coordinación regional.

c. Decreto 68/1991, de 11 de abril, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud para Castilla y León (B.O.C.L. nº 73, de 17-04-1991).

En el campo de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica recoge el plan diversos objetivos relativos a la disminución de riesgos, educación para la salud, mejora de los servicios, vigilancia epidemiológica e investigación, así como objetivos generales.

Entre los objetivos propuestos, pueden citarse:

- En 1992 se habrán unificado funcionalmente, en todas las áreas, en una sola red asistencial las atenciones especializadas prestadas por servicios públicos y concertados.

- En 1995 existirán unidades de rehabilitación para enfermos mentales en razón de 15 plazas por cien mil habitantes.
- En 1995, las camas de urgencias serán como mínimo de 1/10.000 habitantes.
- En 1995 habrá servicios ambulatorios específicos de psiquiatría infanto-juvenil en las áreas con población menor de 15 años superior al 20 por ciento del total y se habrá creado una unidad de hospitalización infanto-juvenil de ámbito regional.
- En 1995, el 100 por 100 de las hospitalizaciones de enfermos con sintomatología aguda se realizará en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.
- En 1995 se habrá completado la red de equipos de salud mental de distrito, alcanzándose al menos 3 equipos por 200.000 habitantes.
- En 1995, la asistencia psiquiátrica estará integrada en la red sanitaria general. Antes, se habrán unificado las distintas redes asistenciales.
- En 2000 existirán recursos asistenciales alternativos a la hospitalización, disponiéndose al menos de 20 plazas de centros

de día y de 10 plazas de hospitales de día por 100.000 habitantes.

De otra parte, el plan contiene asimismo objetivos en relación con las drogas y el alcohol.

- d. Orden de la Consejería de Cultura y Bienestar Social de 29 de abril de 1.991, por la que se establece la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León (B.O.C.L. n° 93, de 17-05-1991).

Regula esta Orden la delimitación territorial de los distritos de asistencia psiquiátrica, contemplando un total de 37 distritos psiquiátricos, distribuidos en las 11 áreas de salud de la Comunidad Autónoma.

- e. Orden de la Consejería de Cultura y Bienestar Social de 28 de mayo de 1991, por la que se establecen las áreas prioritarias de Planificación de Salud para Castilla y León, en 1991 y 1992 (B.O.C.L. n° 105, de 04-06-1991).

Entre las diez áreas definidas como prioritarias figura la de salud mental y drogas.

D. Comunidad Valenciana.

- a. En la Comunidad Valenciana, el Decreto 148/1986, de 24 de noviembre (D.O.G.V. n° 492, de 23-12-1986) regula la prestación de servicios en

materia de salud mental. En forma resumida, este Decreto establece, entre otros extremos, lo siguiente:

La integración de la atención a la salud mental en el Servicio Valenciano de Salud (art. 2).

La atribución de la asistencia inicial de los problemas de salud mental en cada zona de salud a los equipos de asistencia primaria (art. 3).

La creación de uno o más centros de salud mental en cada área de salud, como unidades especializadas de apoyo a la atención primaria (art. 4).

- La posible existencia de una o más unidades o centros de día, para el desarrollo del tratamiento, rehabilitación y resocialización de la patología psicosocial, integrados y dependientes del centro de salud mental y como estructura intermedia entre la asistencia ambulatoria y la hospitalaria (art. 6).

La atención hospitalaria a través de las unidades de psiquiatría en el hospital general de referencia de cada área (art. 7).

La atención a las urgencias psiquiátricas ambulatorias por el dispositivo general de urgencias del sistema sanitario, pudiendo derivarse hacia el centro de salud mental, y la asistencia de las urgencias hospitalarias por el

personal del centro de salud mental del área (art. 9).

La realización de planes de transformación por los hospitales psiquiátricos, a fin de disminuir paulatinamente el número de camas (D.T. 1a).

La coordinación entre las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Seguridad Social para el desarrollo de programas de rehabilitación de enfermos psíquicos y su apoyo social (D.A. 1a.).

El posible acuerdo con el Ministerio de Justicia para establecer la atención psiquiátrica de los pacientes sometidos a la competencia de los órganos jurisdiccionales (D.A. 2a.).

La formulación de planes sectoriales de coordinación en materia de salud mental con las Diputaciones Provinciales (D.A. 3a.).

- b. También debe mencionarse la Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud (D.O.G.V. n° 724, de 16-12-1987), cuyo artículo 3° prevé la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo funcional y único, encomendando expresamente al Servicio (art. 5.8) las actividades de promoción y mejora de la salud mental y asistencia psiquiátrica.

La disposición transitoria segunda de esta Ley prevé la adscripción funcional de los servicios y establecimientos sanitarios de las entidades

locales al Servicio Valenciano de Salud y la tercera dispone el establecimiento de los convenios necesarios para transferir la titularidad de los recursos y establecimientos sanitarios al Servicio Valenciano de Salud en un plazo de tres años. No obstante, durante el período necesario para la transferencia definitiva, los centros quedan adscritos funcionalmente al Servicio, sin perjuicio de la titularidad de las Administraciones Locales.

- c. Por último, el Decreto 46/1988, de 12 de abril, que aprobó el Reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Valenciano de Salud (D.O.G.V. nº 810, de 25-04-1988), reitera las funciones de dicho servicio respecto de la promoción y mejora de la salud mental y asistencia psiquiátrica.

Hasta aquí las Comunidades Autónomas que, como hemos dicho, cuentan con normas en las que se contemplan de un modo global, armónico e integral el marco normativo de la reforma psiquiátrica.

Procede ahora describir cuál es la situación, en este orden de cosas, con respecto a las demás Comunidades Autónomas.

E. Aragón.

En Aragón, pueden citarse las disposiciones siguientes:

- a. Acuerdo de 26 de junio de 1986, de la Diputación General de Aragón, por el que se establecen las bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón (B.O.A. n° 83, de 13-08-1986).

Entre otras previsiones, dispone que los recursos de salud mental tengan una distribución acorde con las áreas sanitarias definidas en el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma, la preferencia de la atención extrahospitalaria, la realización de la hospitalización en los hospitales generales y el desarrollo de una política de transformación de los hospitales psiquiátricos, fomentando sistemas alternativos de carácter comunitario.

- b. Decreto 77/1986, de 10 de julio, por el que crea la Comisión para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón (B.O.A. n°75, de 23-07-1986).

Establece la citada comisión como órgano consultivo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica y para la transferencia a este servicio de la titularidad de los servicios y establecimientos sanitarios de las corporaciones locales.

- c. Decreto 61/1987, de 23 de mayo, por el que se regula la atención primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón (B.O.A. n°64, de 03-06-1987).

Recoge, entre las funciones que se atribuyen al equipo de atención primaria, la colaboración en los programas de salud mental de la zona de salud.

- d. Decreto 184/1987, de 24 de noviembre, por el que se crea la Dirección de Servicios Regionales de Salud Mental (B.O.A. nº138, de 14-12-1987).

Crea este órgano al que atribuye las funciones de planificación, la elaboración de las normas de organización y funcionamiento interno de los centros y servicios, la gestión y dirección de los centros y servicios de salud mental, la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros y la propuesta de las inversiones a realizar.

- e. Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (B.O.A. nº 46, de 28-04-1989).

Atribuye al Servicio Aragonés de Salud, entre otras, la función de promover y mejorar la salud mental y la asistencia psiquiátrica, y regula la transferencia de los servicios y establecimientos sanitarios de los que sean titulares las corporaciones locales.

- f. Decreto 7/1991, de 22 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón (B.O.A. nº 14, de 04-02-1991).

Incluye entre las funciones específicas del personal de enfermería las actividades relativas al fomento de la salud mental en las distintas etapas de la vida.

F) Baleares.

Si bien esta Comunidad Autónoma no cuenta con normas que regulen la atención a la salud mental, puede reseñarse, no obstante, el convenio suscrito en fecha 22 de abril de 1991 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad y Seguridad Social (publicado en el B.O.E. nº 146, de 16.06.1991, por Resolución de la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales, de 8-5-1991). En las estipulaciones de este convenio, se prevé, entre otros aspectos, la organización de la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica en base a la ordenación territorial que establece el Decreto 34/1987, de 21 de mayo, de ordenación sanitaria de Baleares, la promoción de la coordinación con los servicios sociales, la capacitación de los equipos de atención primaria de las zonas básicas de salud en materia de salud mental, las funciones asignadas a los equipos de salud mental, las características básicas de la hospitalización y la constitución de una comisión de enlace y coordinación de ámbito autonómico.

Como puede observarse, en el citado convenio se recogen los aspectos básicos de la organización de la atención a la salud mental y las funciones a desarrollar por los distintos dispositivos.

G. Canarias.

No dispone esta Comunidad de normativa específica en el campo de la salud mental.

H. Cantabria.

En esta Comunidad Autónoma tan sólo puede citarse el Decreto 62/1984, de 19 de noviembre (B.O.C. de 05-12-1984), que creó el Servicio de Salud Mental y Asistencia Sanitaria en la Dirección Regional de Sanidad y Consumo, encomendándole las funciones de coordinar e integrar los recursos existentes, proporcionar cuidados de salud mental desde una perspectiva integral, planificar los objetivos a alcanzar, evaluar las actividades, desarrollar campañas de educación en salud mental, llevar a cabo programas de formación y gestionar los recursos existentes.

Debe añadirse, no obstante, que en el Boletín Oficial de la Asamblea Regional de Cantabria de 22-02-1990 se publicó el proyecto de ley de organización y funcionamiento de la asistencia psiquiátrica y salud mental en Cantabria. Habiendo decaído dicho proyecto, se ha ultimado, según la información obtenida, la redacción de un nuevo proyecto, que se encontraba pendiente de ser remitido a la citada Asamblea Regional.

I. Castilla-La Mancha.

En cuanto a Castilla-La Mancha, es menester traer a colación las disposiciones siguientes:

- a. Decreto 53/1985, de 16 de abril, sobre reorganización de los centros de diagnóstico y orientación terapéutica en unidades de salud mental, infantil y juvenil (D.O.C.M. nº16, de 23-04-1985).

Determina que los centros citados pasarán a denominarse unidades de atención de salud mental infanto-juvenil y define sus funciones.

- b. Orden 15 de octubre de 1985, por la que se crea la guía de unidades infanto-juvenil de atención a la salud mental (D.O.C.M. nº42, de 22-10-1985).

Regula las características, composición, ámbito de actuación, funciones y actividades de estas unidades.

- c. Decreto 76/1986, de 24 de junio, por el que se crean nuevas unidades de atención a la salud mental infantil y juvenil (D.O.C.M. nº27, de 08-07-1986).

Establece cuatro unidades de atención a la salud mental infanto-juvenil.

- d. Decreto 110/1986, de 27 de octubre, por el que se crea el centro regional para minusválidos psíquicos profundos "La Atalaya" (D.O.C.M. nº46, de 04-11-1986).

Dispone que el Hospital Psiquiátrico Nacional Infantil "La Atalaya" pese a denominarse "Centro Regional para Minusválidos Psíquicos Profundos "La Atalaya" y preceptúa que su creación se ponga en conocimiento de las Comunidades Autónomas de las que provengan personas internadas al objeto de que progresivamente sean integradas en los recursos alternativos que sus Comunidades determinen.

- e. Decreto 17/1987, de 24 de febrero, por el que se crea el centro ocupacional para minusválidos psíquicos y la unidad residencial y rehabilitadora de enfermos psíquicos de Guadalajara, (D.O.C.M. nº12, de 10-03-1987).

Reestructura el Sanatorio Psiquiátrico "Conde de Romanones", desglosándolo en el centro ocupacional y en la unidad citada, quedando reservado este último para la atención de los pacientes ingresados en el mencionado sanatorio, que no pudieran recibir atención en otros dispositivos de salud o bienestar social.

J. Cataluña.

Asimismo, Cataluña cuenta con algunas disposiciones que regulan aspectos parciales. En este sentido, pueden citarse las normas siguientes:

- a) Orden de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de 3 de octubre de 1983, por la que se

crea el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (D.O.G.C. nº380, de 11-10-1983).

Crea este Consejo, con la finalidad de asesorar, informar y proponer actuaciones en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental.

- b. Decreto 149/1990, de 28 de mayo, por el que se crea el Programa de salud mental (D.O.G.C. nº 1311, de 29-06-1990).

Establece el citado Programa con la finalidad de planificar las actuaciones en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental, así como para coordinarse con las actuaciones que realice el Departamento de Bienestar Social en este ámbito.

- c. Ley 15/1990, de 15 de julio, de Ordenación Sanitaria (D.O.G.C. nº 1324, de 30-06-1990).

Entre las actividades que el Servicio Catalán de la Salud debe realizar para el desarrollo de las funciones que el texto legal le encomienda, se recoge la atención psiquiátrica y la promoción, protección y mejora de la salud mental. De otra parte, se prevé que la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura pública del citado Servicio se efectúe de acuerdo con los principios de ordenación y de planificación contenidos en el Plan elaborado por la Oficina Técnica de la Comisión Mixta de

Planificación de la Asistencia Psiquiátrica Generalidad-Diputaciones, debiéndose prestar una atención especial a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría.

- d) Decreto 26/1991, de 18 de febrero, por el que se establece el régimen jurídico y se desarrolla la estructura y organización centrales del Servicio Catalán de la Salud (D.O.G.C. nº 1411, de 25-2-1991).

Establece, dentro del área Sanitaria de la Subdirección del Servicio Catalán de Salud, una Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, a la que encomienda el ejercicio de las actuaciones relativas a la ordenación, la programación y la planificación de la atención psiquiátrica y la salud mental prestadas por medios propios o adscritos al Servicio, así como la colaboración en la gestión de los programas institucionales.

K. Extremadura.

En esta Comunidad, el Decreto 4/1987, de 27 de enero, por el que se delimitan las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura (D.O.E. nº 9, de 03-02-1987) incluye, entre los hospitales monográficos, a los Hospitales Psiquiátricos Provinciales de Mérida y de Plasencia, señalando, de otra parte, que el nivel terciario regional

incluye, entre otras, las unidades sanitario-asistenciales de psiquiatría.

L. Galicia.

Al lado de un amplio elenco de disposiciones relativas al campo de las drogodependencias, Galicia muestra, por el contrario, un desarrollo normativo más escaso en el ámbito específico de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica. De este modo, únicamente pueden citarse las disposiciones siguientes:

- a. Decreto 148/1989, de 26 de julio, sobre estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud (DOGA nº 147, de 02-08-1989).

Prevé los órganos administrativos que dentro del Servicio Gallego de Salud, deben desarrollar las diversas funciones en el campo de asistencia psiquiátrica y la salud mental.

- b. Orden de 20 de noviembre de 1989, por la que se reorganizan los C.D.O.T.S. (Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica) en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (DOGA nº 232, de 04-12-1989).

Cambia la denominación de los citados centros, encomendando a las nuevas unidades la protección y mejora de la salud mental de la infancia y de la adolescencia, de un modo integrado e integral, así como funciones de apoyo, asesoramiento y

supervisión de otros equipos y dispositivos. Las unidades se integrarán funcionalmente con los centros de salud mental, dentro de las áreas territoriales correspondientes. De otra parte, se encomienda al Servicio Gallego de Salud la definición y delimitación de las plantillas de las unidades y la asignación territorial correspondiente a las diversas unidades como ámbito de actuación, de acuerdo con la organización en áreas sanitarias, así como la elaboración de una guía de funcionamiento —de las mismas.

- c. Orden de 21 de noviembre de 1989, por la que se adscriben funciones al Centro de Salud Mental de La Coruña (DOGA nº 234, de 07-12-1989).

Encomienda al centro funciones similares a las ya descritas en relación con las unidades de salud mental infanto-juvenil, pero referidas a la población adulta. Sin embargo, la disposición va más allá de la regulación de un centro, para recoger unas previsiones de orden general, al disponer que el Servicio Gallego de Salud realizará la definición y delimitación de las plantillas de los centros de salud mental, así como la asignación territorial de los mismos, de acuerdo con la organización en áreas sanitarias.

- d. Orden de 30 de mayo de 1990, de creación del programa de formación postgraduada de psicólogos para la atención a la salud mental (DOGA nº 143, de 23-07-90).

Establece este programa, con una duración de tres años y con una vertiente teórica y otra práctica. En el marco de este programa, la Resolución de 15-04-1991, de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad, convoca concurso-oposición para cubrir, en régimen de contratación laboral en prácticas, siete puestos de psicólogos.

No obstante, es preciso señalar que en el momento de realizar la visita a esta Comunidad Autónoma (octubre de 1991) se encontraba en tramitación en el Parlamento de Galicia el Proyecto de Ley de Salud Mental, publicado en el Boletín Oficial de dicho Parlamento nº 98, de 22 de diciembre de 1990. En este proyecto se recogen los principios básicos del Plan Gallego de Salud Mental, las directrices generales, los órganos y funciones del Servicio Gallego de Salud en materia de salud mental y los dispositivos para la atención a la salud mental.

Sería, en consecuencia, de desear la pronta aprobación de este instrumento normativo, con el fin de que la comunidad gallega cuente con un marco legal para el desarrollo de la reforma de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica.

M. Madrid.

- a. En la Comunidad de Madrid, el Decreto 77/1984, de 26 de julio, (B.O.C.M. nº 185, de 04-08-1984),

transformó la fundación pública "Instituto de la Salud Mental de Madrid" en el órgano de gestión sin personalidad "Hospital Psiquiátrico de Madrid"

- b. Con posterioridad, el Decreto 60/1988, de 26 de mayo (B.O.C.M. nº 141, de 15-06-1988), previó la existencia del Servicio de Salud Mental dentro del Servicio Regional de Salud.

N. Murcia.

Murcia cuenta con disposiciones reguladoras de la sectorización de la red de atención, tanto en el ámbito extrahospitalario, como en el hospitalario. En este sentido, la Orden de la Consejería de Sanidad de 7 de mayo de 1991 (B.O.R.M. nº 112, de 17-05-1991), que derogó una anterior de 22 de enero de 1991, regula la sectorización de los centros de salud mental. Por su parte, otra Orden de la misma Consejería también de 22 de enero de 1991 (B.O.R.M. nº 28, de 04-02-1991) estableció la sectorización de la unidad de psiquiatría del Hospital General y de la unidad de hospitalización del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", determinando las áreas y zonas de salud sobre las que ambos dispositivos actúan como centros de referencia.

De otra parte, el Decreto 53/1989, de 1 de junio (B.O.R.M. nº 138, de 17-06-1989), que aprobó el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia, incluye la colaboración en programas de salud mental entre las funciones asignadas a estos equipos.

Ñ. Navarra

En la Comunidad Foral de Navarra, pueden citarse las disposiciones siguientes:

- a) Decreto Foral 244/1985, de 27 de diciembre, de sectorización psiquiátrica de Navarra (B.O.N. n° 5, de 10-01-1986).

Determina los sectores en los que se divide cada área de salud, disponiendo que los equipos de salud mental comunitaria adscritos a las áreas de salud se responsabilizarán, en un determinado sector, de la atención integral y continuada de la población.

- b) Decreto Foral 28/1988, de 28 de enero, por el que se crea el Programa de Formación Postgraduada de Psicólogos para la atención en la salud mental (B.O.N. n° 18, de 08-02-1988).

Establece el citado programa con una duración de tres años.

- c. Orden Foral de 11 de marzo de 1988, de la Consejería de Salud, por la que se crea una comisión de estudio de cuestiones jurídico-asistenciales relacionadas con la salud mental y su atención.

Encomienda a esta comisión el estudio de los problemas jurídico-asistenciales en la atención de los enfermos mentales, así como la formulación

de recomendaciones y propuestas y el seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en la aplicación de las mismas.

- d. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (B.O.N. nº 146, de 03-12-1990).

Se refiere en uno de sus artículos a los derechos específicos de los enfermos mentales.

- e. Decreto Foral 363/1990, de 28 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea (B.O.N. nº 9, de 21-01-1991).

Encomienda al Servicio la realización de actividades relativas a la promoción, protección, atención y cuidados de la salud mental y establece la Gerencia de Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental, delimitando sus funciones.

- f. Decreto Foral 6/1991, de 10 enero, de ordenación de la gestión territorial periférica del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea (B.O.N. nº 13, de 30-01-1991).

Prevé una Dirección de Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental del área de Salud y regula sus funciones.

- g. Decreto Foral 7/1991, de 10 de enero, de estructuración de la Gerencia de Atención

Primaria, Salud Pública y Salud Mental (B.O.N. nº 13, de 30-01-1991).

Desarrolla la estructura orgánica de esta Gerencia dentro de la que se prevé una Dirección de Salud Mental.

- h. Decreto Foral 15/1991, de 17 de enero, por el que se establecen las secciones en que se estructuran los órganos centrales del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea (B.O.N. nº 17, de 08-02-1991).

Determina las secciones en las que se dividen las Subdirecciones de la Gerencia de Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental. 0. País Vasco.

En esta Comunidad Autónoma pueden traerse a colación las disposiciones siguientes:

- a. Orden de 8 de mayo de 1985, por la que se establecen los órganos consultivos de los Hospitales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (B.O.P.V. nº 107, de 24-05-1985).

Crea en cada uno de los hospitales la Junta Técnico-Sanitaria encomendándole como función básica la de velar por el cumplimiento del programa de evaluación de la calidad asistencial del centro. Prevé que la Junta Técnico-Sanitaria desarrolle un número de comisiones adecuado al tamaño y complejidad de cada hospital y señala

que los hospitales psiquiátricos adaptarán las comisiones a sus fines asistenciales y objetivos sanitarios.

b. Orden del Departamento de Sanidad y Consumo de 1 de octubre de 1987, por la que se crea la Comisión para la reforma de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca (B.O.P.V. nº 189, de 08-10-1987).

Crea esta comisión con carácter asesor y consultivo, con los objetivos de promover las líneas generales de política asistencial que permitan una adecuada planificación y coordinación.

o. Decreto 439/1991, de 23 de julio, por el que se estructuran orgánicamente los Servicios Centrales y las áreas Sanitarias del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (B.O.P.V. nº 168, de 22-08-1991).

Atribuye a la Subdirección General de Asistencia Hospitalaria el establecimiento de las líneas de actuación en relación con las unidades de asistencia psiquiátrica, así como la evaluación y propuesta de las inversiones.

P. Rioja.

Tan sólo puede citarse la Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (B.O.R. nº 49, de 18-04-1991), donde se contempla el derecho de los ciudadanos a

la prestación sanitaria de la psiquiatría, se regulan los derechos específicos de los enfermos mentales y se prevé que el citado Servicio desarrolle actividades relativas a la promoción, protección y mejora de la salud mental.

3.2.2. Instrumentos de planificación.

3.2.2. 1. Consideraciones generales.

Para el examen de este aspecto se ha partido de un criterio consistente en distinguir las Comunidades Autónomas que disponen de plan de salud mental para el desarrollo del nuevo modelo a implantar y aquéllas que no cuentan con este instrumento.

A su vez, dentro del primer grupo se ha considerado si el plan ha sido aprobado mediante una norma jurídica o si carece de tal aprobación formal. En el segundo supuesto, se ha distinguido entre las comunidades que cuentan, al menos, con un documento sustitutivo o equivalente al plan de salud mental y aquellas otras que ni siquiera disponen de este documento.

La aplicación de este criterio lleva a constatar, dentro del primero de los grupos citados, que en ninguna Comunidad Autónoma el plan de salud mental existente ha tenido un refrendo normativo, si bien es preciso dejar constancia de la aprobación, por el Decreto 68/1991, de 11 de abril, del Plan Estratégico de Salud para Castilla y León, uno de cuyos apartados está dedicado a la salud mental.

Por el contrario, son ocho las Comunidades Autónomas que cuentan con un plan de salud mental, aunque su aprobación

no haya sido realizada por una norma jurídica. Se trata, en concreto, de Andalucía, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Dentro del segundo grupo, no disponen de plan de salud mental, pero cuentan con documentos sustitutivos o equivalentes tres Comunidades Autónomas: Asturias, Cataluña y Galicia.

Por último, en las seis Comunidades restantes no existe ni plan de salud mental, ni se cuenta con un documento que pueda considerarse como sustitutivo del mismo. En este caso se encuentran: Aragón, Canarias, Cantabria, Extremadura, Murcia y La Rioja.

3.2.2.2. Características comunes.

Desde una perspectiva general, puede afirmarse que los planes de salud mental configuran unos modelos sustancialmente coincidentes con las recomendaciones del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Por ello puede indicarse que sus características básicas giran sobre los siguientes criterios:

- En cuanto a estructuras sanitarias.
 - * La coordinación de la estructura especializada en salud mental con los equipos de atención primaria, que han de llevar a cabo el contacto inicial del enfermo con el sistema sanitario. Dichos equipos han de estar capacitados para una valoración inicial de la patología

psiquiátrica, procediendo a la remisión del paciente a las estructuras especializadas de salud mental cuando el tratamiento excede de sus posibilidades.

- * La configuración de los equipos o unidades de salud mental como el primer escalón dentro de la asistencia especializada en salud mental. A tal efecto, los distritos sanitarios deben de disponer de estos equipos, que han de tener una composición interdisciplinar (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y ayudantes técnicos sanitarios/diplomados en enfermería).

Estos equipos han de ser, exclusivamente, quienes procedan a la canalización de los enfermos hacia otros dispositivos, salvo casos de urgencia, y quienes procedan al seguimiento y cuidado de los pacientes una vez hayan sido dados de alta hospitalaria o permanezcan en estructuras intermedias.

- * Ubicación de las unidades de corta estancia en los hospitales generales. Las áreas sanitarias deben disponer de una unidad de hospitalización breve en su hospital de referencia, considerándose como dimensión adecuada de esta unidad una cifra próxima a las 25 camas. Estas unidades deben cubrir las urgencias psiquiátricas y proceder a la interconsulta de esta especialidad en el hospital. En la medida en que estas unidades no puedan establecerse en el hospital general,

podrán localizarse, de modo transitorio, en los hospitales psiquiátricos, pero claramente diferenciadas del resto de las unidades.

- * Paulatina superación de los hospitales psiquiátricos en su configuración tradicional, con una reducción progresiva del número de camas y, simultáneamente, transformación de los mismos en instituciones de carácter fundamentalmente rehabilitador. Aquellos enfermos no susceptibles de tales tratamientos y que no presenten patología psiquiátrica activa deberán ser derivados a otros recursos de carácter social o asistencial.
 - * La potenciación de estructuras intermedias que posibiliten la desinstitucionalización de los enfermos y la integración de los mismos en el ámbito comunitario.
- En cuanto al modelo propuesto.
- * Debe garantizar una asistencia integral y estar integrado en la estructura sanitaria general.
 - * Han de suscribirse convenios de cooperación entre las administraciones públicas con competencia en la materia en aquellas Comunidades que no disponen de una red asistencial única.

- En cuanto a la atención a grupos específicos de riesgo.
 - * Especial atención a la salud infanto-juvenil, drogodependencias y pacientes geriátricos, mediante el establecimiento de programas específicos, bien incardinados en la red general de salud mental o mediante la creación de dispositivos específicos.

- En cuanto a la dotación de personal.
 - * Integración funcional del mismo, superando las diferencias debidas a la administración de procedencia y las particularidades de su régimen jurídico.
 - * Implantación de programas de formación tanto del personal de los propios servicios de la red de salud mental como del de los dispositivos generales, en orden a la aplicación práctica de los criterios sustentadores de la reforma psiquiátrica.

- Información.
 - * Establecimiento de sistemas de información fiables que permitan un conocimiento real, exhaustivo y actualizado de la población asistida y de sus características, el grado de ejecución de los programas implantados y las

modificaciones que en ellos se estimen oportunas.

3.2.2.3. La situación en las distintas Comunidades Autónomas.

Seguidamente se da noticia de la situación existente en las distintas Comunidades Autónomas, en cuanto a la elaboración o no de los instrumentos de planificación.

A. Andalucía.

En Andalucía el esquema básico sobre el que se desarrolla la reforma psiquiátrica y los instrumentos sobre los que se llevará a cabo están contenidos en el Decreto 338/88, de 20 de diciembre, sobre ordenación de los servicios de atención a la salud mental, y en la Orden de 14 de diciembre de 1989, de desarrollo del mismo, disposiciones a las que se ha hecho referencia al tratar el marco normativo.

Por otra parte, en el documento técnico "Plan Andaluz de Salud, área de análisis preferente nº 1. Salud Mental", de 11 de julio de 1991, elaborado por el Servicio Andaluz de Salud, se marcan, una vez cumplida la primera fase de la reforma, unos objetivos a conseguir en un plazo de cuatro años para la conclusión del proceso de establecimiento de una red básica de servicios sanitarios alternativos. En concreto, se propone:

- La ampliación de la dotación actual de los equipos de salud mental de distrito para permitir el desarrollo de programas de día.

- La apertura de unidades de salud mental en los siguientes hospitales generales: Clínico de Málaga, de Huelva, de Marbella y de Cádiz. Así con la remodelación de algunas unidades que presentan una deficiente infraestructura.
- La apertura de las ocho unidades de rehabilitación de área que faltan.
- La apertura, igualmente, de otras cinco comunidades terapéuticas para completar las previsiones iniciales.
- La interrupción del desarrollo de hospitales de día, optando por llevar a cabo programas de día en equipos de distrito, unidades de salud mental de hospital general y comunidades terapéuticas.

B. Baleares.

Esta Comunidad cuenta con un plan de salud mental, si bien no está aprobado formalmente a través de una norma jurídica.

Este plan recoge el modelo básico propuesto, el marco jurídico y administrativo de la asistencia psiquiátrica y la descripción de los recursos actuales.

Los objetivos generales se concretan en el establecimiento de una red única, la integración progresiva de los servicios existentes, la reorganización de las redes actuales, la inclusión de la enfermedad mental dentro del marco general de la asistencia sanitaria, la coordinación con

los servicios de acción social, la organización de una asistencia específica infantil y juvenil, el desarrollo del plan territorial de drogas y la creación de una secretaría u oficina técnica gestora.

Como propuestas generales de actuación se expresa que los equipos de salud mental, ubicados en los centros de salud, quedan configurados como el instrumento de la asistencia primaria psiquiátrica, indicándose sus funciones y dotación de personal.

Asimismo, se destacan las unidades de psiquiatría en los hospitales generales, mencionándose sus funciones de asistencia e investigación y docencia.

Respecto del hospital psiquiátrico, se propone el mantenimiento temporal de la unidad de enfermos agudos, su adscripción progresiva al Hospital General del Consejo Insular de Mallorca, cuya plena adscripción hará desaparecer dicha unidad. Con ello, este hospital quedará configurado como una institución para larga estancia en la que se potenciará la tarea rehabilitadora y de reinserción.

Dentro de las estructuras intermedias, de las que se citan los hospitales de día, los hogares terapéuticos y las residencias asistidas, se propone el control de los mismos por los servicios de acción social.

Se establecen, igualmente, las necesidades de personal y de estructuras sanitarias por áreas y por islas, en base a ratios sobre la población. Estas ratios se establecen para camas hospitalarias tanto de enfermos agudos como de enfermos crónicos y distinguiendo dentro de estas las

psiquiátricas y las geriátricas, así como el número de equipos de salud mental.

Se realizan asimismo una serie de consideraciones sobre salud mental infantil y juvenil, salud mental geriátrica, toxicomanías, minusvalías, aspectos jurídicos y laborales, prevención, docencia e investigación, vigilancia farmacológica y financiación.

C. Castilla-La Mancha.

Esta Comunidad carece de plan de salud mental formalmente aprobado, existiendo instrumentos de planificación, de carácter fragmentario, recogidos en las disposiciones sobre salud mental infantil y juvenil (Decreto 53/85, de 16 de abril; Orden de 15 de octubre de 1985; Decreto 76/86, de 24 de junio), y sobre creación o reconversión de centros asistenciales (Decreto 110/86, de 27 de octubre; Decreto 17/87, de 24 de febrero), disposiciones a las que nos hemos referido al tratar el marco normativo.

Las unidades infantiles y juveniles se configuran como equipos de salud mental comunitarios, de carácter multi e interdisciplinario; se fija su dotación de personal en base a módulos de población infantil; se desarrollan las funciones de la unidad, se establecen las normas de funcionamiento y organización interna de tales unidades, incluso con distribución porcentual de las diversas actividades. Se fijan asimismo indicadores de rendimiento y se especifican las funciones de los diversos profesionales de la unidad.

Con anterioridad a las disposiciones relacionadas, en el año 1984 se elabora por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Junta de Comunidades un "proyecto de coordinación de asistencia a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha."

El modelo teórico que diseña este proyecto parte de dos dispositivos sanitarios como son los equipos de atención primaria, a los que se encomiendan labores de prevención, tratamiento ambulatorio, rehabilitación y reinserción, con el apoyo de la red específica de salud mental.

En cuanto la organización específica de salud mental establece un esquema territorial, en el que el sector sanitario contará con una población entre 150.000 y 200.000 habitantes y dispondrá de los siguientes dispositivos:

El hospital general con una unidad de hospitalización de corta estancia, con un máximo de 20 camas, para la atención de pacientes agudos o crónicos reagudizados y con una estancia media de 15 o 20 días, que atenderá también la psiquiatría de enlace o interconsulta.

- Hogares post-cura: Dispositivo intermedio básico de rehabilitación y de reinserción y en el que la estancia no debe superar los seis meses, lo que les diferenciaría de los pisos o residencias asistidas en los que cuya la estancia media ha de ser mayor.

Dentro de este esquema territorial, se configura el subsector sanitario, para la atención de más de 50.000

habitantes, que deberá disponer de hospital de día, taller ocupacional y consultas ambulatorias.

A nivel provincial, el referido proyecto configura la unidad residencial y rehabilitadora como estructura de larga estancia para pacientes cuya convivencia fuera de las mismas es absolutamente imposible. Si bien se prevé su desaparición, en la actualidad se parte de una reducción paulatina de su número de camas.

D. Castilla y León.

En esta Comunidad el modelo de la atención a la salud mental ha sido establecido por el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica, y por el Decreto 68/1991, de 11 de abril, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud para Castilla y León, disposiciones ampliamente comentadas al tratar del marco normativo.

Asimismo, es preciso resaltar el documento de carácter técnico, elaborado por la Comunidad Autónoma, "Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica", que, además de recopilar las disposiciones existentes en la materia, establece los programas y actividades para el período 1991-1992, tendentes a la implantación del modelo propuesto.

E. Madrid.

La Comunidad de Madrid dispone de un plan de acciones en salud mental con vigencia para el período 1989/1991,

estando asimismo en fase de elaboración el correspondiente al siguiente bienio. Este plan de acciones ha sido elaborado por el Servicio Regional de Salud como expresivo de las directrices a seguir en el desarrollo de la reforma psiquiátrica, si bien no tiene rango normativo.

Resumidamente los objetivos del Plan pueden circunscribirse a la universalización en la cobertura de la población, la territorialización de áreas sanitarias y la integración de los recursos en la sanidad general como una red única de servicios.

Los principios generales en los que se basa este modelo de salud mental son:

- Los servicios de salud mental como estructuras especializadas que se sitúan a nivel de distrito sanitario.
- Cada área sanitaria dispondrá de la totalidad de recursos para una atención integral de la salud mental.
- Localización de las unidades de hospitalización en los hospitales generales.
- Desaparición de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por dispositivos de rehabilitación o reconversión de dichos hospitales en instituciones de carácter residencial dependientes de los servicios sociales.

En cuanto a los programas asistenciales se distinguen unos transversales (atención ambulatoria, domiciliaria, hospitalización breve, rehabilitación, etc.) y otros longitudinales para determinados grupos de riesgo (infanto-juvenil, tercera edad y alcoholismo).

Por lo que se refiere a la asistencia concertada, los objetivos son la reducción del número de camas, la desaparición de las concertadas fuera de la Comunidad y la reducción de la población asistida sin patología activa y cuyos motivos de estancia fueron fundamentalmente de carácter social.

En lo que atañe a la estimación de recursos necesarios en el período al que se circunscribe el plan, este documento los refiere únicamente, desglosado por áreas, al personal facultativo (psiquiatras y psicólogos) y a las camas de hospitalización breve.

Por lo que respecta a los referidos especialistas hace una estimación de necesidades de un total de 57 psiquiatras y 26 psicólogos.

En cuanto al número de camas, más que un incremento numérico de las mismas las necesidades vienen referidas a su redistribución. Así hay que recordar que el Hospital "Gregorio Marañón" dispone de 145 camas, el Hospital Clínico Universitario de 80 camas, el Hospital Psiquiátrico de Madrid de 169 camas, que han de distribuirse entre los hospitales generales de las áreas sanitarias de referencia.

Finalmente aborda el referido plan la formación en salud mental, expresando el criterio de superar un modelo

docente tradicional caracterizado por considerar al hospital como el único lugar para el desarrollo de actividades docentes. En este sentido, se han constituido comisiones de docencia de las áreas de salud cuyo objetivo es la conformación de profesionales sanitarios para el trabajo comunitario en salud mental y la superación de esquemas basados en el trabajo clínico individualizado. Estas comisiones de docencia proponen, ejecutan y valoran las actividades docentes y de investigación de su ámbito territorial tanto en cuanto a formación específica como a formación continuada.

F. Navarra.

La Comunidad Foral de Navarra cuenta con un plan de salud mental, que data del año 1986. Dicho plan recoge, como aspectos sustanciales, entre otros aspectos, los siguientes:

- Las necesidades de dotaciones materiales y humanas para la instalación de sus centros de salud, así como las prioridades en su establecimiento.
- La formación del personal con la expresión de sus objetivos, programas por áreas y por categorías profesionales.
- El sistema de información en salud mental.
- La hospitalización psiquiátrica, en la que se parte de la base de que el eje de la asistencia se ha de situar fuera del hospital, procediéndose

únicamente al ingreso en aquellos casos en que sea ineludible para el tratamiento y por el menor tiempo posible. Otro criterio establecido es la hospitalización breve en los hospitales generales, procediéndose, por ello, de modo paulatino al desmantelamiento de la unidad de agudos del hospital psiquiátrico. Las necesidades de camas psiquiátricas se fijan en 107 para estancia breve y en 255 para rehabilitación.

- Las estructuras previstas de rehabilitación que se establecen en este plan son: hospital de día, residencia post-cura, hogar protegido (que admite también las modalidades de pensiones y hogares adoptivos), centro de día, club social (dispositivo concebido como recurso específico o adscrito al centro de día), taller ocupacional y de rehabilitación laboral, unidad residencial y rehabilitadora y empleo protegido.

- Se dedica un capítulo específico al plan especial de acciones en el hospital psiquiátrico y sobre el cual se formulan previsiones como:
 - * Desaparición del mismo en su configuración actual.

 - * Clasificación de grupos de pacientes.

 - * Programas por unidades, incluyendo agudos, rehabilitación y pacientes residenciales que han de derivarse hacia los servicios sociales.

- * Formación de personal.
- * Inversiones.
- * Reestructuración asistencial.

Se citan, igualmente, los programas especiales (salud mental infantil y juvenil, gerontopsiquiatría, toxicomanías y alcoholismo) sobre los que no se establece un plan específico, si bien, se declara su inclusión en el sistema general de salud mental tanto en relación con la sectorización territorial como respecto de la utilización de recursos.

G. País Vasco.

No existe plan de salud mental, disponiéndose de unas "bases técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental" y su desarrollo a través del "plan estratégico de los servicios de salud mental".

Estos documentos fueron elaborados en el año 1990 por la Dirección de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. El citado plan estratégico realiza una estructuración territorial en base a las siguientes circunscripciones:

- Zona de influencia del centro de salud mental, que abarca varias zonas de salud.
- Distrito de salud mental, al que se extiende la actuación de una unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia.

- Zona de influencia de la admisión programada, una por cada centro psiquiátrico de referencia y que comprenderá varios distritos hospitalarios de salud mental.

Se establecen asimismo varios programas específicos de salud mental, como son:

- Programa de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- Programa de alcoholismo y otras drogodependencias.
- Psicogeriatría.
- Reinserción y rehabilitación.
- Judiciales.

Dentro de estos programas específicos se establecen sub-programas en los que se determina la definición de los mismos, su incidencia epidemiológica, sus objetivos y actividades. Estos sub-programas aparecen agrupados por centros de salud mental, unidades de psiquiatría en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, estructuras intermedias, salud infantil y juvenil, drogodependencias y atención psiquiátrica.

H. Comunidad Valenciana.

El plan de salud mental de esta Comunidad fue aprobado en el año 1991. Dicho plan destaca en primer lugar los esfuerzos realizados para la desinstitucionalización de pacientes crónicos lo que ha permitido la clausura de dos hospitales de este tipo. Se pone de relieve igualmente la creación de equipos de salud mental en las diversas áreas, la integración de recursos, la determinación del ámbito territorial de actuación de los mismos, la existencia de estructuras intermedias y la coordinación con los servicios sociales.

Se resalta, no obstante, el mantenimiento de ciertas disfunciones como son la insuficiente dotación de unidades de estancia breve en hospitales generales, la carencia de recursos comunitarios, la persistencia de diversas redes y la carencia de una gestión unificada.

Se destacan asimismo los principios básicos y los objetivos generales y específicos. En cuanto a la estructura de los recursos en cada una de las áreas de salud se determina la siguiente dotación:

- Unidades de salud mental, estimándose un módulo de una por cada 50.000 habitantes. El módulo para las unidades de salud infantil es de una por cada 300.000 habitantes.

- Unidades de hospitalización ubicadas en los hospitales generales, cuyo equipo facultativo será el del servicio de salud mental del área mediante la rotación de sus diversos componentes. La atención de urgencia se llevará a cabo por los dispositivos generales y únicamente se prevé la

creación de equipos específicos en supuestos especiales

- Hospitales de día con una capacidad media de 20 plazas y con una cobertura poblacional, cada uno de ellos, de 150.000 habitantes.
- Unidades de rehabilitación: Se diseñan como estructuras residenciales de transición ubicadas en los hospitales de día o en las estructuras comunitarias.

Hace, igualmente, referencia el plan a los recursos socioasistenciales proporcionados por la red de servicios sociales (residencias, pisos tutelados, pisos autónomos, centros de acogida, familias de acogida, centros sociales, centros de día, etc.)

Como programas específicos se prevén el infantil y juvenil, los dirigidos a la tercera edad, al alcoholismo y a la drogodependencia y los relacionados con la Administración de Justicia.

I. Asturias.

Esta Comunidad no dispone de un plan de salud mental, aprobado formalmente, si bien el modelo de atención ha sido establecido por el Decreto 81/1986, de 11 de junio, sobre Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental, dependiente de la Administración del Principado, al que nos hemos referido al tratar del marco normativo.

J. Cataluña.

Si bien Cataluña carece de un Plan de Salud Mental, deben citarse, sin embargo, algunos documentos que pueden calificarse como preparatorios para la aprobación de dicho instrumento planificador y en los que se contienen las líneas básicas de la futura estructuración de la red de asistencia psiquiátrica y de salud mental.

En este sentido, puede citarse el informe del Consejo Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Cataluña, publicado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad, en noviembre de 1987, y en cuya redacción intervinieron 52 expertos.

En este informe, y entre otras cuestiones, se definen los principios básicos de un modelo bio-psico-social y los principios constitutivos del mismo, tanto en el ámbito de los recursos humanos, como en el de la población, los usuarios y los equipamientos. Se describen, de otra parte, los actuales dispositivos (servicios psiquiátricos de las Diputaciones; servicios de psiquiatría municipal; servicios psiquiátricos de la Seguridad Social; instituciones psiquiátricas de la antigua beneficencia y centros privados concertados). Se esboza el modelo que se propone (nivel primario: equipo formado por psiquiatras, psicólogo, asistente social y ATS/DUE psiquiátrico; nivel secundario: centros de asistencia psiquiátrica y salud mental, unidades de psiquiatría infantil de los departamentos de psiquiatría en hospitales generales o en hospitales infantiles, unidades de psiquiatría de los hospitales generales, hospitales y centros de día, y hogares terapéuticos; y nivel terciario: centros de atención especializada de disminuidos psíquicos profundos, hospitales

psiquiátricos, y unidades terapéuticas de hospitalización y unidades residenciales de rehabilitación).

Puede hacerse también alusión, de otra parte, al documento titulado "Planificació sanitària pública a Catalunya. Assistència psiquiàtrica d'adults. Anàlisi i propostes d'actuació", publicado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en enero de 1990. En este documento, tras la descripción de los recursos asistenciales existentes en aquel momento y el análisis del conjunto asistencial, se llegaba, entre otras, a las siguientes conclusiones:

- Coexistencia en Cataluña de cinco redes de asistencia psiquiátrica diferentes en cuanto al tipo de asistencia, tipo de prestación de los servicios, organización interna y dependencia administrativa.
- Alto número de camas de las redes de las Diputaciones ocupadas por disminuidos psíquicos y psicogeriatricos.
- Distribución territorial de las camas muy irregular, tanto respecto de las dedicadas a la atención de enfermos agudos, como a enfermos crónicos.
- Falta de un suficiente equipamiento de estructuras intermedias, a pesar del reconocimiento de su necesidad para evitar hospitalizaciones de larga estancia.

- Carencia de recursos específicos, integrados y ordenados, para la asistencia psiquiátrica infantil y para la psicogeriatría.

A la vista de las conclusiones extraídas, se realizan en el documento una serie de propuestas de actuación, con vistas, entre otros, a los siguientes objetivos generales:

- Integrar orgánica y funcionalmente los servicios de psiquiatría y salud mental financiados con recursos públicos en los servicios sanitarios de la Generalidad de Cataluña.
- Reordenar la oferta asistencial de financiación pública conforme a criterios de equidad, homogeneidad, eficacia, eficiencia y universalidad.
- Capacitar al personal de gestión y al personal asistencial.
- Desarrollar recursos específicos de asistencia psiquiátrica infantil, integrados en la red psiquiátrica general.
- Establecer programas de colaboración con otros Departamentos (enseñanza, servicios sociales, justicia).

Como objetivo específico, se señala que cada área sanitaria deberá contar con centros hospitalarios de referencia, centros de atención primaria en salud mental y

recursos intermedios, de forma homogénea y equitativa, que garanticen una asistencia integral e integrada, de acuerdo con los índices que se expresan en el documento.

Se recogen también los principios para la planificación psiquiátrica, señalando, entre las premisas básicas, la necesidad de integrar las distintas redes asistenciales en el Servicio Catalán de la Salud y la integración de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en la asistencia general. A tal efecto, deberá confeccionarse un plan de actuaciones para reordenar el subsistema psiquiátrico, a cuyo efecto habría de crearse un ente que planificara, ordenara y gestionara el proceso de reordenación y de integración. Y se define, por último, el esquema organizativo de la asistencia:

- Sector psiquiátrico: Se adaptará al sector sanitario.
- Unidad de salud mental de sector sanitario: Será la asistencia primaria especializada en psiquiatría. Los equipos actuarán como soporte y referencia para los equipos de atención primaria de las áreas básicas de salud y para los recursos del sector sanitario.
- Servicios de urgencia: Ligados estrechamente a las unidades hospitalarias de enfermos agudos.
- Unidades hospitalarias de agudos: Donde ingresarán pacientes procedentes de los servicios de urgencias o de las unidades de salud mental.

Con estancia media de 30 días y máxima de 3 meses.

- Unidades de rehabilitación hospitalaria: Ubicadas en los hospitales psiquiátricos y destinadas a pacientes susceptibles de ser rehabilitados en programas de hospitalización y por tiempo limitado.
- Residencias asistidas de salud mental: Para pacientes psiquiátricos con procesos patológicos irreversibles o limitación permanente de su grado de autonomía, que necesitan supervisión psiquiátrica y asistencia social. Su ubicación podría realizarse en pabellones acondicionados en los recintos de los hospitales psiquiátricos.
- Hospitales de día.
- Recursos intermedios psico-sociales: centros de día, pisos, talleres, clubs, a los que debe darse prioridad.

A continuación, el documento se refiere a una serie de estrategias de organización. Entre ellas, cabe señalar que se parte de la base de la subsistencia del hospital psiquiátrico. En este sentido, se enfatiza en el documento el importante peso que en Cataluña ha tenido este tipo de hospital específico, indicando que para continuar teniéndolo en el futuro deberá seguir reformándose y adaptándose a las actuales necesidades. En este sentido, se indica que es imprescindible proseguir su modernización, que permita continuar separando a los enfermos según el diagnóstico y el

pronóstico (agudos; crónicos recuperables; crónicos irrecuperables; dementes seniles; y disminuidos psíquicos). De otra parte, se añade que los pacientes no propiamente psiquiátricos (personas con demencia senil y deficiencia mental) no deberían ser tratados en hospitales psiquiátricos, sino en instituciones de servicios sociales, o bien en pabellones específicos de los hospitales psiquiátricos, con una fuerte cooperación de los servicios sociales. Habría asimismo de estudiarse la disminución de camas de rehabilitación y de residencia a medida de que entren en funcionamiento recursos intermedios.

El documento recoge, por fín, un análisis de las necesidades globales de recursos por áreas de gestión, así como una serie de consideraciones sobre la docencia y la investigación y la prevención en psiquiatría.

K. Galicia.

No cuenta Galicia con un plan de salud mental, que será aprobado conjuntamente con el Proyecto de Ley actualmente en tramitación en el Parlamento de Galicia.

No obstante, cuenta esta Comunidad Autónoma con algún documento preparatorio de dicho plan y, más en concreto, el denominado "Documento de Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental", elaborado en el mes de junio de 1987 por la Comisión Asesora de Salud Mental.

En él se recogen como principios generales del modelo de atención a la salud mental los de integración sanitaria, zonificación y territorialidad, de integralidad, de

interdisciplinaria, de continuidad terapéutica y comunitario céntrico y de participación comunitaria.

En cuanto a las directrices generales, se alude a la descentralización, a la distribución equitativa de los recursos, a la especialización (en el sentido de atención preferente a áreas especiales tales como alcoholismo y otras drogodependencias, infanto-juvenil, psicogeriatría, o a colectivos de alto riesgo (desempleados, emigrantes, marginados, etc.).

En los aspectos organizativos, se prevé un órgano de gestión único para la salud mental.

En cuanto a los dispositivos previstos, configurarán como criterios funcionales básicos de la organización asistencial de salud mental los ya citados de integración, integralidad y continuidad terapéutica. Respecto de este último, se prevé la posibilidad de que las unidades de psiquiatría en hospitales generales puedan disponer de un equipo propio, si bien debería existir una constante interacción de este equipo con los centros de salud mental del área. No obstante, podrán existir también equipos de actuaciones extra e intrahospitalarios.

La red de dispositivos estará compuesta por:

- Centros de salud mental.

Radicalán en ellos los equipos comunitarios de salud mental y se ubicarán preferentemente en los edificios de los centros de atención primaria o de asistencia especializada

extrahospitalaria. Excepcionalmente, podrán situarse en un hospital, pero con la suficiente diferenciación.

El equipo de salud mental, de composición interdisciplinar, contará como mínimo con 2 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 2 miembros del personal de enfermería, 1 trabajador social y 1 auxiliar administrativo.

Sus funciones consistirán en el apoyo y el asesoramiento a los equipos de atención primaria, la atención a los pacientes que les sean remitidos, el seguimiento de los casos dados de alta en las unidades de hospitalización, el apoyo a los servicios de urgencia y la intervención en crisis, la participación en las decisiones de ingreso en coordinación con el equipo de la unidad de hospitalización, la atención y supervisión de la hospitalización a domicilio, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental, el apoyo, asesoramiento y cooperación con otras unidades asistenciales, sociales y educativas, la cooperación en la reinserción de los pacientes, la participación en la formación de los profesionales de la salud, la realización de la interconsulta y de la psiquiatría de enlace en los hospitales generales, cuando no dispongan de unidades de hospitalización psiquiátrica, el desarrollo de programas de formación, evaluación e investigación, y el desarrollo de programas específicos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad mental.

- Hospitales de día y otros dispositivos intermedios.

* Hospitales de día.

Vinculados estrechamente a los centros de salud mental y pudiendo recibir pacientes tanto de éstos como de las unidades de hospitalización. El equipo podrá ser propio o compartido con los centros de salud mental o, en su caso, con las unidades de hospitalización.

* Otros dispositivos intermedios

Como tales se alude a las residencias post-cura, a los talleres ocupacionales y a los hospitales de noche, que desarrollan funciones complementarias del hospital de día y se constituyen en unidades dependientes de los centros de salud mental y de los hospitales de día.

- Unidades de hospitalización

Formarán parte de los hospitales generales, si bien mientras no se desarrolle toda la red podrán estar ubicadas en los actuales hospitales psiquiátricos, en unidades diferenciadas del régimen asilar. Se le encomiendan funciones relativas al tratamiento de los pacientes internados; la psiquiatría de enlace y la interconsulta; la cobertura y el apoyo a las situaciones de urgencia; y la docencia y la investigación.

- Unidades de rehabilitación y unidades de apoyo social

* Unidades de rehabilitación.

En una primera fase, estas unidades se derivarán de la transformación de los actuales hospitales psiquiátricos, no debiendo crearse ningún dispositivo nuevo en el plazo de 5 años.

* Unidades de apoyo social

Como tales se contemplan las unidades asilares y los pisos y hogares protegidos. Se señala que si bien dentro de los programas de transformación de los actuales hospitales psiquiátricos se deberán contemplar estos dispositivos, en el futuro pasarán a depender de la organización de los servicios sociales con apoyo de los servicios sanitarios.

- Unidades específicas para programas de actuación sobre problemas específicos.

Estos programas no podrán dar lugar a la creación de redes paralelas y de centros independientes, realizándose en el marco de los dispositivos sanitarios generales y de salud mental. Podrán tener carácter temporal o permanente.

Para los programas permanentes relativos a la salud infantil y juvenil, la salud mental de la vejez y el alcoholismo y otras drogodependencias, podrán establecerse unidades específicas, ubicadas, siempre que sea posible, en un centro de salud mental.

Seguidamente, el documento se ocupa de la distribución territorial de los dispositivos de salud mental en la Comunidad Autónoma. A tal efecto, se realiza un análisis de los recursos existentes y de los recursos recomendados, todo ello en cada una de las 9 áreas de salud en la que se divide la Comunidad Autónoma, conforme al Mapa Sanitario de Galicia (El Ferrol; La Coruña; Santiago; Pontevedra; Vigo; Cervo; Lugo; Monforte; Orense). Se efectúa, de otro lado, el estudio de los recursos de personal existentes y de los recomendados en las distintas áreas de salud.

Por último, el documento alude a la docencia, a la investigación y a la evaluación, haciendo mención, en este último aspecto, al mantenimiento del inventario de recursos, a la revisión del Mapa Sanitario de Galicia, al establecimiento de un sistema de información y al intercambio de información.

L. Aragón.

Esta Comunidad no dispone de un plan de salud mental, ni cuenta con un documento que pueda considerarse como sustitutivo del mismo, si bien el Acuerdo de 21 de junio de 1986, de la Diputación General de Aragón, por el que se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, recoge los criterios de ordenación sanitaria en materia de salud mental, tal y como se ha señalado al tratar del marco normativo.

M. Canarias.

Pese a que en la actualidad no existe un instrumento planificador, la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, que ha asumido recientemente las funciones de planificación, tiene entre sus previsiones la elaboración de un plan regional de salud mental, que debe conducir a la integración funcional de los recursos hoy existentes. Dicho plan contemplará la creación de una comisión integrada por representantes de las administraciones interesadas, la formalización de convenios entre ellas y la creación de estructuras intermedias.

N. Cantabria, Extremadura, Murcia y La Rioja.

Estas Comunidades Autónomas no disponen de plan de salud mental, ni existe constancia de la realización de actuaciones preparatorias, salvo en lo que se refiere a la presentación en breve de un Proyecto de Ley a la Asamblea Regional de Cantabria, tal y como se ha indicado en el epígrafe relativo al marco normativo.

3.3. Estructura asistencial.

3.3.1. Criterios básicos de organización.

Seguidamente se tratan dos criterios organizativos fundamentales que se derivan del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica: ámbito territorial e integración funcional de los recursos.

3.3.1.1. Ambito territorial.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, en efecto, propugna que la atención psiquiátrica se enmarque en un ámbito territorial definido (principio XI), de modo que el desarrollo del modelo de servicios de salud mental y atención psiquiátrica se efectúe en torno a dicho ámbito territorial, que ha de servir de base para establecer la ordenación funcional del conjunto de recursos. Recomienda, de otro lado, que la ordenación territorial de los servicios psiquiátricos y de salud mental se corresponda con la sanitaria general.

De un modo global, puede afirmarse que en la organización de los servicios de atención a la salud mental y de asistencia psiquiátrica se viene teniendo en cuenta la distribución de los recursos y su actuación en función de un determinado ámbito territorial. El grado de plasmación de este criterio en el ámbito normativo, así como su implantación en la práctica es, sin embargo, diverso, según las Comunidades.

Con los riesgos que toda simplificación comporta, puede significarse que la mayoría de las Comunidades han organizado o, en su caso, tienen previsto organizar, ya de modo expreso o tácito, la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica mediante la distribución de los recursos según la ordenación territorial establecida con carácter general en el ámbito de la sanidad.

Así, en Andalucía la asistencia especializada dentro de la atención primaria de salud se atribuye a los distritos de atención primaria, demarcación geográfica que abarca un conjunto de zonas de salud y que no solamente realiza

funciones en el ámbito de la salud mental, sino que extiende su acción a otra serie de programas, a cuyo efecto en cada distrito actuará el dispositivo de apoyo específico de atención primaria, que contará con personal especializado en diversas áreas (salud materno-infantil, salud mental, salud dental, radiología y laboratorio, rehabilitación, geriatría, sanidad ambiental, régimen alimentario y ordenación farmacéutica).

En cuanto a las unidades específicas de salud mental (unidad de rehabilitación, unidad de salud mental infantil y unidad de salud mental del hospital general) se prevé que su ámbito de actuación sea el área hospitalaria, si bien, con carácter excepcional, podrá ser superior a este ámbito, sin sobrepasar el del área de salud.

Por último, se establece que las unidades experimentales (unidad de docencia y psicoterapia, comunidad terapéutica y hospitales de día) tengan el ámbito territorial de actuación de una o más áreas hospitalarias.

Otros ejemplos son: Asturias, donde el convenio suscrito, en el año 1984, entre el Instituto Nacional de la Salud y el Principado previó que la organización se realizará en base a la ordenación territorial establecida en el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma, previsión que se repite en el Decreto 81/1986, de 11 de junio, sobre organización y funcionamiento de los servicios de salud mental dependientes de la Administración del Principado; Baleares, donde el convenio suscrito en el año 1991 prevé asimismo la adaptación de la organización de los servicios a la norma de ordenación sanitaria aprobada por la Comunidad y a lo previsto en el Plan de Salud Mental de la misma; y Aragón, donde las bases para la

reforma psiquiátrica, aprobadas en el año 1986 por la Diputación Regional, establecieron la distribución de los recursos de forma acorde con las áreas sanitarias definidas en el Mapa Sanitario de la Comunidad.

Son, por el contrario, tres las Comunidades donde se ha establecido una ordenación territorial específica de los recursos de atención a la salud mental, si bien conectada con la prevista con carácter general.

En efecto, en Navarra se procedió, en el año 1985 (Decreto 244/1985, de 27 de diciembre), a sectorizar la atención psiquiátrica, subdividiendo en sectores dos de las cinco áreas de salud existentes y considerando como un sector de salud mental a cada una de las tres áreas restantes. Se preveía además, en congruencia con lo anterior, que los centros y servicios de salud mental se responsabilizarán de la atención en un determinado sector.

En Murcia, el convenio suscrito en fecha 21-11-1988 entre el Instituto Nacional de la Salud y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma especificaría que la organización de los servicios de salud mental y de la atención psiquiátrica tendría como base la ordenación territorial establecida en el Mapa Sanitario de Murcia y la planificación que en materia de salud mental se realizará por la Comunidad. Con posterioridad, se dictaron sendas ordenes en el año 1991 (22-1-91 y 7-5-91), estableciendo una sectorización específica de los dispositivos especializados existentes en el campo de la salud mental, tanto de carácter ambulatorio, como de naturaleza hospitalaria. Por Orden de 29-4-1991 se aprobó en Castilla y León la delimitación territorial de los distritos de asistencia psiquiátrica, estableciendo un total de 37

distritos en las 11 áreas de salud y determinando las zonas agrupadas en cada distrito.

A las anteriores Comunidades habría de añadirse el País Vasco donde el Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Promoción de la Salud Mental establece, como circunscripciones inferiores al área, la zona de influencia de la admisión programada (ámbito territorial de los centros psiquiátricos de referencia, de media y larga estancia), el distrito de salud mental (ámbito territorial de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales) y la zona de influencia del centro de salud mental (ámbito territorial de dicho centro y que abarca varias zonas de salud).

3.3.1.2. Integración de los recursos.

El principio de integración funcional está también contemplado en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, donde se asevera que, dentro del área de salud, los recursos psiquiátricos y de salud mental, tanto públicos, como concertados, deben constituir una unidad integrada, al menos funcionalmente (principio XV). Sin embargo, la consecución de este objetivo puede verse impedido por la multiplicidad de administraciones competentes en este campo, con la consiguiente falta de homogeneidad de las actuaciones que las mismas desarrollen. Al objeto de superar este inconveniente, el Informe contempla una serie de mecanismos, entre los que cabe señalar: el establecimiento de acuerdos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas para la implantación de planes de actuación coordinada, que promuevan la integración y el mejor aprovechamiento de los recursos; la articulación de comités de

enlace y coordinación, con participación de las Comunidades Autónomas, el Instituto Nacional de la Salud y las Diputaciones Provinciales; y la posibilidad de contar con un coordinador de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica en cada área de salud.

Para realizar el examen de la situación existente en este aspecto, puede ser útil partir de la distinción entre varias situaciones, tomando para ello dos tipos de elementos condicionantes: De una parte, el hecho de que las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud hayan sido o no traspasados a la Comunidad Autónoma en cuestión; de otra, dentro de cada una de las dos situaciones anteriores, si se trata de una Comunidad uniprovincial o pluriprovincial. De este modo, podemos considerar las situaciones existentes, agrupándolas, a efectos de su análisis, en cuatro casos distintos, existiendo una gradación que va desde el caso más sencillo, constituido por las Comunidades uniprovinciales que han asumido las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud hasta el más complejo, en el que se hallarían las Comunidades pluriprovinciales donde no se hayan producido los citados traspasos.

En efecto, en el primer caso (Comunidades Autónomas uniprovinciales y a las que se han traspasado los servicios del Insalud) no se plantean dificultades para lograr la integración funcional de los recursos, la cual ha sido ya conseguida. En este supuesto se encuentra la Comunidad Foral de Navarra.

El traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Foral de Navarra, en fecha 1 de enero de 1991, ha eliminado, por tanto,

la concurrencia de administraciones públicas en el ámbito de la salud mental, estando en la actualidad gestionados todos los recursos públicos por el Servicio Navarro de Salud. Es preciso, sin embargo, indicar que la transferencia del Instituto Nacional de la Salud no ha supuesto, en el campo de la salud mental, una modificación sustantiva de los recursos que gestionaba la Comunidad Foral, ya que se ha reducido a un centro de salud mental, a un número limitado de personal facultativo y a la unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen del Camino", financiada fundamentalmente con anterioridad, en virtud de concierto, por la Comunidad Foral.

El segundo supuesto a examinar está constituido por aquellas Comunidades Autónomas que también han asumido las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, pero que tienen carácter pluriprovincial. Más en concreto, son cinco Comunidades las que se encuentran en este caso:

Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco y Comunidad Valenciana. La situación, no obstante, es diversa en estas Comunidades, debiendo tratarse por separado la existente en Andalucía y en el País Vasco, de la que se da en el resto de las Comunidades citadas, entre las que, además, existen matizaciones importantes.

En efecto, en Andalucía se ha logrado ya la unificación de la gestión de los servicios, tras un proceso en el que se partía de la existencia de cinco tipos de administraciones públicas con competencia en la materia: Ministerio de Sanidad y Consumo (centros de diagnóstico y orientación terapéutica; centros de salud mental); Ministerio de Educación y Ciencia (departamentos de psiquiatría en Cádiz, Granada y Sevilla); Consejería de Salud de la Junta de

Andalucía (dispensario de salud mental); Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social de Andalucía (consultas de neuropsiquiatría; secciones de psiquiatría de algunas residencias sanitarias); y Diputaciones Provinciales (hospitales psiquiátricos y servicios periféricos).

Esta situación motivó la puesta en práctica de un proceso de reforma, iniciado en 1982, que, entre otras finalidades, pretendía conseguir la integración de las distintas redes y la creación de una única estructura de gestión, a través del Servicio Andaluz de Salud. Este Servicio fue creado por la Ley 8/1986, de 6 de mayo, en la que se fijaba el objetivo de integrar en el mismo la totalidad de los recursos sanitarios públicos y, por tanto, también de los dedicados a la salud mental, así como su mejor utilización y el establecimiento de una organización adecuada de los servicios. Se constituye así una única estructura que va a gestionar el conjunto de dispositivos sanitarios de titularidad pública existentes en la Comunidad Autónoma, al integrar los procedentes del Estado, previamente traspasados a la Junta de Andalucía, y recibir asimismo la transferencia de los que eran titulares las distintas administraciones locales. En este sentido, el 1 de enero de 1991 se produce la transferencia de funciones en materia sanitaria de las Diputaciones Provinciales a la Junta de Andalucía, por lo que, en un plano teórico, desde la citada fecha, los programas de atención a las personas con minusvalía psíquica y a los ancianos sin patología psiquiátrica activa pasan a depender de las áreas de servicios sociales de las Diputaciones, asumiendo el Servicio Andaluz de la Salud los restantes programas.

La normativa vigente establece, de otra parte, en calidad de órganos de coordinación, un coordinador de unidad

asistencial y un coordinador de salud mental en cada área hospitalaria, así como un coordinador provincial de rehabilitación.

Por su parte, en el País Vasco, efectuada en el año 1988 la transferencia del Instituto Nacional de la Salud, se produce al año siguiente la integración efectiva de los dispositivos asistenciales de salud mental en el Servicio Vasco de Salud. Cada una de las áreas de salud en que está dividido el País Vasco dispone de un director-gerente, del que depende jerárquicamente un responsable de salud mental. Se prevé en un próximo futuro el nombramiento de gerentes de salud mental, una de cuyas diferencias sustantivas con el responsable actual radica en la competencia funcional sobre las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.

Otra situación es la existente en el resto de las Comunidades citadas (Cataluña, Galicia y Comunidad Valenciana), las cuales, frente a las dos ya tratadas, tienen el común denominador de no haber asumido aún los servicios prestados por las Diputaciones Provinciales, pero que presentan, a su vez, entre sí algunas diferencias.

Así, en la Comunidad Valenciana uno de los objetivos esenciales del Plan de Salud Mental es lograr la unidad gestora. En este sentido, al efectuar el análisis del estado del sistema de atención a la salud mental, enfatiza la desaparición del solapamiento de redes asistenciales y la integración de los recursos de las Diputaciones y del Servicio Valenciano de Salud o, en su caso, la definición del ámbito de actuación de los equipos de una y otra red, pero admite, de otro lado, que en la mayor parte de las áreas persisten diversas redes, lo que provoca la consiguiente superposición.

El Plan, como hemos indicado, contempla como objetivo específico la existencia de una red asistencial única, con unidad de gestión, para lo cual resulta precisa la integración de todos los recursos sanitarios públicos sobre salud mental en un dispositivo funcional y único en el Servicio Valenciano de Salud. Para ello, considera necesario establecer y desarrollar convenios con las corporaciones provinciales y locales, fomentar acuerdos para la ordenación de las nuevas inversiones y las de conservación, mejora y sustitución de los centros sanitarios y establecer procedimientos de coordinación hasta conseguir la unificación de la gestión.

El Plan, de otro lado, contempla diversas figuras de coordinación: coordinador de unidad y coordinador de área. En tanto se desarrollan las áreas de salud y persisten las delegaciones territoriales del Servicio Valenciano de Salud se prevé, con carácter transitorio y provisional, la figura del coordinador provincial.

En el ámbito normativo, aparte del Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, que se refiere a la integración de la atención a la salud mental en el Servicio Valenciano de Salud y a la formulación de planes sectoriales de coordinación con las Diputaciones Provinciales, es ineludible mencionar las disposiciones transitorias segunda y tercera de la Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud, que prevé la adscripción funcional de los servicios y establecimientos sanitarios de las entidades locales a este Servicio y contempla la suscripción de los convenios precisos para la transferencia de la titularidad de los recursos y establecimientos sanitarios en un plazo de tres años, quedando hasta la transferencia definitiva adscritos funcionalmente los

centros al Servicio, sin perjuicio de la titularidad de las corporaciones locales.

Para dar cumplimiento a estas previsiones se han suscrito convenios entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana y las Diputaciones Provinciales de Castellón y de Valencia. El objeto de estos convenios es hacer explícita la adscripción funcional al Servicio Valenciano de Salud de todos los servicios sanitarios de atención a la salud mental, de ámbito comunitario (en el caso de la Diputación de Valencia) y de ámbito comunitario y hospitalario (en el caso de la Diputación de Castellón), de modo que quedan obligados a desarrollar los programas de atención a la salud mental del Servicio Valenciano de Salud, pretendiéndose así eliminar los desequilibrios territoriales y sociales en la distribución y prestación de los servicios sanitarios de salud mental. Los recursos destinados a la atención a la salud mental, que pertenecen a las Diputaciones, pasan a depender de la unidad de gestión de cada área de salud, sin perjuicio de mantener su vinculación jurídica, patrimonial y de personal con la Diputación, hasta tanto se produzca la transferencia definitiva.

Es importante, por último, significar que el convenio con la Diputación Provincial de Alicante no ha sido suscrito aún.

En Galicia se parte de una situación caracterizada por la múltiple dependencia administrativa de los recursos, la ausencia de coordinación entre las diversas Administraciones actuantes y la falta de una planificación centralizada y de una gestión integrada. Se considera, por tanto, necesario el establecimiento de un sistema de integración funcional entre

todas las administraciones, a través de la suscripción de convenios y de la revitalización del comité de enlace y coordinación. Estos convenios, sin embargo, no se han suscrito aún.

A falta de ellos, es preciso, sin embargo, señalar que el "documento de bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental", del año 1987, propugna la existencia de un órgano de gestión único, al que correspondería la coordinación e integración funcional de todos los recursos, cuya titularidad pertenece en la actualidad a diferentes administraciones públicas. De otra parte, señala que en cada área de salud existirá un coordinador de salud mental, que será el responsable de los equipos de salud mental.

Esta figura se contempla asimismo en el Proyecto de Ley de Salud Mental, en la actualidad en tramitación en el Parlamento de Galicia.

La situación de la atención a la salud mental en Cataluña muestra la existencia de cuatro redes pertenecientes a cada una de las Diputaciones Provinciales y de otra red gestionada por el Instituto Catalán de la Salud, que realiza además una tarea de coordinación. Aparte de ello, debe señalarse el importante equipamiento de titularidad privada existente en esta Comunidad Autónoma, lo que ha aconsejado seguir una política de conciertos.

En el año 1990 se creó el Programa de Salud Mental de la Generalidad de Cataluña, medida que se completaba en el año 1991, al crearse el Servicio Catalán de la Salud, en el que se establece la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. El objetivo que persigue la actuación del Departamento de

Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña es reestructurar las redes, homogeneizando las mismas sobre la base de los sectores sanitarios, circunstancia que ya se cumple en la estructura de la red infantil y juvenil, que se desarrolla por la Generalidad a partir del año 1990.

Si bien no existe aún un Plan de Salud Mental, en el documento "Planificació Sanitària Pública a Catalunya. Assistència psiquiàtrica d'adults. Anàlisi i propostes d'actuació", publicado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad en el año 1990, tras constatarse la existencia en Cataluña de cinco redes psiquiátricas diferentes, se propone la integración orgánica y funcional de los servicios de salud mental financiados con fondos públicos en los servicios sanitarios de la Generalidad, reiterándose, entre los principios para la planificación, la necesidad de integrar las distintas redes en el Servicio Catalán de la Salud.

Esta finalidad, reiteradamente propuesta, no se ha conseguido, sin embargo, aún, de modo que, pese a que se procura el acuerdo entre las distintas administraciones desde un punto de vista pragmático, ante la carencia de los correspondientes instrumentos normativos y planificadores, así como de los mecanismos de coordinación oportunos, la complejidad de la situación es considerable, al seguir las distintas Diputaciones criterios distintos, dando así lugar a la multiplicidad de redes asistenciales, de características diferentes entre sí.

En tercer lugar, pueden agruparse aquellas Comunidades Autónomas uniprovinciales que no han recibido aún las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Se trata, en concreto, de seis Comunidades: Asturias, Baleares, Cantabria, Madrid, Murcia y La Rioja. Sin embargo, una vez más, no existe una situación unívoca, debiéndose a este respecto distinguir la existente en Asturias, Madrid y Murcia, donde se ha logrado la integración funcional de los recursos, y las demás Comunidades, cuya situación, empero, no es totalmente igual. De otro lado, resulta preciso poner de manifiesto la peculiaridad de la Comunidad Autónoma de Baleares, derivada de la intervención de los Consejos Insulares.

Así, en Asturias se ha logrado uno de los objetivos perseguidos por el proceso de reforma iniciado en el año 1983, como es la estructuración de una red de atención a la salud mental única, que se ha conseguido alcanzar mediante la integración de los recursos de la Comunidad Autónoma y del Instituto Nacional de la Salud. A tal efecto, junto con el Decreto 81/1986, de 4 de julio, que reguló la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental del Principado de Asturias, se suscribió un convenio con el citado Instituto, en fecha 23-07-1986, a fin de lograr que la cobertura asistencial se efectuara mediante una red única e integrada funcionalmente. El convenio estableció además un comité de enlace y coordinación, de ámbito regional.

De un modo similar, en Madrid, con anterioridad a 1982, existía una falta de coordinación entre las diversas redes asistenciales, prestándose la atención a través de diversas administraciones públicas sin ninguna conexión entre sí (hospitales psiquiátricos de la Diputación Provincial; consultas de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de la Salud y hospitalización en el Hospital Clínico). En el año 1982, la Diputación Provincial de Madrid creó el Instituto de

Salud Mental, con el fin de sentar las bases de la reforma psiquiátrica, las cuales fueron asumidas en 1984 a través de la creación del Servicio Regional de Salud, adscrito a la entonces Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad da Madrid. La integración de los recursos de las diversas administraciones en una única red asistencial se ha logrado mediante los acuerdos suscritos con el Instituto Nacional de la Salud en fecha 8-3-1988, con el Ayuntamiento de Madrid, en fecha 5-5-1988 y con el resto de los Ayuntamientos del área Metropolitana en fechas que oscilan entre 1983 y 1988.

En Murcia, aparte de la coordinación propiciada por la sectorización de la asistencia psiquiátrica, existe un convenio suscrito, en fecha 26 de octubre de 1988, en el que se definen las líneas esenciales del modelo de actuación en salud mental y se establece el comité de enlace y coordinación regional.

En La Rioja se cuenta con un convenio suscrito en fecha 23-07-1986, por el Instituto Nacional de la Salud y la Consejería de Salud y Consumo, de la Comunidad Autónoma, aunque no puede considerarse que haya una efectiva integración funcional de los recursos, si bien debe reseñarse que en la práctica existe una delimitación de la atención prestada por el Instituto Nacional de la Salud y por la Comunidad Autónoma, desde el momento en que la totalidad de los centros de salud mental existentes, en número de cuatro, dependen del citado Instituto, mientras que la atención hospitalaria es prestada por la Comunidad Autónoma.

Por su parte, Cantabria se encuentra en una situación peculiar, en la que a pesar de la existencia de un convenio suscrito en fecha 23-07-1991 por el Instituto Nacional de la

Salud y la Consejería competente de la Comunidad Autónoma, hay una falta de acuerdo entre el citado Instituto y la Diputación Regional de Cantabria sobre la asunción de los gastos de hospitalización, que ha tenido una directa repercusión sobre la asistencia que se presta, como se expresa en forma más pormenorizada en otro apartado de este estudio.

Pese a la existencia de un convenio suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Baleares, la situación de esta Comunidad Autónoma uniprovincial es singular, dado que, por su carácter insular, a las administraciones públicas que intervienen en el campo de la salud mental es preciso añadir los Consejos Insulares.

De este modo, existen en Baleares cinco administraciones con competencia en relación con la salud mental, sin que ninguna de ellas asuma un enfoque global del conjunto de necesidades: Instituto Nacional de la Salud (centro de salud mental; consultas de neuropsiquiatría de zona; Consejería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Balear (centro de diagnóstico, orientación y tratamiento); Consejo Insular de Mallorca (hospital psiquiátrico); Consejo Insular de Ibiza y Formentera (Patronato de Salud Mental) y Consejo Insular de Menorca (centro de salud mental).

Cada una de estas administraciones mantiene servicios psiquiátricos, con diferente evolución, estructura y tipo de demanda, sin que exista una actuación coordinada. No obstante, merece una especial mención la estructura existente en Ibiza y Formentera, donde el Patronato para la Salud Mental y Bienestar Social ha coordinado las tareas dispersas de las distintas entidades, dejando tan sólo sin integrar la labor

del neuropsiquiatra de zona del Instituto Nacional de la Salud.

No obstante, como antes se ha indicado, en fecha 22.04.1991, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Balear suscribieron un convenio en el que se establecía la correspondiente comisión de enlace y coordinación, de ámbito autonómico, a la que entre otras funciones, se encomienda el estudio de los recursos en cada área sanitaria susceptibles de integrarse funcionalmente en un programa común.

El cuarto y último grupo está integrado por las cinco Comunidades restantes, de carácter pluriprovincial y sin haber recibido la transferencia de los servicios del Instituto Nacional de la Salud. En esta situación se encuentran Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Extremadura. No obstante, de nuevo existen muy marcadas diferencias entre estas Comunidades.

La situación de la atención a la salud mental en Castilla y León tiene como punto de partida la existencia de varias redes asistenciales: la del Instituto Nacional de la Salud, compuesta por equipos de salud mental de carácter ambulatorio, así como por unidades de psiquiatría en hospitales generales; la de la Junta de Castilla y León, procedente de la extinguida Administración Institucional de la Sanidad Nacional, que era titular de nueve centros de diagnóstico, transferidos a la Junta; y la de las Diputaciones Provinciales, integrada por cinco hospitales psiquiátricos, así como por algunos equipos de atención ambulatoria.

Así las cosas, uno de los objetivos principales de la reforma psiquiátrica consiste en la integración de las redes existentes, fundamentalmente a través de la suscripción de convenios.

En este sentido, en el año 1986 se suscribe un convenio entre la Junta de Castilla y León y el Instituto Nacional de la Salud, que, sin embargo, no se pondrá efectivamente en marcha hasta 1989. En este convenio, de fecha 23-07-1986, se definían las líneas básicas del modelo de atención y se acordaba la creación de un comité de enlace y coordinación regional, de carácter paritario, así como comités de enlace y coordinación provincial, también de carácter paritario.

De otra parte, con el antecedente de cinco convenios suscritos en 1986 con las Diputaciones Provinciales de Avila, León, Salamanca, Segovia y Soria (este último tripartito, ya que incluía al Insalud), en fecha 20.10.1988 se suscribe un convenio interinstitucional para la ordenación de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León, entre la Consejería de Cultura y Bienestar Social y las nueve Diputaciones Provinciales. Además de acordarse una serie de medidas para la puesta en práctica de la reforma psiquiátrica, se crea una comisión ejecutiva regional de asistencia psiquiátrica y comités ejecutivos provinciales, así como una comisión técnica regional y comisiones técnicas provinciales.

Además, es interesante resaltar que, con posterioridad, la estructura de coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León ha sido regulada por una norma específica. Más en concreto, la

Orden de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, de 9 de marzo de 1990, crea las siguientes estructuras de coordinación:

- Comités de Enlace y Coordinación Provinciales.
- Coordinador de Salud Mental de Area.
- Comisión Técnica Regional.
- Comisión Ejecutiva Regional.
- Comité de Enlace y Coordinación Regional.

Según la información obtenida, las estructuras de coordinación vienen funcionando con regularidad, celebrando reuniones periódicamente.

Esta Comunidad Autónoma cuenta, además, con una norma jurídica reguladora de la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica (Decreto 83/1989, de 18 de mayo). De otra parte, el Plan Estratégico de Salud para Castilla y León (Decreto 68/1991, de 11 de abril) contempla, entre los objetivos propuestos, la unificación funcional, en el año 1992, en todas las áreas en una sola red, de las atenciones especializadas prestadas por servicios públicos y concertados.

En Castilla-La Mancha se han establecido los oportunos mecanismos de coordinación entre las administraciones que intervienen en el campo de la atención a la salud mental. A tal efecto, se suscribió un convenio de cooperación entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el Instituto Nacional de la Salud, en el año 1987, así como convenios de ámbito provincial entre la Junta y las Diputaciones Provinciales, entre los años 1987 y 1989. A partir de estos convenios, se crea la comisión regional de

seguimiento (Junta de Comunidades-Insalud) y las ponencias técnicas provinciales (Junta de Comunidades-Insalud-Diputaciones) y se designa a un coordinador regional del Plan de Salud Mental y a cinco coordinadores provinciales.

En Aragón, la Diputación General, las Diputaciones Provinciales y las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Salud suscribieron, en el año 1986, convenios institucionales de coordinación, que fueron seguidos más tarde por la firma de sendos anexos para las provincias de Teruel y de Zaragoza.

La circunstancia ya expresada en relación con las Islas Baleares se repite en Canarias, al actuar en el campo de salud mental los Cabildos Insulares. Precisamente son estos Cabildos los que tradicionalmente han venido prestando la asistencia psiquiátrica. El Instituto Nacional de la Salud únicamente disponía de las consultas de neuropsiquiatría en sus ambulatorios. No obstante, esta entidad ha procedido en los últimos años a la implantación de centros de salud mental y está en vías de establecer unidades de psiquiatría en sus hospitales generales.

No se ha producido la integración funcional de estas redes, de modo que la falta de coordinación institucionalizada se viene supliendo parcialmente por la coordinación informal entre los responsables médicos de las mismas.

En Extremadura, la atención extrahospitalaria es prestada por el Instituto Nacional de la Salud (centros de salud mental y consultas de neuropsiquiatría de zona), mientras que la hospitalaria corre a cargo de las Diputaciones Provinciales, sin que existan unos mecanismos que aseguren la

actuación coordinada de las mismas, en franca contradicción con las recomendaciones y propuestas de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

En resumen, como hemos podido observar, la situación en las distintas Comunidades Autónomas es muy diferente. Así, existen casos en los que se ha logrado la integración orgánica y funcional de los recursos, a través de la asunción, por parte del correspondiente servicio autonómico de salud, de los servicios anteriormente prestados por el Instituto Nacional de la Salud y, en su caso, por las Diputaciones Provinciales. En otros supuestos, se ha logrado al menos la integración funcional de los recursos, acudiendo primordialmente para ello a la técnica de la coordinación mediante la suscripción de los oportunos convenios por parte de las administraciones públicas implicadas (Instituto Nacional de la Salud, Comunidad Autónoma, Diputaciones Provinciales). Existen, no obstante, casos en los que el objetivo de la integración, al menos funcional, de los recursos, que propugna el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, tan sólo se ha logrado parcialmente, así como otros en los que no está establecido formalmente mecanismo alguno de coordinación que pueda favorecer el logro del objetivo citado, de modo que las distintas administraciones públicas actúan sin conexión entre sí.

3.3.2. Asistencia extrahospitalaria.

3.3.2.1. Consideraciones previas.

La situación de la que se partía al emprender la reforma de la atención a la salud mental y de la asistencia

psiquiátrica consistía, en el ámbito extrahospitalario, precisamente en la práctica inexistencia de una red de dispositivos de atención de este tipo. En efecto, y dejando aparte las consultas externas de algunos hospitales, únicamente podía contarse con la actuación de los centros de diagnóstico y orientación terapéutica dependientes de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional y con las consultas de neuropsiquiatría de los ambulatorios de la Seguridad Social, que presentaban, entre otros, el problema de la integración de ambas especialidades y la falta de actuación en equipo.

Desde este punto de partida, y teniendo en cuenta que el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica se decanta en forma nítida por un modelo comunitario de atención, puede obtenerse una cabal idea del drástico cambio de rumbo que pretende imponerse a través del proceso de reforma de la atención a la salud mental. En efecto, si este proceso pudiera ser reducido, superando su complejidad, a su línea más esencial, podría resumirse en el paso de un modelo de asistencia hospitalaria a un modelo de atención comunitaria. Se trata, por tanto, en esencia, de desplazar el peso de la asistencia psiquiátrica del hospital a los dispositivos extrahospitalarios.

En este sentido, el Informe, al tratar de los principios para un plan general de salud mental y atención psiquiátrica, declara que la reforma tiene, entre otros objetivos, el de potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo (principio X).

De otra parte, señala que los equipos básicos de salud deberán resolver una parte de los problemas psíquicos y realizar acciones en el campo de la salud mental, sin requerir la presencia de personal especializado (principio XIV). Más en concreto, las funciones que ha de cubrir el equipo de atención primaria consistirían en la identificación del trastorno psicoemocional, la atención por sí mismos o con asesoramiento del equipo especializado o, en su caso, la derivación al equipo especializado, la colaboración con éste y la participación en programas de protección para la población en riesgo.

A tal efecto, los equipos de atención a la salud mental habrán de actuar como soporte y apoyo de los equipos básicos de salud, además de realizar funciones asistenciales y de promoción, prevención e investigación (principio XIII).

Por consiguiente, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica propugna un modelo que, en lo referente a la atención ambulatoria, va a descansar en dos pilares: la intervención del dispositivo general de la atención primaria (equipos básicos de salud) y la existencia de una estructura especializada que habría de combinar una acción de apoyo y una actuación directa de tratamiento (equipos de salud mental).

En otro orden de cosas, la Comisión Ministerial se refiere, en las recomendaciones y propuestas incluidas en el Informe, al desarrollo de la Orden de jerarquización de los neuropsiquiatras de los ambulatorios de la Seguridad Social, así como a la integración funcional de los psiquiatras que resulten del cumplimiento de dicha disposición y de los neuropsiquiatras de cupo que opten por la especialidad de

psiquiatría y no se jerarquicen, en los equipos de salud mental del área.

Por todo ello, queda nítidamente establecido el carácter interdisciplinar de la atención extrahospitalaria, no solamente por la intervención de los equipos básicos de salud, cuya composición regula el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, y las consiguientes disposiciones dictadas por las Comunidades Autónomas, sino por la actuación de los equipos de salud mental, de composición asimismo interdisciplinar. A tal efecto, entre las recomendaciones y propuestas incluidas en el Informe se hace alusión a la integración progresiva de otros profesionales, aparte de los psiquiatras, en los equipos de salud mental.

3.3.2.2. Modelos de atención.

Tomando como elemento básico el modo de asegurar el funcionamiento del principio de continuidad terapéutica, puede intentarse, asumiendo los riesgos ínsitos a toda simplificación, la distribución de las redes de cada Comunidad Autónoma en una serie de modelos básicos.

En la mayoría de los casos, los centros de salud mental, que prestan la atención ambulatoria, y las unidades hospitalarias disponen, cada uno de ellos, de su propio personal, de modo que el principio de continuidad terapéutica se plasma a través de la coordinación entre ambos dispositivos. En la práctica, sin embargo, no existen, en ocasiones, los mecanismos de coordinación que serían precisos, tal y como acaece en Baleares, en Extremadura o en La Rioja, donde los dispositivos extrahospitalarios y los hospitalarios operan de modo independiente y sin que exista una relación estructurada entre ambos.

En algún caso (así, Asturias), se ha diseñado un segundo modelo, según el cual los profesionales se adscriben a las distintas áreas y no a servicios o dispositivos concretos, ejerciendo su actividad simultáneamente en diversos dispositivos, ya sean hospitalarios o extrahospitalarios.

La visita realizada a la unidad de psiquiatría del Hospital General de Asturias permitió, en efecto, obtener datos sobre algunas de las características de este modelo. En este sentido, y entre otras actuaciones, pueden señalarse las siguientes: dos días por semana cada especialista asiste a primeras consultas o a revisiones en el centro de salud mental; semanalmente se mantiene una reunión multidisciplinar del área de salud en la que se acuerdan las actividades a desarrollar (así, determinación de los pacientes que deben acudir al hospital, o al centro de día o a pisos protegidos); diariamente, a las 8,30 horas, se lleva a cabo una reunión de los especialistas del hospital y del centro de salud mental próximo; el personal de los centros de salud mental acude al hospital en relación con los pacientes dependientes de cada centro; mensualmente se mantienen reuniones entre los profesionales de los centros de salud mental y de los equipos de atención primaria, unificándose criterios y determinándose las actuaciones a desarrollar.

Del mismo modo, los profesionales de los centros de salud mental se desplazan semanalmente al Hospital Psiquiátrico Regional para desarrollar las actividades necesarias con las personas de su área de salud internadas y para programar con el personal de enfermería del hospital las acciones a realizar.

Un último modelo es el derivado de las experiencias iniciadas en la década de los años setenta y que aún subsisten. En este modelo, la atención ambulatoria es asegurada por el personal del hospital psiquiátrico, a cuyo efecto se desplaza, con mayor o menor periodicidad, a distintos dispositivos (consultorios o dispensarios) cuyo ámbito de actuación se encuentra sectorizado. En este modelo no puede incluirse en su totalidad a ninguna Comunidad Autónoma, sino únicamente a algunas provincias y, más en concreto, a las de Gerona, Tarragona, Orense, La Coruña y Pontevedra.

Así, en Gerona esta experiencia se inició en el año 1974, mediante la creación de algunos dispositivos para la atención en régimen ambulatorio y se generalizó en el año 1981, en el que se procedió a la sectorización de la provincia, que quedó dividida en cinco sectores psiquiátricos (Alto Ampurdán, Bajo Ampurdán, Gironés-Pla de L'Estany, La Selva y Garrotxa-Ripollés-Cerdaña), acomodándose así a la división comarcal. En forma sectorizada, la Diputación Provincial presta la atención ambulatoria a través de dispensarios que son atendidos por el personal del Hospital Psiquiátrico de Salt.

Los dispensarios están situados, por lo general, en los hospitales comarcales o municipales, posibilitándose así la relación con otros profesionales, así como también la disposición de algunas camas de estos hospitales. En la actualidad, existen 11 dispensarios comarcales. Los días en que se presta atención son variables según los dispensarios, oscilando entre uno y cinco días por semana.

Cada sector psiquiátrico está atendido por un equipo multiprofesional, compuesto por psiquiatras (de 1 a 4, según

el sector), 1 psicólogo (2 en el sector del Gironés), 1 ATS/DUE y 1 trabajador social. El sector del Gironés cuenta asimismo con 1 administrativo, debiendo añadirse, de otra parte, que el equipo de este sector, además de la atención ambulatoria, presta el servicio de interconsultas en los hospitales generales de Gerona (Josep Trueta y Santa Caterina), al carecer estos de unidad de psiquiatría.

Un modelo similar es el aplicado en la provincia de Tarragona, iniciado en el año 1971, y que cuenta en la actualidad con 7 dispensarios comarcales, atendidos por el personal del Instituto "Pere Mata", estando sectorizado el ámbito de actuaciones de cada dispensario.

También puede encontrarse este modelo en Galicia, a excepción de la provincia de Lugo. En efecto, los hospitales Psiquiátricos de Conxo (La Coruña), "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén (Orense) y "Rebullón", de Mos (Pontevedra) han establecido un total de 27 consultorios y dispensarios para prestar asistencia psiquiátrica en régimen ambulatorio y en forma sectorizada. Esta modalidad de atención afecta a 7 de las 9 áreas de salud en que está dividida territorialmente la Comunidad Autónoma y coexiste con el modelo constituido por las unidades de salud mental.

Por lo que se refiere a la frecuencia de la dispensación de la asistencia, se tienen datos referidos al hospital "Dr. Cabaleiro Geas, de Toén (Orense). Conforme a la información obtenida, en los distintos dispensarios establecidos, las consultas se realizan una o dos veces al mes, según los casos, lo que puede considerarse como ciertamente escaso, de modo que más que una asistencia ambulatoria, abierta a toda la población, lo que se pretende,

según la información obtenida, es realizar el seguimiento de los pacientes dados de alta hospitalaria, a fin de evitar reingresos. A reseñar, de otra parte, que en cada uno de los sectores se realizan visitas domiciliarias, así como a las residencias incluidas en el sector.

De otra parte, debe indicarse que el personal de la unidad de psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo, además de asumir las consultas ambulatorias realizadas en la policlínica del establecimiento, presta estas mismas consultas en seis cabeceras de sector, a las que se desplaza periódicamente un equipo asistencial.

Por último, es preciso añadir que los facultativos de la unidad de alcohólicos del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia se desplazan semanalmente a seis dispensarios existentes en diversas localidades de la provincia, a fin de dar charlas de divulgación, tratar a los enfermos remitidos por los médicos de cabecera y determinar si los enfermos precisan tratamiento ambulatorio o si, por el contrario, requieren ingresar en el hospital.

3.3.2.3. Evaluación de la situación actual.

Para evaluar la situación existente en torno a la extensión de la red de atención ambulatoria, es menester referirnos, en primer lugar, a los equipos básicos de salud. No obstante, dado su carácter general y no específico en materia de salud mental, nos limitaremos a señalar que, según la información obtenida, relativa únicamente al territorio gestionado por el Instituto Nacional de la Salud, no comprendiendo, por tanto, las Comunidades Autónomas que han recibido las transferencias de dicho Instituto, el número de

equipos de atención primaria autorizados asciende a 877, en 30 de noviembre de 1991, lo que significa una cobertura del 72,58 por 100.

Por lo que a las unidades de salud mental se refiere, para la evaluación de la situación actual debe tenerse en cuenta el punto de partida, consistente en la práctica inexistencia de estos dispositivos de atención extrahospitalaria. Desde esta perspectiva, es preciso dejar constancia del notable avance experimentado en la creación de estas estructuras de atención.

No obstante, al lado de esta consideración, resulta necesario significar, de una parte, la falta de homogeneidad existente y, de otra, de la desigualdad del desarrollo de la implantación de estos dispositivos.

Respecto de la citada falta de homogeneidad, puede traerse a colación, como dato significativo, los casos ya citados de Cataluña y de Galicia. En Cataluña, en efecto, junto a la atención prestada por el personal de los hospitales psiquiátricos a través de dispensarios comarcales, como ya hemos visto que sucedía en Gerona y en Tarragona, puede encontrarse, en la provincia de Barcelona, el desarrollo de una red de centros de salud mental, de ámbito sectorizado y con la organización de circuitos de coordinación para asegurar la continuidad asistencial. Por su parte, en la provincia de Lérida se está desarrollando también una red de centros de salud mental, pero la misma es aún incipiente. En cuanto a Galicia, como ya se ha apuntado, los consultorios comarcales servidos por el personal de los hospitales psiquiátricos coexisten, en siete de las nueve áreas de salud con los centros o unidades de salud mental. En ambas Comunidades

Autónomas, por tanto, no existe un único modelo de atención extrahospitalaria.

En cuanto al grado de desarrollo de los dispositivos extrahospitalarios de segundo nivel, es decir, de los centros y equipos de salud mental, el mismo es diverso según las Comunidades Autónomas y, aún, dentro de ellas. Pueden así encontrarse casos en que las previsiones de la instalación de centros de salud mental se han cumplido en su totalidad (vrg. Andalucía; Navarra; País Vasco) o que se encuentran en cifras próximas a este porcentaje (así, Comunidad Valenciana: 91 por 100; Castilla y León: 92 por 100). En otros casos, el nivel de implantación es menor. Así, en Castilla-La Mancha, se han establecido un 65 por 100 de los centros previstos (22 sobre 34), debiendo significarse respecto de esta Comunidad, que si bien se observa un fuerte crecimiento en el período 1983-1988, ya que de 4 centros de salud mental se pasó a los 22 citados, esta tendencia no se vio continuada en 1989 y 1990. Por otro lado, se constata en algunas Comunidades Autónomas una fuerte desigualdad territorial en la implantación de estos dispositivos. En este sentido, en Canarias, mientras que en la provincia de Santa Cruz de Tenerife abarca al 70 por 100 de la población, en la de Las Palmas dicho porcentaje de cobertura es tan solo del 30 por 100.

El cuadro nº 1 recoge las unidades de salud mental existentes.

Una mención especial merece la atención a la salud mental infantil y juvenil, sobre la que, con plena justificación, el Informe de la Comisión Ministerial para la/

CUADRO N° 1.- UNIDADES DE SALUD MENTAL (AÑO 1991)

<u>CC.AA.</u>	<u>N° de centros o equipos (1)</u>
Andalucía	69
Aragón.....	18
Asturias	15
Baleares	4
Canarias	12
Cantabria	4
Castilla-La Mancha	22
Castilla y León	34
Cataluña	36 (2)
Extremadura.....	11
Galicia.....	16 (3)
Madrid.....	33
Murcia.....	9
Navarra.....	8
País Vasco	41
Rioja	4
C. Valenciana	49
Ceuta y Melilla	2
T O T A L	387

Fuente: Elaboración propia, conforme a datos proporcionados por las CC.AA.

Observaciones:

- (1) No se incluyen las unidades específicas de salud mental infante-juvenil.
- (2) Los hospitales psiquiátricos mantienen además 18 dispensarios comarcales.
- (3) Los hospitales psiquiátricos mantienen además 27 consultorios o dispensarios.

Reforma Psiquiátrica resaltará el carácter deficitario e incipiente de las medidas de protección, así como su mínima dotación en la perspectiva asistencial, a la vez que establece el carácter prioritario de los programas de atención a este sector de la población (principio XXXIII). El Informe propugna, de otro lado, que la atención a la salud mental infantil se realice dentro de los equipos de salud mental, como unidad cualificada de dicho equipo, allí donde las necesidades del área de salud lo hagan necesario.

Siguiendo la línea establecida en el Informe, las Comunidades Autónomas han comenzado a implantar programas de atención a la salud mental infantil y juvenil, cuyo desarrollo se realiza por los centros de salud mental o a través de equipos especializados de estos centros, o bien da lugar a la creación de dispositivos específicos.

Así, en Andalucía se han establecido 11 unidades de salud mental infantil, como dispositivo específico para la resolución de problemas psíquicos que, por su complejidad, no pueden ser resueltos por los equipos de salud mental de distrito. Las unidades llevan a cabo funciones de asesoramiento al resto de los dispositivos, así como de asistencia a la población infantil y juvenil hospitalizada.

En Asturias existen 4 unidades específicas para la atención infantil y juvenil en los centros de salud mental, los cuales, durante el primer trimestre de 1991, han llevado a cabo 1712 primeras consultas, 5081 consultas sucesivas y 1 urgencias.

En Castilla-La Mancha se reorganizaron, en una primera fase, los centros de diagnóstico y orientación

terapéutica en unidades de atención de salud mental infantil y juvenil (Decreto 53/1985, de 16 de abril), estando previstas un total de 10 y existiendo 7 en la actualidad.

En Galicia, la atención infantil y juvenil se lleva a cabo actualmente por los siguientes dispositivos: 8 unidades de salud mental; 1 centro de salud mental; y 1 unidad de psiquiatría, encontrándose prevista la implantación de otra unidad de salud mental.

Por su parte, en Murcia, se desarrollan programas de atención a la salud mental infanto-juvenil en 3 de los 9 centros de salud mental de esta especialidad, contándose con 4 psiquiatras especializados, 5 psicólogos y 3 ATS.

En la Comunidad Valenciana, se prevén 12 unidades de salud, de las que 9 están en funcionamiento.

En Cataluña se contempla de modo separado la red de atención a adultos y la red infantil y juvenil, estando en funcionamiento en el momento de realizar la visita a esta Comunidad Autónoma 20 equipos de los 23 previstos para finales del año 1991. Cada equipo está compuesto por 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 1 trabajador social, 1 ATS y 1 administrativo, estos dos últimos a tiempo parcial. Los equipos agrupan a un total de 130 profesionales, debiendo reseñarse que existen equipos que prestan servicio tanto en la red de adultos, como en la infantil y juvenil.

Por su parte, Aragón dispone de 3 unidades de salud mental para niños y jóvenes. Y, por último, Baleares, Cantabria y Castilla y León cuentan con un solo centro o equipo. En la primera de estas Comunidades, existe un centro

de salud mental infantil en Ibiza, que depende del Patronato para la Salud Mental, del Consejo Insular. En la segunda se dispone de un equipo compuesto por 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 ATS y 1 administrativo, Por fin, la tercera de las Comunidades citadas dispone también de un equipo, dependiente de la Junta de Castilla y León, con sede en Valladolid, y constituida inicialmente por 6 psiquiatras y 1 psicólogo.

Debe hacerse notar, por último, la persistencia de neuropsiquiatras de cupo no integrados en los equipos de salud mental, lo que constituye un elemento distorsionante en la estructura y funcionamiento del sistema de atención. De los datos recogidos sobre este aspecto, resulta que en Andalucía subsisten 3 neuropsiquiatras, en Aragón, 5; en Asturias, 7; en Baleares, 8; en Canarias, 10; en Cantabria, 3; en Castilla-La Mancha, 7; en Castilla y León, 18; en Cataluña, 40; en Extremadura, 6; en Galicia, 32; en Madrid, 12; en Murcia, 11; en Navarra, 2; en el País Vasco, 13; en La Rioja, 1; y en la Comunidad Valenciana, 38, no existiendo ninguno en Ceuta y en Melilla, y ascendiendo el total a 216.

Para ilustrar esta disfunción, puede indicarse que, en Mallorca, los tres centros de salud mental atienden a una población de 125.000 personas, mientras que los seis neuropsiquiatras existentes tienen adscritas a un total de 480.000 personas.

En conclusión, y dejando aparte este elemento distorsionante, puede señalarse el notable avance experimentado en la atención extrahospitalaria de la salud mental, si se tiene en cuenta la situación de partida, siendo, no obstante, necesario que se completara la red en aquellas Comunidades Autónomas donde fuera preciso, para lograr así, de

otro lado, una distribución adecuada de los recursos desde la perspectiva territorial.

3.3.3. Unidades de psiquiatría en hospitales generales.

3.3.3. 1. Consideraciones generales.

La Ley General de Sanidad dispone en su artículo 20.3 que la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Por su parte, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica indica que han de efectuarse progresivamente los ingresos por motivos psíquicos en el hospital general, el cual debe contemplar la atención psicológica y psiquiátrica como una más de sus prestaciones. Asimismo, establece que la paulatina creación de estas unidades debe ir acomodada a la programación general de la salud mental en el área sanitaria. Consecuentemente con estos criterios recomienda la ampliación de unidades de atención psiquiátrica en los hospitales generales, estableciendo la capacidad de las mismas entre 15 y 35 camas.

3.3.3.2. Dotación de recursos.

En el cuadro nº 2, se expresa por Comunidades Autónomas el número de unidades de psiquiatría en hospitales generales, las administraciones titulares de los mismos, el número de camas y los índices de camas por 100.000 habitantes.

En relación con las cifras que figuran en dicho cuadro, se ha de indicar que se han computado las camas correspondientes al tratamiento del alcoholismo o de las drogodependencias que se hallan incluidas en las unidades de psiquiatría de hospitales generales, salvo si conforman una unidad físicamente diferenciada. Por el contrario, no se han computado las camas de corta estancia ubicadas en los hospitales psiquiátricos, que se toman en consideración en el apartado relativo a estos hospitales.

El análisis de los datos por Comunidades Autónomas revela que hay áreas que carecen de unidad de hospitalización psiquiátrica, lo que fuerza a producir los ingresos en circunscripciones territoriales diferentes.

En cuanto al número de camas existentes, las mismas ascienden, en el momento de elaboración del presente informe, a 2.379, lo que representa un índice de 6,10 camas por 100.000 habitantes.

No obstante, es preciso tener en cuenta que en la indicada cifra se han incluido no solo las camas de estancia breve, sino también las de larga estancia, como sucede con el Hospital Provincial de Castellón (30 camas de corta estancia y/

CUADRO N° 2.- UNIDADES DE PSIQUIATRIA EN HOSPITALES GENERALES (Año 1991)

CC. AA.	N° HOSPITALES	TITULARIDAD	N° CAMAS	POBLA. DE HECHO	INDICE CAMAS 100.000 HAB.
Andalucía	16	Servicio Andaluz de Salud	467	6.963.116	6,71
Aragón	4	Diputación. Insalud	89	1.212.025	7,34
Asturias	5	Insalud	75	1.096.155	6,84
Baleares	3	Consell Insular	28	739.501	3,79
Canarias	2	Cabildos Insulares	24	1.601.812	1,50
Cantabria	1	Insalud	48	526.866	9,11
Cast.-La Mancha	6	Junta. Diputación. Insalud	147	1.644.401	8,94
Castilla y León	12	Junta. Diputación. Insalud	262	2.556.316	10,25
Cataluña	11	Diputación. Ins. Cata. Salud y Ayto.	393	6.008.245	6,54
Extremadura	2	Insalud	41	1.045.201	3,92
Galicia	5	Diputación. Servicio Gallego Salud	75	2.700.288	2,78
Madrid	5	Comunidad Autónoma. Insalud	289	4.935.642	5,86
Murcia	1	Comunidad Autónoma	23	1.046.561	2,20
Navarra	2	Gobierno Navarro	54	521.940	10,35
País Vasco	4	Servicio Vasco Salud	162	2.099.978	7,71
La Rioja .	1	Comunidad Autónoma	22	265.823	8,28
Cdad. Valenciana	3	Diputación. Serv. Valenciano Salud	141	3.898.241	3,62
Ceuta y Melilla	2	Insalud	39	137.070	28,43
TOTAL:	85		2379	38.999.181	6,10

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

85 de larga estancia), así como con el Hospital "Rodríguez Chamorro", de Zamora, que atiende indistintamente a enfermos agudos y a enfermos crónicos.

De acuerdo con los datos contenidos en el cuadro nº 3, en el período 1973-1991 se ha pasado de 1236 camas a 2.379, lo que supone un incremento del 92,48%

3.3.3.3. Evaluación de la situación actual.

Un conocimiento cabal de este aspecto fuerza a hacer una referencia somera a cada una de las Comunidades Autónomas, en cuanto a las características de las estructuras hoy existentes y a la programación referida al establecimiento de nuevas unidades.

A estos efectos, se clasifican las referidas Comunidades en base a la suficiencia de sus estructuras y las previsiones de que dispongan para paliar las carencias hoy existentes.

En un primer grupo podrían incluirse aquellas Comunidades Autónomas, que en el curso de la ejecución de las medidas previstas en sus respectivos planes de salud mental, disponen ya de un significativo número de camas en unidades ubicadas en hospitales generales. En este grupo podría incluirse a Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, País Vasco y La Rioja.

CUADRO N° 3.- VARIACION DE CAMAS PSIQUIATRICAS EN HOSPITALES GENERALES

CC. AA.	CAMAS EN 1973 (*)	CAMAS EN 1991(**)	VARIACION 1973-1991
Andalucía	90	467	+ 377
Aragón	14	89	+ 75
Asturias	0	75	+ 75
Baleares	0	28	+ 28
Canarias	36	24	- 12
Cantabria	72	48	- 24
Castilla-La Mancha	110	147	+ 37
Castilla y León	128	262	+ 134
Cataluña	157	393	+ 236
Extremadura	13	41	+ 28
Galicia	22	75	+ 53
Madrid	255	289	+ 34
Murcia	0	23	+ 23
Navarra	15	54	+ 39
País Vasco	106	162	+ 56
La Rioja	0	22	+ 22
Cdad. Valenciana	218	141	- 77
Ceuta y Melilla	0	39	+ 39
T O T A L	1236	2379	+ 1143

Fuente: (*) Ayuso y Calvé: "La psiquiatría en el Hospital General", Madrid, Paz Montalvo, 1976.

(**) Datos proporcionados por las CC.AA.

En Andalucía, las unidades de salud mental en hospitales generales alcanzan la cifra de 16, con un total de 467 camas, distribuidas en los siguientes hospitales:

<u>PROVINCIA/HOSPITAL</u>	<u>Nº DE CAMAS</u>
Almería/	
Torrecárdenas I	15
Torrecárdenas II	25
Cádiz/	
Puerto Real	28
Punta Europa	30
Córdoba/	
Reina Sofía I	25
Reina Sofía II	15
Granada/	
Virgen Nieves	30
San Cecilio	30
Huelva/	
Alonso Vega	50
Jaén/	
Princesa España	40
Málaga/	
Carlos Haya	18
Clínico	30
Sevilla/	
Virgen Valme	22
Virgen Rocío	20
Virgen Macarena	59
San Lázaro	30

En hospitales psiquiátricos, únicamente existe unidad de corta estancia en el de Granada, con 26 camas, si bien próximamente será trasladada al hospital general.

Por otra parte, es de resaltar que, entre los objetivos establecidos por la Junta de Andalucía se encuentra el de dotar a la Comunidad de 23 unidades de salud mental en otros tantos hospitales generales, lo que supondría un total de 550 camas, alcanzándose un índice de 8 camas por 100.000 habitantes.

En Aragón, existen 4 unidades, con un total de 89 camas, distribuidas en la siguiente, forma:

- Hospital Provincial Huesca.....	30 camas
- Hospital Provincial "Nuestra Señora de Gracia".- Zaragoza...	8 camas
- Hospital Clínico Universitario.- Zaragoza.....	30 camas
- Hospital "Royo Villanova". Zaragoza.....	21 camas

En Asturias, desde octubre de 1989, la totalidad de los ingresos se produce en unidades de hospitales generales, situadas en cinco de las ocho áreas sanitarias.

La dotación de unidades existentes asciende a 75 camas, distribuidas en 5 hospitales:

Area	Hospital	Nº Camas
III (Avilés)	de la Caridad	15
IV (Oviedo)	General de Asturias	20
V (Gijón)	de Jove	20
VII (Mieres)	Alvarez Buylla	10
VIII (Langreo)	Valle del Nalón	10

Carecen de unidades de hospitalización las siguientes áreas: Luarca, Cangas de Narcea y Arriondas.

En Cantabria, la unidad de agudos del Hospital General "Marqués de Valdecilla" dispone de 48 camas, lo que es superior a la capacidad recomendada como dimensión máxima para estas unidades en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

En Castilla-La Mancha, el número de camas en unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales, se eleva, de conformidad con la información facilitada en su momento por la Consejería de Sanidad, a 147, distribuidas del siguiente modo:

<u>UBICACION</u>	<u>DEPENDENCIA</u>	<u>Nº DE CAMAS</u>
Hospital General Albacete	D. Provincial	22
Hospital Gral. Ciudad Real	D. Provincial	30
Hospital General Cuenca	Insalud	9
Hospital Gral. Guadalajara	D. Provincial	28
Hospital Provincial Toledo	D. Provincial	31
Unidad Talavera Reina	Consejería Sanidad	27

Respecto de estos datos, es preciso destacar que en el año 1983 únicamente existía una unidad de hospitalización de corta estancia fuera del dispositivo clásico del hospital psiquiátrico.

En Castilla y León existen 12 unidades de psiquiatría en hospital general, a saber:

- Avila	(12 camas)
- Burgos	(67 camas)
- Palencia	(15 camas)
- Salamanca	(30 camas)
- Segovia	(19 camas)
- León	(20 camas)
- Valladolid (Este)	(24 camas)
- Ponferrada	(3 camas)
- Soria	(22 camas)
- Zamora	(50 camas)

A reseñar que las cifras correspondientes a Burgos, incluyen el Hospital "General Yagüe", del Insalud, y el Hospital "Divino Vallés", de la Diputación. Asimismo, las relativas a Palencia incluyen 7 camas del Hospital "Río Carrión" y 8 camas del Hospital Provincial "San Telmo".

No obstante, se presentan las siguientes particularidades:

Soria: la unidad en el Hospital del Insalud está a punto de iniciar su actividad. Se plantean, no obstante, problemas en cuanto a la cobertura de la plaza de psiquiatría.

Valladolid Oeste: está prevista su instalación en el Hospital "Del Río Hortega". Transitoriamente, funciona en el Hospital Psiquiátrico.

Ponferrada: la unidad actual dispone tan sólo de 3 camas. Se prevé su ampliación en el nuevo hospital que se encuentra en construcción.

Zamora: la unidad del Hospital "Rodríguez Chamorro", no se acomoda a lo previsto en el plano normativo, ya que atiende indistintamente a enfermos agudos y a enfermos crónicos. La creación de una nueva unidad tropieza con la dificultad de la falta de espacio en el Hospital del Insalud. Se prevé, en consecuencia, la diferenciación entre una unidad de rehabilitación activa y una unidad de atención a enfermos agudos en el mismo Hospital "Rodríguez Chamorro", de la Diputación Provincial.

En Navarra, cada una de las dos áreas en que se divide la Comunidad Foral a efectos de salud mental dispone de su respectiva unidad de psiquiatría en hospital general. Estas unidades forman hoy parte del Complejo Hospitalario de Navarra. Cada una cuenta con 27 camas.

El País Vasco cuenta con 4 unidades de corta estancia en hospitales generales, con un total de 162 camas, cuya distribución es la siguiente:

Hospital de Basurto	32 camas
Hospital de Galdácano	32 camas
Hospital de San Sebastián	66 camas
Hospital Santiago, de Vitoria	32 camas

Sobre estos datos puede llamarse la atención sobre la capacidad del Hospital de San Sebastián, notablemente superior

a la recomendada en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

La Rioja dispone de una unidad en el Hospital General de Logroño con 22 camas, desde el 1-7-88. Está prevista su ampliación, que incorporará tres camas más, lo que permitirá paliar, al menos parcialmente, el elevado índice de ocupación actual, cifrado en un 91%.

En un segundo grupo podrían incluirse aquellas Comunidades Autónomas, en las que, aún existiendo unidades de corta estancia en hospitales generales, el peso de este tipo de asistencia recae significativamente en las unidades de admisión de los hospitales psiquiátricos, si bien en los planes de salud o instrumentos planificadores se han previsto medidas para superar tal situación (Canarias, Galicia, Madrid, Murcia y Comunidad Valenciana).

En Canarias, existen 2 unidades con un total de 24 camas (Hospital General de Lanzarote, 8 camas; y Hospital Universitario de La Laguna, 16 camas).

En Galicia, las unidades de psiquiatría de hospitales generales alcanzan el número de 5, con un total de 75 camas, situadas en:

- Hospital Xeral - Santiago de Compostela	15 camas
- Hospital de Pontevedra - Pontevedra	14 camas
- Hospital Meixueiro - Vigo	22 camas
- Hospital de Calde - Lugo	18 camas
- Hospital "San José" - Lugo	6 camas

La señalada dotación pone de relieve una escasa implantación de estas unidades y un índice camas/100.000 habitantes particularmente bajo: 2,78.

Por el contrario, es de señalar que el Hospital Psiquiátrico de Conxo dispone de 106 camas de enfermos agudos.

No obstante, se encuentra prevista la apertura de dos unidades de hospitalización psiquiátrica, una en La Coruña y otra en Orense.

El "Documento de Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental" (junio 1987), diseña este tipo de estructura en base a las siguientes características:

"Formarán parte de los hospitales generales, si bien mientras no se desarrolle toda la red podrán estar ubicadas en los actuales hospitales psiquiátricos, en unidades diferenciadas del régimen asilar. Cada unidad atenderá a una población que oscilará entre 150.000 y 250.000 habitantes, si bien en algún caso excepcional podrá rebasarse esta última cifra. Como criterio orientativo se establece la necesidad de 1 cama

por cada 10.000 habitantes. El número de camas de cada unidad oscilará entre 15 y 30. Sus funciones serán el tratamiento de los pacientes internados; la psiquiatría de enlace y la interconsulta; la cobertura y el apoyo a las situaciones de urgencia; y la docencia y la investigación".

En la Comunidad de Madrid, el número de unidades de psiquiatría de hospitales generales es de 5, con un total de 289 camas, tal y como se señala a continuación:

<u>HOSPITAL</u>	<u>NUMERO CAMAS</u>
H. Ramón y Cajal	28
H. Gregorio Marañón	145
H. Clínico Universitario	80
H. La Princesa	14
H. "12 de Octubre"	22

Por otra parte, y a fin de completar el número de camas de enfermos agudos, es preciso tener en cuenta la existencia de 209 camas de esta naturaleza, ubicadas en el Hospital Psiquiátrico de Madrid y en el Instituto Psiquiátrico "José Germain", de Leganés.

En el año 1987, y previo acuerdo entre la Comunidad Autónoma y el Instituto Nacional de la Salud, se procedió a la distribución de los ingresos entre las referidas unidades de hospitalización breve, por lo que hoy en día todos los

distritos disponen de un hospital de referencia para los ingresos de corta estancia.

La previsión de creación de nuevas unidades se cifra en:

- Hospital General de Alcalá .	25 camas
- Un Hospital, a definir, para la atención del área 4	25 camas
- Hospital "La Paz"	30 camas
- Un Hospital, a definir, para la atención, compartida con el anterior, del área 5	30 camas
- Hospital "Puerta de Hierro"	25 camas
- Hospital General de Móstoles	30 camas
- Hospital Severo Ochoa	25 camas
- Hospital General de Getafe .	20 camas
- Dos Hospitales, a definir, para la atención, compartida con el anterior, del área 11	10 camas

En la Región de Murcia existe únicamente una unidad de psiquiatría en hospitales generales (Hospital General de Murcia, con 23 camas, una de ellas destinada a desintoxicación).

No obstante, es de significar que el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" es un centro de corta-media estancia, dado que los enfermos crónicos están atendidos en el Centro Residencial "Luis Valenciano".

La equiparación, a efectos de asistencia de corta estancia, entre la unidad del Hospital General y el Hospital "Román Alberca" viene dada por el hecho de la distribución sectorial, entre ambos, de la población a atender. Así, corresponde al Hospital General el área de Salud 1, salvo 7 zonas de salud, y al Hospital "Román Alberca" las restantes áreas más las 7 zonas indicadas.

En cuanto a las previsiones sobre este tipo de estructura, es de precisar:

- * Que el Hospital de Lorca, dispone de una unidad de 12 camas, que todavía no ha entrado en funcionamiento.
- * Que existe un proyecto de instalar una unidad de corta estancia en el Hospital de La Caridad, de Cartagena (privado concertado), con una capacidad de 18-20 camas.
- * Que, en la actualidad, está en fase de construcción una unidad de 25 plazas, en el Hospital "Virgen de la Arrixaca", de Murcia.

En la Comunidad Valenciana, el número de unidades de psiquiatría de hospitales generales es de 3, con un total de 141 camas, ubicadas en los hospitales siguientes:

- Hospital Provincial de Castellón ..	115 camas
- Hospital Clínico de Valencia.....	18 camas
- Hospital de Alcoy.....	8 camas

No obstante, es preciso señalar que de las 115 camas del Hospital Provincial de Castellón, únicamente 30 se dedican a corta estancia.

Para el establecimiento de la atención psiquiátrica en los hospitales generales, se ha seguido un doble modelo. Cuando se prevén menos de 11 camas, se integra dentro de la unidad de medicina interna, siendo atendida por el personal de este servicio, con un refuerzo de enfermería y de auxiliares (por ej., Hospital de Alcoy). En el caso de que se prevean 11 o más camas, se establecen unidades específicas de salud mental, con personal dedicado en exclusiva a este tipo de asistencia (vgr. Hospital Clínico de Valencia).

Las previsiones para la constitución de nuevas unidades en hospitales generales son las siguientes:

H. de Vinaroz (Area 1)	5 camas
H. de Sagunto (Area 4)	7 camas
H. de Arnau Vilanova, de Valencia (Area 5)	11 camas
H. de Requena (Area 6)	3 camas
H. La Fe, de Valencia (Areas 7, 11 y 13)	25 camas
H. General, de Valencia (Areas 8 y 10)	25 camas
H. Pesset, de Valencia (Areas 9 y 14)	11 camas
H. de Gandía (Area 15)	7 camas
H. de Játiva (Area 16)	7 camas
H. de Denia (Area 17)	7 camas
H. de Villajoyosa (Area 18)	7 camas
H. de Elda (Area 20)	13 camas
H. General de Alicante (Area 21)	22 camas
H. de Elche (Area 23)	13 camas
H. de Orihuela (Area 24)	13 camas

De estas previsiones, se esperaba establecer a lo largo del año 1991 las unidades en los hospitales de Sagunto, Arnau de Vilanova, General de Valencia, Denia, Villajoyosa y Orihuela, lo que supondría 70 camas nuevas.

Por otra parte, los Hospitales Psiquiátricos de Bétera (Valencia) y "Santa Faz" (Alicante) incluyen, dentro de las estructuras, unidades para enfermos agudos, que alcanzan un total de 180 camas.

Es de resaltar, no obstante, la lentitud en el establecimiento de unidades de psiquiatría en los hospitales

generales, circunstancia que produce que muchas áreas no dispongan aún de camas de esta especialidad en su hospital de referencia.

El plan de salud mental para la Comunidad Valenciana, del año 1991, reconoce como una de las disfunciones para la implantación del modelo comunitario en salud mental el escaso crecimiento numérico de unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. Por ello entre las acciones que define se incluye el completar dicha red de unidades de estancia breve, en base a las siguientes características: ubicación en el hospital general; el personal facultativo será el del área de salud, que atenderá estas unidades mediante sistema rotatorio entre ellos; el personal auxiliar sanitario se establece en base a la capacidad de estas unidades (6 ATS y 6 Auxiliares hasta 10 camas y 1 supervisor, 8 ATS y 8 Auxiliares por encima de tal dotación); las previsiones se cifran en 7 camas por 100.000 habitantes

En el tercer grupo pueden incluirse aquellas Comunidades, en las que la demanda asistencial generada por enfermos agudos es asumida fundamentalmente por las unidades de admisión o de corta estancia de los hospitales psiquiátricos, sin que existan previsiones para superar o modificar tal estructura (Baleares, Cataluña y Extremadura).

Baleares dispone de tres hospitales generales con unidades de psiquiatría, en Mallorca, Menorca e Ibiza. La unidad de Palma no tiene camas, existiendo 14 en Ibiza y 10 en Menorca para enfermos agudos. Hay que citar asimismo un centro de salud mental, con 4 camas, ubicado en el Hospital General de Ciudadela.

Los ingresos del área de Mallorca se producen en el Hospital Psiquiátrico, que dispone de una unidad de 90 camas.

Por otra parte, es de señalar que entre las propuestas generales de actuación contenidas en el plan de salud mental, elaborado por el Gobierno Balear, se encuentra la de mantener la unidad de agudos en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, si bien se destaca la necesidad de adscribir progresivamente esta unidad de agudos al Hospital General del Consell Insular de Mallorca.

En Cataluña existen un total de 933 camas de agudos o de corta estancia, 393 de ellos en hospitales generales y en una institución psiquiátrica municipal y el resto en hospitales psiquiátricos.

Las unidades de corta estancia de los hospitales e institución psiquiátrica municipal, así como el número de camas de cada una de ellas, es el siguiente:

- Hospital de Lérida	40
- Hospital de Igualada	8
- Hospital de Bellvitge	35
- Clínica T. Malgrat	30
- Hospital de Tarrasa	40
- Hospital de Manresa	18
- Hospital Clínico	45
- Hospital del Mar	12
- Institución Psiquiátrica Municipal .	80
- Hospital San Pablo	30
- Hospital San Gervasio	55

Sobre los datos expuestos y referidos a red de adultos, cabe añadir la existencia de unidades de psiquiatría infantil en los Hospitales "Valle de Hebrón", Clínico y "San Juan de Dios". Asimismo, y en base a una política de concertos, se dispone de dos centros privados de terapias específicas en Barcelona.

Por otra parte, debe señalarse que la inclusión de esta Comunidad en este tercer apartado, se efectúa no tanto por el número de unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, cuanto por el hecho de que el mayor número de camas para la atención de enfermos agudos se concentra en los hospitales psiquiátricos.

Asimismo, tal inclusión obedece, al hecho de que la Comunidad no prevé, dentro de la planificación de recursos, superar la señalada estructura.

En Extremadura únicamente se dispone de 2 unidades de psiquiatría en hospitales generales (Hospital "Infanta Cristina" de Badajoz con 20 camas; y Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres, con 21 camas), mientras que el número total de camas de corta estancia ubicadas en los dos hospitales psiquiátricos de la Comunidad alcanza el número de 190.

Es menester destacar, por otra parte, la inexistencia de previsiones en orden a superar tal situación.

Por último, debe señalarse la existencia de dos unidades de psiquiatría en hospitales generales en Ceuta y Melilla, que cuentan con 19 y 20 camas respectivamente.

3.3.4. Hospitales psiquiátricos.

3.3.4.1. Consideración general.

Hasta hace relativamente pocos años el peso fundamental de la asistencia psiquiátrica dispensada a la población española recaía, casi exclusiva y separadamente del resto de la estructura sanitaria, sobre los hospitales psiquiátricos o manicomios, instituciones que, en no pocos casos, ejercían funciones distintas de las estrictamente sanitarias o específicamente psiquiátricas, presentando un apreciable número de los establecimientos graves carencias estructurales, tanto materiales como de recursos personales especializados en salud mental, que conllevaban efectos negativos, tales como hospitalización prolongada y, por ende, aislamiento del medio social, masificación, atención indiferenciada a problemas diversos, etc.

Frente a esta situación, el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica se inspira en la idea de la transformación psiquiátrica, resaltando la necesidad de ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad.

En concreto, el referido Informe determina, entre otros aspectos, la necesidad de establecer planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, añadiendo que dichos planes han de simultanear acciones de orden interno o propiamente hospitalarias y otras alternativas de orden externo.

Al mismo tiempo, se requiere de cada hospital un proyecto de cambio donde se tome en consideración:

- La reducción progresiva del número total de camas.
- El incremento de las posibilidades de desinstitucionalización de su población hospitalizada, mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios de rehabilitación o reinserción social que faciliten su vuelta al medio socio-familiar o su integración en los nuevos recursos sociales y socio-sanitarios que se vayan creando para la atención de estas personas.
- La formación y actualización de conocimientos de sus profesionales, movilizándolo los recursos humanos y reorientándoles hacia otras actividades y unidades asistenciales.

Entre las acciones desarrolladas para poner en práctica los criterios recogidos en la Ley General de Sanidad y en el Informe de la Comisión Ministerial, varias Comunidades Autónomas han puesto en marcha proyectos de cambio para la transformación de los hospitales psiquiátricos, si bien tales proyectos presentan distinta configuración y alcance según se trate de una o de otra Comunidad, mientras que otras no han iniciado línea de reforma alguna, permaneciendo con la estructura tradicional.

3.3.4.2. Distribución de camas de hospitales psiquiátricos.

En primer término, es preciso señalar la significativa transformación que, con carácter general y en los últimos años, están experimentando estos servicios psiquiátricos, en el marco de la prevista superación o modificación de este tipo de estructuras.

No obstante, el hospital psiquiátrico sigue siendo el eje de la asistencia psiquiátrica y el principal dispositivo en materia de salud mental en algunos ámbitos territoriales, sin que se haya variado sustancialmente su estructura tradicional (vgr. Baleares, Cantabria, Canarias, Extremadura y Cataluña, si bien esta última simultánea el paulatino desarrollo de sistemas de atención comunitarios con hospitales psiquiátricos sin transformar).

Las modificaciones a que anteriormente se ha hecho referencia han producido un progresivo y acusado descenso, tanto del número de hospitales psiquiátricos como del número de sus camas (cuadros núms. 4 y 5)

CUADRO N° 4.- HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y CAMAS EN
FUNCIONAMIENTO: EVOLUCION (1978-1991) (*)

AÑO	N° HOSPIT. PSIQUIATRICOS	CAMAS EN FUNCIONA.	VARIACION N° CAMAS
1978	114	41.942	100,--
1979	111	41.469	98,87
1980	109	40.364	96,23
1981	109	38.739	92,36
1982	113	37.725	89,94
1983	111	35.273	84,09
1984	101	33.817	80,62
1985	103	32.683	77,92
1986	98	30.084	71,72
1987	98	29.018	69,18
1991	97	23.282	55,51

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, censo de establecimientos Año 1987 (por lo que se refiere a los datos 1978-1987) y datos facilitados por las CC.AA. (por lo que respecta al año 1991).

Observaciones:

(*) Incluye sólo hospitales psiquiátricos de larga estancia.

CUADRO N° 5.- DISTRIBUCION DE CAMAS DE HOSPITALES
PSIQUIATRICOS: EVOLUCIÓN POR COMUNIDADES AUTONOMAS 1986-1991

COMUNIDAD AUTONOMA	AÑO 1986 (*)N° HOSP. TOTAL CAMAS		AÑO 1991 (**)N° HOSP.TOTAL CAMAS		% VARIACION 86-91 NUMERO CAMAS
	Andalucía	12	3.575	12 (***)	
Aragón	7	1.844	7	1.511	- 18,05
Asturias	4	663	4	330	- 50,22
Baleares	1	484	1	550	+ 13,63
Canarias	4	1.016	4	1.037	+ 2,06
Cantabria	2	539	2	649	+ 20,40
C. La Mancha	5	782	5	690	- 11,76
Cas. León	10	4.264	9	3.457	- 18,92
Cataluña	16	5.828	13	4.514	- 22,54
Extremadura	2	1.410	2	1.329	- 5,74
Galicia	13	1.512	10	1.306	- 13,62
Madrid	13	3.339	8	2.494	- 25,30
Murcia	2	700	2	159	- 77,29
Navarra	3	985	3	571	- 42,03
País Vasco	8	1.879	8	1.842	- 1,96
Rioja	1	544	1	324	- 40,44
C. Valencia	5	1.338	4 (***)	720	- 46,19
TOTAL PAR.	108	30.702	95	22.879	- 25,48
H. P. Penite	-	-	2	403	-
TOTAL GRAL	108	30.702	97	23.282	- 24,17

Fuente: (*) Instituto Nacional de Estadística, censo de establecimientos año 1987.

(**) Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

Observaciones:

(***) Sin incluir Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

De este modo observamos que, en el período 1978-1991, la reseñada evolución decreciente se traduce en la supresión de 17 hospitales psiquiátricos, lo que representa un descenso del 15% y de 18.660 camas, significando una minoración del 44%.

En el período 1986-1991, la reducción a que estamos haciendo referencia alcanza la cifra de 11 hospitales (10,00%) y 7.420 camas (24%).

Para la mejor comprensión de los cuadros elaborados, se ha de indicar que en el primero de ellos se incluyen únicamente los hospitales de larga estancia, mientras que en el segundo se refiere también a los hospitales con camas de estancia breve.

Por otra parte, es preciso resaltar las notables diferencias territoriales, tanto en la dotación como en la evolución de estos recursos, siendo de destacar que en las Baleares, Canarias, Extremadura y el País Vasco el número total de camas de los hospitales psiquiátricos apenas han sufrido variación alguna en los últimos seis años, e incluso en Cantabria ha experimentado un apreciable incremento.

La clasificación de las camas de los hospitales psiquiátricos, en función de su dependencia administrativa y del tamaño de los centros, ha experimentado, igualmente, una notable evolución (cuadros núms. 6 y 7).

En este aspecto, es menester subrayar la profunda transformación que, en relación con su capacidad, han experimentado los hospitales psiquiátricos, de modo que en el

CUADRO N° 6.- DISTRIBUCION DE LAS CAMAS DE HOSPITALES
PSIQUIATRICOS SEGUN DEPENDENCIA

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	AÑO 1975 (*)				AÑO 1991 (**)			
	N°	%	N° CAMAS	% CAMAS	N°	%	N° CAMAS	% CAMAS
AISNA	7	6	228 9	5,3	-	-	-	-
C. AUTONOMAS	-	-	-	-	22	23	4294	18,5
M° DE JUSTICIA	1	1	198	0,5	2	2	403	1,7
DIPUTACIONES	37	31	235 92	55,0	26	27	8611	37,0
MUNICIPIOS	2	2	174	0,5	1	1	80	0,3
PRIVADOS	70	60	166 04	38,7	46	47	9894	42,5
TOTALES	117	100	428 58	100	97	100	23282	100

Fuente: * Bases para una política sanitaria en salud mental. Madrid PSOE - 1982.

** Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

CUADRO N° 7.- DISTRIBUCION DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS
SEGUN NUMERO DE CAMAS

NUMERO CAMAS	NUMERO HOSPITALES AÑO 1975 (*)	NUMERO HOSPITALES AÑO 1991 (**)
Menos de 100	50	37
Entre 100 y 500	19	46
Entre 501 y 1000	14	13
Más de 1000	34	1

Fuente: (*) Bases para una política sanitaria en salud mental. Madrid PSOE - 1982.

(**) Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

año 1975 existían 34 hospitales con más de 1.000 camas, cifra que no parece idónea para este tipo de centros, mientras que, en el año 1991, únicamente existía un hospital de estas características (Hospital Psiquiátrico "San José", de Ciempozuelos-Madrid, con 1008 camas).

Al mismo tiempo, otra de las características de la asistencia psiquiátrica es su tradicional dispersión administrativa, es decir, que los hospitales psiquiátricos dependen de diversas administraciones públicas, con diferente evolución histórica y estructura funcional.

Por otra parte, y por lo que a la población internada en hospitales psiquiátricos se refiere, en el cuadro núm. 8 se detalla, por Comunidades Autónomas, el número de enfermos ingresados en cada uno de ellos.

3.3.4.3. Hospitales psiquiátricos del sector público: Volumen de recursos.

En base a los datos facilitados por las Comunidades Autónomas, en el cuadro nº 9 se detallan por ámbitos territoriales, el número de hospitales psiquiátricos públicos y su titularidad, número de camas y número de enfermos ingresados.

De este cuadro se desprende que existe un total de 51 hospitales psiquiátricos públicos, con 13.388 camas y 11.235 enfermos, cuya titularidad corresponde a las Comunidades Autónomas (22 hospitales), a las Diputaciones Provinciales (27

CUADRO N° 8.- ENFERMOS INTERNADOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS
EN 1991

COMUNIDAD AUTONOMA	NUMERO HOSPITALES	TOTAL CAMAS	TOTAL ENFERMOS
Andalucía	12	1.396	1.360
Aragón	7	1.511	1.191
Asturias	4	330	249
Baleares	1	550	398
Canarias	4	1.037	917
Cantabria	2	649	426
Castilla-Mancha	5	690	625
Castilla-León	9	3.457	3.097
Cataluña	13	4.514	4.216
Extremadura	2	1.329	1.099
Galicia	10	1.306	856
Madrid	8	2.494	2.275
Murcia	2	159	130
Navarra	3	571	544
País Vasco	8	1.842	1.726
Rioja	1	324	236
C. Valenciana	4	720	613
TOTAL PARCIAL	95	22.879	21.145
H. P. Penitencia.	2	403	384
TOTAL GENERAL	97	23.282	21.529

Fuente: Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

CUADRO N° 9.- HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEL SECTOR PUBLICO. 1991

CC. AA.	N° HOSPITALES	TITULARIDAD	N° CAMAS ENFERMOS	NUMERO ENFERMOS
Andalucía	8	C.A.	616 (*)	616
Aragón	6	C.A. (1) y D.P.P. (5)	1.246	941
Asturias	1	C.A.	254	249
Baleares	1	Consell. Insu	550	398
Canarias	2	Cabildos	957	860
Cantabria	1	C.A.	314	99
Cast. Mancha	5	C.A. (1) y D.P.P.	690	(4)
Castilla León	5	D. Provinci.	1.747	1.456
Cataluña	3	D.P.P. (2) y Mu	1.128	1.045
Extremadura	2	Dip. Provin.	1.329	1.099
Galicia	4	C.A. (1) y D.P.P. (3)	1.110	856
Madrid	2	C.A.	607	518
Murcia	1	C.A.	129	100
Navarra	1	C.A.	438	412
País Vasco	4	C.A.	906	808
La Rioja	1	C.A.	324	236
C. Valenciana	2	D. Provinci.	640	533
TOTAL PARCIAL	49		12.985	10851
H.P. Penitenc.	2	M° Justicia	403	384
TOTAL GENERAL	51		13.388	11235

Fuente: Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

Observaciones:

(*) Se computan como n° de camas el n° de enfermos dado el proceso de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos.

hospitales), Municipios (1 hospital) y al Ministerio de Justicia (2 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios).

Por otra parte, es de destacar la diferente configuración, e incluso distinta función asistencial, de los hospitales psiquiátricos reseñados, habida cuenta que algunos de ellos asumen exclusivamente la asistencia de media y larga estancia, mientras que otros prestan asistencia, además, a enfermos agudos, al contar con unidades diferenciadas para estos pacientes.

Así, existen unidades diferenciadas para enfermos agudos en 23 de los 51 hospitales públicos existentes, es decir, en el 45% de estos centros (cuadro nº 10).

3.3.4.4. Hospitales psiquiátricos del sector público: recursos de media y larga estancia.

En el cuadro núm. 11 se ofrece el número de camas de media y larga estancia de los hospitales psiquiátricos públicos, dotación que, puesta en relación directa con el último censo de población efectuado (año 1991), permite determinar el índice de camas de este carácter por cien mil habitantes (cuadro núm. 12).

Excepción hecha de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios ubicados en Sevilla y Alicante, tal y como se consigna en los cuadros precedentes, existen un total de 48 hospitales psiquiátricos públicos con camas de media y larga estancia, que cuentan con un total de 11.535 camas de esta naturaleza, cuya titularidad corresponde a las Comunidades --

CUADRO N° 10.- HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS CON UNIDADES
DE CORTA ESTANCIA EN 1991

CC.AA.	N° UNIDADES	N° CAMAS
Andalucía	1 (*)	26
Aragón	1	5
Asturias	0	0
Baleares	1	90
Canarias	2	95
Cantabria	0	0
Castilla la Mancha	0	0
Castilla y León	2	51
Cataluña	3	273
Extremadura	2	190
Galicia	3 (**)	136
Madrid	2	209
Murcia	1	54
Navarra	0	0
País Vasco	3	141
La Rioja	0	0
C. Valenciana	2	180
TOTALES	23	1.450

Fuente: Datos proporcionados por las CC.AA.

Observaciones:

- (*) Unidad del Hospital Psiquiátrico de Granada, que próximamente será trasladado al Hospital General.
- (**) Incluido el Hospital "Dr. Cabaleiro Goas" de Toen (Orense), que presta asistencia a enfermos agudos, si bien carece de unidad diferenciada para estos enfermos.

CUADRO N° 11.- HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS: CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN 1991

CC.AA.	N° HOSPITALES	N° CAMAS
Andalucía	8	590 (*)
Aragón	6	1.241
Asturias	1	254
Baleares	1	460
Canarias	2	862
Cantabria	1	314
C. La Mancha	5	690
Castilla y León	5	1.696
Cataluña	2	855
Extremadura	2	1.139
Galicia	4	974
Madrid	2	398
Murcia	1	75
Navarra	1	438
País Vasco	4	765
La Rioja	1	324
C. Valenciana	2	460
TOTALES (**)	48	11.535

Fuente: Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

Observaciones:

(*) Se computan como número de camas el número de enfermos, dado el proceso de desmantelamiento de hospitales psiquiátricos.

(**) Excluidos los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante.

CUADRO N° 12.- CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN HOSPITALES
PSIQUIATRICOS PUBLICOS: INDICE POR CIEN MIL HABITANTES

COMUNIDAD	POBLACION DE HECHO CENSO 1991	N° CAMAS MEDIA Y LARGA ESTAN.	INDICE POR 100.000 HA
Andalucía	6.963.116	590 (*)8,47	
Aragón	1.212.025	1.241	102,39
Asturias	1.096.155	254	23,17
Baleares	739.501	460	62,20
Canarias	1.601.812	862	53,84
Cantabria	526.866	314	59,69
C. Mancha	1.644.401	690	41,96
C. y León	2.556.316	1.696	66,34
Cataluña	6.008.245	855	14,23
Extremadu	1.045.201	1.139	108,97
Galicia	2.700.288	974	36,07
Madrid	4.935.642	398	8,06
Murcia	1.046.561	75	7,17
Navarra	521.940	438	83,92
País Vasco	2.099.978	765	36,44
La Rioja	265.823	324	121,89
C. Valenci.	3.898.241	460	11,80
TOTALES	38.999.181	11.535	29,58

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las CC.AA.

Observaciones:

(*) Se computan como número de camas el número de enfermos, dado el proceso de desmantelamiento de hospitales psiquiátricos iniciado en Andalucía.

Autónomas (22 hospitales) y a las Diputaciones Provinciales (26 hospitales). La diferencia entre los 51 hospitales públicos citados y los 48 que se reflejan en estos cuadros se debe a la exclusión de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, así como del Instituto Psiquiátrico Municipal de Barcelona, que, aún siendo un centro específico, únicamente dispone de camas de corta estancia.

Mención especial merece la notable variación existente, en relación con la dotación de camas de media y larga estancia, entre las diferentes Comunidades Autónomas, que no guarda relación directa con la población de cada una de ellas, infiriéndose de ello la falta de un denominador común en la planificación de recursos en materia de salud mental.

La reseñada variación ofrece resultados tan dispares como pueden ser, entre otros y a título de ejemplo, que Andalucía, Madrid, Murcia y la Comunidad Valenciana presenten unos índices de camas por 100.000 habitantes de 8,47, 8,06, 7,17 y 11,80, respectivamente, mientras que en Aragón, Extremadura y Rioja tales índices son 102,39, 108,97 y 121,89, respectivamente.

Por otra parte, y para una adecuada valoración de estos índices, es preciso tener en cuenta, además, el número de instituciones de este tipo de carácter privado, con camas concertadas en cada Comunidad Autónoma.

En el Catálogo Nacional de Hospitales (listado provisional a 31.12.1988), figuran 52 hospitales psiquiátricos, de carácter privado, con un total de 12.144 camas, si bien se observa en la descripción de aquellos

hospitales que mantienen concierto con las administraciones públicas una notable desactualización.

Igualmente, la señalada desactualización se produce en el número de estos hospitales. Así, según la información obtenida en las visitas efectuadas, se ha podido comprobar que alguno de los hospitales consignados en el repetido catálogo han dejado de funcionar con posterioridad al día 31.12.1988 (vgr. Sanatorio "Troncoso", de Orense; Instituto Psicológico "Dulce Nombre de María", de Málaga).

Pese a las dificultades reseñadas, y en base a la información facilitada por las diferentes Comunidades Autónomas, las camas de hospitales psiquiátricos privados, que mantienen concierto con la Administración se concentran, fundamentalmente, en Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Madrid y País Vasco. (cuadro nº 13).

El cómputo de estas camas de hospitales psiquiátricos privados concertados incide sensiblemente en el índice de camas de media y larga estancia por cien mil habitantes antes detallado, de modo que el índice resultante en Canarias sería de 58,80; en Cantabria de 113,50; en Castilla y León de 145,09; en Cataluña de 61,48; en Madrid de 25,73 y en el País Vasco de 79,00.

3.3.4.5. Transformación de los hospitales psiquiátricos.

Como se ha señalado anteriormente, algunas Comunidades Autónomas, de conformidad con las líneas establecidas en la Ley General de Sanidad y en el Informe de la Comisión

CUADRO N° 13.- CAMAS DE HOSPITALES PSIQUIATRICOS PRIVADOS
CONCERTADAS CON LA ADMINISTRACION

COMUNIDAD	CAMAS HOSPITALES PSIQUIATRICOS CONCERTADOS
CANARIAS	80
CANTABRIA	284
CASTILLA Y LEON	2.013 (*)
CATALUÑA	2.839
MADRID	872
PAIS VASCO	894 (**)

Fuente: Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

Observaciones:

(*) Pacientes procedentes de diferentes Comunidades Autónomas.

(**) Número de camas concertadas variable.

Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, han iniciado procesos de reforma, contando con planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación.

Tales planes se dirigen a superar el tradicional modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación para enfermos crónicos y la precariedad de recursos asistenciales comunitarios.

Por el contrario, otras Comunidades Autónomas, fundamentalmente aquellas que no han elaborado planes en materia de salud mental, mantienen los hospitales psiquiátricos con su tradicional estructura, sin haber iniciado proceso de transformación alguno de este tipo de centros, que siguen constituyendo el eje fundamental del modelo de atención.

Entre estas últimas Comunidades Autónomas, pueden citarse: Baleares (con 460 camas de larga estancia y 90 para enfermos agudos en Hospital Psiquiátrico); Cantabria (con 314 camas de larga estancia en hospital psiquiátrico público y 284 en hospitales psiquiátricos concertados); Canarias (con 862 camas de larga estancia y 95 para enfermos agudos en hospitales psiquiátricos); Cataluña (con un total de 3.694 camas de larga estancia y 613 de enfermos agudos en hospitales psiquiátricos públicos y privados concertados); Extremadura (con 1.139 camas de larga estancia y 190 de enfermos agudos en hospitales psiquiátricos).

En aquellas otras Comunidades, en las que, dentro de la reordenación de la asistencia en materia de salud mental, se han iniciado procesos de transformación de los hospitales

psiquiátricos, los planes de reforma difieren significativamente entre una y otra Comunidad, incluso dentro del ámbito de cada una de ellas.

Tal circunstancia, obliga a detallar, aunque sea someramente, las principales líneas de actuación iniciadas en esta materia por cada una de las Comunidades, habida cuenta la disparidad existente en aspectos sustanciales como pueden ser: integración de recursos; procesos de desinstitucionalización de enfermos; creación de recursos extrahospitalarios; reducción progresiva de camas de larga estancia y delimitación entre responsabilidades psiquiátricas y de otro carácter; creación de unidades de psiquiatría en hospitales generales, suprimiéndose los ubicados en los hospitales psiquiátricos, etc.

En Andalucía, la implantación del nuevo modelo supuso la articulación de tres tipos de actuaciones:

- El desmantelamiento de los ocho hospitales psiquiátricos mediante la desinstitucionalización del máximo número de pacientes ingresados y la transferencia a los servicios sociales de aquellos que no puedan alcanzar un nivel de autonomía adecuado.
- La implantación escalonada de la nueva red de servicios, previa decisión sobre el número de unidades y su dotación material y humana.
- El desarrollo, desde estos servicios, de un modelo de funcionamiento basado en la salud mental comunitaria.

A tal efecto, respecto de la evolución de la situación de los hospitales psiquiátricos, se procedió a clasificar a los usuarios, en función de la unidad asistencial que requerían, en los siguientes apartados:

- Unidad geriátrica, para pacientes mayores de 65 años, en orden a la posible transferencia a la red de servicios sociales.
- Unidad de deficientes mentales, para pacientes diagnosticados de oligofrenia, a los mismos efectos.
- Unidad de rehabilitación, para el resto de los pacientes.

Como traducción cuantitativa de ese proceso en la población internada en unidades de larga estancia, se puede constatar una disminución de la población hospitalizada en dichas unidades. Así, desde enero de 1984 a enero de 1990 han sido dados de alta 1.199 pacientes, tal y como se aprecia en el cuadro nº 14.

Al mismo tiempo se ha producido una acentuada reducción de los ingresos, con una baja presencia de nuevos pacientes entre la población institucionalizada.

CUADRO N° 14.- ANDALUCIA. EVOLUCION DE LA POBLACION INTERNADA
EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Almería	300	285	250	270	264	260	238
Cádiz	475	411	380	321	283	245	197
Córdoba	414	354	370	330	309	262	201
Granada	215	203	197	190	187	190	173
Huelva	100	88	53	47	41	36	34
Jaén	436	395	376	356	359	327	252
Málaga	241	224	215	185	166	155	141
Sevilla	790	712	686	664	619	576	536
TOTAL..	2.971	2.672	2.527	2.363	2.228	2.051	1.772

Fuente: Servicio Andaluz de Salud.

Dentro de este proceso de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, se programaron las siguientes líneas:

- La delimitación de competencias entre el sistema sanitario al que corresponderían, en términos generales, la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, y los servicios sociales, que serían responsables de actuaciones compensatorias de déficits sociales.
- La constatación de que el aspecto fundamental que caracteriza a la mayor parte de los componentes de los colectivos de internos ancianos y deficientes mentales en los hospitales psiquiátricos, es más la existencia de dificultades de reinserción social que la de problemas psiquiátricos susceptibles de tratamiento y rehabilitación (situación característica igualmente de una parte, más o menos importante, del resto de pacientes internados).
- La existencia de programas generales, en diferente grado de desarrollo, por parte de los servicios sociales, orientados tanto a la población anciana como, específicamente, a personas con minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales.

Tales líneas tuvieron su reflejo en la evolución de la población internada en hospitales psiquiátricos, tal y como anteriormente se ha señalado.

Por otra parte, el 1 de enero de 1991 se produjo la transferencia de competencias en materia sanitaria de las Diputaciones Provinciales a la Junta de Andalucía, fecha desde la que, en un plano teórico, los programas de atención a los deficientes y ancianos sin patología psiquiátrica activa pasan a depender de las áreas de servicios sociales de las Diputaciones, asumiendo el Servicio Andaluz de Salud las restantes.

No obstante lo expuesto, un significativo porcentaje de los pacientes que, en la actualidad, permanecen en los hospitales psiquiátricos de la Comunidad Andaluza son mas bien acreedores a asistencia de carácter social, con el oportuno apoyo de asistencia especializada en salud mental, tal y como consta en estudios llevados a cabo por especialistas, si bien permanecen en tales centros por la carencia de estos dispositivos sociales.

En Aragón, el panorama es distinto en las tres provincias, como consecuencia directa de la existencia de diferentes administraciones públicas con competencia en materia de salud mental, sin una estructura común que asuma un enfoque global.

La Diputación General de Aragón, en relación con el Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza, determinó, en fecha 27 de junio de 1987, que, a partir del 1 de julio siguiente, no se realizaran mas ingresos de enfermos en el hospital, centralizando los mismos, en lo sucesivo, en

la unidad de corta estancia que se creaba en el Hospital General "Royo Villanova", ello supuso una profunda transformación del centro, pasando de 521 camas a 391.

Paralelamente, una parte de los recursos, tanto materiales como personales, del centro fueron transferidos fundamentalmente a la citada unidad de corta estancia del Hospital "Royo Villanova" y a otros servicios comunitarios.

La reforma emprendida en la Comunidad Autónoma se dirige a la transformación del Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar" en distintas estructuras, estándose pendiente de proceder a su descatalogación como hospital psiquiátrico y a su conversión en centro asistencial de salud mental polivalente. Por el contrario, en el resto de hospitales psiquiátricos de la Comunidad apenas se han llevado a cabo transformaciones sustanciales.

Igualmente, en La Rioja se paralizaron el 1 de julio de 1988 los ingresos de enfermos en el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero, lo que supuso una profunda transformación del establecimiento, al suprimirse los ingresos, que fueron centralizados en el Hospital de Logroño, la unidad de admisión y las consultas externas, transfiriéndose parte de los recursos a la citada unidad de admisión.

En el Principado de Asturias, el proceso de reforma conllevó que, en octubre de 1989, se cerraran las unidades destinadas a la admisión de pacientes agudos del Hospital Psiquiátrico Regional, al completarse la red de unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, momento

desde el que todos los ingresos se producen en unidades de estos hospitales.

De otro lado, y de forma paralela, es de destacar el desplazamiento que se ha ido efectuando en la distribución del personal desde el espacio hospitalario –Hospital Psiquiátrico– hacia los centros de salud mental y otros servicios extrahospitalarios, en los que en la actualidad, se concentra la mayor parte de los profesionales sanitarios titulados.

Además, el eje de la asistencia psiquiátrica deja de ser el hospital psiquiátrico y se plantea que el mismo esté centrado en una estructura comunitaria, en concreto en el centro de salud mental, que domina y da carácter a la red asistencial.

Como consecuencia de ello, se produce una profunda transformación del Hospital Psiquiátrico Regional, que, de una situación de masificación, en la que el número de camas y enfermos rebasaba la cifra de 1.000 (año 1980), se ha pasado a 252 camas y 249 pacientes en el año 1991, minoración que debe ponerse en relación directa con el objetivo de superar esta estructura.

En Castilla-La Mancha, el proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos se ha encauzado en una doble dirección. Por una parte, a lograr que la totalidad de las unidades de corta estancia estén ubicadas fuera de los hospitales psiquiátricos y, por otra, a reducir el número de camas en funcionamiento en estos hospitales.

Por lo que al primer aspecto se refiere, es preciso destacar que, en el año 1983, únicamente existía una unidad de

hospitalización de corta estancia fuera del dispositivo clásico del hospital psiquiátrico. Con posterioridad se desglosan aquellas de los hospitales psiquiátricos, de modo que, en la actualidad, la totalidad de las unidades de corta estancia se encuentran ubicadas en hospitales generales.

Por lo que al número de camas de los hospitales psiquiátricos respecta, se ha producido una disminución importante, en el período 1983-1990, que se traduce una minoración del 55%, y de estancias en un 61%, como consecuencia, fundamentalmente, del trasvase masivo de dispositivos y personas atendidas en tales centros al área de servicios sociales, si bien apenas ha habido avances sustanciales en la creación de dispositivos alternativos a la hospitalización.

Similar proceso se ha desarrollado en la Región de Murcia, en donde de los 572 enfermos que se encontraban internados, en el año 1987, en el Hospital Psiquiátrico "Ramón Alberca", 486 pasaron a ser atendidos por el Instituto de Servicios Sociales de la Comunidad, a cuyo efecto se estableció el Centro Residencial "Luis Valenciano", con el objeto de acoger a los enfermos crónicos que venían siendo atendidos en el Hospital Psiquiátrico.

Con tal motivo, el recinto de este hospital fue dividido en dos partes, permaneciendo en una de ellas el Hospital Psiquiátrico "Ramón Alberca", mientras que el resto fue ocupado por el Centro Residencial "Luis Valenciano".

En Castilla y León, la reforma psiquiátrica iniciada se dirige, entre otros objetivos, a la reestructuración de los actuales hospitales psiquiátricos, a través del

establecimiento de áreas diferenciadas de atención, así como a la reducción progresiva del número de camas de larga estancia y a la promoción de nuevos recursos.

A tal efecto, se prevé la diferenciación de un área de atención sanitaria, cuya función será el tratamiento en régimen hospitalario de pacientes psiquiátricos, y un área residencial, cuya función predominante será la prestación de un servicio social. De este modo, existirán tres unidades: de forma transitoria, un área de hospitalización para pacientes con sintomatología aguda; también de forma transitoria, una unidad de rehabilitación para pacientes crónicos; un área residencial, destinada a pacientes que presentan, tras un largo período de institucionalización, déficits no susceptibles de recibir cuidados psiquiátricos continuados.

La transformación contemplada en el Plan de Salud Mental se ha ejecutado o se encuentra en curso de ejecución en la mayoría de los hospitales.

No obstante, los Hospitales "Santa Teresa" de Arévalo y "San Luis", de Palencia, no han procedido a efectuar la misma conforme a lo previsto en la normativa aplicable y en la planificación establecida. En cuanto al Hospital "Santa Isabel" de León, se ha procedido a recomendar su reconversión en la forma legalmente prevista. Por su parte el Hospital "San Salvador", de Dña, no ha procedido todavía a diferenciar claramente el área social y el área asistencial, así como a definir las unidades de rehabilitación activa.

En Galicia, la transformación de los hospitales psiquiátricos aparece reflejada en las "bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental", así como en el

Proyecto de Ley de Salud Mental de la Comunidad Autónoma, documentos en los que se hace especial hincapié, entre otras cuestiones, en la necesidad de proceder a la diversificación de recursos, de modo que el hospital psiquiátrico no sea el eje del sistema, sino uno de sus elementos, junto con los centros de salud mental, que serán el núcleo de los dispositivos.

En el citado Proyecto de Ley sobre salud mental en la Comunidad Autónoma de Galicia, que se encuentra en fase de tramitación parlamentaria, se enfatiza en la necesidad de realizar un proyecto de común transformación de los hospitales psiquiátricos, estableciéndose, como proyecto piloto, la transformación del Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén. No obstante lo expuesto, la referida transformación está pendiente de la aprobación de la citada norma.

En la Comunidad de Madrid, el modelo propuesto se basa, entre otros aspectos, en la ubicación de las unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, plasmando en la práctica el principio básico de la no discriminación del enfermo mental en relación con los otros enfermos, así como en la transformación de los hospitales psiquiátricos, potenciando las actividades rehabilitadoras y siendo el objetivo final de dicha transformación su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario o su reconversión en instituciones residenciales dependientes de los servicios sociales.

Dentro de la línea de transformación de los hospitales psiquiátricos, en 1982 se inició la reforma del Hospital Psiquiátrico de Madrid, procediéndose, en una primera fase, a una reorganización y distribución de espacios terapéuticos y diferenciándose e identificándose una unidad de

hospitalización breve y de urgencias, así como distribuyéndose, en una segunda fase, la población en unidades asistenciales diferenciadas.

Por lo que al Hospital Psiquiátrico de Leganés se refiere, una vez transferido a la Comunidad Autónoma se siguió avanzando en su transformación, determinándose que la hospitalización psiquiátrica de enfermos agudos fuera asumida por los hospitales generales de Leganés y de Móstoles, e iniciándose el desarrollo de un conjunto de programas alternativos al internamiento.

En relación con la asistencia psiquiátrica concertada, el objetivo prioritario fue el cambio de esta forma de tratamiento, determinándose la necesidad de reducir el número de camas concertadas, la progresiva desaparición de las existentes fuera de la Comunidad de Madrid y la reducción de la población asistida en estos centros que no presentase patología activa y que se encontrase ingresada por condicionamientos sociales. Fruto de ello, fue el progresivo descenso de la población atendida en este tipo de centros, que pasó de 2.568 personas, en el año 1982, a 961 personas, en el año 1987 y a 795 personas en el año 1991,

En lo que atañe al nuevo modelo de organización sanitaria de Navarra, en octubre de 1990 se produce el traslado de la unidad de hospitalización y del área de urgencia psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico al Hospital "Virgen del Camino".

Igualmente, prosigue en 1990 el proceso de desinstitucionalización iniciado en 1986, registrándose una disminución de las estancias del 11,4%, respecto al año 1989,

y reduciéndose el número de pacientes del Hospital Psiquiátrico de 631 en el año 1987 a 438 en el año 1990.

Dentro de la dinámica de transformación del hospital psiquiátrico, los objetivos se dirigen al establecimiento de un convenio de actuaciones entre el Departamento de Salud y el Instituto Navarro de Bienestar Social, para la apertura y cesión de la Residencia "San Fermín" (75 plazas geriátrico-asistidas) al Instituto, así como la asunción por éste de la atención, organización y gestión del área de deficientes mentales del Hospital Psiquiátrico, objetivo que, de conformidad con la información facilitada, se encuentra próximo a realizarse.

En el País Vasco, si bien existe un plan general según el cual los hospitales psiquiátricos deberán tender hacia su transformación en residencias psiquiátricas definidas por los aspectos de calidad de vida y de rehabilitación, las actuaciones desarrolladas se han dirigido al diseño de las unidades que, al menos funcionalmente, deben existir en los hospitales psiquiátricos, como fase previa a la transformación de dichos hospitales, todavía pendiente.

En la Comunidad Valenciana, la reforma se dirige, entre otros objetivos, al desarrollo de procesos de desinstitucionalización de pacientes crónicos y a la reducción de camas de esta naturaleza, proceso de transformación que ha adquirido especial relieve en las provincias de Castellón y de Valencia.

En este sentido, en el Hospital Psiquiátrico de Bétera los pacientes internados en las unidades de larga estancia pasan de 685 en el año 1985 a 185 en el año 1991. Por

el contrario, en la provincia de Alicante el proceso de desinstitucionalización es notablemente inferior, al contarse con un menor equipamiento alternativo a la hospitalización, que, en cualquier caso, es notoriamente insuficiente en toda la Comunidad Autónoma.

3.3.4.6. Población internada en hospitales psiquiátricos.

Una de las características más sobresalientes de la población internada en los hospitales psiquiátricos del sector público es la elevada edad media de estos pacientes (cuadro nº 15).

En efecto, de los datos que integran este cuadro se desprende el notable envejecimiento de la población internada en estos establecimientos, aspecto al que habría que añadir las discapacidades que presentan un notable número de estos enfermos.

Dentro de esta situación, destacan Asturias, Navarra y La Rioja, en las que aproximadamente el cincuenta por ciento de la población está próximo o supera los sesenta y cinco años de edad.

CUADRO N° 15.- RESIDENTES MAYORES DE 65 AÑOS INTERNADOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS

CC.AA.	PACIENTES DE MAS DE 65 AÑOS (%)
ANDALUCIA	28,00
ARAGON	34,07
ASTURIAS	57,00
BALEARES	33,00
CANARIAS	27,2
CANTABRIA	34,00
CASTILLA-LA MANCHA	20,50
CASTILLA Y LEON	36,40
CATALUÑA	n/d
EXTREMADURA	26,00
GALICIA	27,70
MADRID	29,03
MURCIA	7,00
NAVARRA	44,40
PAIS VASCO	36,80
LA RIOJA	46,50
C. VALENCIANA	20,08

Fuente: Datos facilitados por las CC.AA.

En base a los datos disponibles, similar circunstancia se produce en la población internada en hospitales psiquiátricos del sector privado. Así, en los establecimientos psiquiátricos de este carácter de Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Murcia y País Vasco el porcentaje de residentes mayores de 65 años es del 53,6 %, del 50,2%, del 53 %, del 37%, del 60% y del 32%, respectivamente.

Por otra parte, tan elevado promedio de edad ha obligado, en la práctica totalidad de los hospitales psiquiátricos, a habilitar zonas diferenciadas para estos enfermos, que precisan más asistencia de carácter somático que propiamente psiquiátrica.

Otra de las características que afecta a esta población es el notable número de años que permanecen internados en las instituciones, rasgo que, unido al envejecimiento, da a entender la temprana edad en la que ingresaron en los hospitales psiquiátricos (cuadro n° 16).

De los datos consignados, destaca el elevado porcentaje que, sobre el total de la población, representa el de aquellos pacientes ingresados durante más de veinte años, especialmente el correspondiente a Aragón, Canarias, Galicia, Navarra y La Rioja, que superan el 45%.

Tal circunstancia, es decir, la hiperinstitucionalización de los pacientes, da a entender la quiebra de la finalidad fundamental de este tipo de centros, que debe ser el de la rehabilitación y reinserción social de los enfermos.

CUADRO N° 16.- AÑOS DE INTERNAMIENTO DE LOS PACIENTES
INGRESADOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS

CC. AA.	1-10 AÑOS(%)	10-20 AÑOS(%)	MAS 20 AÑOS(%)
ANDALUCIA	25,00	32,00	40,00
ARAGON	25,80	17,60	45,00
ASTURIAS	-	7,10	-
BALEARES	22,60	19,00	38,20
CANARIAS	14,50	25,50	47,00
CANTABRIA	34,00	43,00	-
C. LA MANCHA	37,80	53,00	-
C. LEON	27,50	28,70	17,00
CATALUÑA	n/d	n/d	n/d
EXTREMADURA	-	54,00	-
GALICIA	21,40	18,80	46,70
MADRID	n/d	14,31	20,16
MURCIA	19,00	0	0
NAVARRA	6,00	21,30	71,60
PAIS VASCO	8,70	7,80	43,50
LA RIOJA	14,50	16,00	65,70
C. VALENCIANA	26,64	27,40	17,26

Fuente: Datos facilitados por las CC. AA.

Igualmente, y respecto de la población internada en los hospitales psiquiátricos privados, se observa que el internamiento se prolonga durante un elevado número de años (vgr. el 50% de los enfermos de Castilla y León y el 39,7 % del País Vasco superan los veinte años de internamiento).

Por otra parte, e independientemente de lo expuesto, es preciso destacar la existencia, en los hospitales psiquiátricos, de un elevado número de personas acreedoras a un tipo de asistencia distinta a la prestada en estos centros, fundamentalmente de carácter social.

En esta línea, y a título de ejemplo, es de destacar el reciente estudio llevado a cabo por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, relativo a la población internada en las unidades residenciales y rehabilitadoras de su ámbito territorial, que concluye:

- Que el 59,7% del total de internados gozan de total autonomía personal dentro del centro.
- Que el 51,8% de la población está diagnosticada de psicosis esquizofrénica, siguiendo en frecuencia el diagnóstico de retraso mental, que afecta al 23,1% de la población.
- Que el 70% de los tratamientos son biológicos, si bien frecuentemente no es este el único tratamiento.
- Que en el 42,2% no está justificada su estancia en estos centros, considerando que la mayoría

deberían ser atendidos en residencias, pisos protegidos o residencias asistidas.

- Que, en el 13% de los casos, su estancia si está justificada y se prevé que en el futuro puedan ser atendidos, fundamentalmente, en residencias o pisos protegidos.
- Que en el 44,8% de los casos también está justificada su estancia, y no parece existir posibilidad alguna de reinserción en la sociedad o en ningún tipo de dispositivo que no sean las unidades residenciales y rehabilitadoras.

3.3.5. Dispositivos intermedios y estructuras sociales.

3.3.5.1. Dispositivos intermedios.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, el objetivo general de los procesos de reforma psiquiátrica emprendidos por las Comunidades Autónomas tiende a sustituir el sistema tradicional con base en el hospital psiquiátrico y en las consultas de neuropsiquiatría, por una red diversificada, de base y orientación comunitaria e integrada en el sistema sanitario general.

Al propio tiempo, se resalta la necesidad de crear estructuras de rehabilitación integradas en el marco comunitario y con programas definidos de actuación, que den respuesta a aquellas situaciones que no pueden ser abordadas estricta o suficientemente con el solo trabajo del equipo comunitario o superan el tratamiento a dispensar en una unidad de hospitalización de corta estancia.

Igualmente, los planes de salud mental o instrumentos planificadores elaborados por las Comunidades Autónomas convergen en la necesidad de superar o transformar la estructura del hospital psiquiátrico generando, paralelamente, estructuras intermedias (hospital de día, pisos tutelados, comunidades terapéuticas), que potencien las acciones alternativas a la hospitalización.

En esta misma línea, debe resaltarse el contenido de la Recomendación 818 (1977) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa que establece la necesidad de adoptar, en el marco de una política a largo plazo, disposiciones tendentes a reducir la importancia cuantitativa de los grandes establecimientos y a multiplicar los servicios de atención en la comunidad, donde los pacientes encuentren condiciones de vida que se aproximen al medio ordinario, siempre que la persecución de este objetivo no aumente la proporción de pacientes que salgan precozmente del hospital antes de que una red eficaz de servicios comunitarios haya sido establecida.

Asimismo, es preciso recordar que, entre los principios propuestos por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, se encuentra el de reducir las necesidades de hospitalización por causas psíquicas mediante la creación de recursos alternativos eficaces y el de

incentivar planes específicos para los hospitales psiquiátricos, simultaneando estas medidas con acciones alternativas fuera de los mismos.

De este modo las estructuras intermedias se conciben como dispositivos necesarios para prestar atención continuada a aquellas personas, que, en un momento dado, no precisan la hospitalización pero necesitan un apoyo que favorezca su integración en la comunidad, dando respuestas diferenciadas a los diversos momentos del proceso, a través de determinadas formas de intervención y de organización de los servicios.

Estas estructuras intermedias son consideradas por los profesionales sanitarios como instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitucionalización de pacientes que permanecen en el hospital psiquiátrico, así como para completar las intervenciones que se realizan en los centros de salud mental y en las unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia.

No obstante considerarse estas estructuras como necesarias, es de destacar el hecho de que no se establezcan detalladamente sus necesidades en la planificación de recursos asistenciales, siendo habitual que su dotación dependa de criterios de oportunidad o de orden económico.

Mención especial merecen las ostensibles carencias que en términos generales, se observan en la dotación de estructuras adecuadas de esta naturaleza, situación que se traduce en que un significativo número de Comunidades Autónomas carezcan absolutamente de estos dispositivos y, en aquellas otras en los que existen, estos sean claramente insuficientes.

Tal circunstancia limita notablemente las líneas de reforma psiquiátrica contenidas tanto en la Ley General de Sanidad como en el Informe de la Comisión Ministerial, tantas veces citado, incidiendo negativamente en la asistencia a dispensar a determinados enfermos, con el consiguiente fomento de la cronificación de los mismos, y distorsionando la organización y funcionamiento del resto de dispositivos existentes en materia de salud mental.

Con base en la información facilitada por las Comunidades Autónomas, en el cuadro nº 17 se refleja la dotación de este tipo de estructuras en cada ámbito territorial, siendo preciso señalar que, dada su diversidad, ha sido necesario agrupar aquellos dispositivos que presentan una mayor identidad.

De los datos reflejados en el mencionado cuadro, se infiere la inexistencia o práctica inexistencia de estructuras intermedias o alternativas a la hospitalización en Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura y La Rioja.

En el resto de Comunidades, es decir, en aquéllas en las que se han creado este tipo de estructuras, el denominador común es la insuficiencia de las mismas, si bien esta circunstancia afecta de forma distinta a una u otra Comunidad, lo que produce, como efecto inmediato, una notable distorsión y freno de la reforma psiquiátrica iniciada y, simultáneamente, --

CUADRO N° 17.- ESTRUCTURAS INTERMEDIAS

COMUNIDAD	HOSP/CENTRO.DIA.	ALOJAM. PRETEG.		COMUNIDAD TERAPEUT	TALL. OCUP. N°	
	NUMERO	NUMERO	PLAZAS		PLAZAS	
Andalucía	11(a)	33(b)	132	2	-	-
Aragón	2	3	18	1 (c)	-	-
Asturias	5	10	4/5 p/al	3 (d)	-	-
Baleares	-	1(e)	12	-	-	-
Canarias	2		7 49	-	-	-
Cantabria	-	-	-	-	-	-
C. La Mancha	2	-	-	-	-	-
C. León	4	18	4/6 p/al	-	-	-
Cataluña	8	67	195	-	-	-
Extremadura	-	-	-	-	-	-
Galicia	3	4	20	-	1	-
Madrid (f)	9	18	105	-	3	30
Murcia	2	4	20	-	-	-
Navarra	4	9	54	-	-	-
País Vasco	6	23	180	-	-	-
Rioja	-	-	-	-	-	-
C. Valenciana	3	4(g)	-	-	2	35

Fuente: Datos proporcionados por las CC.AA.

Observaciones:

- a) Se incluye una unidad de docencia y psicoterapia, dispositivo en régimen de "unidad de día" orientado al desarrollo de tratamiento psicoterapéutico de pacientes derivados y ocho unidades de rehabilitación, unidades que se organizan como un Centro de día para la realización de programas de fomento de autonomía personal y social.
- b) Incluido un piso de transición de 8 plazas existente en el recinto del Hospital Psiquiátrico.
- c) Residencia terapéutica con 40 camas de estancia media.
- d) Se incluye un Centro de formación e inserción profesional.
- e) Piso de transición, existente en el recinto del H. Psiquiátrico.

f) A la estructura expuesta, debe añadirse:

- Tres Unidades de rehabilitación, con un total de 185 camas.
- Centro de rehabilitación laboral y formación profesional, con un total de 305 plazas.

g) Además de cuatro pisos asistidos, deben computarse tres familias de acogida y dos pensiones de titularidad privada.

limitaciones en el funcionamiento del resto de dispositivos de salud mental.

En este sentido, es necesario reiterar que, en el curso de las diferentes visitas efectuadas a las unidades de psiquiatría de hospitales generales y a los hospitales psiquiátricos, ha podido constatarse el criterio — prácticamente unánime— de los especialistas sanitarios de dichos centros, que preconizan la necesidad de potenciar estas estructuras en orden a la más adecuada prestación de la asistencia a la población protegida.

A pesar del unánime criterio acerca de la manifiesta insuficiencia en la dotación de estas estructuras y, consiguientemente, del alejamiento de los principios y recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en esta materia, es preciso reconocer la dificultad en cifrar, tanto cuantitativa como cualitativamente, el nivel de esta insuficiencia, habida cuenta que, generalmente, las administraciones con competencia en materia de salud mental o bien no han llegado, ni tan siquiera, a determinar las necesidades en la planificación de estos recursos asistenciales, o bien tal planificación se limita a algunos dispositivos.

En esta línea, parece oportuno destacar la situación en Andalucía, una de las Comunidades que han iniciado la implantación de estructuras alternativas y, al propio tiempo, ha establecido sus necesidades, dentro de la planificación de recursos asistenciales. No obstante, el análisis comparativo entre los objetivos propuestos y los dispositivos existentes demuestra un insuficiente desarrollo en determinadas estructuras como son unidades de rehabilitación, hospitales de

día y comunidades terapéuticas, cuya cuantificación se detalla en el cuadro nº 18.

Por otra parte, y siempre según el modelo propuesto por la Junta de Andalucía, la cuantificación de plazas a crear en los próximos cuatro años, en base a las necesidades de plazas residenciales y ocupacional-laborales, ofrece el resultado que figura en el cuadro nº 19.

Refiriéndose exclusivamente a hospitales y centros de día, la Junta de Castilla-León, mediante el Decreto 68/1991, de 11 de abril, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud, señala, entre otros objetivos a alcanzar, que en el año 2.000 existirán recursos asistenciales alternativos a la hospitalización, disponiéndose al menos de 20 plazas de centros de día y de 10 de hospitales de día por 100.000 habitantes, objetivo que dista significativamente del equipamiento actual.

En Cataluña, el documento "Planificació sanitària pública a Catalunya. Assistència psiquiàtrica d' adults. Anàlisi; propostes d'actuació", publicado por el Departamento de Salud y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en enero de 1990, tras resaltar la falta de un suficiente equipamiento de estructuras intermedias, precisas para evitar hospitalizaciones de larga estancia, señala como objetivos específicos a alcanzar, entre otros, los que figuran en el cuadro nº 20.

CUADRO N° 18.- ESTRUCTURAS INTERMEDIAS EN ANDALUCIA

ESTRUCTURA	PERSC. PROPUESTOS	RECURSOS EXISTENTES	DIFERENCIA
U.Rehabili. Area	17	8	-9
Hospi. Dia	8	2	-6
Com. Terape.	7	2	-5

CUADRO N° 19.- NECESIDADES DE ESTRUCTURAS INTERMEDIAS EN ANDALUCIA

TIPO DE RECURSO	STÁNDAR POBLACION	N° PLAZAS/RECURSOS
Piso autónomo	- 15 plazas/ 100 paci. H. Psiquiatrico. - 2 plazas, 100.000 habitantes	250 plazas/50 pisos
Pequeña Residencia-Hogar	-50 plazas/100 paci. H. Psiquiátrico - 3 plazas/100.000 habitantes	510 plazas/40 hogar.
Club Social	1 ciudad 50000 habi	19 clubs
Talleres ocupac.	3 por 100000 habita	210 plazas
Centros empleo	3 por 100000 habita	210 plazas
Progra. Form.Pro.	4 por hab/año	280 plazas/año

CUADRO N° 20.- NECESIDADES DE ESTRUCTURAS INTERMEDIAS EN CATALUÑA

TIPO RECURSOS	STANDARD POBLACION	INDICE PERSONAL P/ PLAZAS
Hospitales Día	de 2,6 plazas/100000 h	0,25 a 0,30 por plazas
Centros de día	40 plazas/30000 hab	0,10 a 0,15 por plaza
Piso teraúti	4 plazas/ 100000	

De forma menos precisa en su cuantificación, Galicia, mediante el "Documento de Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental", señala la necesidad de contar con hospitales de día, cada uno de los cuales dispondrá entre 15 y 25 plazas, para atender a una población que oscila entre 150.000 y 250.000 habitantes, siendo la composición de la plantilla mínima la siguiente: 1 psiquiatra por 20 plazas o fracción; 1 psicólogo clínico por 20 plazas o fracción; 5 miembros del personal de enfermería por cada 20 plazas; 2 celadores por cada 20 plazas y 1 terapeuta ocupacional.

Asimismo, en el reseñado documento se alude a otros dispositivos intermedios (residencia post-cura, talleres ocupacionales, hospitales de noche), si bien no cuantifica su necesidad.

En la Comunidad Valenciana, el Plan de Salud Mental define, entre otras acciones, la de crear las estructuras de rehabilitación y los hospitales y centros de día necesarios, cuantificando únicamente la necesidad de hospitales de día, que cifra en un centro de 20 plazas para cada 150.000 habitantes.

En este aspecto, es de señalar que, en la actualidad, únicamente existen tres centros de día en la Comunidad, careciendo de esta estructura la provincia de Valencia.

En definitiva, y a título de resumen, no existe equipamiento de dispositivos intermedios en algunas Comunidades y en aquellas otras en las que existe, es manifiestamente insuficiente y, además, su dotación es significativamente distinta entre una y otra.

Esta insuficiencia aparece reflejada en los instrumentos planificadores elaborados por las administraciones públicas con competencia en esta materia, entre cuyos objetivos prioritarios se encuentra la creación o potenciación de este tipo de estructuras. Así, a título de ejemplo, en Castilla-La Mancha se señala que "la escasez de dispositivos de apoyo y alternativos a la hospitalización condiciona tal aspecto" (Jornadas de Salud Mental de Castilla-La Mancha, 1990); en Castilla-León se otorga prioridad al desarrollo de estas estructuras, dada su escasez (Decreto 83/1989, de 18 de mayo); en Cataluña "se resalta la falta de un suficiente equipamiento de estructuras intermedias ("Planificació sanitaria pública...", cit.); en Galicia se subraya la necesidad de promover una red de dispositivos intermedios (Proyecto de Ley sobre Salud Mental); en la Comunidad Valenciana, entre otras acciones, se señala la de crear las estructuras de rehabilitación y los hospitales y centros de día necesarios (Plan de Salud Mental, 1991).

A la repercusión negativa que, con carácter general y en relación con la rehabilitación de los pacientes, conlleva la insuficiente dotación de dispositivos de apoyo y alternativos a la hospitalización, debe añadirse la distorsión que tal carencia produce en el funcionamiento del resto de dispositivos de salud mental. Así, como casos concretos y a título de ejemplo, pueden citarse los siguientes:

- * Existencia en unidades de psiquiatría de hospitales generales de enfermos que no precisan la acción terapéutica de la unidad, si bien permanecen en la misma por la inexistencia de estructuras de otro tipo (vgr. Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla).

- * Altas de enfermos en Unidades de Psiquiatría de hospitales generales, que precisarían uno u otro tipo de tratamiento psiquiátrico a prestar por estructuras que no existen en la Comunidad Autónoma (vgr. Hospital Clínico de Zaragoza).
- * Infrautilización del piso de reinserción existente en el Hospital Psiquiátrico de Baleares, único dispositivo de este tipo existente en la Comunidad Autónoma, habida cuenta que el alta de los pacientes únicamente puede producirse cuando estos cuenten con recursos económicos suficientes.
- * Existencia en el Hospital Psiquiátrico de Betera de personas cuyo internamiento ha sido judicialmente denegado y que permanecen –incluso desde hace varios años– en el hospital ante la ausencia de una solución alternativa.

3.3.5.2. Estructuras sociales.

La asistencia psiquiátrica tradicional ha venido asumiendo la atención de un conjunto de necesidades sociales de determinados colectivos de pacientes, en los que resaltaba más la existencia de dificultades de reinserción social que la de problemas susceptibles de tratamiento psiquiátrico, situación característica de la mayor parte de los colectivos de internos ancianos y deficientes mentales de los hospitales psiquiátricos, así como de un significativo porcentaje del resto de pacientes internados en tales centros.

En los últimos años, se observa, en alguna Comunidad Autónoma, el desarrollo de acciones en orden a la delimitación de competencias entre el sistema sanitario, al que

corresponderían, en líneas generales, la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, y los servicios sociales, que serían responsables de actuaciones compensatorias de déficits sociales.

Es de destacar, por otra parte, que las posibilidades de desinstitucionalización de parte de la población hospitalizada pasa, de algún modo y necesariamente, por el desarrollo de programas de reinserción social que faciliten su vuelta al medio sociofamiliar o su integración en los recursos sociales con que se dote la comunidad para la protección y soporte de estas personas.

No obstante, y dentro de esta evolución, es preciso constatar las notables dificultades en la aplicación de los planes de desinstitucionalización de este tipo de personas, allí en donde se han iniciado, fundamentalmente por la escasa disponibilidad de estructuras de carácter social.

Tal circunstancia, es decir, la existencia, en los hospitales psiquiátricos, de personas que precisan el suministro de prestaciones compensatorias de diversas carencias sociales, frecuentemente asociadas a una patología psiquiátrica residual, ha motivado la elaboración, en algunos ámbitos territoriales, de planes tendentes a fomentar su integración social, por parte del sistema de servicios sociales, en conexión con las prestaciones específicamente sanitarias a dispensar por el sistema sanitario.

En esta línea, es frecuente que los hospitales psiquiátricos hayan configurado unidades diferenciadas, en función del tipo de asistencia que precisa la población internada, destacando entre estas las correspondientes a

geriatría y a deficiencia mental, para pacientes que en su mayor parte, podrían ser atendidos por los servicios sociales, a través, en su caso, de centros residenciales de carácter asistido.

En este sentido, y como anteriormente se ha señalado, en Andalucía, a principios de 1991, se produce la transferencia de competencias en materia sanitaria de las Diputaciones Provinciales a la Junta de Andalucía. Efectuada tal transferencia, los 1520 pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos públicos de la Comunidad Autónoma pasan a depender del Servicio Andaluz de Salud, en aquellos supuestos acreedores, fundamentalmente, de asistencia especializada en salud mental (616 pacientes) y de las Diputaciones, cuando los residentes son acreedores más bien a una asistencia de carácter social (904 pacientes), transferencia que se refleja en el siguiente cuadro nº 21.

En el Principado de Asturias, las previsiones de reinserción respecto de los 241 enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Regional, estructura que se pretende superar, ofrecen el resultado que se incluye en el cuadro nº 22.

En Cantabria y de conformidad con el estudio efectuado por la Diputación Regional, entre las alternativas posibles de reinserción de la población ingresada en los centros de la Comunidad Autónoma, se encuentran las que figuran en el cuadro nº 23.

En Castilla-La Mancha, donde se ha producido en los últimos años una notable reducción de camas de larga estancia, como consecuencia del trasvase de enfermos de hospitales

psiquiátricos al área de servicios sociales, en el estudio elaborado por la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad, antes citado, se significa que el 42,2% de las personas que, en la actualidad, se encuentran ingresadas en las unidades residenciales y rehabilitadoras no precisan la acción terapéutica de dichas unidades, no estando, por tanto, justificada su estancia en las mismas, y considerándose que la mayoría debería ser atendida en residencias, pisos protegidos o residencias asistidas.

En la Comunidad de Madrid, y aún cuando hace ya varios años se inició la transformación de los hospitales psiquiátricos, permanece en los mismos un elevado número de personas acreedoras de otro tipo de estructura (vgr. unidad de deficientes mentales con cincuenta camas en el Hospital Psiquiátrico de Madrid; unidad de larga estancia con 96 camas en el Instituto Psiquiátrico "José Germain", en proceso de traslado a una unidad residencial asistida).

Igualmente, en la Comunidad Foral de Navarra se está procediendo a la reestructuración de un pabellón del Hospital Psiquiátrico para su adscripción al Instituto Navarro de Bienestar Social, en orden a la atención de parte de las personas que tradicionalmente eran asistidas en aquel.

CUADRO N° 21.- DISTRIBUCION DE ENFERMOS SEGUN LA ADMINISTRACION RESPONSABLE EN ANDALUCIA

PROVINCIA	DEPENDENCIA S.A.S.	DEPENDENCIA DIPUTACION	TOTAL
Almería	57	138	195
Cádiz	75	80	155
Córdoba	40	90	130
Granada	64	86	150
Huelva	28	—	28
Jaén	44	172	216
Málaga	34	102	136
Sevilla	274	236	510
TOTAL	616	904	1.520

Fuente: Datos proporcionados por la Comunidad Autónoma.

CUADRO N° 22.- ALTERNATIVAS DE REINSECCION DE LA POBLACION
INTERNADA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ASTURIAS

<u>Previsión reinserción</u>	<u>N° de pacientes</u>
Residencia Asistida	80
Residencia Tercera Edad	60
Residencia Minusválidos	22
Comunidad Terapéutica	50
Piso Protegido	26
Familia	3
TOTAL	241

Fuente: Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, 1991.

CUADRO N° 23.- ALTERNATIVAS DE REINSESION DE LA POBLACION
INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE CANTABRIA

<u>Previsión reinserción</u>	<u>%</u>
- Susceptible de reinserción familiar	10,07%
- En pensión o piso protegido	6,04%
- Residencia minusválidos psíquicos	4,70%
- Residencia tercera edad	4,03%
- Residencia asistida	18,79%

Fuente: Datos proporcionados por la Comunidad Autónoma.

En la Comunidad Valenciana, se ha procedido a la desinstitucionalización de pacientes, a través de residencias asistidas, si bien tal proceso encuentra graves limitaciones por la carencia de este tipo de recursos.

En otro orden de cosas, en la Región de Murcia, el perfil de la población internada en el Hospital Psiquiátrico motivó la creación de un centro residencial en el propio recinto del hospital, a donde se transfirieron los enfermos crónicos que tradicionalmente eran asistidos en aquel. Esta misma circunstancia se produjo en el Hospital Psiquiátrico de Toledo, cuyo desglose dió lugar a la creación, en el mismo recinto hospitalario, de una residencia asistida, contigua a una unidad residencial y rehabilitadora, quedando integrados en aquella los pacientes crónicos, mientras que en la segunda se atiende a los enfermos propiamente psiquiátricos.

Sin que ello suponga una valoración de tal medida, que únicamente sería posible mediante un estudio individualizado de la población internada en la actualidad en ambas residencias, es preciso, no obstante, dejar constancia de que este tipo de actuación, que ha sido denominado "transinstitucionalización administrativa", conforme al cual unidades enteras de los hospitales psiquiátricos pasan, por una decisión administrativa, de la órbita de los organismos de salud a la de los servicios sociales, ha sido criticada en base a la falta de valoración de la situación y necesidades de cada persona integrante del colectivo transferido y de su imposición a dicho colectivo. (Aparicio Basauri, 1990).

En cualquier caso, y a modo de conclusión, es preciso subrayar la general insuficiencia de las estructuras de carácter social, precisas para una adecuada atención a un significativo porcentaje de la población de los hospitales psiquiátricos, circunstancia que, por otra parte, dificulta notablemente el proceso de reforma en curso.

4. RESULTADOS DE LAS VISITAS A LAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA DE LOS HOSPITALES GENERALES

4.1. Aspectos generales.

4.1.1. Capacidad de las unidades visitadas.

En relación con las recomendaciones y propuestas de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica figura la relativa al número de camas con que deben contar las unidades de hospitalización, que habría de oscilar entre 15 y 35. Con tres excepciones, las unidades visitadas se acomodan a estas cifras.

Entre las excepciones referidas, es preciso destacar, en especial, la que atañe al Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid, cuya unidad de psiquiatría cuenta con un total de 145 camas, si bien resulta indispensable significar que está dividida en dos servicios que disponen respectivamente de 72 y de 73 camas y que atienden, cada uno de ellos, a varias áreas de salud. No obstante, como puede observarse, aún considerándolos por separado, seguirían rebasando el número de camas propugnado por la Comisión Ministerial.

Las otras dos excepciones afectan al Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, y al Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander, cuyas unidades de hospitalización psiquiátrica disponen, respectivamente, de 59 y de 48 camas, si bien en este último caso, conforme a la información obtenida con posterioridad a la visita, se han reducido las camas a un total de 38.

Las unidades de los catorce hospitales restantes se encuentran comprendidas en las cifras mínima y máxima a que antes se ha hecho referencia, contando tres de ellas entre 31 y 35 camas, otras tres entre 26 y 30 camas, cuatro entre 21 y 25 camas y cuatro entre 15 y 20 camas.

En el cuadro nº 24 puede encontrarse el número de camas de cada una de las unidades visitadas.

4.1.2. Situación de los hospitales y ubicación de las unidades.

Con las salvedades que se exponen a continuación, los hospitales generales visitados se hallan dentro del casco urbano de las respectivas poblaciones, lo que implica la ausencia de dificultades de comunicación. Disponen, de otra parte, de paradas inmediatas o próximas de los transportes públicos colectivos.

Los establecimientos que son excepción a esta regla general, están enlazados con el núcleo de la población por distintos medios de transporte público. Estas excepciones están constituidas por:

- Hospital Provincial de Toledo: si bien, está ubicado en la margen del río contraria al núcleo de la ciudad, se halla comunicado mediante autobuses urbanos.
- Hospital de Bellvitge "Prínceps de Espanya": situado en el kilómetro tres de la autovía

CUADRO Nº 24.- CAPACIDAD DE LAS UNIDADES DE
PSIQUIATRIA VISITADAS

<u>Unidades</u>	<u>Nº de camas</u>
H. Gregorio Marañón.- Madrid	145 (1)
H. Virgen Macarena.- Sevilla	59 (2)
H. Marqués de Valdecilla.- Santander	48
H. Prínceps d'Espanya.- Hospitalet de Llob.	35
H. Santiago Apóstol.- .- Vitoria	32
H. Provincial.- Toledo	31 (3)
H. Clínico Universitario.- Zaragoza	30
H. de Navarra.- Pamplona	27 (4)
H. Virgen del Camino.- Pamplona	27 (5)
H. Clínico.- Valladolid	24
H. General.- Murcia	23 (6)
H. General de La Rioja.- Logroño	22
H. Nuestra Señora de la Montaña.- Cáceres	21 (7)
H. General de Asturias.- Oviedo	20
H. Calde.- Lugo	18 (8)
H. Clínico.- Valencia	18 (9)
H. Universitario.- La Laguna	16 (10)
TOTAL	596

Fuente: Elaboración propia

Observaciones:

- (1) Compuesta por 2 servicios de 72 y 73 camas, respectivamente. Existe además una unidad de drogodependencias con 6 camas.
- (2) Se incluyen 5 camas destinadas teóricamente a observación.
- (3) Se incluyen 8 camas destinadas a tratamiento de drogodependencias.
- (4) Se incluyen 2 camas destinadas a tratamiento de drogodependencias.
- (5) Se incluyen 2 camas destinadas a tratamiento de drogodependencias.
- (6) Se incluye 1 cama destinada a tratamiento de drogodependencias.
- (7) Se incluyen 2 camas destinadas a tratamiento de drogodependencias.
- (8) Se incluyen 3 camas destinadas a enfermos ingresados por orden judicial.
- (9) Existe además una unidad de tratamiento de drogodependencias con 8 camas.
- (10) Existe además una unidad de tratamiento de drogodependencias con 6 camas.

Barcelona-Castelldefels y dentro del término municipal de Hospitalet de Llobregat. Comunicado con el centro de Barcelona por la red del ferrocarril metropolitano.

- Hospital de Calde (Lugo). Situado a siete kilómetros de la ciudad y en la carretera Lugo-Orense, está comunicado con la ciudad mediante una línea de autobuses que efectúa tal recorrido seis veces diarias. La parada de esta línea se halla a escasos centenares de metros del centro hospitalario.

El análisis de la ubicación de la unidad de psiquiatría, dentro de cada uno de los hospitales generales, muestra que no existe una pauta común, ya que pueden encontrarse casos en que dicha unidad está situada bien en la planta baja o en la primera planta del edificio y otros en los que la repetida unidad se ubica en plantas superiores que oscilan entre la quinta y la undécima, como puede observarse seguidamente:

- En planta baja: Hospitales "Virgen Macarena", de Sevilla, "Virgen del Camino" y General de Navarra, en Pamplona, así como "Marqués de Valdecilla", de Santander, donde las instalaciones están distribuidas entre esta planta y la primera y "Gregorio Marañón", de Madrid, donde ocupa la planta baja y otras dos superiores.
- En planta primera: Hospitales Clínico Universitario, de La Laguna; "Nuestra Señora de

la Montaña", de Cáceres; Calde, de Lugo; y Clínico de Valencia.

- En planta tercera: Hospital General de Asturias, en Oviedo; Provincial de Toledo; y Hospital General de La Rioja, en Logroño.
- En plantas quinta y sexta: Hospital de Bellvitge "Prínceps de Espanya", de Hospitalet de Llobregat.
- En planta sexta: Hospital General de Murcia.
- En plantas séptima y octava, Hospital "Santiago Apostol", de Vitoria.
- Y en la undécima planta: Hospitales Clínicos de Valladolid y de Zaragoza, si bien en este último caso está previsto su traslado a la planta baja, una vez se lleve a efecto la reordenación contemplada en el plan directorio del hospital.

La ubicación de muchas de estas unidades en plantas altas supone, entre otros problemas, la dificultad de acceder a espacios exteriores, cuestión de la que trataremos seguidamente, así como la necesidad de evitar diversos riesgos potenciales, asunto resuelto de manera muy diferente en las distintas unidades que se encuentran en esta situación.

En este sentido, la prevención de los posibles eventos se ha solucionado en unos casos mediante la instalación de cristales de seguridad y apertura limitada de

ventanas. Esta solución puede limitar la capacidad de ventilación de las habitaciones, agravándose tal inconveniente en los supuestos frecuentes de carencia de aire acondicionado. En otros casos, se ha procedido a la instalación de verjas, barras o laminado metálico, que provocan la impresión de encontrarse en un lugar de reclusión y no en un ámbito terapéutico. Incluso se han adoptado soluciones más radicales, como es el caso de las tres habitaciones destinadas, en el Hospital de Calde-Lugo, a los enfermos más conflictivos. En dichas habitaciones se han inhabilitado las ventanas, no disponiendo por ello de luz natural ni de ventilación directa, y siendo, por tanto, la puerta de comunicación con el pasillo de la unidad el único elemento para la cobertura de ambas funciones.

La ubicación de estas unidades puede estar, sin embargo, condicionada por las disponibilidades de espacio en los hospitales generales, normalmente escaso. El condicionamiento en cuanto a la ubicación de la unidad se acentúa cuando la instalación de la misma requiere la remodelación de una estructura preexistente, mientras que, por el contrario, puede quedar facilitada en los casos en que se trata de una instalación de nueva planta. No obstante, en el criterio de esta Institución —corroborado, por otro lado, en las entrevistas mantenidas con los facultativos de las unidades en el curso de las visitas efectuadas—, las características específicas del enfermo psíquico, que permanece levantado la mayor parte de las horas del día, sería un factor a tener en cuenta para determinar la situación de la unidad de psiquiatría dentro de la estructura de un hospital general.

En este sentido, parece que sería conveniente que la ubicación de la citada unidad facilitara la utilización de áreas de esparcimiento en el exterior del edificio, tales como jardines, siempre que ello fuera posible. En algunos casos, como sucede, a título de ejemplo, con la unidad ubicada en el Hospital de Calde, en Lugo, la situación del establecimiento, ubicado en un entorno boscoso y que viene explicada por su antiguo destino a hospital antituberculoso, favorece la utilización de los espacios abiertos que rodean al centro. Mayores dificultades, sin duda, pueden encontrarse cuando un hospital, como frecuentemente acaece, se encuentra situado en pleno casco urbano, pero aún así habría de estudiarse el posible acondicionamiento de algún espacio ajardinado, así como, en su caso, de algún otro equipamiento que facilitase el esparcimiento y la utilización del tiempo de ocio. En este sentido, y a título de ejemplo, puede indicarse que el Hospital "Princeps de Espanya", de Hospitalet de Llobregat, cuenta con una cancha de baloncesto.

Sin embargo, es menester significar que cuando la ubicación de la unidad de psiquiatría permite la utilización de estos espacios exteriores, tal posibilidad no es aprovechada en ocasiones, como acaece en el Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla. Pese a estar ubicada la unidad en la planta baja y disponer de un patio anexo, con puerta directa de acceso, la misma permanece cerrada. La utilización de dicho patio por los pacientes, medida que, según la información recibida, está en estudio, permitiría paliar la sensación de aglomeración en este servicio.

En definitiva, en el criterio de esta institución, sería preciso cohonestar la disponibilidad de espacio existente en los hospitales generales para la ubicación de la

unidad de psiquiatría con las necesidades específicas derivadas de las características de los enfermos atendidos en estas unidades.

4.2. Descripción de las unidades y estado de conservación.

Seguidamente se describen de forma sucinta las distintas unidades de hospitalización visitadas y se realizan unas consideraciones generales sobre el estado de conservación de las instalaciones.

4.2.1. Descripción de las unidades visitadas.

4.2.1.1. Hospital "Virgen Macarena".- Sevilla.

La unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, atiende a las necesidades de hospitalización psiquiátrica de un área de salud que cuenta con una población de 558.684 habitantes. Al propio tiempo asume consultas ambulatorias en el área de consultas externas, en donde existe una sección de psiquiatría infantil, así como la organización y funcionamiento del hospital de día del área, ubicado en la misma zona que la unidad de hospitalización. La unidad cuenta con despachos y consultas, sala de estar, sala de tratamiento y control de enfermería, así como con las correspondientes habitaciones.

4.2.1.2. Hospital Clínico Universitario.- Zaragoza.

Situada en la planta 11 del hospital, cuenta con 15 habitaciones dobles, una pequeña sala de estar, una sala de música, los despachos del personal facultativo, así como con un aseo.

4.2.1.3. Hospital General de Asturias.- Oviedo.

Esta unidad, que atiende la demanda sanitaria de cuadros psiquiátricos agudos del área sanitaria de Oviedo, así como de los derivados del área de Cangas del Narcea, está situada en un edificio anexo al Hospital General de Asturias y cuenta con un comedor, una sala de terapia (dibujo, marquetería, etc.), dos despachos de médicos, una sala de reuniones del personal, una sala de visitas y un control de enfermería, además de las habitaciones correspondientes y de otra habitación con toma de oxígeno central.

4.2.1.4. Hospital Universitario de Tenerife.- - La Laguna.

La unidad de psiquiatría de este hospital cuenta, además de las correspondientes habitaciones dobles, con una pequeña sala, que se destina indistintamente a comedor y a sala de estar. Se presta asimismo en el hospital la asistencia ambulatoria mediante cinco consultas, para lo cual se ha construido dentro del recinto hospitalario, un edificio de una

sola planta que dispone de seis despachos, sala de espera, y zona administrativa, careciendo de una sala que posibilite la realización de sesiones clínicas y actividades de terapia de grupo.

4.2.1.5. Hospital "Marqués de Valdecilla".- Santander.

Situada en el pabellón 20 dentro del recinto del hospital, está distribuida en planta baja y una planta superior, contando con sala de estar, comedor, sala de terapia, despachos médicos, así como las habitaciones correspondientes.

4.2.1.6. Hospital Provincial.- Toledo.

En fecha 2 de mayo de 1989, y como consecuencia de la reestructuración operada, la unidad de agudos del Hospital Psiquiátrico de Toledo se trasladó al Hospital General, así como una notable parte de los recursos personales. Situada en un pabellón del hospital, atiende las necesidades de hospitalización psiquiátrica de un área de 350.000 habitantes, y está compuesta, además de las habitaciones correspondientes, por cuatro despachos de personal médico, secretaría, biblioteca, sala de estar, comedor, control de enfermería y aseo. Por su parte, el área de consultas externas, situada en otro pabellón, consta de cinco despachos y de sala de estar-espera de pacientes, estando ubicada en la misma la unidad de terapia ocupacional.

4.2.1.7. Hospital Clínico.- Valladolid.

Esta unidad, cuyo establecimiento data de 1978, cuenta con dos comedores, office, despachos, almacén de medicamentos, sala de estar y las habitaciones correspondientes, así como con una habitación de aislamiento. Dispone asimismo de consultas externas, que se encuentran situadas junto a la unidad de hospitalización y en la misma planta.

4.2.1.8. Hospital de Bellvitge "Prnceps D'España", de Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

La unidad está situada en las plantas quinta y sexta y de uno de los edificios del hospital. En la 5ª planta, se ubica un despacho, el control de enfermería, una sala de estar, los aseos, el almacén de farmacia, un office, así como las habitaciones correspondientes. En la sexta planta, están situadas las consultas externas, compuestas por una sala de espera y diez despachos, así como una sala de reuniones, despachos y salas de ordenadores. Asimismo existen en esta planta un comedor-sala de laborterapia y una sala de estar.

4.2.1.9. Hospital "Nuestra Señora de la Montaña".- Cáceres

Cuenta esta unidad con tres despachos del personal sanitario, una pequeña sala de estar-comedor, un office, un

control de enfermería, así como con las habitaciones de los pacientes.

4.2.1.10. Hospital de Calde.- Lugo.

La unidad, que se encuentra en funcionamiento desde el 30 de octubre de 1989, está instalada en un antiguo hospital antituberculoso que ha sido remodelado para cumplir funciones de hospital general. Forma parte, junto a la residencia sanitaria ubicada en la ciudad de Lugo, de un complejo hospitalario, acogiendo a algunas de las unidades del mismo, entre las que se encuentra la de psiquiatría. Cuenta el hospital con un total de 195 camas, de las que 165 son utilizables, para la totalidad de las especialidades que comprende, correspondiendo a la unidad de psiquiatría un total de 15 camas, a las que deben añadirse 3 camas más destinadas a cubrir el ingreso urgente de pacientes por orden judicial. Además de las habitaciones, dispone la unidad de sala de laborterapia, gimnasio, sala de estar, comedor, control de enfermería, despachos y consultas, sala de curas, aseos y salas destinadas a otros usos, como peluquería y almacenes. A estos despachos ha de añadirse una sala de terapia familiar que se encuentra situada fuera del recinto de la unidad, pero contigua al mismo.

4.2.1.11. Hospital "Gregorio Marañón".- - Madrid.

Instalada en uno de los múltiples edificios que componen el hospital y cuya remodelación data del año 1986,

consta de tres plantas, estando instalados en planta baja los despachos, consultas y dirección, mientras que en las plantas primera y segunda se ubican los dos servicios en los que se divide la unidad. Cada uno de estos servicios dispone de dos comedores y una sala de estar, así como de despachos del personal médico.

4.2.1.12. Hospital General.- Murcia.

La unidad de psiquiatría de este hospital cuenta con despachos para consultas, un aula, una sala de estar y un solarium, así como con las habitaciones correspondientes.

4.2.1.13. Hospital de Navarra.- Pamplona.

Esta unidad, aparte de las habitaciones, cuenta con una sala de estar y un comedor.

4.2.1.14. Hospital "Virgen del Camino".- Pamplona.

El edificio en que se encuentra ubicada esta unidad fue construido en el año 1920 y su última remodelación data del año 1990. Dispone, además de las habitaciones, de un comedor y de una sala de estar. Cuenta asimismo con un jardín.

4.2.1.15. Hospital "Santiago Apostol".- .- Vitoria.

El primitivo hospital data del siglo XVIII. Con posterioridad se incorporaron, a finales de la década de los setenta, tres pabellones. En el pabellón B se encuentra el servicio de psiquiatría, que fue inaugurado el 1 de enero de 1984. Además de las habitaciones destinadas al alojamiento de los enfermos, cuenta con dos salones-comedor, despachos y salas de consulta, dos salas de tratamiento y un baño geriátrico.

4.2.1.16. Hospital General de La Rioja.- Logroño.

En fecha 1 de julio de 1988 se suspendieron los ingresos en el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", trasladándose la unidad de agudos del citado establecimiento al Hospital General de Logroño.

Esta unidad, aunque físicamente ubicada en el Hospital General, depende funcionalmente del citado hospital psiquiátrico, si bien estaba prevista, en la fecha en que se realizó la visita, su plena integración en el Hospital General. Cuenta la unidad con una sala de estar, despachos y las habitaciones correspondientes.

4.2.1.17. Hospital Clínico.- Valencia.

Dispone la unidad de psiquiatría de este hospital, que se encuentra instalada provisionalmente en la planta primera de uno de los pabellones, de sala de estar-comedor, despachos y consultas, control de enfermería, vestuario,

almacén de medicamentos, sala de reuniones y habitaciones de médicos, además de las habitaciones de los pacientes. En la planta baja del mismo pabellón se encuentra instalada una unidad de desintoxicación de drogodependencias.

4.2.2. Estado de conservación.

El estado de conservación de las unidades es, en términos generales, adecuado, sin perjuicio de las excepciones que a continuación se verán y de las cuestiones concretas que se señalarán en los apartados correspondientes.

Como excepción a este buen estado de conservación puede señalarse el Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid, donde, datando la reforma de la unidad del año 1986, el estado de conservación de las instalaciones no es acorde con la proximidad temporal de dichas obras. Así, las plantas baja y primera sufren goteras y fugas de agua producidas a raíz de la insuficiente impermeabilización de los aseos de las plantas. Ello ha provocado deterioros en la zona de dirección (planta baja) y en la sala de estar de los enfermos de la primera planta.

De otra parte, si bien existen aparatos de aire acondicionado en cada extremo de los pasillos de la segunda planta, sus averías constantes y el ruido producido fuerzan, según la información recibida, a su no utilización, con los consiguientes inconvenientes en la época estival o, alternativamente, a su utilización con la producción de las consiguientes molestias en el descanso de los pacientes y el

riesgo de agitación de los mismos. La primera planta carece, en cambio, de estos aparatos.

En este mismo hospital, los controles de planta, de forma abovedada, amplifican los ruidos y dificultan el correcto desarrollo de la actividad. Tal inconveniente se ha subsanado, tan solo parcialmente, mediante la instalación de paredes de corcho.

En el Hospital General de Murcia, si bien el estado de las instalaciones y del mobiliario es excelente, puede señalarse la excesiva temperatura existente en uno de los despachos, orientado hacia el mediodía, que ni siquiera puede paliar el sistema de aire acondicionado, lo que hace prácticamente imposible su utilización en la época estival.

Por último, en el Hospital Clínico Universitario, de Valladolid, existe una habitación de aislamiento que únicamente dispone de una cama de obra, sin que pueda estimarse que se encuentre correctamente acondicionada y en un estado que pudiera calificarse como adecuado.

4.3. Aspectos estructurales.

4.3.1. Alojamiento.

No existe una pauta común respecto del tipo de habitaciones, si bien no se aprecian problemas en cuanto a un número de camas por habitación que pudiera considerarse como excesivo. Lo usual es que cada unidad disponga de habitaciones

de distinta capacidad, pudiendo encontrarse desde habitaciones individuales hasta de cuatro camas.

Más en concreto, las unidades visitadas disponen del siguiente tipo de habitaciones:

- De 1 y 2 camas: Hospital General de Asturias; General, de Murcia; "Virgen del Camino", de Pamplona; y "Santiago Apostol", de Vitoria.
- De 1, 2 y 3 camas: Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander; Hospital "Principes d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat; Hospital de Navarra, en Pamplona; y Hospital General de La Rioja, en Logroño.
- De 1, 2 y 4 camas: Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres.
- De 1 y 3 camas: Hospital de Calde, en Lugo.
- De 2 camas: Hospitales Clínico Universitario de Zaragoza y Universitario de La Laguna.
- De 2 y 3 camas: Hospitales "Virgen Macarena", de Sevilla; Provincial de Toledo; Clínico Universitario de Valladolid, "Gregorio Marañón", de Madrid; y Clínico Universitario de Valencia.

como puede observarse, el mayor número de camas (cuatro) se da en algunas habitaciones de la unidad de psiquiatría del Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres. Pese a que este número de camas, aunque sea alto, no pueda estimarse

como excesivo, en el curso de la visita se puso de manifiesto por los especialistas entrevistados el problema derivado de la permanencia en la misma habitación de pacientes con problemas muy dispares, lo que, en el criterio de dichos especialistas, no favorece el objetivo final de la curación del enfermo.

El estado de conservación y las condiciones de las habitaciones, en cuanto a dimensiones, ventilación e iluminación natural y artificial son, como regla general, adecuadas, pudiendo asimismo predicarse el buen estado de los aseos, así como las correctas condiciones del mobiliario.

No obstante, y a título de excepción, debe destacarse, aparte de la ligera insuficiencia de la iluminación artificial del Hospital "Prínceps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat, la existencia, en el Hospital de Calde (Lugo), de tres habitaciones individuales, utilizadas usualmente para aislar a los enfermos más conflictivos, las cuales tienen inhabilitadas las ventanas, de modo que no disponen de luz natural, ni ventilación directa. Según la información recabada, la razón de esta circunstancia estriba en motivos de seguridad y de protección de los pacientes, al haberse ocasionado los enfermos cortes con los cristales existentes en las ventanas. En relación con la circunstancia descrita, esta Institución entiende que estos motivos no pueden justificar la ausencia de ventilación e iluminación natural en estas habitaciones, por lo que las finalidades invocadas habrían de ser obtenidas mediante la instalación de ventanas dotadas de los materiales adecuados para compatibilizar las funciones de asegurar la ventilación y la iluminación con las relativas a la seguridad y protección de los enfermos antes citados.

De otra parte, es preciso significar que, debido a la presión asistencial, la capacidad teórica de las habitaciones queda desbordada en algunos hospitales.

Así, en el Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, hay diariamente, según la información recibida, de 3 a 7 camas en el pasillo, por inexistencia de camas libres. En el momento de efectuar la visita, se observó la existencia de diversas camas en un pequeño vestíbulo de la unidad, encontrándose una de ellas en el pasillo, ocupada por un paciente. De otra parte, la elevada presión asistencial conlleva que dos teóricos despachos de personal se habiliten, en ocasiones, como habitaciones, aún cuando carecen de las más mínimas condiciones para el alojamiento (escasez de dimensiones, deficiente ventilación y luminosidad, etc.).

En el mismo sentido, y también según la información recibida, resultaba frecuente en la época de la visita la existencia de "camas cruzadas" en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. De este modo, como consecuencia de la fuerte presión asistencial, era habitual la instalación de cinco o seis camas en la sala de música, lugar inapropiado e insuficiente para ello.

También el alto porcentaje de utilización de la unidad del Hospital Provincial de Toledo (117"9 %) obliga a que en las habitaciones, destinadas a dos enfermos, se instale una tercera cama.

Es usual que cada habitación disponga de su correspondiente aseo, que incluye, en ciertos casos, baño o ducha. En algún supuesto, existe un aseo por cada dos habitaciones (Hospital General de Murcia). Existen, sin

embargo, unidades en las que tan sólo un cierto número de habitaciones dispone de este elemento, por lo que los enfermos alojados en el resto de las habitaciones deben utilizar los aseos comunes (así, Hospital Provincial de Toledo, en el área de atención a drogodependientes; y Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid). En ocasiones, los aseos existentes pueden estimarse como insuficientes, tal y como acaece en el último de los hospitales citados.

Esta deficiencia se da asimismo en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, cuya unidad, pese a que las habitaciones cuentan con lavabo, dispone tan sólo de un baño y una ducha, lo que resulta notoriamente insuficiente.

En algunos casos, pese a disponer los aseos de las habitaciones de duchas, éstas no funcionan (Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat) o han sido inutilizadas para evitar, según la información proporcionada, el riesgo de suicidio (Hospital Clínico Universitario de Valladolid). En el Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid, los aseos de las habitaciones que cuentan con este elemento son sumamente reducidos e incluso las duchas de algunas habitaciones son difícilmente utilizables por las personas de talla media-alta.

En este mismo hospital, existen, por problemas de lavandería, irregularidades en la reposición de toallas, lo que ha forzado a recurrir, en situaciones esporádicas, a la utilización de sábanas para sustituir a las toallas e, incluso, a su aportación por parte de los propios enfermos ingresados.

4.3.2. Otras instalaciones.

Si antes se han señalado las dimensiones suficientemente amplias de las habitaciones, no puede, por el contrario, predicarse idéntica circunstancia, con carácter general, del resto de las dependencias que integran las unidades visitadas. El problema de espacio en determinados hospitales impone en ocasiones una limitación a la superficie disponible para ubicar la unidad de psiquiatría, de modo especial en aquellos casos en que no se trata de un establecimiento de nueva planta, sino de un edificio que es preciso remodelar para instalar la unidad.

La falta de espacio reseñada limita, desde una perspectiva estructural, la dotación de equipamiento de las unidades y condiciona, desde un punto de vista funcional, las actividades terapéuticas y de ocupación del ocio que pueden desarrollarse. Para llegar a una cabal comprensión de la importancia de este asunto, es preciso recordar, una vez más, las especiales características de los enfermos atendidos en estas unidades, al permanecer levantados -y no encamados- la mayor parte del tiempo, lo que ocasiona la necesidad de disponer del suficiente equipamiento para llevar a cabo las actividades terapéuticas y para el esparcimiento y la ocupación del ocio de los pacientes.

Entre las unidades en las que se aprecia la falta de espacio suficiente, puede citarse, en primer lugar, la del Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, donde el elevado número de pacientes internados y la falta de áreas de esparcimiento produce un constante deambular de los enfermos por el pasillo.

De otra parte, no existe comedor en la unidad, efectuando los pacientes las comidas en sus respectivas habitaciones.

En relación con lo anterior, llama la atención la existencia de un patio, anexo a la unidad y con una puerta de acceso desde la misma, que no se utiliza y que, en cierto modo, permitiría paliar la aglomeración existente en el servicio. No obstante, se informó en el curso de la visita que estaba en estudio la utilización de dicho patio por los pacientes.

De igual modo, si se considera en su globalidad la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico de Valladolid se observa asimismo que existe una insuficiencia de espacio. Como demostración de ello, baste indicar que, a tenor de la información proporcionada en el curso de la visita, el tablero de tenis de mesa se instala por las tardes en el pasillo de la unidad, al no disponerse de otra dependencia más adecuada.

En el Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres, destaca la escasa capacidad de la sala de estar-comedor, en función de la población internada, máxime si se tiene en cuenta que es la única zona de recreo, circunstancia que se agrava en los momentos en que se producen visitas de familiares.

Esta insuficiencia de la sala de estar pudo observarse asimismo en el Hospital Clínico de Zaragoza.

En el Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid, llama poderosamente la atención el número insuficiente de despachos, habida cuenta de que cada unidad acoge a más de 70 pacientes. En efecto, cada unidad dispone en su propia planta de cuatro

despachos que han de utilizarse, en turno de mañana, para consulta médica, asistencia social y entrevistas con familiares. Ello origina que dichas consultas hayan de evacuarse en parte en espacios comunes no diseñados para tal fin, como los controles de planta, el comedor o los pasillos.

De otra parte, la insuficiencia del tamaño de las salas de estar provoca el tránsito continuo de los pacientes por los pasillos y la acumulación habitual de los mismos en los controles de planta.

También se observaron graves carencias en las zonas de estar o recreo en el Hospital General de La Rioja. En este sentido, la teórica zona de estar de la unidad es el pasillo, de escasas dimensiones, en donde se han instalado algunas butacas y sillas, circunstancia que adquiere especial relieve si se tienen en cuenta las frecuentes visitas de los familiares de los pacientes. No obstante, debe señalarse que, según la información obtenida en el momento de la visita, se iba a proceder a la ampliación de la unidad.

El Hospital Universitario de Tenerife, en La Laguna, cuenta con una pequeña sala de estar, que corresponde a un ensanchamiento del pasillo.

En el Hospital General de Asturias tan sólo cabe reseñar la escasa capacidad de la sala de visitas, en función de la población internada.

Esta falta de espacio condiciona, por tanto, las actividades que desarrollan los pacientes. En este sentido, cabe indicar que varias de las unidades visitadas cuentan como único equipamiento para la ocupación del ocio con una sala de estar dotada de aparato de televisión (Así, Hospital "Virgen

Macarena", de Sevilla; Hospital Universitario de Tenerife, en La Laguna; Hospital Clínico Universitario, de Valladolid; Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres; Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid; Hospital General de La Rioja, en Logroño; Hospital Clínico Universitario, de Valencia) que, además, como acabamos de indicar, es, en ocasiones, de escasa capacidad. En este mismo sentido, si bien algunas unidades cuentan con comedor independiente (así, Hospital Provincial de Toledo; Hospital de Calde, en Lugo; Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid; Hospital de Navarra, en Pamplona; Hospital "Virgen del Camino", también de Pamplona), es frecuente que esta dependencia sea común con el comedor, utilizándose indistintamente para ambas funciones.

Del mismo modo, tan sólo algunas unidades cuentan con instalaciones para el desarrollo de actividades de terapia ocupacional (así, Hospital General de Asturias, en Oviedo; Hospital Provincial de Toledo; Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat; Hospital de Calde, en Lugo; Hospital de Navarra y Hospital "Virgen del Camino, ambos de Pamplona; Hospital "Santiago Apóstol", de Vitoria), si bien puede señalarse la insuficiencia de espacio de alguna de ellas (Hospital Provincial de Toledo) o su instalación en una dependencia destinada, en forma compartida, a comedor (Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat).

La ubicación de las unidades en plantas altas implica, como antes se ha indicado, un condicionamiento para la utilización de las instalaciones exteriores. Así, la unidad del Hospital "Virgen de la Montaña", de Cáceres, está ubicada en la primera planta del inmueble, lo que no posibilita la

utilización de un jardín interior para cuyo acceso existe una salida desde la planta baja.

Por el contrario, el Hospital "Virgen del Camino", de Pamplona, dispone de jardín.

En otros hospitales, pese a que la unidad no está en la planta baja, se utilizan equipamientos externos, como sucede en el Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat, donde existe una cancha de baloncesto.

De otra parte, el entorno boscoso del Hospital de Calde, en Lugo, posibilita que los pacientes internados realicen paseos por los alrededores del establecimiento.

Si bien se ha resaltado el problema derivado de la escasez de espacio, no puede dejar de constatarse la existencia de otras unidades cuya superficie, suficientemente amplia, ha permitido la instalación de un equipamiento más diversificado.

Destaca, en este sentido, la unidad del Hospital de Calde, en Lugo, que cuenta, entre otras dependencias, con un gimnasio, provisto de una dotación suficiente y variada. También puede citarse la unidad del Hospital Provincial de Toledo, que dispone de biblioteca.

4.3.3. Medidas de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia.

En relación con las medidas de protección contra incendios y de evacuación de edificios, es necesario efectuar dos observaciones. De una parte, en el Hospital Clínico

Universitario de Valladolid la unidad cuenta con una escalera de emergencia a la que daban acceso dos puertas que se encontraban cerradas con llave. Habiéndose procedido a la apertura de la primera de las citadas puertas, pudo observarse que en el espacio existente entre ambas se encontraban almacenados diversos objetos (así, una silla de ruedas, un tablero de tenis de mesa, etc.), que obstaculizaban el acceso a la segunda de las puertas, lo que hubiera producido el consiguiente problema en el caso de haber tenido que ser utilizada esta salida de emergencia.

Una situación similar se daba en la planta sexta del Hospital de Bellvitge "Princeps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat, al encontrarse obstaculizada la salida de emergencia que da acceso a la escalera de incendios de la planta sexta por unas sillas almacenadas delante de dicha salida.

4.4. Recursos humanos.

4.4.1. Índice personal/cama.

En el cuadro nº 25 se ofrecen los datos numéricos del personal de los hospitales visitados y los índices personal/cama resultantes.

Se han englobado en dos grandes grupos profesionales las múltiples categorías de personal sanitario que prestan servicio en los centros hospitalarios. Así, se ha incluido dentro del personal facultativo a especialistas médicos y, con/

CUADRO Nº 25.-DOTACION DE PERSONAL EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA VISITADAS

	NUMERO DE CAMAS	PERSONAL FACULTAT	RESTO PERSONAL	TOTAL	INDICE/PERS. /CAMAS	INDICE PERS. FACULT./ CAMA	INDICE REST. PERSONAL CAM
H. "VIRGEN MACARENA", DE SEVILLA	59	24	41	65	1,10	0,40	0,69
H. CLINICO DE ZARAGOZA	30	14	21	35	1,16	0,46	0,7
H. G. DE ASTURIAS	20	4	17	21	1,05	0,2	0,85
H. C. DE TENERIFE	22(*)	11	25	36	1,63	0,5	1,13
H. "MARQUES DE VALDECILLA". DE SANTANDER	48	11	41	52	1,08	0,22	0,85
H. P. DE TOLEDO	31	11	46	57	1,83	0,35	1,48
H. C. DE VALLADOLID	24	2	15	17	0,70	0,08	0,62
H. "PRINCEPS D'ESPANYA". DE HOSPITALET DE LLOBREGAT	35	11	19	30	0,85	0,31	0,54
H. "NUESTRA SEÑORA DE LA MONTAÑA", DE CACERES	21	3	16	19	0,90	0,14	0,76
H. DE CALDE, DE LUGO	18	2	16	18	1,00	0,11	0,88
H. "GREGORIO MARAÑON", DE MADRID	145	27	93	120	0,82	0,18	0,64
H. G. DE MURCIA	23	11	18	29	1,26	0,47	0,78
H. "VIRGEN DEL CAMINO", DE PAMPLONA	27	3	33	36	1,33	0,11	1,22
H. G. DE NAVARRA	27	4	31	35	1,29	0,14	1,14
H. "SANTIAGO APOSTOL", DE VITORIA	32	12	28	40	1,25	0,37	
H. G. DE LA RIOJA	22	4	31	35	1,59	0,18	1,40
H. C. DE VALENCIA	26(**)	7	41	48	1,84	0,26	1,57
TOTAL	610	161	532	693	1,13	0,26	0,87

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales.

Observaciones:

(*) Se incluyen 6 camas de la unidad de tratamiento de drogodependencias.

(**) Se incluyen 8 camas de la unidad de tratamiento de drogodependencias.

independencia de su nivel orgánico y retributivo, a sociólogos clínicos y psicólogos. Dentro del resto del personal se han refundido las siguientes categorías: ATS-DUE, auxiliares de clínica, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores de laborterapia y otras afines.

Sobre dichos datos debe hacerse una observación previa, como es la frecuente actividad simultánea del personal facultativo y auxiliar en diversos dispositivos sanitarios (hospital; centro de salud mental), pero dada la dificultad de la determinación exacta de su dedicación al hospital y la cuantificación de la misma, se ha optado por su cómputo, aunque la dedicación no pueda considerarse exclusiva.

Similar observación cabe hacer sobre aquel personal que, si bien puede dedicar una atención preferente a estas unidades de psiquiatría, su adscripción genérica es al hospital y en todo él prestan sus servicios. Nos referimos fundamentalmente a asistentes sociales, psicólogos y sociólogos clínicos. Ello no obsta a que en determinados hospitales visitados su dependencia y función lo sea únicamente en la unidad de psiquiatría.

El cuadro citado pone de relieve las siguientes conclusiones:

- La falta de homogeneidad entre los hospitales visitados en cuanto a los referidos índices.
- Las notorias diferencias, por exceso o defecto, dado que mientras que en el Hospital Universitario de Tenerife y en la unidad de psiquiatría del Hospital General de Toledo la

proporción de personal facultativo es prácticamente de 2,5 personas por cama, en el Hospital Clínico de Valladolid, la misma queda reducida a 0,08 facultativos por cama.

- No obstante, respecto de esta última unidad, es preciso tener en cuenta que, junto con los dos psiquiatras destinados específicamente en la misma, existen otros siete psiquiatras que desarrollan su actividad en las consultas externas del servicio.

- Con independencia de la diversa titularidad de estos hospitales y las diferencias de índole presupuestaria que entre ellos puedan existir, cabe suponer que la política de personal con destino en estas unidades no está informada por unos módulos persona/cama generalmente aceptados.

- Cabe igualmente destacar la penuria general de categorías básicas para la atención de estos enfermos. Por un lado, de especialistas en psiquiatría, colectivo deficitario hasta el año 1987 en que se produce un incremento en las plazas de oferta MIR, y personal auxiliar sanitario titulado, cuya escasez global, de general conocimiento, puede eximir de cualquier glosa.

De otra parte, si bien no están recogidos en el cuadro precedente de modo independiente, es preciso llamar la atención sobre la ausencia, en la gran mayoría de hospitales

visitados, de profesionales que deben considerarse necesarios para una completa atención de los enfermos psíquicos (psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales).

En este sentido, sólo disponen de estos psicólogos las unidades de psiquiatría de los siguientes Hospitales: General de Toledo; "Princeps de Espanya", de Hospitalet de Llobregat; Calde, de Lugo; "Gregorio Marañón", de Madrid; General de Murcia, General de Navarra y General de La Rioja, es decir, en siete de las diecisiete unidades visitadas.

Cuentan con trabajador social las siguientes unidades: Hospital Clínico de La Laguna; Hospital Provincial de Toledo; Hospital "Nuestra Señora de La Montaña", de Cáceres; "Gregorio Marañón", de Madrid; Hospital "Virgen del Camino" y de Navarra, en Pamplona; Hospital "Santiago Apóstol", de Vitoria y Hospital General de La Rioja, es decir, en ocho de los diecisiete centros visitados.

Terapeutas ocupacionales o, en su caso, monitores de laborterapia existen únicamente en los siguientes centros: Hospital Provincial de Toledo; Hospital General de Murcia y Hospital "Santiago Apóstol", de Vitoria, es decir, en tres de los diecisiete centros.

Por último, únicamente cuenta con sociólogo clínico el Hospital. Clínico de Tenerife.

4.4.2. Cobertura de guardias y de turnos.

La cobertura de la asistencia ininterrumpida por parte del personal facultativo se cubre indistintamente

mediante guardias de presencia física o localizada. Bajo la primera modalidad actúan los Hospitales "Virgen Macarena" de Sevilla; General de Asturias; Clínico de La Laguna; Provincial de Toledo; "Gregorio Marañón", de Madrid; General de La Rioja; y Clínico de Valencia. En modalidad de localizada, Clínico de Valladolid; "Nuestra Señora de La Montaña", de Cáceres y Calde, de Lugo. y bajo las dos modalidades: General de Asturias, si bien, la guardia de presencia física se efectúa por médicos residentes.

Las limitaciones puestas de relieve anteriormente en la dotación de personal auxiliar sanitario y la distribución de este entre los tres turnos de trabajo, obliga a la cobertura mínima de ciertos turnos y fundamentalmente del de noche. Habida cuenta del número de camas de estas unidades, situaciones de crisis u otros imprevistos de tipo sanitario, puede ponerse de relieve la insuficiente cobertura de tales turnos. Así, y a título de ejemplo, el turno nocturno de las unidades de los Hospitales Clínico de Valladolid y Calde de Lugo está cubierto por un A.T.S. y un auxiliar, . y en el Hospital Clínico de Tenerife por un A.T.S. y dos auxiliares de clínica.

4.5. Aspectos asistenciales.

4.5.1. Disponibilidad de camas.

Tomando como referencia los datos reflejados en el cuadro nº 26, podemos constatar la elevada presión sobre la actividad asistencial desarrollada por las unidades de agudos

de los hospitales generales, que, en algunos de ellos, se traduce en un porcentaje de utilización superior al 100%, y, consiguientemente, en la imposibilidad de atender adecuadamente toda la demanda de ingreso debidamente justificada.

Tal circunstancia produce, entre otros, los siguientes efectos:

- Que se habiliten camas por encima de la teórica capacidad de las habitaciones o en el pasillo de la unidad o, en su caso, en otras dependencias. Tal circunstancia sucede, como se ha indicado en el apartado relativo al alojamiento, en los Hospitales "Virgen Macarena", de Sevilla, Clínico Universitario de Zaragoza y Provincial de Toledo.

Este hecho viene explicado por el porcentaje de utilización de estos hospitales, que alcanzó el 94,61%, en 1989, en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, el 110,3%, en 1990, en el Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, y el 117,9% en 1990, en el Hospital Provincial de Toledo.

A lo expuesto habría que añadir:

CUADRO N° 26.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA VISITADAS

HOSPITAL	FECHA	CAMAS	EST. MEDIA	% OCUPACION
H.VIRG. MACARENA. SEVILLA	1990	59	26,23	110,3
H. C. UNIVERS. ZARAGOZA	1989	30	18,83	94,61
H.G. ASTURIAS OVIEDO	ENERO-JULIO 1991	20	14	79
H. UNIVERSIT. LA LAGUNA	1990	16*	19,7	94,4
H.M.VALDECI. SANTANDER	1990	48**	14,9	121,3
H.P. TOLEDO H. CLINICO VALLADOLID	1990 1989	23*** 24	29,7 14,95	117,9 90,67
H. PRINC. ESP. HOSP.LLOBR. H.N.SRA.MON- ENERO-SEPTI. TAÑA.CACERES	1989 1991	35 21	19,63 17,42	91,53 78,84
H. CALDE. LUGO H. GR. MARAÑON MADRID	1990 1990	18 145	16,95 21	58,79 84,21
H.G.MURCIA H. NAVARRA PAMPLONA	1991 1990	23 27	14,8 17,3	73,3 76,5
H.F. V. CAMINO PAMPLONA	1990	27	21,0	94,3
H. SANT.APOS. VITORIA	1990	32	15,6	83,1
H. G. RIOJA LOGROÑO	1989	22	14,79	85,18
H. CLINICO VALENCIA	1989	18 ***	30	93

Fuente: Datos facilitados por las CC.AA.

Observaciones:

- (*) No incluidas 8 camas de la unidad de drogodependencia.
- (**) En diciembre de 1991 el número de camas se ha reducido a 38.
- (***) No incluidas 8 camas de la unidad de drogodependencia.

- Que, a efectos estadísticos, en el Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, no se computan los ingresos de aquellos enfermos que permanecen encamados en el pasillo, circunstancia por la que el número total de ingresos de la unidad y el porcentaje de utilización de la misma son superiores a los reflejados en la estadística oficial.

- Que en la unidad del Hospital Universitario, de Tenerife, en La Laguna, con un porcentaje de utilización del 94,4% en 1990, existan listas de espera para el internamiento de pacientes.

- Que en la Unidad del Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander, con un porcentaje de utilización superior al 100%, existan enfermos psiquiátricos en diferentes servicios médicos del hospital general, como consecuencia de no poder hacer frente los recursos estructurales de la unidad a la demanda asistencial de esta naturaleza, lo que, paralelamente, quiebra la estructura y programas a desarrollar, siendo de destacar, a título de ejemplo, la ruptura del protocolo sobre alcoholismo.

- Que en la unidad del Hospital Clínico de Valladolid, con un porcentaje de utilización del 90,67% en 1989, y de un 100% en el momento de efectuarse la visita, en ocasiones los enfermos deben permanecer dos o tres días en el servicio de urgencia del centro antes de ser trasladados al área de psiquiatría.

- Que en la unidad del Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres, con un porcentaje de utilización del 95,17% en el mes en que se efectuó la visita, en ocasiones algunos enfermos, respecto de los que se ha determinado la

necesidad de ingreso, deban permanecer en su domicilio en tanto en cuanto quedan camas libres en la unidad.

Por otra parte, es de señalar la notable variación existente en la estancia media de los pacientes internados en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales visitados, destacando las Unidades de los Hospitales "Virgen Macarena", de Sevilla (26,23 días), Provincial, de Toledo (29,7 días), y Clínico de Valencia (30 días).

Por lo que a la primera unidad citada se refiere, es preciso significar, tal y como más adelante se concretará, que en la misma permanecen enfermos durante un elevado número de meses, e incluso de años, que no precisan la acción terapéutica de la unidad, circunstancia que, obviamente, aumenta de modo sensible la estancia media resultante.

Por lo que a la unidad del Hospital Provincial de Toledo respecta, puede indicarse que, entre los objetivos marcados en la memoria del servicio del año 1990, figura el de disminuir la estancia media general de la unidad.

En cuanto a la unidad del Hospital Clínico de Valencia, puede indicarse que uno de los factores que incide en la alta estancia media es la práctica inexistencia en el área de salud de estructuras intermedias, circunstancia que propicia la permanencia de enfermos que habrían de ser derivados hacia otros dispositivos.

4.5.2. Población asistida.

Considerando a la unidad de salud mental del hospital general como un dispositivo especializado, al que corresponde el desarrollo de programas de atención centrados fundamentalmente en el control de situaciones de crisis, lo que implica criterios restrictivos sobre número y duración de la hospitalización, es preciso subrayar que, en algunas de las unidades visitadas, permanecen internados pacientes que no precisan la acción terapéutica de la unidad, siendo acreedores, más bien, de otro tipo de asistencia o recursos.

Tal situación, que debe ponerse en directa relación con el elevado porcentaje de utilización a que anteriormente se ha hecho referencia, conlleva la inmovilización, durante amplios períodos de tiempo, de camas hospitalarias, distorsionando, paralelamente, el cumplimiento de los objetivos a alcanzar por estas unidades.

En este sentido, es de destacar que la falta de acuerdo entre el Instituto Nacional de la Salud y la Diputación Regional de Cantabria sobre qué organismo debía responsabilizarse económicamente de los enfermos ingresados en los centros psiquiátricos de media y larga estancia, motivó que la Dirección Regional de Bienestar Social de la citada Diputación cursara escrito, en el que se señalaba que no se autorizarían nuevos ingresos o reingresos de pacientes, afiliados a la Seguridad Social, en centros psiquiátricos de ella dependientes, a no ser que por la unidad de agudos del Hospital General "Marqués de Valdecilla" se remitiera el correspondiente modelo P-10, sellado por la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social.

En este aspecto, el Instituto Nacional de la Salud entiende que, de conformidad con el Informe de la Comisión

Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, una de cuyas recomendaciones establece que durante la fase de transición en la aplicación de la reforma cada administración soporte los gastos derivados de la asistencia que tradicionalmente ha venido prestando en la atención a la salud mental, debe ser la Diputación Regional de Cantabria quien asuma tales gastos, al contar en sus presupuestos con partidas que le permiten hacer frente a la asistencia psiquiátrica.

Por su parte, la citada Diputación entiende que el internamiento psiquiátrico de un beneficiario de la Seguridad Social en cualquier establecimiento de la red hospitalaria es una prestación comprendida dentro de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que debe correr a cargo de la misma.

Tal situación choca, en el criterio de esta Institución, con la actuación coordinada y la integración y mejor aprovechamiento de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental, que se propugna en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

La reseñada discrepancia produce, como efecto inmediato, la práctica supresión de ingresos o reingresos de enfermos beneficiarios de la Seguridad Social en centros Propios o concertados de la Diputación Regional, independientemente del criterio clínico, y, consecuentemente, una grave distorsión de la asistencia en materia de salud mental.

Tal situación conlleva asimismo, la existencia, en la unidad de agudos del Hospital General, de enfermos crónicos (diagnosticados y con historia clínica) que, una vez

compensado el cuadro que motivó el ingreso, no precisan la acción terapéuticas de la unidad.

Especial mención merece, de otra parte, la situación existente en la unidad del Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, en la que permanecen siete enfermos con estancia superior a los seis meses, debido, siempre según la información facilitada, al hecho de que el Hospital Psiquiátrico "Miraflores" no admite ingresos de este tipo y por la inexistencia de otras estructuras que permitan su alojamiento.

Tan singular situación induce a concretar, en base a la documentación facilitada, la fecha de ingreso en el servicio de psiquiatría de cada uno de ellos, así como la estructura o dispositivo que, en opinión de los especialistas médicos, debería acoger a estos enfermos.

DIAGNOSTICO	FECHA INGRESO	ESTRUCTURA PRECISA
Oligofrenia	25-04-1990	Centro media o larga estancia.
Alcoh. crónico	3-12-1990	Centro cuidados mínimos.
Esquizofrenia	31-11-1985	Larga estancia o piso protegido.
Alcoh. Psicosis	26-10-1990	Centro larga están.
Psicosis	3-12-1990	" " "
Demencia senil	16-04-1991	Instit. Tercera Edad
Esquizofrenia	20-06-1991	Centro larga están.
* estancias anteriores de seis o doce meses.		

De lo expuesto, se infiere que la unidad del Hospital General asume una función sustitutiva de los recursos asistenciales alternativos, todavía insuficientes, que se prevén necesarios para compensar el cierre del Hospital Psiquiátrico.

Tal situación es, igualmente, predicable del Hospital Clínico, de Zaragoza, en el que, en el momento de la visita, se encontraba internado, desde hacía siete meses, un enfermo judicial, que no precisaba la acción terapéutica de la unidad, al tratarse de un paciente crónico, si bien, pese a las diversas gestiones efectuadas ante el Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", no había podido ser trasladado, al no aceptar este último centro ingreso de paciente alguno.

Por lo que a las características clínicas de la población internada se refiere, y en función de la documentación que sobre este aspecto han facilitado algunos centros, destaca el grupo de esquizofrenias (vrg., 26,3% sobre el total de pacientes ingresados en la unidad del Hospital General de Asturias; 28% de los enfermos ingresados en la Unidad del Hospital de Calde-Lugo; 28% de los usuarios internados en el Hospital General de La Rioja).

Las psicosis afectivas es el segundo grupo en importancia (vgr. 13,2% de enfermos de la unidad del Hospital General de Asturias; 16% en el Hospital de Calde-Lugo, 21% en el Hospital General de La Rioja).

4.5.3. Organización y funcionamiento.

De dispar cabe calificar la estructura funcional de las unidades visitadas, así como la coordinación de las mismas con el resto de dispositivos de salud mental del área.

La configuración de tales unidades no responde a un criterio común, encontrándose hospitales generales en los que los programas de actuación en drogodependencias se desarrollan por los servicios de medicina interna (vgr. Hospital General de Asturias y Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, si bien en este último centro únicamente toxicomanías dependientes de opiáceos), mientras que en otros tales programas se llevan a cabo en el área de psiquiatría, bien en unidades físicamente diferenciadas, bien sin distinción de áreas.

Igualmente, en relación con la organización de los servicios se observa una gran disparidad en la actuación de los profesionales sanitarios que integran los mismos. Así, en el Principado de Asturias se han creado en las diversas áreas sanitarias equipos con una composición interdisciplinar, introduciéndose en sus formas de trabajo las reuniones como instrumento de coordinación y análisis, tanto de aspectos clínicos como organizativos, y existiendo una total interrelación entre los profesionales de los diversos servicios del área, cada uno de los cuales ejerce su actividad simultáneamente en diversos dispositivos.

Por el contrario, y conforme más adelante se indica, en otras unidades de hospitales generales la actividad asistencial se desarrolla sin conexión alguna con el resto de dispositivos de salud mental.

Desde la perspectiva clínico-asistencial, es preciso resaltar, una vez más, el elevado índice de ocupación de algunas de estas unidades, la necesidad de recursos alternativos para los pacientes crónicos, y, en ocasiones, la falta de una adecuada coordinación con el resto de

dispositivos de salud mental, aspectos que mediatizan notablemente el funcionamiento de los servicios.

Expuesto lo anterior, es preciso señalar que tales incidencias afectan de manera diversa, según se trate de uno u otro hospital general, siendo de destacar, siempre según el criterio de los especialistas médicos de las unidades, los siguientes aspectos:

— Inexistencia de reuniones interdisciplinares entre el personal del área, que permitan abordar los problemas que pueda presentar la población asignada, y falta de la adecuada coordinación entre los distintos recursos en el tratamiento a otorgar a los enfermos dados de alta en la unidad (Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla; Hospital "Marqués de Valdecilla"., de Santander; Hospital Provincial, de Toledo y Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres)

— Imposibilidad de atender adecuadamente toda la demanda de ingreso debidamente justificada, existiendo enfermos que podrían ser internados para observación, si bien, una vez delimitado el riesgo, se evita tal internamiento, por el señalado déficit de camas, aún cuando debería valorarse más detenidamente el posible riesgo posterior (Hospital Clínico, de Zaragoza; Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander; Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres; Hospital General de La Rioja, en Logroño).

— Altas de enfermos, remitidos a unidades de salud mental para su control ambulatorio, que precisarían uno u otro tipo de tratamiento psiquiátrico o de carácter social a prestar por estructuras que no existen, o que son insuficientes en la comunidad (Hospital "Virgen Macarena", de

Sevilla; Hospital Clínico, de Zaragoza; Hospital Universitario, de La Laguna; Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander; Hospital Provincial, de Toledo; Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres; Hospital General de La Rioja, de Logroño).

- La falta de la adecuada coordinación entre los distintos recursos en materia de salud mental se manifiesta, además, en el hecho de que un elevado porcentaje de los enfermos ingresados en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales acuden directamente a tales unidades, sin existir la conveniente interrelación con el primer nivel de asistencia especializada, es decir, los centros de salud mental.

Por otra parte, la disparidad en la organización y funcionamiento de las unidades de psiquiatría de hospitales generales, a que anteriormente se ha hecho referencia, se pone de manifiesto, asimismo, en el desarrollo de actividades de terapia ocupacional.

En efecto, de las diecisiete unidades visitadas ocho de ellas (Hospital General de Asturias; Hospital Provincial de Toledo; Hospital de Bellvitge "Princeps d'Espanya", de Hospitalet de Llobregat; Hospital de Calde-Lugo; Hospital General de Murcia; Hospital General de Navarra y Hospital "Virgen del Camino", de Pamplona; y Hospital "Santiago Apostol", de Vitoria) cuentan con unidades de terapia ocupacional, en las que se desarrollan actividades de esta naturaleza, mientras que en las nueve restantes no se llevan a cabo tales actividades.

Por lo que a las urgencias para la atención especializada en materia de salud mental se refiere, es de destacar que los centros visitados cuentan con servicio de guardia de presencia física, excepción hecha de los Hospitales "Nuestra Señora de la Montaña" de Cáceres, Calde-Lugo y Clínico de Valladolid, en los que el servicio de guardia es localizado.

4.5.4. Procedencia y destino de los enfermos ingresados.

En relación con la procedencia y destino de los enfermos ingresados en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, es preciso subrayar, una vez más, la dificultad de sistematizar la situación detectada en el curso de las visitas efectuadas, habida cuenta la heterogeneidad de los aspectos observados.

No obstante, debemos destacar dos características predominantes, que afectan a un significativo número de unidades: Por una parte, tal y como ya se ha indicado, la falta de la adecuada coordinación entre los diferentes niveles existentes en salud mental; y, por otra, la práctica Inexistencia en muchas Comunidades de estructuras o dispositivos precisos para estos enfermos.

En base a la información facilitada, se procede a continuación a analizar el canal que sigue la demanda para acceder a las unidades de psiquiatría, así como las derivaciones de las altas producidas, en algunos de los hospitales visitados.

En el Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla, que asume la demanda asistencial de un significativo porcentaje de usuarios de otras áreas sanitarias, la iniciativa del ingreso suele partir de la familia o del paciente en un alto porcentaje (65,6%), sin que intervengan los dispositivos asistenciales mas que en un 20% de los casos, y de ellos sólo en la mitad (11,6%) los dispositivos más específicos como serían los centros de salud mental.

En la unidad del Hospital Universitario de Tenerife, en La Laguna, el 90% de los pacientes ingresados proceden del servicio de urgencia hospitalaria y un 10% puede considerarse programado, procediendo de consulta externa, de interconsulta o siendo remitidos por los centros de salud mental.

En la unidad del Hospital Clínico de Valladolid la presión de las urgencias actúa en detrimento de la actividad programada de modo que, siempre conforme a la información obtenida, el porcentaje de ingresos a través de urgencias alcanza aproximadamente un 97%.

Tal situación es extensible, igualmente, a la unidad del Hospital "Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres, en donde la mayor parte de pacientes ingresados proceden del área de urgencias o son derivados por los facultativos de medicina general, sin intervención del primer nivel especializado (centros de salud mental), si bien es menester señalar que estos recursos no se acomodan a las necesidades de la población (vgr., el área sanitaria de Cáceres cuenta con un sólo centro de salud mental, en el que presta servicio un especialista en psiquiatría, para 200.000 habitantes).

Asimismo, tal circunstancia es atribuible a la unidad del Hospital Provincial de La Rioja, en la que, según información facilitada en el centro, el 17% del total de ingresos de la unidad procede de consultas externas del centro, el 6% de los equipos de salud mental, el 11% de los equipos de atención a drogodependientes, el 48% del servicio de urgencia hospitalaria, correspondiendo el 18% restante a la autoridad judicial y a otros.

Por lo que se refiere a las derivaciones en este último centro, el 41% de los pacientes es remitido a consultas externas del hospital, el 16% a centros de salud mental y el 10% a equipos de atención a drogodependientes. De los datos expuestos, es de resaltar la notable presión que, sobre la unidad, ejerce el área de urgencias y, paralelamente, el escaso número de enfermos ingresados que proceden de los centros de salud mental. Respecto de este último aspecto, los especialistas de la unidad señalaron la insuficiente estructura de los centros de salud mental para poder cumplir las funciones que tienen asignadas, destacando, a título de ejemplo, la existencia de algún enfermo psicótico que, una vez dado de alta en el hospital, es remitido, para su oportuno e inmediato tratamiento, al centro de salud mental, en donde se le fija cita para mes y medio más tarde.

Por el contrario, en la unidad del Hospital General de Asturias la mayoría de los pacientes son remitidos por los centros de salud mental, disminuyendo paulatinamente aquellos enfermos que ingresan a iniciativa propia, lo que significa que el Hospital actual real y no solo teóricamente como un servicio especializado de segundo nivel. Por lo que a la derivación de enfermos respecta, una vez dados de alta se procede a efectuar el oportuno seguimiento por los

profesionales de los centros de salud mental, bien en los propios centros bien en otros dispositivos o servicios (hospital de día, pisos protegidos, etc.)

4.5.5. Urgencias psiquiátricas.

Tal y como se ha señalado anteriormente, en todas las unidades visitadas el personal especializado en salud mental presta el servicio de urgencia hospitalaria, para atender la demanda asistencial que pueda generar la población asignada.

Independientemente de la citada presión del área de urgencias sobre la actividad programada, es preciso señalar el significativo número de urgencias atendido por los especialistas de las unidades de hospitalización psiquiátrica. Así, durante el año 1990, el Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla atendió 6.672 urgencias de esta naturaleza; el Hospital Clínico de Zaragoza 1.123; y el Hospital Clínico de Valladolid 1.392.

En este aspecto, llama la atención el elevado número de urgencias del Hospital "Virgen Macarena", en relación con el resto de hospitales de las áreas funcionales de Sevilla. En efecto, durante el año 1990, el citado Hospital, con una población asignada de 558.684 personas, ha atendido 18,28 urgencias/día, mientras que el Hospital "Virgen del Rocío", con una población asignada de 651.376 personas, ha asistido 6,73 urgencias/día y el Hospital "Virgen de Valme", con una población asignada de 335.389 personas, ha prestado asistencia a 5,34 urgencias/día.

Esta situación únicamente puede entenderse por el hecho de que, tal y como se ha señalado, la unidad de Psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena" asume la demanda asistencial de un significativo porcentaje de usuarios de otras áreas.

Por lo que a la actividad de consultas externas o interconsultas se refiere, es de destacar, igualmente, la significativa actividad desarrollada en estas áreas, sin que, desde el punto de vista de organización y funcionamiento se hayan detectado incidencias dignas de resaltar, excepción hecha de la reseñada falta de adecuada coordinación con el resto de dispositivos de salud mental. En este sentido, puede citarse, a título de ejemplo y referido al año 1990, que la unidad del Hospital Clínico de Zaragoza efectuó 2.059 interconsultas, 1.823 primeras consultas y 11.753 consultas sucesivas; que el Hospital Clínico de Valladolid realizó 1.605 consultas, relativas al seguimiento de enfermo dados de alta en la unidad; que la unidad del Hospital Universitario de La Laguna llevó a cabo 1.069 primeras consultas, 7.362 consultas sucesivas y 1.002 interconsultas.

5. RESULTADOS DE LAS VISITAS A LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

5.1. Aspectos generales.

5.1.1. Capacidad de los hospitales visitados y porcentaje de ocupación.

De los 51 hospitales psiquiátricos públicos que existen en España, se ha procedido a la visita de veinte de ellos, cuyos datos en cuanto a capacidad de camas, tanto de aquellas en funcionamiento como de las ocupadas en el momento de la visita se incluyen en el cuadro nº 27.

Como consideración previa, es preciso dejar constancia de la tendencia observada en algunos hospitales a estimar su capacidad en base a la cifra de enfermos ingresados en un momento dado, haciendo, por tanto, coincidir el número de camas con el número de pacientes. Tal tendencia viene explicada por el criterio sustentado en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y reflejado en los planes de atención a la salud mental de las diversas Comunidades Autónomas, relativos a la disminución progresiva del número de pacientes internados en estos hospitales y a la desinstitucionalización de los mismos, así como a la práctica supresión de los ingresos por esta u otras causas.

No se ha tomado en consideración la capacidad teórica de los centros, por considerar que este dato relativo a la capacidad máxima pudo tener significado en épocas anteriores a la reforma psiquiátrica, pero no hoy día en que el objetivo a medio plazo, ya apuntado, es, en la mayoría de las Comunidades/

CUADRO N° 27.- INDICE DE OCUPACION EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS VISITADOS

	CAMAS EN SERVICIO	CAMAS OCUPADAS	INDICE DE OCUPACION
H. P. "MIRAFLORES", DE SEVILLA	274	274	100 %
H. P. DE EL PUERTO DE SANTA MARIA	75	75	100 %
H. P. "NUESTRA SEÑORA DEL PILAR", DE ZARAGOZA	391	307	78,51 %
H. P. R. DE ASTURIAS	254	249	98,03 %
H. P. DE PALMA DE MALLORCA	550	398	72,36 %
H. P. DE TENERIFE	572	515	90,03 %
C. R. P. DE PARAYAS	114	99	86,84 %
U. R. R. DE TOLEDO	90	85	94,44 %
U. R. R. DE ALCOHETE	215	160	74,88 %
H. P. "SAN SALVADOR", DE OÑA	576	555	96,35 %
H. P. DE SALT	534	504	94,35 %
C. S. P. DE PLASENCIA	629	494	78,53 %
C. R. R. "SAN RAFAEL", DE CASTRO DE RIBERAS DE LEA	290	282	97,24 %
H. P. "DR. CABALEIRO GOAS", DE TOEN	150	109	72,66 %
H. P. DE MADRID	431	350	81,20 %
H. P. "ROMAN ALBERCA", DE MURCIA	134	100	73,88 %
H. P. "SAN FRANCISCO JAVIER", DE PAMPLONA	438	412	94,06 %
H. P. "SANTA MARIA DE LAS NIEVES", DE VITORIA	293	273	93,17 %
H.P . "REINA SOFIA" DE LARDERO	324	236	72,83 %
H. P. DE BETERA	298	295	98,99 %
TOTAL	6.632	5.772	87,03 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos facilitados por los hospitales.

Autónomas, el cierre de estas estructuras y su reconversión para otras finalidades.

Del referido cuadro se desprende una ocupación media en los centros visitados del 87,03%, próxima a su disponibilidad funcional. Este elevado índice de ocupación puede obedecer a la amortización de camas producida a consecuencia de la desinstitucionalización de los pacientes, así como al decrecimiento vegetativo de la población internada.

Obviamente, esta denominada amortización supone que los hospitales no computan dichas camas en los cálculos de su capacidad. Ha sido frecuente en las visitas realizadas la observación de pabellones que permanecen vacíos y que no se consideran disponibles. Un ejemplo de ello, si bien en términos absolutos y no relativos, lo constituye el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo (Cantabria). Su capacidad teórica conforme al Catálogo Nacional de Hospitales, es de 315 camas, de las que permanecen cerradas en la actualidad 200. De hecho nunca ha tenido en funcionamiento más de 152 camas, que fueron abiertas paulatinamente a partir del 28 de agosto de 1975, si bien es cierto que sobre tal situación inciden las discrepancias existentes entre la Diputación Regional de Cantabria y el Instituto Nacional de la Salud sobre qué entidad ha de soportar el coste económico de los enfermos crónicos y que en la práctica conduce a la falta de remisión de enfermos desde la unidad de agudos del Hospital "Marqués de Valdecilla".

No obstante, con estas matizaciones, no dejan de ser ilustrativas las cifras que arroja el referido Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas. En efecto, siendo su

capacidad inicial prevista de 315 camas, la máxima utilización a la que ha llegado ha ascendido tan solo a 152, es decir, el 48,25%, siendo su capacidad real actual de 114 camas (el 36,19%) y su utilización actual de 99 camas (el 31,43%).

El caso es más significativo desde el momento en que en la misma Comunidad Autónoma existe un centro privado concertado que atiende a 261 pacientes, además de ser atendidos otros 66 pacientes en otro hospital concertado ubicado en otra provincia.

Esta disminución del número de camas puede observarse también en los datos disponibles acerca de otros hospitales visitados:

- Hospital Psiquiátrico "Miraflores de Sevilla": Construido en el año 1973 ha llegado a tener una capacidad teórica de 1200 camas, habiendo reducido su dotación, en la actualidad a 274 camas.

- Hospital Psiquiátrico de Cádiz: Inaugurado en el año 1969, fue proyectado para 713 camas, llegó a albergar a 670 internos y en la actualidad dispone de 75 camas en servicio.

- Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza: A raíz de cesar los ingresos en el mismo, en fecha 27 de junio de 1987, ha pasado de 521 camas a las 391 de que dispone en la actualidad.

- Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias: Ha venido efectuando una paulatina disminución en el número de camas, acentuada en los últimos años y bajo la perspectiva de su futura desaparición. En este sentido, contaba en el año 1964

con 1304 camas, en 1974 con 1156, en 1984 con 760 y actualmente con 254.

- Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo: Disponía en el año 1983 de 480 camas, en 1988 de 288 camas y en la actualidad de 90.

- Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara): Con 456 camas en 1983, reduce las mismas a 413 en 1988 y dispone en la actualidad de 215.

- Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (Lugo): El descenso en el número de camas es muy moderado puesto que pasa de 310 camas en 1987 a las 290 hoy existentes.

- Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier" de Pamplona: Inaugurado a comienzos del presente siglo, llegó a alcanzar un número de camas superior a 1600, que han quedado reducidas en la actualidad a las 438 disponibles.

- Hospital Psiquiátrico de Bétera: Si bien, su capacidad máxima es de 1200 camas, su utilización máxima se produjo en el año 1975, en que llegó a tener 749 camas en funcionamiento. En la actualidad dispone de 298 camas en servicio.

5.1.2. Situación y medios de transporte.

La determinación de la ubicación de un hospital psiquiátrico no es una cuestión banal, desde el momento en que

su alejamiento de los núcleos de población o de la red de transporte público colectivo es un factor que condiciona la relación de los enfermos ingresados con sus familiares y, en general, con el entorno social.

Sin embargo, en la localización de muchos hospitales psiquiátricos no ha sido un elemento determinante la consideración de la necesidad de favorecer, en lo posible, la relación de los pacientes con el entorno para propiciar así su integración en el ámbito comunitario y, en definitiva, su desinstitucionalización. En ocasiones, por tanto, han sido otros factores, tales como el aprovechamiento de edificios inicialmente concebidos para otras finalidades asistenciales (así, sanatorios antituberculosos) e, incluso, el criterio de los beneficios terapéuticos que podría reportar el alejamiento del medio urbano, hecho que ya parecía apuntar la Ley de Beneficencia del año 1822, tal y como se ha señalado al examinar la evolución legislativa en el campo de la salud mental.

Estos y otros factores explican la ubicación de algunos hospitales psiquiátricos en el medio rural, circunstancia que debe resaltarse no tanto por sí misma, sino en función del aislamiento del entorno derivado de la ausencia, en ocasiones, de una fácil comunicación con los núcleos urbanos a través de medios de transporte de una frecuencia aconsejable.

Debe, por otra parte, resaltarse la peculiar situación de otros hospitales, que instalados inicialmente en el ámbito rural, se hallan actualmente en la periferia de las ciudades y, más concretamente, en el exacto borde del casco urbano, debido al crecimiento de las poblaciones próximas, y

que conservan los amplios terrenos en los que estaban ubicados, dando lugar así a una singular situación rural-urbana.

En el cuadro n° 28, se expresa sistemáticamente la ubicación de los hospitales psiquiátricos visitados y la existencia o no de transporte público que facilite el acceso a los mismos.

Del referido cuadro se desprende que una proporción apreciable de dichos centros (el 45%) se hallan ubicados en lugar aislado, lo que no facilita la integración y el contacto de estos enfermos con el entorno.

Los hospitales ubicados en lugares aislados disponen en su práctica totalidad de transporte que los enlaza con las poblaciones más próximas, si bien la frecuencia del mismo y la ubicación de sus paradas dificultan en algunos casos dicha comunicación. Como ejemplos de la escasa frecuencia de dichos medios de transporte público cabe citar el Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, y el Centro Residencial y Rehabilitador

CUADRO N° 28.- SITUACION Y MEDIOS DE TRANSPORTE DE LOS HOSPITALES VISITADOS

	NUCLEO URBANO	LUGAR AISLADO	
		CON TRANSPORTE	SIN TRANSPORTE
H. P. "MIRAFLORES" , DE SEVILLA	X		
H. P. DE EL PUERTO DE SANTA MARIA		X	
H. P. "NUESTRA SEÑORA DEL PILAR", DE ZARAGOZA	X		
H. P. R. DE ASTURIAS	X		
H. P. DE PALMA DE MALLORCA	X		
H. P. DE TENERIFE	X		
C. R. P. DE PARAYAS		X	
H. P. "SAN SALVADOR", DE OÑA	X		
U. R. R. DE TOLEDO		X	
U. R. R. DE ALCOHETE			X
H. P. DE SALT	X		
C. S. P. DE PLASENCIA	X		
C. R. R. "SAN RAFAEL", DE CASTRO DE RIBERAS DE LEA		X	
H. P. "DR. CABALEIRO GOAS", DE TOEN		X	
H. P. DE MADRID		X	
H. P. "ROMAN ALBERCA", DE MURCIA	X		
H. P. "SAN FCO.JAVIER", DE PAMPLONA	X		
H. P. "STA.MARIA DE LAS NIEVES", DE VITORIA	X		
H. P. "REINA SOFIA", DE LOGROÑO		X	
H. P. DE BETERA		X	

Fuente: Elaboración propia.

"San Rafael", de Castro de Riberas de Lea. Este último solo dispone de una comunicación diaria con la capital de provincia e, incluso, el recorrido efectuado por el transporte presenta problemas, habida cuenta de que dicho autobús parte de esta capital y regresa a la misma en el mismo día, sin efectuar la conexión inversa.

Cuentan igualmente con el inconveniente de tener distantes los lugares de las paradas de los transportes públicos los siguientes hospitales: Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Psiquiátrico Regional de Asturias; y "Reina Sofía", de Lardero.

Carece de comunicación mediante transporte público con el núcleo urbano más próximo la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara), que está situada en el Km. 8,100 de la carretera Guadalajara-Cuenca. Tanto en este caso como en el ya indicado del Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, se obvian los inconvenientes derivados de la situación descrita mediante la utilización por parte de los pacientes y sus familiares, de los autobuses destinados al traslado del personal que presta servicio en los respectivos centros.

5.2. Descripción general estado de conservación y condiciones de las instalaciones.

A continuación se recoge una sucinta descripción de los hospitales visitados y se evalúa el estado de conservación y las condiciones de las instalaciones.

5.2.1. Descripción general.

5.2.1.1. Hospital "Miraflores".- Sevilla.

El hospital, construido en el año 1973, consta de planta sótano, planta baja y tres plantas superiores.

En la planta sótano se encuentran los servicios generales (cocina, lavandería, almacenes, etc.). En la planta baja se encuentra el área de dirección-administración, el módulo de rehabilitación y las distintas secciones -todavía sin funcionar-, consultas profesionales, zona de vestuarios -pendiente de dotación-, peluquería y una amplísima sala de columnas, sin destino alguno. Los alojamientos de los pacientes se sitúan en las plantas primera y segunda, estando cerrada la tercera. Existe asimismo, en el recinto hospitalario, una casa de transición.

5.2.1.2. Hospital Psiquiátrico Provincial.- Puerto de Santa María (Cádiz).

Inaugurado en el año 1969, consta este hospital de las siguientes unidades o pabellones físicamente diferenciados:

- Pabellón que acoge el área de dirección-administración, cafetería, vestuarios del personal y sala cinematográfica.
- Pabellón geriátrico, destinado a pacientes de avanzada edad, así como a personas con

deficiencia mental. Se trata de un edificio de dos plantas, la primera de las cuales se encuentra cerrada. Consta de salón-comedor, habitaciones, dos salas de aislamiento, aseos, sala de reuniones del personal y almacén de ropa.

- Pabellón "Area de Cádiz": Consta de sala de estar-comedor, botiquín, office, taller ocupacional y sala de actividades grupales, control de enfermería y despachos médicos, así como de las habitaciones correspondientes.
- Pabellón "Area de Jerez": Edificio de planta única, que consta de salón-comedor, office y de las habitaciones correspondientes. Cuenta, de otra parte, con una amplia zona que permanece cerrada, donde antiguamente se ubicaban las diferentes consultas médicas.
- Pabellón de servicios comunes: Agrupa las dependencias destinadas a cocina, lavandería, etc.
- Pabellón destinado al servicio de guardia del personal sanitario.

Existen además varios pabellones que permanecen cerrados, sin utilización alguna desde que se efectuó la transferencia de pacientes del hospital psiquiátrico al área social de la Diputación Provincial. El centro cuenta, de otra parte, con amplios jardines, piscina y tanatorio.

5.2.1.3. Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar".
Zaragoza.

Este hospital está diseñado en tres unidades funcionales, físicamente diferenciadas, compuestas por dos residencias cada una de ellas y distribuidas en un amplio espacio con paseos y jardines.

Cada pabellón consta de planta baja, en donde se encuentran el comedor y la sala de estar, y de dos plantas, cada una de ellas con dos salas-dormitorio.

5.2.1.4. Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias.- Oviedo.

En la extensa finca en que el hospital está ubicado, se encuentran distribuidos diversos edificios, estando únicamente ocupados algunos de ellos por el hospital. Más en concreto, las edificaciones ocupadas por el mismo son las siguientes:

- Pabellón de dirección y administración, donde se encuentran ubicados los despachos correspondientes, así como los servicios administrativos. Se halla situada asimismo en este pabellón una biblioteca, que cuenta con unos 4.000 volúmenes aproximadamente.

- Pabellón con seis unidades asistenciales, que se encuentra distribuido en planta baja y tres plantas. En la planta baja se hallan situadas la

biblioteca-sala de juegos, el centro social, con bar, y las salas de terapia ocupacional. Se estaban habilitando asimismo en esta planta la recepción, los despachos para consultas y las salas para el médico y el ATS de guardia, por lo que se encontraba en obras. En esta misma planta baja se encuentra también situado el autoservicio del personal. En cada una de las tres plantas superiores se ubican dos unidades asistenciales, agrupando, por tanto, el pabellón a un total de seis unidades. Cada una de ellas tiene una distribución similar, con muy ligeras variaciones, estando compuesta por las habitaciones, un aseo, una sala de estar, una sala de visitas y un sector que incluye el despacho del médico y el control de enfermería. Como dependencias comunes a las dos unidades de cada planta existe un comedor y un office.

- Pabellón con una unidad asistencial: Distribuido en planta sótano, planta baja y dos plantas superiores. La planta baja cuenta con dos comedores, sala de estar, sala de estar-televisión, control de enfermería, office y aseo. En las dos plantas superiores se hallan ubicadas las habitaciones. En la planta sótano están las dependencias dedicadas a terapia ocupacional.

- Pabellón de farmacia: En este pabellón, además del almacén de farmacia y del despacho del farmacéutico, están situadas la sala de

electrocardiograma, la consulta del médico de empresa y la consulta de medicina interna.

- Pabellón de enfermería: Este pabellón está tan solo parcialmente utilizado por el hospital psiquiátrico. En el mismo se encontraba ubicado en el momento de la visita el archivo de historias clínicas, una sala de curas, despachos de médicos, aulas, sala de reuniones y salón de actos (con capacidad de 78 plazas), así como un gimnasio para rehabilitación.

El edificio en que se encuentra este pabellón había sido cedido a la Dirección Regional de Servicios Sociales, existiendo ya en el mismo un centro residencial para minusválidos y encontrándose a punto de ser trasladadas las unidades del hospital que aún permanecen en este módulo a la planta baja del pabellón donde se ubican las seis unidades asistenciales, en el que, como ya se ha indicado, se efectuaban en la actualidad obras a tal fin.

- Nave de almacenaje: Destinada al almacenaje de ropa y de artículos de limpieza.
- Pabellón de servicios y de mantenimiento: Comprende las dependencias destinadas a lavandería (3 lavadoras y 2 secadoras), planchado y costura, talleres (pintura, electricidad y carpintería) y peluquería. En un módulo anexo existen almacenes de jardinería y de horticultura.

- Iglesia: Cuenta con un mural de Paulino Vicente, celebrándose un oficio religioso diario.

En el recinto del hospital se encuentra ubicado un módulo destinado a hospital de día y a centro de salud mental, así como un edificio dedicado a piso protegido (antigua vivienda del director).

De otra parte, y en cuanto a los servicios ajenos al hospital, en uno de los pabellones se encuentra situada una Escuela Taller de la Consejería de Juventud del Principado de Asturias. Existe otro pabellón que se encuentra abandonado, circunstancia que igualmente acaece respecto de la edificación donde se encontraban anteriormente las calderas. También se encuentra clausurado el pabellón antes destinado a comedores, existiendo la previsión de instalar aulas en el mismo. Asimismo, existe el propósito de clausurar, según la información que se nos proporcionó, la planta segunda del pabellón que acoge a una unidad asistencial.

5.2.1.5. Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca.

El hospital está compuesto por unidades diferenciadas, que se distribuyen en un extenso terreno de 110.000 metros cuadrados, con amplios paseos, espaciosos patios en cada una de ellas y extensos terrenos dedicados a huerta y a otras labores agrícolas.

El área destinada a la atención de enfermos crónicos consta de los pabellones siguientes:

- Casa Grande

Compuesta por planta baja y dos plantas superiores. Aquella comprende el comedor, sala de televisión, sala de estar, amplio patio con jardín, zona de duchas y ropero general. La primera planta se halla dividida en tres secciones, con las habitaciones y los aseos. La segunda planta es de estructura idéntica a la primera y permanece cerrada.

- Pabellón "San José"

Ubicado en una planta baja, comprende un comedor, habitaciones y aseos.

- Pabellón "Residencia"

Situado en planta baja, consta de dos secciones, integrada la primera de ellas por sala de estar, habitaciones y aseos y compuesta la segunda por las habitaciones y aseos.

- Pabellón "La Colonia"

Dispone en planta baja de sala de estar, dormitorio, aseo y patio. En planta primera, se sitúan un dormitorio y aseos.

- Pabellón "cinco D"

Consta en planta baja de un pequeño vestíbulo, un comedor de amplia capacidad, una sala de

estar, un extenso patio con jardín, botiquines y ropero y aseos. En la primera planta se hallan situadas cuatro salas- dormitorio, habitaciones y aseos.

- Pabellón "cinco E"

En planta baja dispone de vestíbulo, comedor, sala-dormitorio y baño geriátrico. En planta primera cuenta con dos salas-dormitorio y aseos.

- Pabellón "nueve grande"

"Cuenta en planta baja con una sala de estar, comedor, sala de visitas y patio, mientras que en la primera planta se sitúan las habitaciones, una sala-dormitorio, aseos y ropero.

- Pabellón mixto

Dispone en planta baja de vestíbulo, despacho médico, comedor, dormitorios, sala de lencería, botiquín, amplio patio y aseos. En planta primera cuenta con salas-dormitorios y aseos.

- Pabellón "Son Olíver"

Destinado a aquellos pacientes, de diversas patologías y procedentes del medio rural, que habitualmente trabajan en la amplia huerta existente en el hospital. La notable distancia entre esta unidad y el resto de las que integran el centro se ha visto agudizada por la

construcción de una carretera (vía rápida), que separa a este pabellón del resto, si bien la comunicación puede efectuarse a través de un paso subterráneo.

Ocupa las dependencias de una antigua granja mallorquina, disponiendo de sala de estar-comedor, cocina, aseos, sala-dormitorio, dormitorio y almacén de lencería.

Por su parte, el área destinada a enfermos agudos está distribuida en:

- Pabellón de corta estancia de mujeres (pabellón 4)

En planta baja se encuentra una unidad de 11 camas de carácter cerrado, con habitaciones, vestíbulo-recepción y comedor. En esta misma planta se hallan situados un amplio salón-TV, el comedor general y un espacioso patio. En la primera planta se sitúan las habitaciones de los pacientes y los aseos. La segunda planta, de estructura idéntica a la anterior, permanece sin utilizar.

- Pabellón de corta estancia de hombres (pabellón 3)

Consta de vestíbulo-control, dos comedores unidos, un patio de recreo y once habitaciones.

El resto de las dependencias está compuesto por:

- Area de administración y consultas externas.
- Pabellón de cocinas
- Piso de integración

Destinado a pacientes clínicamente estables, con alternativas de desinstitucionalización:

- Lavandería
- Almacenes
- Iglesia
- Tanatorio

5.2.1.6. Hospital Psiquiátrico de Tenerife.- Santa Cruz de Tenerife.

El hospital está compuesto por un conjunto de edificios sometidos a sucesivas reformas, estando distribuidos en los siguientes pabellones:

- Pabellón de agudos: construido en el año 1981, alberga igualmente a la unidad de alcohólicos.
- Pabellón de rehabilitación y psicogeriatría.
- Pabellón de deficientes mentales.
- Centro de día y unidad de noche: de reciente construcción.

- Febres Campo: Unidad de enfermos crónicos no propiamente psiquiátricos.
- Cocina.
- Lavandería.
- Almacenes.
- Mantenimiento.
- Vestuarios.

- Pabellón en construcción para las unidades de rehabilitación y psicogeriatría.
- Edificio en construcción para administración y consultas externas.

- Edificio destinado a terapia ocupacional, en obras de reforma.

- Pabellón Mencey (rehabilitación), en obras de reforma.

- Pabellones actuales de terapia ocupacional, que serán destinados, previa reforma, a farmacia y a almacenes.

5.2.1.7. Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas.Maliaño-Camargo (Cantabria).

Ubicado en una finca de 12 hectáreas y dotado de varios campos de deporte, consta el centro de 6 unidades de 38 camas cada una y de otras dos unidades de carácter cerrado y que nunca se ha utilizado, estando compuesta cada una de ellas por las habitaciones, sala de estar, un comedor, office, aseos y despachos para médico y ATS. Existe, además, una unidad donde se sitúa el centro social y los servicios generales, así como otra unidad destinada a talleres de laborterapia.

5.2.1.8. Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete.Yebes (Guadalajara).

Esta unidad está ubicada en un edificio que data del año 1926 y que fue reconvertido en sanatorio psiquiátrico en 1959, a partir de un hospital antituberculoso en desuso. El establecimiento fue objeto de una profunda remodelación en el año 1985.

El edificio consta de planta baja y de dos plantas superiores. En aquella, además de las habitaciones, se encuentran la sala de reuniones, la cocina, la cafetería, la instalación de terapia ocupacional, aseos y vestuarios de personal. En la primera planta se halla el área de dirección-administración, así como una sección de mujeres y otra de hombres, que albergan a personas remitidas desde el Hospital de Ciempozuelos. En la planta segunda existe asimismo una sección de hombres y otra de mujeres, que albergan a usuarios residentes desde hace tiempo en el hospital. Cada sección consta, además de las habitaciones correspondientes, de sala de estar, comedor, botiquín y aseos.

5.2.1.9. Unidad Residencial y Rehabilitadora.- Toledo.

Está situada en un pabellón de planta baja y una planta superior. En la planta baja se encuentran dos salas de estar, una sala de visitas, tres comedores y una sala de juegos. En la planta superior se hallan las unidades de alojamiento, compuestas cada una de ellas por 5 habitaciones y los aseos.

Los servicios comunes están situados en la residencia asistida colindante, cuyo origen se encuentra precisamente en el desdoblamiento del recinto en el que estaba ubicado el Hospital Psiquiátrico Provincial, siendo destinada una parte de la finca al citado centro residencial, mientras que la otra fue ocupada por la Unidad Residencial y Rehabilitadora.

5.2.1.10. Hospital Psiquiátrico "San Salvador".- Oña (Burgos).

El Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, se encuentra ubicado en el edificio de un antiguo monasterio benedictino, que fue fundado en el año 1011. Las instalaciones, con posterioridad, fueron ocupadas por la Compañía de Jesús, que mantuvo en ellas un centro de enseñanza dependiente de la Universidad de Comillas, hasta finales de la década de los sesenta, en que el edificio fue adquirido por la Diputación Provincial de Burgos, que en aquel momento no disponía de hospital psiquiátrico y remitía a los enfermos mentales de la provincia a establecimientos situados fuera de ella, en especial a Mondragón (Guipuzcoa).

Pese a que el hospital está situado en el núcleo urbano de Oña, dispone de una extensa finca en la que existe incluso una piscifactoría, aunque la misma, ubicada en los mismos terrenos del hospital, no pertenece a éste.

El inmueble consta de planta baja y de tres plantas superiores, existiendo asimismo unos pabellones exentos. En el edificio principal se encuentran las siguientes unidades:

- Servicios comunes: En la planta baja se hallan situados una serie de servicios y, más en concreto, salas de laborterapia, gimnasio, cocinas, cámaras frigoríficas y almacenes de alimentación, lavandería, salones, varios comedores, enfermería, cafetería, peluquería de señoras, y despachos de dirección y de administración.

- Psiquiatría hombres (clínica psiquiátrica, rehabilitación y alcoholismo): Distribuidas entre las distintas plantas de esta zona, se ubican los siguientes dependencias: salón social (en obras), galería, capilla, ropero, vestuario del personal, barbería y habitaciones. En esta zona, además de la clínica psiquiátrica, se encuentra un área de rehabilitación y el área de alcoholismo.

- Psiquiatría mujeres (clínica psiquiátrica; sala "Santa Luisa" y pabellón "María"): En distintas plantas, se distribuyen varios comedores, sala de laborterapia (alfombras, costura, etc.), sala

de terapia, sala de estar, así como las habitaciones. El pabellón "María" acoge a las mujeres que se encuentran en las mejores condiciones.

- Psicogeriatría (geriatría hombres y geriatría mujeres): Dispone de salas de estar, así como de las habitaciones correspondientes.
- Pabellón "Milagrosa": Se trata de una zona del edificio en la que se atiende a mujeres con oligofrenia, disponiendo de sala de estar y comedor, así como de las habitaciones correspondientes.
- Enfermería (de hombres y de mujeres): Situada en la tercera planta del edificio principal.

Ocupando otros edificios, se ubican las unidades siguientes:

- Pabellón "Florida": Distribuido en planta baja y cuatro plantas, dispone de salón, botiquín, sala de visitas, office, comedor, almacén, así como de las habitaciones correspondientes. Está dedicado a la atención de hombres con oligofrenia.
- Pabellón de laborterapia: Las instalaciones de laborterapia, además de las situadas en la planta baja del edificio principal y en algunas unidades, se encuentran situadas en un pabellón anexo, en el que se ubican dependencias para la

realización de labores de cerámica y pintura, así como para el montaje de pinzas, un taller de soldadura y un taller de fabricación de palets. La dependencia cuenta asimismo con una sala de reuniones del personal.

5.2.1.11. Hospital Psiquiátrico.- Salt (Gerona).

Fundado en el año 1886, ampliado en 1905 y entrado definitivamente en funcionamiento en 1906, el Hospital Psiquiátrico de Salt ocupa una finca de 120.909 metros cuadrados, de los que está edificada una superficie de 9.080 metros cuadrados. Pese a estar ubicado en núcleo urbano, dispone, al estar situado en el extremo del casco urbano, de amplios espacios verdes.

A continuación se describen las distintas instalaciones con las que cuenta el establecimiento, que en el momento de la visita disponía de un total de 534 camas.

- Sector de dirección y administración.

Comprende los correspondientes despachos, así como una sala de reuniones y una biblioteca, estando distribuidas las dependencias en planta baja y en plaza superior.

- Sector de atención a enfermos agudos.

En planta baja y en planta superior, comprende las consultas externas y las urgencias, con los

despachos del personal asistencial. Incluye una sala de electroencefalograma.

la zona hospitalaria de este sector comprende tres unidades asistenciales e incluye, entre los servicios comunes, la cafetería (la explotación se lleva por contrata), la peluquería de señoras, una sala de estar-TV, una sala de juegos, un comedor (común para las tres unidades), la farmacia, el archivo, el almacén de productos de limpieza, los vestuarios de personal, el salón de actos, el despacho del comité de empresa y los talleres de laborterapia.

Las tres unidades asistenciales (A, B y C) presentan una estructura prácticamente idéntica, disponiendo de sala de estar-TV, terraza, control de enfermería, office, aseos, baño, y las habitaciones correspondientes. Entre las unidades A y B existen unos tableros de tenis de mesa.

- Pabellón de crónicos (mujeres).

Este pabellón incluye un control de enfermería, una sala de estar-TV, un comedor, un office y las habitaciones correspondientes.

- Pabellón de enfermería (mujeres).

En este pabellón, más antiguo que el anterior, se encuentran situadas una sala de estar, una

sala de medicamentos, despachos para personal asistencial, el comedor y las habitaciones.

- Pabellón de psicogeriatría (mujeres).

Las dependencias que agrupa este pabellón se encuentran situadas en planta baja y dos plantas superiores, estando clausurada la última de estas. En la planta baja de este pabellón se encuentran ubicadas dos salas de estar-TV, una sala de estar, una sala polivalente (estar, televisión, juegos) y un comedor, efectuándose el alojamiento en nueve habitaciones. La estructura de la planta primera es similar.

- Pabellón de observación (mujeres).

Incluye dos salas de estar-TV, comedor, así como las habitaciones.

- Pabellón de observación (hombres).

Con una estructura idéntica a la del pabellón de observación de mujeres.

- Pabellón de enfermería (hombres).

De planta única, incluye, además de las habitaciones, sala de estar-TV, galería con zonas de estar y con juegos y comedor.

- Pabellón de crónicos 1 (hombres).

Se trata de la zona más antigua e incluye un comedor, una sala polivalente (estar, televisión y juegos). El alojamiento se efectúa en cuatro grandes salas, dotadas dos de ellas de 15 camas y las otras dos de 12 camas.

- Pabellón de crónicos 2.

En planta única, incluye sala polivalente (estar, televisión, juegos, otra sala de estar, así como las habitaciones.

- Pabellón de lavandería.

De estructura antigua y deteriorada, cuenta, sin embargo, con elementos modernos (5 lavadoras y 6 secadoras). Comprende asimismo una sala de costura.

- Pabellón de cocinas.

Agrupada las cocinas, los almacenes de alimentación y las cámaras frigoríficas.

- Iglesia.

- Mortuorio.

- Pabellón de la comunidad religiosa (integrada por ocho personas).

5.2.1.12. Complejo Sanitario Provincial.- Plasencia (Cáceres).

Comprende el complejo diversas unidades, físicamente diferenciadas y distribuidas en un amplio espacio de 27 hectáreas, con varios campos de deporte. Consta de las siguientes unidades o pabellones:

- Pabellón en el que se ubican el sector de dirección-administración, el salón de actos, la cafetería del personal y la Escuela Universitaria de Enfermería.
- Pabellón geriátrico: Consta de dos zonas, una destinada a hombres y otra a mujeres, en donde se encuentran aquellos enfermos que, independientemente del proceso de enfermedad que motivó su ingreso en el centro, presentan una mayor disminución física.
- Pabellón de hombres: Consta de planta baja (vestíbulo, portería, salas de espera, aseos, peluquería, comedor, sala de lencería, vestuario de personal, etc.), planta primera (salas de espera de familiares, despacho de psicólogo, trabajador social y psiquiatra, botiquín) y planta segunda, donde se encuentra la mayor parte de las habitaciones. Cuenta además con una pequeña sala de lectura y con una cafetería, ubicada en una reducida sala.

- Pabellón de mujeres: De estructura idéntica a la del pabellón de hombres, si bien carece de sala de lectura y de la cafetería antes citadas.
- Pabellón de laborterapia (hombres): Apenas utilizado, carece prácticamente de instrumentos, talleres, etc. para poder desarrollar este tipo de actividades.
- Pabellón de laborterapia (mujeres): Se encuentra cerrado, estando destinado a almacén de chatarra y material de desecho.
- Pabellón que agrupa las unidades de agudos y de alcohólicos, la unidad de enfermería y el tanatorio.

La unidad de enfermos agudos, de reciente constitución, consta de dos habitaciones, un comedor, una sala de estar y un pequeño jardín. Por su parte, la unidad de alcoholismo está compuesta por diez habitaciones.

- Pabellón de servicios comunes: Se encuentran situadas en este pabellón la lavandería, la cocina, los almacenes, así como la capilla.

5.2.1.13. Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael".
Castro de Riberas de Lea (Lugo).

Está instalado este hospital en un inmueble ubicado en una amplia finca de la Diputación Provincial de Lugo, de una extensión de 304 hectáreas, en la que también existen otros servicios de la citada Diputación. El hospital está desarrollado en sentido horizontal, ya que cuenta con una única planta, existiendo únicamente en la entrada principal una planta superior, en la que se aloja una comunidad integrada por ocho religiosas.

Dentro del inmueble pueden distinguirse las siguientes dependencias:

- Zona de instalaciones comunes: Comprende dependencias tales como la farmacia, la sala de exposiciones de trabajos de terapia ocupacional, la biblioteca, la sala de redacción del periódico editado en el hospital, taller de trabajos en barro, talleres individuales (así, carpintería), taller de artes plásticas, almacenes y cinco antiguas habitaciones de aislamiento, que en la actualidad se utilizan como almacenes. Existen asimismo en esta zona 4 habitaciones sin ventanas al exterior, sino a un pasillo y que, conforme a la información recibida, solo se utilizan para alojar, en caso de necesidad, de modo provisional, a enfermos ingresados por orden judicial.
- Pabellón de psicogeriatría (mujeres): Está integrado por las habitaciones correspondientes, aseos, sala de estar-TV, comedor, así como por una sala de costura.

- Pabellón "Marbella" (mujeres): Está compuesto por las habitaciones, aseos, comedor, office, almacén, almacén de ropa, dos salas de estar y una sala de estar-TV.
- Pabellón "Torremolinos" (hombres): Comprende las habitaciones, aseos, dos comedores, office, ropero, sala de estar y juegos, salón de estar y sala de estar-TV.
- Pabellón de psicogeriatría (hombres): Está integrado por las habitaciones correspondientes, los aseos, sala de estar-TV. sala de juegos y comedor.
- Pabellón "pensión" (hombres): Comprende las correspondientes habitaciones, aseo y sala de estar y juegos.
- Lavandería y costura: Dispone de lavadoras (3), secadoras (2) y plancha (1).
- Cocinas y almacenes: Comprende las dependencias destinadas a cocina, dos cámaras frigoríficas y dos almacenes de alimentación.
- Capilla.
- Enfermería: Integrada por sala de curas, consultas y sala de reuniones.
- Zona de dirección-administración: Con los despachos correspondientes.

- Salón de actos.
- Tanatorio.

A reseñar que el hospital dispone incluso de cementerio propio, lo que puede dar una idea cabal de las dimensiones de la finca en que el establecimiento está situado.

5.2.1.14. Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" .- Toén (Orense).

Se encuentra situado el hospital en una extensa finca, comprendiendo tres bloques de edificios, además de algún pabellón aislado.

El primer bloque de edificios se encuentra tan solo parcialmente utilizado, ya que prácticamente la mitad del mismo está clausurada (así, antiguo pabellón de habitaciones y antiguo pabellón de cocinas, usándose éste actualmente como almacén). En este bloque se encuentran situados los siguientes sectores:

- Sector de dirección y administración: Se encuentran ubicados en esta zona los despachos de dirección y administración, la sala de archivos y de admisión, la sala de juntas, la biblioteca del personal y sala de reuniones, la central telefónica, la sala del médico de guardia y las consultas.

- Sector de mujeres: Está situado en la primera planta y dispone de despachos de ATS, auxiliares psiquiátricos y trabajador social, sala de estar, sala de visitas, sala de psicodrama, así como por las habitaciones correspondientes.
- Unidad residentes hombres: Ubicada en la primera planta, dispone de sala de estar, así como de las habitaciones de los pacientes.
- Sector de hombres (norte): Situado en la planta segunda, consta de sala de estar, consultas médicas y de las habitaciones correspondientes.
- Sector de hombres (sur): Ubicado en la segunda planta del edificio, tiene una distribución similar a la que acaba de describirse.
- Enfermería: Situada en la planta segunda, cuenta con sala de curas, archivo de historias clínicas de enfermería, así como con una unidad de vigilancia especial, compuesta por dos habitaciones, de dos camas, dotadas de cierres de seguridad.
- Farmacia.
- Peluquería-barbería.
- Salas de televisión, de estar y de juegos: Con aparatos de televisión, tenis de mesa y bar.
- Biblioteca.

- Salón de actos.
- Sala de control de auxiliares psiquiátricos.
- Comedor y cocinas: Situados en la planta baja del edificio.
- Taller de carpintería y mantenimiento: Situados en la planta sótano del inmueble.
- Almacén de limpieza: Ubicado asimismo en dicha planta sótano.

A continuación de este edificio, donde están la mayor parte de las instalaciones del hospital, se encuentra situada otra edificación, levantada en 1974, y que iba a ser destinada, en su mayor parte, a hotel, para uso de los familiares de los enfermos. Pese a que, según la información recibida, la obra no llegó a ser oficialmente entregada, en la actualidad están ocupadas las edificaciones laterales del inmueble, que se destinan a club social (cafetería y sala de billar) y a capilla, encontrándose, en cambio, el cuerpo central de aquel (en concreto, el que iba a ser destinado a hotel) en estado de absoluto abandono.

A su vez, detrás de este edificio, se encuentra otro inmueble que, como el anterior, y siempre según la información proporcionada, no llegó a ser oficialmente entregado, y cuyo destino teórico, en su mayor parte, era el de salón de actos. Actualmente, se utiliza una de las edificaciones laterales de este inmueble para laborterapia, estando abandonado el resto, del que tan solo se usa el teórico salón de actos como almacén de elementos utilizados para laborterapia.

Además de estas instalaciones, existe un pabellón aislado, en el que se encuentra situada la lavandería y la sala de costura y de plancha.

Por último, en la finca en que se halla ubicado el centro existe un campo de fútbol (en adecuadas condiciones de utilización), una cancha de balonmano (en estado de abandono), un invernadero, un huerto y una granja (ésta última en estado de abandono). El hospital se autoabastece de productos que se cultivan en el huerto y en el invernadero.

5.2.1.15. Hospital Psiquiátrico.- Madrid.

Construido a finales de los años sesenta, consta de dos edificios comunicados entre sí. Uno de ellos se halla destinado fundamentalmente a unidad de enfermos agudos. El otro edificio, que alberga el resto de unidades, tiene una estructura en forma de H. Ambos edificios constan de 5 alturas.

Los servicios comunes y las dependencias destinadas a dirección-administración se encuentran situadas en la planta baja del último de los edificios citados.

5.2.1.16. Hospital Psiquiátrico "Roman Alberca", en El Palmar. Murcia.

La situación actual del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de Murcia, tiene su origen en el año 1987, en el que de los 572 enfermos se encontraban internados, 486 pasaron a ser atendidos por el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, a cuyo efecto se estableció el Centro Residencial "Luis Valenciano". Con tal motivo el recinto del hospital fue dividido en dos partes, permaneciendo en una de ellas el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", mientras que el resto fue ocupado por el centro residencial citado.

Por lo que se refiere estrictamente al Hospital "Román Alberca", se trata de un centro distribuido en pabellones, conforme a la siguiente estructura:

- Pabellón médico-administrativo: Integrado por diversos despachos, así como por una sala de reuniones. En el momento de la visita un ala de este edificio (antigua unidad de alcohólicos) se encontraba clausurada, estando proyectada su remodelación para instalar un aula docente, una sala de reuniones y un almacén, así como para ampliar la biblioteca.

- Pabellón de agudos: Comprende dos unidades de 27 camas cada una, así como una unidad de admisión y urgencias.

Esta última unidad se encuentra situada en la planta baja del pabellón. En esta misma planta se hallan asimismo ubicados diversos despachos y consultas (admisión; médico de guardia; médico internista), sala de visitas, así como una sala de terapia ocupacional.

En las dos plantas superiores de este pabellón se encuentran las habitaciones, existiendo siete en cada una de ellas, así como un aseo por cada dos habitaciones. En cada planta se ubican además una sala de estar y un comedor, aparte de otras dependencias (despachos y consultas; botiquín; office).

- Pabellón de subagudos (o de estancia media o de rehabilitación): Está situado en las plantas baja y primera del pabellón, no utilizándose la segunda planta del mismo, que se encuentra cerrada.

En ambas plantas se encuentran situadas las habitaciones de los enfermos, así como salas de estar, botiquín, enfermería, y los correspondientes aseos. En la planta primera, se dispone de tenis de mesa.

- Centro de día: Situado en el mismo recinto del hospital, con un total de 65 plazas de media pensión.

Debe reseñarse que la coexistencia de dos instituciones, dependientes de organismos distintos (Consejería de Salud e Instituto de Servicios Sociales), ocasiona que determinados servicios sean comunes a ambas. Así, el Hospital "Román Alberca" carece de cocinas, confeccionándose los alimentos en el Centro "Luis Valenciano", que presta además otros servicios como el de lavandería.

5.2.1.17. Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier".
Pamplona.

El recinto hospitalario está constituido por 25 pabellones de los que en la actualidad se encuentran ocupados solamente once. Estos pabellones, independientes entre sí, se encuentran comunicados por galerías de notable longitud. Constan en su mayoría de dos alturas. Cada pabellón comprende una o varias unidades funcionales.

La superficie del recinto es de 218.677 metros cuadrados, de los que 60.000 se han destinado a parque público. La superficie edificada es de 17.000 metros cuadrados y el volumen construido de 32.000.

Comenzó su construcción en junio de 1891 y finalizó en agosto de 1899.

5.2.1.18. Hospital Psiquiátrico "Sta. María de las Nieves.
Vitoria.

El recinto donde se halla ubicado el hospital tiene una extensión de 8.000 metros cuadrados, de los cuales se hallan construidos aproximadamente 3.000, siendo el resto patios y jardines. La construcción corresponde a un inmueble principal, otro adosado y otras edificaciones menores.

El edificio principal data de finales del siglo XIX, siendo su forma la de tres cruces latinas unidas por su travesaño más corto. Tiene tres plantas y sótano y está

destinada fundamentalmente a residencia de la tercera edad de la Diputación Foral de Alava. La menor parte, ocupada por el Hospital Psiquiátrico, está destinada a oficinas en su planta baja y a almacenes y taller de mantenimiento en la planta sótano.

El edificio adosado, de construcción más reciente, tiene cuatro plantas incluida la baja y están desocupadas las dos últimas. En él se hallan ubicadas un total de seis unidades, que corresponden a media estancia, hombres y mujeres, corta estancia, hombres y mujeres, gerontopsiquiatría hombres y psicogeriatría mujeres I. Los otros inmuebles son:

- Edificio de planta baja, que acoge parte de la unidad de larga estancia hombres.
- Edificio de planta baja destinado a lavandería.
- Edificio de dos plantas correspondiendo la primera a la residencia de la tercera edad y la baja al servicio de día de alcoholismo.
- Edificio de planta baja donde se ubica la unidad de psicogeriatría mujeres II.
- Edificio de planta baja destinado a las centrales térmica e hidráulica.
- Edificio de planta baja destinado a cocina y almacenes.

5.2.1.19. Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía".- Lardero (La Rioja).

El hospital está diseñado en seis pabellones, físicamente diferenciados, distribuidos en un amplio espacio con diversos paseos y jardines. Dos de estos pabellones se encuentran cerrados, estando previsto destinar uno de ellos a residencia asistida, en la que se integraría parte de la población atendida en el hospital.

Existe además un pabellón de servicios comunes y un pabellón central en el que se encuentra el área de dirección-administración, la cafetería y los comedores.

5.2.1.20. Hospital Psiquiátrico, de Bétera (Valencia).

Ocupa este hospital una extensa finca de 400.000 metros cuadrados, si bien parte de esta superficie ha sido cedida al organismo competente de la Generalidad Valenciana, que mantiene en estos terrenos unos viveros. Del total de la superficie están construidos 50.000 metros cuadrados.

El hospital fue inaugurado en el año 1973, siendo de construcción modular. Como consecuencia de la aplicación del Plan de Salud Mental se ha ido procediendo a la clausura de diversos pabellones, de modo que en el momento de la visita se utilizaban los siguientes:

- Pabellón 17 (servicios administrativos y médicos, y atención a enfermos agudos): Se

encuentran situadas en este pabellón las oficinas administrativas y la clínica ("hospitalillo"), así como una de las tres unidades de agudos.

Las oficinas administrativas constan de planta baja y de planta superior, disponiendo de los correspondientes despachos, así como de un salón de actos y de una sala de juntas, instalada en la antigua biblioteca.

La clínica consta de planta baja y de dos plantas superiores, estando situadas en aquella la farmacia, las consultas de medicina interna, la sala de radiodiagnóstico, el laboratorio, el laboratorio de la farmacia y los despachos de medicina de empresa. En la primera y en la segunda plantas se encuentran situadas las habitaciones, así como salas de estar-TV y comedor, sala de estar del personal, almacenes de limpieza, ropero, consultas, office y botiquín (sala de curas, almacén de medicamentos y vestuario del personal). En la planta sótano, se ubica un amplio almacén de farmacia.

La unidad de enfermos agudos que se encuentra situada en este pabellón está distribuida en planta baja y planta superior. En la primera de ellas, existen despachos, botiquín, terraza, comedor, office, sala de estar-TV y 14 habitaciones. En la planta superior, dispone la Unidad de 16 habitaciones, sala de rehabilitación, sala de juegos, ropero y despacho.

- Pabellón 12 (agudos): En este módulo está instalada otra de las tres unidades de agudos, siendo destinada, en concreto, a desintoxicación de alcohólicos y drogodependientes.

La planta baja cuenta con despachos y consultas, sala de estar-TV, sala de juegos, nueva sala de estar (en obras), sala de personal, botiquín, almacén de farmacia, comedor, office, talleres ocupacionales, jardín, así como las habitaciones. El resto de las habitaciones se encuentra situado en la planta superior.

- Pabellón 15 (agudos): Este pabellón, destinado a la atención de enfermos agudos, se distribuye en planta baja y una planta superior, constando de dos alas, una de ellas para hombres y la otra para mujeres.

En la planta baja existen dependencias destinadas a despachos y consultas, comedor, office, sala de reuniones, sala de estar-TV, ropero, sala de juegos y estar y botiquín. Las habitaciones están situadas algunas de ellas en la planta baja y el resto en la planta superior.

- Pabellón 14 (crónicos): Distribuido en planta baja y una planta superior. En la planta baja se sitúan despachos, sala de estar-TV, ropero, dos comedores, sala de estar, sala de terapia (en obras) y taller de costura. Las habitaciones se encuentran distribuidas entre la planta baja y la primera planta.
- Pabellón 8 (crónicos): Distribuido en 3 alas y plantas baja y superior, si bien la primera planta de una de las alas se encuentra cerrada. Dispone de sala de estar-TV, sala de estar, comedor, botiquín, taller de costura, así como de las habitaciones correspondientes.

- Pabellón 5 (crónicos): Se distribuye en planta baja y dos plantas superiores, no utilizándose la segunda de ellas. Dispone en la planta baja de sala de estar-TV, sala de personal, despachos, office, comedores, enfermería y habitaciones. La planta primera está destinada al alojamiento de los pacientes.

- Pabellón de deportes: Cuenta este pabellón con un gimnasio, un frontón cubierto, una cancha de voleibol, así como con vestuarios y duchas, despacho del monitor y almacén de material.

- Pabellón de mantenimiento: Dispone de los talleres correspondientes (carpintería, etc.), así como de despacho de encargado, de almacén y de comedor del personal.

- Pabellón de cocinas: Cuenta con las dependencias destinadas a cocina, así como con cámaras frigoríficas e instalaciones para el almacenaje de alimentos.

- Lavandería: Dispone de cuatro lavadoras centrífugas, una lavadora en seco, tres secadoras y una planchadora.

- Garaje.

- Peluquerías de señoras y de caballeros: Ubicadas en el antiguo centro social, que actualmente no se utiliza.

- Sala cinematográfica.
- Almacén: Situado en una parte del edificio en el que se encontraba situada la iglesia.
- Capilla: Está situada en una parte transformada de la antigua iglesia, con capacidad para 60 plazas.
- Tanatorio.
- Archivos: Distribuidos en dos salas.
- Cuerpo de guardia: Comprende una consulta, un botiquín, una sala de estar y habitaciones para el personal de guardia.

El hospital dispone de cinco pabellones más, que se encuentran clausurados y en estado de abandono, así como de un hotel de seis plantas, también abandonado, sin que nunca llegase a entrar en funcionamiento.

5.2.2. Estado de conservación y condiciones de las instalaciones.

Sin perjuicio de las observaciones concretas que se realizan en cada uno de los apartados relativos a las diversas dependencias visitadas, puede señalarse con carácter general que una parte de los hospitales analizados presentan deficiencias en el estado de conservación de las instalaciones destinadas al alojamiento.

Por el contrario, las dependencias destinadas a otras finalidades, como son la alimentación, el esparcimiento, la asistencia sanitaria y las actividades rehabilitadoras, se encuentran, desde una perspectiva global, en mejores condiciones que las áreas de alojamiento, sin perjuicio de excepciones puntuales.

En otro orden de cosas, se ha de destacar la existencia de hospitales sobredimensionados en relación con la población internada. Esta circunstancia, en efecto, se ha producido no solo por el proceso progresivo de desinstitucionalización de pacientes, sino incluso por haber sido diseñados inicialmente en función de un número de enfermos que nunca llegaron a acoger.

Este hecho es aún más llamativo si se tiene en cuenta que algunos de los hospitales claramente sobredimensionados fueron construidos en el decenio de los setenta, es decir, poco tiempo antes de que comenzara la desinstitucionalización de enfermos a causa de la aplicación de la reforma psiquiátrica, cuya necesidad, por lo demás, ya podía intuirse por aquel entonces.

La consecuencia de todo ello ha sido que determinadas dependencias de ciertos hospitales no llegaron jamás a entrar en funcionamiento, por lo que tanto estas, como otras instalaciones que quedaron progresivamente vacías de enfermos a causa de la disminución de la población atendida, se encuentran en la actualidad clausuradas y en estado de abandono total.

De este modo, de los seis pabellones de que consta el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero, dos permanecen cerrados. Por su parte, en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo, existen unidades que no han sido nunca utilizadas.

Otro ejemplo lo constituye el Hospital Psiquiátrico de Bétera, inaugurado en el año 1973 y diseñado para 1200 plazas, sin que la máxima ocupación, acaecida en el año 1975,

sobrepasara las 749 plazas, es decir, el 62,42% de su capacidad teórica. Las 295 camas ocupadas en la actualidad representan el 24,58% de la capacidad para la que fue concebido, de modo que varios módulos (cinco en la actualidad) están abandonados, dándose, de otra parte, la circunstancia, ya citada anteriormente, de la existencia de un edificio de seis plantas destinado a hotel, que no llegó a entrar en funcionamiento. Debe añadirse que pese a esta falta de utilización de algunas edificaciones, se destinan a alojamiento habitaciones de hasta 8 camas, cuando en el módulo en el que se encuentran hay una planta vacía.

Debe citarse, igualmente, en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, la existencia de una edificación del año 1974, destinada teóricamente en su mayor parte a hotel, que, según la información obtenida en el curso de la visita, nunca llegó a ser oficialmente entregada. El cuerpo central de este edificio se halla en estado absoluto de abandono y solo se ocupan hoy en día las edificaciones laterales del mismo. Existe asimismo otro inmueble, tampoco entregado oficialmente y destinado originariamente a salón de actos. Debe añadirse que, pese a esta falta de excepción oficial de las obras, siempre según la información obtenida, se utilizan algunas de las dependencias para diversos usos (club social, laborterapia, capilla).

En otros supuestos, la sobredimensión actual obedece a procesos de desinstitucionalización o de transferencia de pacientes a estructuras sociales, lo que sucede, por ejemplo, en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, y en el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María.

También puede destacarse, en algunos hospitales, las barreras arquitectónicas que dificultan la deambulaci3n, debiendo significarse la existencia de pacientes que, por su avanzada edad u otras causas, presentan problemas graves de movilidad, que se acentúan por la citada circunstancia. En este sentido, puede mencionarse el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, donde el acceso a uno de los pabellones de alojamiento se efectúa a través de una escalera y no cuenta con ascensor, ofreciendo además dificultades su instalaci3n atendidas las características arquitectónicas del inmueble.

Se observó asimismo la existencia de barreras arquitectónicas en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia. Esta circunstancia quedaba paliada, en el pabell3n de enfermos agudos, con la existencia de un aparato elevador. Por el contrario, el pabell3n de subagudos no contaba con este elemento, siendo de significar que, según la informaci3n obtenida, en el momento de la visita estaban internadas en el hospital tres personas que precisaban sillas de ruedas para su deambulaci3n y otras doce que tenían problemas de movilidad.

En el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, el ascensor se encontraba clausurado desde hacía varios meses, al no reunir los requisitos previstos en la normativa aplicable.

Sobre el estado de conservaci3n incide, además, la ejecuci3n de obras de remodelaci3n. Varios de los hospitales visitados presentaban, en efecto, sensibles diferencias entre unas y otras unidades, en funci3n de la realizaci3n de tales

obras, que se han efectuado de modo preferente en las dependencias destinadas a enfermos agudos.

En algunos de los hospitales visitados estaban en ejecución obras destinadas a mejorar las condiciones estructurales o disponían de proyectos destinados a este fin. Así, en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife se estaba realizando la remodelación, entre otros pabellones, de los de media y larga estancia y psicogeriatría, lo que supondrá una mejora sustancial en el alojamiento de los enfermos crónicos. En el Hospital "Román Alberca", de Murcia, estaba pendiente de aprobación por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia, un proyecto de remodelación que solventaría diversas deficiencias. Según noticias posteriores, el citado proyecto ya se encontraba en curso de ejecución. Pueden destacarse asimismo los esfuerzos realizados para conservar y mejorar las instalaciones de la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes, tales como instalación de ascensor y asfaltado de los accesos. Sin embargo, la antigüedad del establecimiento se une a las carencias existentes: fachadas exteriores en mal estado, zonas infrautilizadas o abandonadas, deterioro en la pintura de paredes y techos, y abandono relativo de las zonas ajardinadas y de los espacios abiertos. A todo ello, se añade, como defecto más grave, la carencia de conexión a la red de abastecimiento de agua, habiendo sido estériles hasta el momento las gestiones realizadas al efecto. El abastecimiento de agua se produce, por tanto, mediante camiones cisterna, habiéndose mejorado las instalaciones del depósito y conducción del agua y controlándose la salubridad de ésta, tras un brote de legionella acaecido hace algunos años.

Respecto de las medidas de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia es menester

señalar, con carácter previo, la atenuación del riesgo que se deriva del desarrollo predominantemente horizontal en las edificaciones de los hospitales visitados y, por consiguiente, de su escasa altura, así como de los amplios espacios abiertos que constituyen el entorno de los establecimientos, circunstancias que, entre otros aspectos, facilitan la evacuación de los inmuebles. En efecto, los hospitales visitados se encuentran ubicados en edificios con un limitado número de plantas e, incluso, la mayor parte de los módulos de algunos de ellos están contruidos en una sola planta. Por consiguiente, este escaso desarrollo en altura es, sin duda, un factor importante para paliar los riesgos potenciales.

Los elementos contra incendios que pueden encontrarse con mayor frecuencia en los hospitales están contruidos por los extintores y los hidrantes, pero aún así se presentan notorias deficiencias en relación con estos elementos en algunos de los establecimientos visitados.

Así, en el curso de la visita efectuada al Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, pudo constatarse la inexistencia de extintores, circunstancia que asimismo se daba en uno de los pabellones del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias (más en concreto, en el que está instalada una unidad asistencia).

De otra parte, se estima que el número de extintores instalados en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca es insuficiente. A título de ejemplo y para ilustrar esta aseveración, puede indicarse que en la unidad 1 del Pabellón de Mujeres únicamente existían dos extintores en la planta baja y ninguno en la primera planta; que en el pabellón "Nueve Grande" tan sólo había un extintor en la planta baja y ninguno

en la primera planta (dormitorio); que en el pabellón "La Colonia" la dotación era de un extintor en la planta baja y de dos en la primera planta; y que en el Pabellón "San José" sólo había un extintor en la unidad.

Asimismo, se observó la falta de revisión desde el mes de septiembre de 1988 de los extintores del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo.

En lo que atañe a los hidrantes, aparte de existir algún establecimiento que carece de ellos, tanto en el interior como en el exterior (Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca), se presentan algunos problemas. Así, en el Hospital "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza, si bien existían hidrantes en el exterior de cada pabellón, se carecía, según la información facilitada, de la suficiente presión para ser utilizados, en caso de emergencia, por el servicio de bomberos. En algún caso (Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes), la inexistencia de red de abastecimiento de agua es un factor condicionante de las medidas susceptibles de ser adoptadas en materia de protección contra incendios.

De otra parte, algunos de los hospitales disponen de sistemas de detección (así, Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona; Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria, y de alarma (así, Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, si bien, según la información obtenida, el sistema se encontraba en reparación; y Hospital Psiquiátrico de Salt, en algunas de sus dependencias), e igual circunstancia acaece respecto de la señalización de las vías

de evacuación (así, Hospital Psiquiátrico de Madrid), de las luces de emergencia (así, Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; Hospital Psiquiátrico de Bétera; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, en algunas de sus dependencias) y de las salidas y escaleras de emergencia (así, Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria; y Hospital "Reina Sofía", de Lardero). No obstante, pudo observarse, respecto de este elemento, que en el último hospital citado las salidas de emergencia para acceder a las escaleras se encontraban cerradas, lo que hubiera dificultado su utilización en el caso de haber sido necesaria la misma. Esta circunstancia se justificó por los responsables del centro en la peligrosidad que podrían representar para los enfermos tales puertas, próximas al inicio de las escaleras. De otra parte, en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, no existen escaleras exteriores y de las seis escaleras de acceso a las diferentes plantas únicamente son susceptibles de utilización dos de ellas, una en cada extremo del edificio, encontrándose cerradas las correspondientes puertas, que están rotuladas con la señal "salida de emergencia".

Tan solo en algún hospital existe plan de emergencia (así, Hospital Psiquiátrico de Madrid), o el personal ha participado en programas de evacuación (así, Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo), o bien dispone de un plan de formación del personal para situaciones de emergencia (Hospital Psiquiátrico de Tenerife). En algún caso, existen manuales de emergencia en los botiquines de las plantas, habiéndose difundido las instrucciones entre el personal y realizándose asimismo simulacros de evacuación en conexión con el servicio de bomberos (Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes).

5.3. Población atendida.

5.3.1 Consideraciones generales.

A la hora de analizar las características de la población internada en los hospitales psiquiátricos visitados, es preciso volver a traer a colación las notables transformaciones que, desde hace varios años y con mayor o menor incidencia, según se trate de una u otra Comunidad Autónoma, están experimentando estos centros de internamiento.

En este sentido, no podemos dejar de subrayar el hecho de que, hasta fechas relativamente recientes, los hospitales psiquiátricos eran entendidos como instrumentos de tipo primordialmente custodial, asumiendo una función de control social.

Como ya se ha expuesto, la mayor parte de las Comunidades Autónomas han iniciado un proceso de desinstitucionalización de los enfermos internados en hospitales psiquiátricos, en orden a superar la asistencia psiquiátrica tradicional, al cuestionarse el tratamiento otorgado a los problemas de salud mental de la población en los clásicos manicomios, que se califica de inadecuado.

A lo anterior, habría que añadir la constatación de que el aspecto que caracteriza a un significativo porcentaje de las personas ancianas y con deficiencia mental internada en los hospitales psiquiátricos, es más la existencia de dificultades de reinserción social que la de problemas psiquiátricos propiamente dichos.

Una de las manifestaciones del señalado proceso de desinstitucionalización de los enfermos ingresados en los hospitales psiquiátricos, iniciado en mayor o menor medida por gran parte de las Comunidades Autónomas, ha sido la práctica supresión de ingresos en los hospitales psiquiátricos, excepción hecha, como ya se ha indicado, de aquellas Comunidades que no han abordado la reforma de la estructura tradicional, y, paralelamente, el trasvase de parte de la población a estructuras de otro tipo, fundamentalmente de carácter social.

No obstante, dentro de esta evolución, es preciso constatar, tal y como se ha apreciado en las visitas efectuadas, las notables dificultades en la aplicación de los planes de desinstitucionalización, fundamentalmente por la escasa disponibilidad de estructuras alternativas.

Como consecuencia del referido proceso de reforma, puede observarse, en aquellos hospitales psiquiátricos en que se ha iniciado la misma, un progresivo descenso de la población internada, con incidencia distinta, según se trate de uno u otro hospital.

Así, en los Hospitales Psiquiátricos "Miraflores" de Sevilla, y de El Puerto de Santa María, la implantación del nuevo modelo conlleva la desinstitucionalización del máximo número de enfermos ingresados y la transferencia a los servicios sociales de aquellos que no pueden alcanzar un nivel de autonomía adecuado, de modo que el primer hospital citado pasó de tener 790 enfermos en enero de 1984 a 576 en enero de 1990 y el segundo, en idéntico período, pasó de 475 a 197 pacientes.

En una segunda fase, a principios del año 1991, se produce la transferencia de competencias en materia sanitaria de las Diputaciones Provinciales a la Junta de Andalucía, fecha desde la que, en un plano teórico, los programas de atención a las personas deficientes y ancianas sin patología psiquiátrica activa pasan a depender de las áreas de servicios sociales de las Diputaciones, reduciéndose el número de enfermos del Hospital Psiquiátrico "Miraflores" de Sevilla a 274 y el del Puerto de Santa María a 75.

No obstante, un significativo porcentaje de estas personas es acreedor, igualmente, a otro tipo de asistencia, si bien la transferencia de los mismos no ha podido llevarse a cabo por la insuficiencia de recursos alternativos.

En el Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar", de Zaragoza, la reforma emprendida conllevó una profunda transformación del centro al suprimirse, a partir del 1 de julio de 1987, los ingresos (aproximadamente 400 por año, en etapas anteriores), la unidad de admisión (con 53 camas) y las consultas externas (unas dos mil/año), pasando de 521 camas a las 391 existentes en el momento de efectuarse la visita.

Igualmente, la reducción progresiva del número de internados en los hospitales psiquiátricos adquiere especial relevancia en el Regional de Asturias, que pasó de 929 enfermos en el año 1982 a 249, al 31.7.1991, como consecuencia del proceso de desinstitucionalización iniciado en la Comunidad Autónoma, que comportaba el desarrollo de un programa de transformación del hospital psiquiátrico y de un conjunto de medidas dirigidas a evitar la exclusión de las personas afectadas por trastornos mentales y a superar viejas formas de asistencia.

Diferente matiz debe concederse al proceso de reforma iniciado en los Hospitales Psiquiátricos de Toledo y "Román Alberca" de Murcia, consistente en reducir el número de camas, transfiriendo parte de la población al área de servicios sociales, ubicada en las instalaciones que, como consecuencia de tal reducción, quedaron libres.

Con tal motivo el recinto de los precitados hospitales fue dividido en dos partes, permaneciendo en una de ellas el hospital psiquiátrico, mientras que en la otra se configuraba el área social.

Tal proceso ha conllevado que el Hospital Psiquiátrico de Toledo haya pasado de 480 camas, que existían en el año 1983, a 90, capacidad actual, y que de los 572 enfermos internados en el año 1987 en el Hospital "Román Alberca", 486 pasaran a ser atendidos por el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

El proceso de desinstitucionalización iniciado en el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona, ha supuesto la drástica reducción del número de ingresos, mientras que se han fomentado las altas clínicas, derivándose a los enfermos a residencias asistidas de carácter social y a otras estructuras (42% de dichas altas). En el marco de este proceso, en el año 1990 se ha procedido a la apertura, dentro del Hospital Psiquiátrico, de una clínica psicogeriatrica y a la reestructuración de un pabellón para su adscripción al Instituto Navarro de Bienestar Social.

En el momento de la creación del Servicio Vasco de Salud, el Hospital Psiquiátrico "Sta. María de las Nieves", de Vitoria, disponía de 413 camas, reducidas, en el momento de

efectuarse la visita al centro, a 293, a través de programas de desinstitucionalización, consistentes básicamente en la transferencia de parte de la población a dispositivos de carácter social.

En esta línea, es de destacar, igualmente, la profunda transformación del Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero, al suspenderse, con fecha 1 de julio de 1988, los ingresos de enfermos en el hospital, centralizándose los mismos, en lo sucesivo, en la unidad de corta estancia del Hospital General. Al propio tiempo, se estableció la previsión de destinar uno de los pabellones cerrados del hospital a residencia asistida, en la que se integraría parte de la población psiquiátrica.

Similar circunstancia es predicable del Hospital Psiquiátrico de Betera, que en el año 1985 atendió a 685 pacientes en las unidades de larga estancia, mientras que, en julio de 1991, las plazas de estas unidades alcanzan el número de 195, reducción de camas llevada a cabo mediante la atención alternativa a través de la familia, de residencias asistidas y de pisos.

Independientemente de lo expuesto en los apartados anteriores, es preciso resaltar, una vez más, que en la práctica totalidad de los hospitales psiquiátricos visitados, parte de la población ingresada es acreedora de otro tipo de asistencia, fundamentalmente de carácter social con el oportuno apoyo de la asistencia especializada en salud mental, si bien la carencia de estructuras alternativas condiciona notablemente este aspecto.

En este sentido, y a efectos analíticos, pueden avanzarse, en base a la documentación recabada, los cuatro grandes grupos en los que se puede dividir la población ingresada en los hospitales psiquiátricos:

- * Pacientes mayores de 65 años
- * Pacientes con oligofrenia
- * Pacientes psiquiátricos activos
- * Pacientes con sintomatología residual o asintomáticos.

5.3.2. Edad.

Una de las características de la población de los hospitales psiquiátricos visitados es la elevada edad media de estos pacientes y el largo tiempo que llevan alojados en la institución, lo que da a entender la temprana edad en que un significativo porcentaje de esta población se incorporó al ámbito hospitalario.

Tal circunstancia ha aconsejado a elaborar el cuadro n° 29, en el que se refleja el porcentaje de los internados mayores de 60 o 65 años en los hospitales visitados, para una más fácil observación de esta característica. Como quiera que los datos facilitados por los centros se refieren unos a - - -

CUADRO N° 29.-_POBLACION INTERNADA EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS: EDAD

HOSPITAL	FECHA	POBLACION INTERNADA	MAYORES 60 AÑOS S/TOTAL	MAYORES 65 AÑOS S/TOTAL
H.P. "Miraflores" de Sevilla	1991	274	53,14 %	-
H.P.de El Puerto Santa María	1991	75	24,00 % -	
H.P. "Ntra. Sra. Pilar", Zaragoza	1990	307	-	39,73 %
H.P.R. de Asturias	1991	249	55,42 %	-
H.P. de Palma de Mallorca	1991	398	-	32,91 %
H.P. de Tenerife	1991	515	n/d	n/d
C.R.P. de Parayas	1990	99	34,58 %	-
U.R.R. de Toledo	1991	85	-	11,76%
U.R.R. de Alcohete	1991	160	-	29,37%
H.P. "San Salvador", de Oña	1991	555	-	65,94%
H.P. de Salt	1991	440(*)	-	48,18%
C.S.P. de Plasencia	1990	494	-	34,58%
C.R.R. "S.Rafael" C. Riberas de Lea	1990	282	-	21,63%
H.P. "Dr.Cabaleiro Goas", Toén	1991	109	n/d	n/d
H.P. de Madrid	1991	350	n/d	26,96 %
H.P. "Román Alberca", Murcia	1991	99	0	0
H.P. "S.Fco. Javier", Pamplona	1991	412	-	44,41%
H.P. "Sta.Ma Nieves", de Vitoria	1991	273	-	56,77%
H.P. "Reina Sofía", de Lardero	1990	236	-	41,40 %
H.P. de Bétera	1991	185	-	43,00 %

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales visitados.

Observaciones:

* Enfermos en unidades de larga estancia.

población mayor de 60 años y otros a población mayor de 65 años, se refleja, en la columna correspondiente, el porcentaje de población que supera tales edades.

En efecto, de los datos que integran el citado cuadro se desprende el notable envejecimiento de la población internada en los hospitales psiquiátricos visitados, aspecto al que habría que añadir el deterioro y las discapacidades que presentan un significativo número de estos enfermos.

Así, se observa que en los hospitales psiquiátricos "Miraflores", de Sevilla; Regional de Asturias; "San Salvador", de Oña (Burgos), de Salt (Gerona); "San Francisco Javier", de Pamplona; "Santa María de las Nieves", de Vitoria y "Reina Sofía", de Lardero (La Rioja), aproximadamente el cincuenta por ciento de la población está cerca o supera los sesenta años de edad.

Especial referencia, en este aspecto, merecen los enfermos internados en el Hospital "San Salvador" de Oña (Burgos), habida cuenta que el 65,94% de ellos supera la edad de 65 años.

Consecuencia inmediata del envejecimiento de esta población es la creciente necesidad de asistencia en la vertiente somática, aspecto fundamental en la atención prestada a estos usuarios.

Al propio tiempo, tal circunstancia ha obligado, en la práctica totalidad de los hospitales psiquiátricos, a habilitar zonas diferenciadas para los enfermos de acusada edad que, como se ha indicado, precisan mas atención de carácter somático que la propiamente psiquiátrica.

5.3.3. Tiempo de internamiento.

A lo expuesto en el apartado precedente, es decir, el elevado promedio de edad de la población internada en los hospitales psiquiátricos visitados, debe añadirse el notable número de años de internamiento de un significativo porcentaje de esta población.

Tales rasgos, además de indicar la edad media de los pacientes y el largo tiempo que llevan institucionalizados, dan a entender la temprana edad de la población en incorporarse al ámbito hospitalario.

Estas circunstancias, que en modo alguno se compadecen con la finalidad que debe otorgarse a este tipo de instituciones, cuyo objetivo último debe ser el de la rehabilitación y reinserción social de los pacientes, manifiestan, una vez más, la función custodial y asilar que tradicionalmente han venido desempeñando los hospitales psiquiátricos.

Por otra parte, no debe soslayarse la influencia que, respecto de los enfermos internados, puede conllevar esta larga permanencia en el hospital psiquiátrico, que, entre otros aspectos, propicia la pérdida de referencias hacia el mundo exterior, con la posible repercusión negativa.

Complementando lo expuesto, y en base a los datos facilitados por los centros, en el cuadro n° 30 se refleja la población de los hospitales psiquiátricos visitados cuyo internamiento supera 10 y 20 años de estancia.

De los datos consignados en el mencionado cuadro, es de destacar que en la gran parte de los hospitales, el porcentaje de enfermos con más de diez años de internamiento supera ampliamente el cincuenta por ciento del total de internados.

Igualmente, es de resaltar el elevado porcentaje que, sobre el total de la población, representa el de aquellos pacientes ingresados durante más de veinte años.

Dentro de este grupo, y como dato revelador de la situación expuesta, puede señalarse el caso de un paciente, de 85 años de edad, internado en el Hospital Psiquiátrico de Salt, que permanece en el establecimiento desde hace más de 60 años, habiendo ingresado en 1928 a los 23 años de edad.

Aún cuando los datos expuestos revelan fielmente la hiperinstitucionalización de los enfermos, pueden destacarse los relativos a los Hospitales "Nuestra Señora del Pilar" de Zaragoza, Regional de Asturias, "San Salvador" de Oña, Psiquiátrico de Salt, Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, "San Francisco Javier", de Pamplona y "Reina Sofía", de Lardero, centros en los que la población con más de diez años de internamiento supera ampliamente el 70% del total de enfermos ingresados.

CUADRO N° 30.- POBLACION INTERNADA EN HOSPITALES
PSIQUIATRICOS: TIEMPO DE INTERNAMIENTO

HOSPITAL	FECHA	POBLACION INTERNADA	AÑOS INTERMIE. POBLACI.	
			MAS 10 AÑOS	MAS 20 AÑOS
H. P. "Miraflores", de Sevilla	1991	274	n/d	n/d
H. P. de El Puerto de Santa María	1991	75	60,00 %	18,66 %
H. P. "Ntra. Sra. Pilar", Zaragoza	1990	307	74,59%	59,61 %
H.P.R. de Asturias	1991	249	71,8 %	—
H.P. de Palma de Mallorca	1991	398	57,29 %	38,19 %
H.P. de Tenerife	1991	515	n/d	n/d
C.R.P. de Parayas	1990	99	43,93%	—
U.R.R. de Toledo	1991	85	48,30%	31,80 %
U.R.R. de Alcohete	1991	160	57,50 %	37,50 %
H.P. "S. Salvador" de Oña	1991	555	77,83 %	20,92 %
H.P. de Salt	1991	440(*)	87,50 %	67,50 %
C.S.P. de Plasencia	1990	494	72,01 %	45,94 %
C.R.R. "S.Rafael" C. Riberas de Lea	1990	282	58,84 %	29,24 %
H.P. "Dr.Cabaleiro Goas", de Toén	1991	109	11,92 %	4,58 %
H.P. de Madrid	1991	350	23,59 %	6,74 %
H.P. "Román Alberca", de Murcia	1991	100	0	0
H.P. "S. Francisco Javier", Pamplona	1991	412	92,95%	71,60 %
H.P. "Sta. María Nieves", Vitoria	1991	273	67,76 %	56,41 %
H.P. "Reina Sofía" de Lardero	1990	236	81,70%	65,6 %
H.P. de Bétera	1991	185	47,56 %	16,22 %

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales visitados.

Observaciones:

(*) Enfermos en unidades de larga estancia.

5.3.4. Grupos diagnósticos.

Tal y como puede observarse en el cuadro nº 31, entre las personas que permanecen internadas en los hospitales objeto de análisis destaca el grupo de las esquizofrenias, aproximadamente un 50% de los enfermos tienen tal diagnóstico, siguiendo en importancia el grupo de las oligofrenias, que afecta a un 20-25% de los pacientes.

Especial referencia merece la permanencia en los hospitales psiquiátricos de personas diagnosticadas de oligofrenia, situación que puede entenderse derivada de la inexistencia de estructuras para la atención adecuada de estas personas más que de criterios terapéuticos y que va ligada a la tradicional función de alojamiento y custodia que, en gran medida, han venido prestando los hospitales psiquiátricos.

A la inadecuada estructura del hospital psiquiátrico, para la atención de este tipo de deficiencia, debe añadirse la situación de desigualdad existente entre la asistencia prestada a estas personas en centros especializados del Instituto Nacional de Servicios Sociales, organismos homólogos de las Comunidades Autónomas a las que el mismo ha sido transferido u otras instituciones específicas, y la dispensada en los hospitales psiquiátricos.

5.3.5. Posibilidad de reinserción.

En primer término, e independientemente de lo expuesto en el punto precedente, es necesario subrayar la exis

CUADRO N° 31.- POBLACION INTERNADA EN HOSPITALES
PSIQUIATRICOS: GRUPOS DIAGNOSTICOS

HOSPITAL	FECHA	POBLACION INTERNADA	GRUPOS DIAGNOSTI. POBLAC	
			ESQUIZOF	OLIGOFR
H.P. de El Puerto de Santa María	1991	75	73,33%	16,00%
H.P. "Ntra. Sra. Pilar", Zaragoza	1990	307	65,46%	19,41%
H.P.R. de Asturias	1991	249	56,90%	32,70%
H.P. de Palma de Mallorca	1991	398	33,75%	4,00%
H.P. de Tenerife	1991	515	32,43%	5,43%
C.R.P. de Parayas	1990	99	74,07 %	9,25%
U.R.R. de Toledo	1991	85	60,00%	8,23%
U.R.R. de Alcohete	1991	160	48,80%	24,00%
H.P. "S. Salvador" de Oña	1991	555	59,5%	26,3 %
H.P. de Salt	1991	440(*)	54,8%	23,6 %
C.S.P. de Plasencia	1990	494	36,42%	49,18%
C.R.R. "S. Rafael" C. Riberas de Lea	1990	282	67,54%	15,08%
H.P. "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén	1991	109	n/d	n/d
H.P. de Madrid	1991	350	19,10%	13,8 %
H.P. "Román Alberca" de Murcia	1991	100	24,98%	7,31%
H.P. "S. Francisco Javier", Pamplona	1991	412	52,51%	38,54%
H.P. "Sta. María Nieves", Vitoria	1991	273	28,85%	21,14%
H.P. "Reina Sofía" de Lardero	1990	236	54,50%	23,86%
H.P. de Bétera	1991	185*	58,88%	26,66%

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales visitados.

Observaciones:

(*) Enfermos en Unidades de larga estancia.

tencia en los hospitales psiquiátricos de un apreciable número de pacientes acreedores a un tipo de asistencia distinta a la prestada en dichos hospitales, si bien es preciso reiterar que las posibles alternativas para la consecución de tal fin están mediatizadas por la insuficiente dotación de otros dispositivos, fundamentalmente de carácter social.

En este sentido, los estudios efectuados por los especialistas médicos de diversos hospitales visitados, relativos a la población internada en cada uno de ellos, concluyen que un importante segmento de la población internada no es acreedora a la asistencia dispensada en el centro, no estando, por tanto, justificada su permanencia en el hospital.

Así, en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, se ha efectuado recientemente un pormenorizado estudio sobre el nivel asistencial en donde debería ubicarse la población femenina del centro, llegándose a las siguientes conclusiones:

*	Pisos asistidos	6%
*	Residencia de la tercera edad ...	45%
*	Residencias asistidas	38%
*	Residencia psiquiátrica	11%

De los datos expuestos, es de destacar que del total de mujeres ingresadas objeto del reseñado estudio únicamente el 11% del total precisa de la atención de un dispositivo específico de salud mental.

Como ya se ha señalado en el apartado 3.3.5.2., según la información facilitada en el Hospital Psiquiátrico Regional

de Asturias, las previsiones de reinserción de los enfermos internados arrojan el siguiente resultado:

*	Residencia asistida.....	80	pacientes
*	Residencia tercera edad		60
*	Residencia minusválidos		22
*	Comunidad terapéutica.....		50
*	Piso protegido.....		26
*	Familia.....		3

Igualmente, y siempre según el criterio del personal directivo del Hospital Psiquiátrico de Baleares, un significativo número de los enfermos crónicos internados en el hospital serían susceptibles de desinstitucionalización si se contara con estructuras intermedias de apoyo coordinadas por el hospital o con otros recursos de carácter social.

Por lo que se refiere al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, de Maliaño-Camargo, y en base a los estudios clínicos desarrollados por la Diputación Regional de Cantabria, las alternativas de reinserción de los pacientes internados son:

- * con posibilidad de reinserción con ayuda económica: 33,64%
- * con posibilidad de reinserción sin ayuda económica: 11,21%.

Es de resaltar, no obstante, tal y como figura en el reseñado estudio, que las citadas alternativas no pueden concebirse sin una red de estructuras intermedias (talleres protegidos, centros ocupacionales, centros de día, etc.) y de

conexiones con los demás niveles asistenciales, inexistentes por el momento.

Similar circunstancia cabe referirla a la Unidad Residencia y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara), en donde, en base al estudio efectuado en el hospital sobre este aspecto, el estado clínico de aproximadamente el 50% de los enfermos internados no justifica su permanencia en el establecimiento, sino que requiere la actuación de otros dispositivos como son residencias de la tercera edad, residencias asistidas, etc.

Igualmente, en el Hospital "Reina Sofía", de Lardero, los especialistas médicos del Centro estiman que el 75,33% de los pacientes ingresados no tienen sintomatología que justifique su ingreso hospitalario, reduciéndose al 19,49% los enfermos que presentan sintomatología activa.

5.4. Recursos humanos.

5.4.1. Aspectos cuantitativos.

En primer término, es preciso señalar la ausencia de un marco legal sobre las condiciones mínimas que deban reunir los establecimientos psiquiátricos en materia de recursos humanos, no existiendo, por consiguiente, regulación legal de la ratio personal/usuarios aplicable a los hospitales psiquiátricos.

Teniendo en cuenta tal circunstancia y con objeto de obtener una visión aproximada de la relación personal/enfermos atendidos en los centros visitados, se han elaborado tres cuadros.

En el primero de ellos se refleja el número total de personal que presta servicios y el índice general personal/pacientes (cuadro nº 32). Como se desprende del mismo, existe una gran disparidad entre los índices correspondientes a cada uno de los hospitales.

No obstante, es preciso advertir que las cifras contenidas en el citado cuadro deben tomarse en un sentido meramente aproximativo, a causa de muy diferentes factores.

Así, debe tenerse en cuenta que en alguno de los hospitales existen, además de las de larga estancia, unidades de admisión o de corta estancia, que exigen una especial dedicación del personal (Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico de Salt; Complejo Sanitario Provincial de Plasencia; Hospital "Dr. Cabaleiro Goas, de Toén; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital "Ramón Alberca", de El Palmar-Murcia; Hospital Psiquiátrico de Bétera).

Por otra parte, es preciso tomar en consideración la diferente configuración estructural o arquitectónica de los centros y el hecho de que alguno de ellos mantiene en régimen de contratación externa determinados servicios.

A pesar de lo expuesto, difícilmente puede entenderse la señalada variación en las dotaciones de personal, que con-

CUADRO N° 32.- RELACION PERSONAL PACIENTES EN LOS HOSPITALES VISITADOS

HOSPITAL	INTERNOS (A)	TOTAL PERSONAL (B)	B/ A
H.P. "Miraflores", Sevilla	274	268	0,97
H.P. de El Puerto Sta. María	75	113	1,50
H.P. "Ntra. Sra. Pilar", Zaragoza	307	177	0,57
H.P.R. Asturias	249	204(*)	0,82(*)
H.P. de Palma de Mallorca	398	333	0,84
H.P. de Tenerife	515	396	0,77
C.R.P. de Parayas	99	89	0,90
U.R.R. de Toledo	85	46	0,54
U.R.R. de Alcohete	160	107	0,67
H.P. "San Salvador", de Oña	555	191	0,34
H.P. de Salt	504	265	0,52
C.S.P. de Plasencia	494	409	0,83
C.R.R. "S.Rafael C.Riberas Lea	282	100	0,35
H.P. "Dr.Cabaleiro Goas", Toén	109	158	1,45
H.P. de Madrid	350	580	1,65
H.P. "Román Alberca", Murcia	100	118	1,18
H.P. "S.Fco. Javier", Pamplona	412	333	0,81
H.P. "Sta.M.Nieves", Vitoria	273	195	0,71
H.P. "Reina Sofía", Lardero	236	166	0,70
H.P. de Bétera	295	406	1,38
TOTAL	5772	4654	0,80

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales visitados.

Observaciones:

(*) Personal de presencia física en el Hospital, correspondiendo la actividad más programada a los Centros de Salud Mental, cuyo personal se desplaza al Hospital Psiquiátrico.

lleva, por ejemplo, que la plantilla del Hospital El Puerto de Santa María, de Cádiz supere cinco veces la existente en el Hospital "San Salvador", de Oña (Burgos), aún cuando la población de ambos centros ofrece un perfil similar y, consecuentemente, precisa idénticas atenciones.

En términos generales, y en un plano comparativo, los índices personal/enfermos más elevados corresponden a los Hospitales Psiquiátricos, de El Puerto de Santa María (índice 1,50), "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén (índice 1,45), Psiquiátrico de Madrid (1,65), "Ramón Alberca", de El Palmar-Murcia (índice 1,18) y de Betera (índice 1,38).

Por el contrario, los índices más bajos pertenecen al Hospital "Nuestra Señora del Pilar" de Zaragoza (índice 0,57), a la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo (índice 0,54), al Hospital "San Salvador", de Oña (índice 0,34), al Hospital Psiquiátrico de Salt (índice 0,52) y al Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (índice 0,35).

En el cuadro nº 33 se detallan los especialistas en psiquiatría con atención directa a los enfermos, es decir, los especialistas existentes en cada centro exceptuando el personal directivo, y se constata la relación pacientes-psiquiatras.

En este aspecto es preciso señalar, el problema que representa el hasta ahora insuficiente número de médicos especialistas en psiquiatría y su inadecuada distribución territorial. Consecuencia de ello es que, en algunos hospitales, médicos generalistas con experiencia o conocimien-

CUADRO N° 33.- RELACION PERSONAL ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA/PACIENTES EN LOS HOSPITALES VISITADOS

HOSPITAL	INTERNOS	ESPECIALISTAS PSIQUIATRIA	RATIO INTERNO PSIQU
H.P. "Miraflores", Sevilla	274	3	91/1
H.P.de El Puerto Sta. María	75	3	25/1
H.P. "Ntra. Sra. Pilar", Zaragoza	307	3	102/1
H.P.R. de Asturias	249	3(*)	83/1
H.P. de Palma de Mallorca	398	14	28/1
H.P.de Tenerife	515	13	40/1
C.R.P. de Parayas	99	3	33/1
U.R.R. de Toledo	85	2	42/1
U.R.R. de Alcohete	160	0(**)	160/1
H.P. "San Salvador", de Oña	555	0(***)	555/1
H.P. de Salt	504	12	42/1
C.S.P. de Plasencia	494	1	494/1
C.R.R. "S. Rafael C.Riberas Lea	282	1	282/1
H.P. "Dr.Cabaleiro Goas", Toén	109	4	27/1
H.P. de Madrid	350	32	11/1
H.P. "Román Alberca", Murcia	100	9	11/1
H.P. "S.Fco.Ja	412	3	137/1
H.P. "Sta. María Nieves" ,Vitoria	273	4	68/1
H.P. "Reina Sofía", Lardero	236	2	118/1
H.P. de Bétera	295	8	37/1
TOTAL	5772	120	48/1

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales visitados.

Observaciones:

- (*) Personal presencia física en el Hospital, correspondiendo la actividad más programada a los Centros de Salud Mental, cuyo personal se desplaza al Hospital Psiquiátrico.
- (**) Los lunes y miércoles acude al Hospital un especialista adscrito a la unidad de salud mental de Guadalajara, que pasa consulta psiquiátrica durante aproximadamente tres horas/día.
- (***) En la plantilla del hospital existe un solo especialista en psiquiatría, que cumple funciones de Director.

tos en psiquiatría desempeñen funciones propias de los citados especialistas.

Independientemente de lo expuesto, es necesario subrayar la notable disparidad existente en la dotación de personal facultativo especialista en salud mental de los centros visitados, con la lógica y consecuente repercusión en la asistencia a prestar a la población internada en los hospitales psiquiátricos.

En este aspecto, pueden encontrarse hospitales psiquiátricos que, pese a contar con una elevada población internada, carecen de los recursos especializados en salud mental mínimos y exigibles para cualquier tipo de estas instituciones.

Así, en hospitales psiquiátricos como el de Madrid y "Román Alberca", de Murcia, existe un especialista en psiquiatría por cada once enfermos. Por el contrario, en el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña (Burgos), el único psiquiatra existente realiza funciones de director, de modo que si, bien por esta razón, en el cuadro antes comentado no figura computado, si lo fuera, resultaría que en el mencionado establecimiento existiría un psiquiatra para 555 enfermos. Del mismo modo, en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, hay un psiquiatra para 282 enfermos; en el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, un especialista para 494 enfermos; y en el Hospital "Ntra. Sra. del Pilar", de Zaragoza, un especialista para 102 pacientes.

Especial referencia merece, en esta materia, la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes

(Guadalajara), en cuya plantilla organice no figuran médicos especialistas en psiquiatría, si bien los lunes y miércoles acuden al centro un especialista adscrito a la unidad de salud mental de Guadalajara, que pasa consulta psiquiátrica durante aproximadamente tres horas/día.

El cuadro n° 34 ofrece los índices personal auxiliar sanitario titulado/enfermos y personal auxiliar no sanitario/enfermos, en los centros visitados, desprendiéndose de su contenido, además de la diferente dotación de este personal según se trate de uno u otro hospital, significativas carencias, que pueden conllevar limitaciones en la debida atención a los enfermos internados, máxime si tenemos en cuenta el perfil de los pacientes, en los que predomina la avanzada edad y las discapacidades físicas.

En efecto, de los índices resultantes se desprende una total y absoluta falta de correspondencia entre la población internada en los distintos centros y la dotación de personal auxiliar sanitario de cada uno de ellos, infiriéndose que la determinación de las plantillas obedece más a criterios de oportunidad que a necesidades reales de la población internada.

En esta línea, y a título de ejemplo puede señalarse que en el Hospital "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza, en el Hospital Psiquiátrico de Salt, en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, y en el Hospital "Reina Sofía" de Lardero, los índices correspondientes a ATS/DUE y auxiliares psiquiátricos representan aproximadamente entre la tercera y la cuarta parte de los relativos a los hospitales de El Puerto de Santa María,

CUADRO N° 34.- RELACION DE OTRO PERSONAL SANITARIO/PACIENTES
EN LOS HOSPITALES VISITADOS

HOSPITALES	INTERNOS (A)	PERSONAL ATS/DUE (B)	INDICE (B/A) ATS	PERSONAL AUX NO TITULADO (C)	AUXILIARES INDICE (C/A)
H.P. "MIRAFLORES", DE SEVILLA	274	22	0,08	98	0,36
H.P. DE EL PUERTO DE SANTA MARIA	75	7	0,09	76	1,01
H.P. "NTRA. SRA. DEL PILAR", DE ZARAGOZA	307	9	0,03	73	0,24
H.P.R. DE ASTURIAS	249	6(*)	0,02	103 (*)	0,41
H.P. DE PALMA DE MALLORCA	398	17	0,04	176	0,44
H. P. DE TENERIFE	515	39	0,08	177	0,34
C.R.P. DE PARAYAS	99	5	0,05	41	0,41
U.R.R. DE TOLEDO	85	4	0,05	30	0,35
U.R.R. DE ALCOHETE	160	6	0,04	33	0,21,
H.P. "SAN SALVADOR", DE OÑA	555	5	0,01	136	0,25
H.P. DE SALT	504	17	0,03	144	0,29
C.S.P. DE PLASENCIA	494	36	0,07	202	0,41
C.R.R. "SAN RAFAEL" CASTRO RIBERAS DE LEA	282	9	0,03	56	0,20
H.P. "DR. CABALEIRO GOAS", DE TOEN	109	10	0,09	62	0,57
H.P. DE MADRID	350	74	0,21	172	0,49
H. P. "ROMAN ALBERCA", DE MURCIA	100	13	0,13	56	0,57
H.P. "SAN FRANCISCO JAVIER", DE PAMPLONA	412	18	0,04	203	0,49
H.P. "STA. MARIA DE LAS NIEVES", VITORIA	273	25	0,09	87	0,32
H.P. "REINA SOFIA", DE LARDERO	236	5	0,02	84	0,36
H.P. DE BETERA	295	22	0,07	170	0.58

Fuente: Elaboración propia conforme a datos proporcionados por los hospitales visitados.

Observaciones:

(*) Personal de presencia física en el Hospital, correspondiendo la actividad más programada a los Centros de Salud Mental, cuyo personal se desplaza al Hospital Psiquiátrico.

de Santa Cruz de Tenerife, "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, y "Ramón Alberca" de El Palmar- Murcia.

Sobre este aspecto, pueden realizarse algunas observaciones derivadas de las entrevistas mantenidas con los responsables con el personal de los centros, así como de las investigaciones efectuadas en el curso de las visitas.

En este sentido, el problema expuesto puede referirse al Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, en el que para los tres módulos de la sección de mujeres de la primera planta (con un total de 63 pacientes, con problemas de deambulaci6n, autonomía y discapacidades físicas) existe un máximo de 8 auxiliares en turno de mañana, dotaci6n que cabe calificar de ajustada, especialmente en los supuestos de baja de alg6n auxiliar, o bien cuando hay que acompa1ar al hospital general a alg6n residente, si tiene en cuenta que unos cincuenta residentes precisan ayuda para los actos elementales de la vida diaria. Tal circunstancia puede impedir, seg6n la informaci6n recibida, el acompa1ar a pasear a los pacientes.

Idéntica situaci6n puede predicarse de los tres m6dulos de la secci6n de hombres de la primera planta del precitado hospital (con un total de 76 pacientes, sesenta de los cuales precisan ayuda), en los que la dotaci6n de auxiliares en turno de mañana alcanza la cifra de cinco.

Parecida consideraci6n habría de realizarse en torno al Hospital "Ntra. Sra. del Pilar", de Zaragoza, en el que la dotaci6n de personal ATS impide, tan siquiera, cubrir el servicio asistencial permanente, insuficiencia que cabe extender al personal auxiliar no titulado. En este sentido, pudo observarse que en alg6n pabell6n (vgr. Pabell6n Dronda)

únicamente prestaba servicio un auxiliar, alcanzando el número de enfermos del mismo el de 52, que precisan especial atención.

A lo expuesto en el apartado precedente, habría de añadirse que, en ocasiones, algún pabellón únicamente cuenta, durante los turnos de tarde y noche de fines de semana, con un auxiliar de enfermería (vgr. Pabellón Infanta Isabel: 58 enfermos).

En el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, en función del número y características de la población internada en cada pabellón, cabe calificar, con carácter general, como ajustada la estructura de turnos de personal auxiliar psiquiátrico, siendo claramente insuficiente en alguna unidad. Así, a título de ejemplo, puede citarse que en el Pabellón "La Colonia" "es frecuente que, en turno de tarde, exista un solo auxiliar, circunstancia que acaece asimismo en turnos de fin de semana, cuando el número de pacientes asciende a un total de 41, dos de ellos incontinentes y seis que precisan ayuda para los actos más elementales.

Igualmente, es de reseñar la insuficiente dotación de la plantilla de ATS de la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo, que prestan servicio en turnos de mañana y tarde, si bien dos ATS de la residencia social asistida, próxima al hospital, asumen la asistencia que puedan demandar los usuarios de la unidad de psiquiatría. Por lo que respecta a la categoría de auxiliares de enfermería y cuidadores, por los responsables del centro se puso de manifiesto que la dotación es ajustada, siendo insuficiente cuando alguno de ellos causa baja, bien por enfermedad, bien por vacaciones, dado que no se procede, ni en todos los casos ni con la prontitud que el

servicio requiere, a sustituir a dicho personal, circunstancia que propicia la correspondiente reducción de la dotación de cada turno, con la consiguiente repercusión negativa en las funciones a desarrollar, alguna de las cuales deben omitirse (vrg. vigilancia en los baños de los usuarios, acompañar a dar paseos a pacientes que lo precisan, vigilancia de las comidas).

En la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yeves (Guadalajara), la precariedad en la dotación de personal se pone especialmente de manifiesto en la categoría de auxiliares psiquiátricos, existiendo un solo auxiliar por turno para secciones en las que se alojan hasta 41 pacientes, de los que un significativo porcentaje requieren ayuda para la higiene diaria. Tal precariedad es, igualmente, evidente en turnos de noche, en los que únicamente prestan servicio en el hospital dos auxiliares.

Similar consideración puede efectuarse en relación con el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres), cuyo personal auxiliar de enfermería, en el momento de efectuar la visita al centro, tenía pendiente de disfrutar 6.271 días, como consecuencia de la realización de jornadas extraordinarias (doblaje de turnos, fines de semana, festivos, etc.), circunstancia que, en principio, únicamente puede entenderse por la escasez de la plantilla de esta categoría.

Igualmente, es de reseñar la insuficiente dotación de la plantilla de ATS del Hospital "Reina Sofía", de Lardero, que prestan servicio en turno de mañana, lo que conlleva que durante 17 horas al día el Centro carezca de este personal.

En relación con este último hospital, se manifestó que algunos auxiliares psiquiátricos utilizaban a los enfermos para realizar tareas propias de esta categoría, si bien tal circunstancia no pudo constatarse, en el curso de la visita efectuada, observándose, por otra parte, enfermos que se encontraban en la cama, sin proceso de enfermedad específico que les afectara, y que deberían ser motivados para desarrollar alguna actividad.

La disparidad a que venimos haciendo referencia en este capítulo se reproduce, una vez más, al analizar la dotación de psicólogos y de terapeutas ocupacionales en los centros visitados.

En esta línea, el 50% de los hospitales visitados carecen de profesionales titulados en terapia ocupacional (Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital "Ntra. Sra. Del Pilar", de Zaragoza; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo; Hospital de "San Salvador" de Oña (Burgos); Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres); Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (Lugo); Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toen (Orense); Hospital "Ramón Alberca", de El Palmar-Murcia; Hospital "Sta.

María de las Nieves", de Vitoria; y Hospital "Reina Sofía", de Lardero).

Por el contrario, en el Hospital Psiquiátrico de Alcohete, en Yebes (Guadalajara) prestan servicio tres terapeutas ocupacionales, todos ellos en turno de mañana.

Por lo que a la categoría de psicólogos se refiere, puede encontrarse, por una parte, la inexistencia de estos profesionales en algunos hospitales (Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo; Hospital "Sta. María de las Nieves", de Vitoria; y Hospital de Bétera) y, por otra, una significativa variación en la dotación de esta categoría según se trate de uno u otro hospital y sin guardar relación directa con el número de pacientes.

Así, a título de ejemplo, puede señalarse que en el Hospital Psiquiátrico de Salt el número de psicólogos que presta servicio en el centro asciende a ocho, mientras que en otros hospitales (vgr. Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Hospital "Ntra. Sra. del Pilar", de Zaragoza; Hospital "San Salvador", de Oña (Burgos); Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea) solamente presta servicio un psicólogo.

5.4.2. Aspectos cualitativos.

En relación con la ordenación profesional del personal, es preciso referir, con carácter general, las deficiencias cualitativas de las estructuras de personal que tradicionalmente presentaban los hospitales psiquiátricos: carencias en la dotación de personal especializado, diversidad en las condiciones de trabajo, limitaciones en la formación de personal de atención directa al enfermo, etc.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica presta especial atención a este importante aspecto de la actividad asistencial, resaltando, en sus

recomendaciones y propuestas, la necesidad de proceder a una homologación de las estructuras de personal de la red psiquiátrica, adecuándolas a los criterios de ordenación profesional del sistema sanitario general.

En efecto, entre las Recomendaciones y Propuestas formuladas por la citada Comisión Ministerial, se subraya la necesidad de adaptar el conjunto de recursos humanos al nuevo modelo de actuación en salud mental, para lo que, entre otros aspectos, se propone:

- * Adscribir el personal en formación post-graduada de las distintas disciplinas de salud mental y atención psiquiátrica a las unidades y centros del área de salud con programa docente debidamente acreditado.
- * Que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación revisen los planes y programas de formación pre y post-graduada, de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos que sustentan el nuevo modelo propuesto, extendiendo esta recomendación a las administraciones autonómicas cuando así corresponda.
- * La modificación de los programas de formación post-graduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en psiquiatría y enfermería psiquiátrica, así como su creación para los profesionales de la psicología en el área clínica.

- * La regulación de la formación post-graduada de los psicólogos en el área de la salud mental debe establecer un programa reglado de formación no inferior en duración a dos años, al cabo de los cuales se obtendrá la acreditación correspondiente.

- * Igualmente, se debe regular la formación del personal auxiliar de enfermería psiquiátrica, definiendo su cualificación profesional.

No obstante, en términos generales, la situación actual dista bastante de ser la deseable, aún cuando se ha podido constatar, en el curso de las visitas efectuadas, una general preocupación del personal directivo de los centros en materia de formación del personal.

En este sentido, e independientemente de los cursos de formación y reciclaje llevado a cabo en algunas de las Comunidades visitadas, es de destacar la existencia de una unidad de docencia y psicoterapia en Granada, estructura orientada al desarrollo de programas psicoterapéuticos en la comunidad con fines de reciclaje y formación continuada del personal.

Igualmente, son de señalar las sucesivas convocatorias de plazas de Psicólogos Internos Residentes, publicadas en el Principado de Asturias, con un programa de formación acorde con el modelo de reforma impulsado.

Asimismo, en Galicia, la Orden de 30 de mayo de 1990, estableció un programa de formación postgraduada de psicólogos para la atención a la salud mental.

A las diferencias existentes entre número de personal y categorías profesionales en los hospitales psiquiátricos visitados, a que se ha hecho referencia en el apartado precedente, debe de añadirse la escasa presencia en algunos centros de facultativos especialistas, carencias en la dotación de personal de enfermería psiquiátrica con formación específica, la disparidad en cuanto a formación y capacitación del colectivo de auxiliares y de cuidadores, etc.

El señalado déficit adquiere todavía mayor entidad si tienen en cuenta los actuales proyectos de reforma de la asistencia psiquiátrica, en los que se contemplan actuaciones individuales y comunitarias, diseñando un nuevo marco de trabajo.

En este sentido, puede resaltarse la circunstancia nada infrecuente de que facultativos de medicina general desempeñen labores propias de la especialidad de psiquiatría, como consecuencia del déficit de especialistas en psiquiatría y su desigual distribución territorial.

En relación con la formación de ATS/DUE es de señalar, igualmente, la escasa presencia en los hospitales psiquiátricos de profesionales de esta categoría especializados en salud mental, carencia que se agudiza por la falta de desarrollo del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio.

La necesidad de proceder a la actualización de conocimientos, que permitan adaptarse a los nuevos proyectos de reforma de la asistencia psiquiátrica, con reconocimiento de sus funciones, parece todavía más evidente en el personal auxiliar psiquiátrico. En este aspecto, llama la atención la diversidad de denominaciones utilizadas en relación con este

personal (auxiliar de clínica, auxiliar psiquiátrico, cuidador psiquiátrico, auxiliar de clínica especialista en salud mental...), que da a entender la complejidad de este colectivo, que carece de formación reglada.

Respecto de la actuación profesional de los psicólogos en el campo de salud mental, es preciso señalar la variabilidad del grado de formación y experiencia en psicología clínica de este personal.

En esta línea, debe resaltarse, de conformidad con el contenido de las Recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, la necesidad de profundizar en este aspecto, en orden a ofertar la posibilidad de formación post-grado de estos profesionales en el área clínica de su actividad.

La señalada falta de adecuación entre las necesidades detectadas y la formación de especialista en los distintos ámbitos de la salud mental se extiende, asimismo, a los trabajadores sociales y a los terapeutas ocupacionales, categorías respecto de las que no se ha planteado una especialización específica en atención a la salud mental.

5.5. Aspectos asistenciales.

5.5.1. Asistencia psiquiátrica.

5.5.1.1. Consideración general.

Tal y como se ha señalado a lo largo de este informe, el hospital psiquiátrico ha venido ejerciendo diversas funciones en relación con las personas atendidas en dichos centros, asumiendo problemas de orden sanitario, social y custodial.

En efecto, no puede soslayarse que parte de la estructura de estos hospitales se dirigía a cumplir funciones residenciales, en relación con sectores marginados de población, y custodial, para pacientes con gran dependencia de la institución psiquiátrica.

No obstante, en los últimos años se observa, en términos generales, una evolución de la estructura y actividad destinada a la asistencia integral del enfermo psíquico. Elemento importante en esa adaptación de la asistencia es la tendencia a organizar los hospitales psiquiátricos con criterios médicos, frente a la función predominantemente social que estaban cumpliendo, funciones estas que, aún siendo importantes, no son propias de una organización hospitalaria.

La función específicamente psiquiátrica desempeñada por los diferentes hospitales visitados varía según los recursos especializados con que cuentan, los proyectos de

reforma establecidos, la estructura y dotación de recursos alternativos, y la coordinación o interrelación con otros dispositivos de salud mental.

En este sentido, existen hospitales destinados exclusivamente a enfermos crónicos o de larga duración; otros que, además, cuentan con unidades diferenciadas para enfermos agudos; y algunos con servicios de urgencia psiquiátrica, Consultas externas, o unidades singularizadas para rehabilitación de enfermos crónicos.

5.5.1.2. Organización y funcionamiento: unidades de corta estancia.

En este aspecto, debe señalarse, en primer término, la distinta configuración u organización funcional de los centros visitados, disparidad que conlleva que alguno de los hospitales disponga, además de las correspondientes unidades de larga estancia, de unidades de enfermos agudos o de corta estancia.

Entre estos últimos, es decir, aquellos hospitales en donde se presta asistencia a enfermos agudos, se encuentran el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, el Hospital Psiquiátrico de Salt, el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, el Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, el Hospital Provincial de Madrid, el Hospital "Ramón Alberca" de El Palmar-Murcia y el Hospital de Bétera.

A tal fin, el número de camas de estos hospitales destinados a la atención de enfermos agudos ofrece el resultado que figura en el cuadro nº 35.

Los hospitales reseñados en dicho cuadro cuentan con unidades diferenciadas para el ingreso de pacientes psiquiátricos agudos y con equipo específico para los mismos, excepción hecha del Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toen (Orense), en donde estos enfermos son ingresados en la misma área que los enfermos crónicos. Esta situación, que se deriva de la inexistencia de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales de Orense, no se corresponde con el principio XXVIII del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que señala que "estarán acreditados para recibir ingresos aquellos hospitales psiquiátricos que dispongan de una unidad diferenciada para hospitalización breve con equipo específico para la misma, índices de rendimiento asistencial apropiados y programas reglados de rehabilitación".

La configuración de las reseñadas unidades, a las que les corresponde el desarrollo de programas de atención centrados fundamentalmente en el control de situaciones de crisis, presenta variaciones en su estructura y organización según se trate de uno u otro hospital. Así, a título de ejemplo, el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, el Hospital Psiquiátrico de Madrid y Hospital de Bétera, cuentan dentro del área de agudos con secciones o unidades de alcoholismo, o desintoxicación de toxicomanías, claramente singularizadas.

CUADRO N° 35.- CAMAS DE CORTA ESTANCIA EN LOS HOSPITALES VISITADOS

<u>Hospital</u>	<u>Número de Camas</u>
H.P. de Palma de Mallorca	90
H.P. de Tenerife	50
H. de Salt	84
Complejo Sanitario P. Plasencia ..	40
H. "Dr. Cabalero Goas", de Toén .	
H. P. de Madrid	109
H. P. "Román Alberca" de Murcia ..	54
H.P. de Bétera	80

Entre las funciones desarrolladas por estas secciones, pueden señalarse (vgr, unidad de alcohólicos del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia), las de desintoxicación, a través de tratamientos farmacológicos; deshabitación mediante psicoterapia individual y de grupo; actividad de terapia ocupacional; charlas divulgativas en dispensarios territoriales; y control de enfermos remitidos por el primer nivel de asistencia.

En términos generales, no se han observado incidencias dignas de resaltar en el desarrollo de los programas reglados de asistencia psiquiátrica en estas unidades de agudos o de corta estancia, notablemente mejor

dotada que las unidades de larga estancia y en las que se proyecta una mayor ,actuación profesional.

No obstante, se ha podido constatar la falta de integración funcional de algunas de estas unidades con los equipos especializados de salud mental y atención psiquiátrica de la red sanitaria del área correspondiente, como consecuencia de la falta de integración funcional de las redes, la desigual cobertura de la población por los centros de salud mental, y la falta de la adecuada coordinación entre los diferentes dispositivos de atención a la salud mental.

Igualmente, la carencia de suficientes estructuras, que complementen la acción terapéutica de las unidades de admisión, distorsiona notablemente la asistencia a prestar a los pacientes.

5.5.1.3. Organización y funcionamiento: unidades de larga estancia.

Distinta valoración ha de concederse a la asistencia psiquiátrica prestada a los enfermos de las unidades de larga estancia de los hospitales psiquiátricos visitados, constatándose visibles diferencias según se trate de uno u otro centro. Así, en algunos establecimientos (vgr. Hospital Regional de Asturias; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Hospital Psiquiátrico de Bétera; Hospital Psiquiátrico de Madrid) existen programas individuales para cada paciente, mientras que en otros (Hospital Psiquiátrico de Salt, Hospital Psiquiátrico de

Alcohetete, en Yebes; Complejo Sanitario Provincial de Plasencia) no existen tales programas individuales.

Asimismo, la señalada disparidad se pone de manifiesto en los criterios utilizados en la organización funcional de las unidades asistenciales de los centros visitados. Así, en unos casos, se valoran motivos estrictamente clínicos (clasificación y ubicación de los pacientes por grupos diagnosticados) y, en otros, la configuración de las unidades deriva de la posible duración de la estancia de los usuarios en el hospital y de las presuntas posibilidades de rehabilitación de los mismos.

En aquellos hospitales en los que la distribución de la población se realiza en base al último de los criterios señalados existen, normalmente, unidades singularizadas de gerontopsiquiatría y de deficiencia mental. Esta clasificación de los usuarios prima en los hospitales que a continuación se señalan, con indicación de las unidades funcionales singularizadas: Hospital "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza (unidad de psiquiatría, unidad de gerontopsiquiatría y unidad de dementes), Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oria (unidad de psiquiatría, unidad de psicogeriatría, unidad de deficientes mentales y unidad de enfermería), Hospital Psiquiátrico de Madrid (unidad de hospitalización breve, unidad de psicogeriatría, unidad de rehabilitación, unidad de deshabitación alcohólica, unidad de toxicomanías y unidad de deficientes mentales), Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona (comunidad social protegida, unidad de deficientes, unidad de geriatría y unidad de rehabilitación), Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. de las Nieves", de Vitoria (unidad de corta-media estancia, unidad de gerontopsiquiatría,

unidad de rehabilitación y larga estancia y unidad de oligofrenia).

De otra parte, el criterio territorial es el adoptado en el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María, en el Hospital Regional de Asturias, así como en el Hospital "Doctor Cabaleiro Goas", de Toén, si bien en este último establecimiento únicamente, y de modo parcial, en el sector de hombres. A reseñar que en algún otro establecimiento este criterio se aplica únicamente en las unidades de corta estancia y no en las de enfermos crónicos (así, Hospital Psiquiátrico de Salt). La utilización de este criterio se debe a diversas causas, entre las que figura la aplicación de la psiquiatría de sector.

En otros hospitales (vgr. Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Unidades Residenciales y Rehabilitadoras de Toledo y de Alcohete, en Yebes; Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia); Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres); y Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Lugo, quedan más difuminados los criterios de clasificación y ubicación de los enfermos, que se efectúan en base a factores tales como la capacidad de deambulación, de orientación y edad, siendo incluso en algunos casos alterados los criterios por las disponibilidades de alojamiento.

El factor sexual no es, en la mayoría de los establecimientos, el criterio determinante para la distribución de los enfermos en las distintas unidades, si bien se aplica en alguno de ellos como criterio preponderante o inicial de clasificación. Así acaece en el Hospital

Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas", de Orense, y en el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, que cuenta con un pabellón de hombres que alberga a 228 enfermos y otro destinado a mujeres, en el que se alojan 175 residentes, estructura que, por la gran dimensión del edificio, no favorece la adecuada asistencia de los internados.

En otros establecimientos, la diferenciación por sexos actúa como criterio de segundo grado (así, Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea y Hospital Psiquiátrico de Salt, sólo en las unidades de larga estancia, pero no en el área de corta estancia).

Aunque es usual que las respectivas unidades, especialmente en los establecimientos de diseño modular, dispongan de sus propias áreas de esparcimiento y de sus comedores, la aplicación de este factor sexual no implica, sin embargo, que exista una total incomunicación entre las personas de ambos sexos. No obstante, esta comunicación se verá favorecida en los casos en que son comunes dependencias tales como las destinadas a comedor y al desarrollo de las actividades rehabilitadoras y de entretenimiento.

Un caso especial, de otro lado, es el del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo (Cantabria), que está destinado exclusivamente a varones.

Por otra parte, cabe resaltar que la práctica totalidad de los hospitales analizados siguen albergando a un número apreciable de personas, cuya situación o patología no es fundamentalmente psiquiátrica. Nos referimos, en especial, a pacientes geriátricos sin una patología psíquica activa, y a personas con deficiencias mentales, que dan a entender la

importancia que tiene la asistencia sanitaria no psiquiátrica en estas instituciones, tal y como se pone de relieve en otro apartado de este estudio.

En relación con este importante capítulo no pueden olvidarse, por su innegable incidencia en la prestación sanitaria de este carácter, y aún cuando su repercusión afecte en grado distinto a los diversos centros, las deficiencias estructurales, las carencias en la dotación de personal especializado, la inadecuada interrelación entre los diferentes dispositivos y la falta de suficientes dispositivos alternativos, a que también se hace referencia en otros apartados de este estudio.

Asimismo, es preciso tener presente el perfil de un significativo segmento de la población que, en la actualidad, se encuentra alojado en los hospitales psiquiátricos, que, entre otras características, presenta una avanzada edad, largos años de internamiento, padecimiento de enfermedades o minusvalías, que afectan a la vertiente física de su salud, y extensos tratamientos psicofarmacológicos, con el riesgo subsidiario de efectos secundarios.

5.5.1.4. Programas asistenciales.

Expuesto lo anterior, y aún cuando parece indispensable que se realizara un estudio en profundidad de cada uno de los pacientes para su inclusión en los programas asistenciales y de rehabilitación que deben establecerse, puede adelantarse que el tratamiento otorgado a gran parte de

la población internada en alguno de los hospitales visitados se limita al farmacológico, dirigiéndose los programas de asistencia fundamentalmente a aquel sector de la población que los especialistas médicos conceptúan con mayores posibilidades de rehabilitación y, consiguientemente, de reinserción social.

En este sentido, puede señalarse, en base a la información facilitada en los centros y a título de ejemplo, que fundamentalmente es farmacológica la asistencia prestada a los usuarios internados en la primera planta del Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; a las dos terceras partes de la población del Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; a la práctica totalidad de los enfermos del Hospital "Ntra. Sra. del Pilar, de Zaragoza", de la Unidad Residencial o Rehabilitadora de Toledo, y del Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía" de Lardero; a la mayor parte de los pacientes crónicos del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, excepción hecha de los que ocupan el piso de integración, y a los enfermos crónicos ingresados en el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres), exceptuando diez a quince personas por pabellón, que son objeto además de tratamiento psicoterapéutico.

No obstante, debe significarse que se ha podido observar, en algunos hospitales, una mayor proyección de la actividad asistencial estrictamente psiquiátrica respecto a aquellos enfermos con una teórica mayor capacidad de reinserción social o susceptibles de pasar a otras estructuras intermedias. Así, puede señalarse la actividad del Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, y del área sanitaria en el que está integrado el centro, dirigida a los pacientes de la segunda planta del hospital, alojados en el módulo denominado de "rehabilitación activa", en donde se presta una

mayor atención (vgr, actividades grupales, enseñanzas de automedicación, educación de la salud, etc.), y los programas establecidos en el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María, en relación con los pacientes con mayores posibilidades de integración en la comunidad.

Dentro de la configuración y organización funcional de los hospitales objeto de estudio, es preciso hacer referencia a la existencia, en el área de consultas externas del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, de una sección de salud mental infanto-juvenil, en franca contradicción con los principios que fundamentan el Plan de Salud Mental elaborado por la Consejería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Balear, en el que, tras criticar la existencia de tal sección, se subraya que la asistencia psiquiátrica infantil debe realizarse fundamentalmente en el marco de la asistencia primaria y, en caso de hospitalización, en los servicios de pediatría del hospital general.

Igualmente, debe destacarse la existencia, en el año 1989, de once casos de menores de quince años atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de Murcia, que no cuenta con una estructura específica para ello.

De otra parte, deben reiterarse las carencias, en algunos hospitales, de los recursos especializados en salud mental mínimos y exigibles para cualquier tipo de estas Instituciones (vgr. Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña (Burgos), que únicamente cuenta con un especialista en psiquiatría, que además realiza las funciones de director para 555 enfermos; Hospital Psiquiátrico de Lugo, con un psiquiatra para 282 pacientes; Hospital Psiquiátrico de Alcohete, en

Yebes (Guadalajara), en cuya plantilla orgánica no figuran especialistas en psiquiatría).

Igualmente, es de destacar, con carácter general, la escasez de personal de enfermería especializado en salud mental, aspecto éste, al que anteriormente se ha hecho referencia, de suma importancia en el tratamiento de estos enfermos, especialmente de aquellos que presentan sintomatología activa.

Por otra parte, y por lo que a la actuación profesional en esta materia se refiere, nos encontramos, igualmente, con diversos modelos.

En uno de estos modelos (Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias), además de la actuación del personal del hospital, la asistencia psiquiátrica se realiza de forma programada por los profesionales de los distintos centros de salud mental de la Comunidad Autónoma, que periódicamente se desplazan al hospital psiquiátrico, teniendo cada uno de ellos asignada la responsabilidad de los pacientes procedentes de su área sanitaria.

En otros centros (vgr. Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo), se llevan a cabo reuniones de un equipo multidisciplinar (especialistas en psiquiatría, psicólogos, asistentes sociales, personal de enfermería) como instrumento de coordinación y análisis, tanto de aspectos clínicos como organizativos, abordándose la problemática de los enfermos y estableciéndose los tratamientos, terapia y cuidados que necesitan.

Por el contrario, en otros hospitales (vgr. Complejo Sanitario Provincial de Plasencia) no existen, al menos de forma reglada, equipos de trabajo multiprofesionales, en orden a asegurar la intervención conjunta sobre problemas difíciles de abordar desde una sola óptica profesional, quedando a la iniciativa de cada uno el recabar o no el correspondiente dictamen del resto de los profesionales.

5.5.1.5. Guardias médicas.

Por lo que al servicio permanente de asistencia psiquiátrica respecta, es de significar la variación en la organización de guardias médicas, habida cuenta que en algunos hospitales el servicio de guardia está prestado por especialistas en psiquiatría, mientras que en otros centros tal servicio está encomendado a facultativos de medicina general.

Entre los primeros, es decir, aquellos hospitales que cuentan con servicio de guardia, prestado por especialistas en psiquiatría, se encuentran el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María, el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo, el Hospital Psiquiátrico de Salt, el Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia, el Hospital Provincial de Madrid y el Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. de las Nieves", de Vitoria.

En aquellos otros hospitales en cuyo servicio de guardia no figuran especialistas en psiquiatría, es preciso tener presente, para una adecuada valoración de tal

circunstancia, la existencia de servicios de guardia especializados en salud mental en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales del área sanitaria en la que está integrado el hospital psiquiátrico.

No obstante lo expuesto en el apartado precedente, es de destacar la situación del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, en el que los 14 médicos psiquiatras de su plantilla prestan servicio en turno de mañana, careciéndose de servicio de urgencia de carácter psiquiátrico en la isla, al no existir en la misma unidad de psiquiatría del hospital general.

No obstante, esta situación parece encontrarse en vías de solución, habida cuenta que, según la información obtenida, está previsto constituir en el hospital un servicio de urgencia psiquiátrica.

5.5.1.6. Otras cuestiones relativas a la asistencia prestada en los hospitales visitados.

Entre los aspectos concretos observados en el curso de las visitas efectuadas, pudo conocerse que, entre las técnicas empleadas para el tratamiento de los pacientes, en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, se encuentra la utilización de la técnica de electrochoque. Tal técnica, según información facilitada por la dirección del centro, se usa de forma esporádica y siempre con fines terapéuticos (esquizofrenias y en las formas catatónicas), si bien se lleva a cabo sin anestesia.

Siempre según la información facilitada por la dirección del hospital, en este tipo de tratamientos se suele solicitar el consentimiento del propio enfermo o, en su caso, del familiar más cercano.

En este mismo hospital, pudo también constatarse que en una habitación individual del pabellón denominado "cinco d", cuya puerta tenía echada la llave, se encontraba una paciente atada a la cama por una pierna, medida que, según el personal sanitario del centro, se llevaba a cabo únicamente por la noche, a causa de la agresividad del enfermo.

De otra parte, pudo comprobarse la existencia, en el Hospital Psiquiátrico "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, de dos pacientes, alojados en el pabellón de psicogeriatría, que se encontraban inmovilizados con camisas de fuerza, situación que fue justificada por el personal del establecimiento en base a su alto grado de autoagresividad y en la necesidad de evitar autolesiones.

Especial mención merecen asimismo los dos cuartos, denominados de aislamiento, del Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María, de dimensiones reducidas, y que tienen como única dotación una cama, careciendo de marco y de cristales, y existiendo solamente las rejas del hueco de la ventana. En el momento de efectuar la visita al centro, permanecía en el interior de uno de dichos cuartos un paciente aislado, existiendo en una esquina de la habitación un recipiente metálico, que el usuario utilizaba a modo de inodoro. Recabada la correspondiente información, se informó que el enfermo, por su carácter agresivo y frecuentes daños producidos, permanecía desde hacía aproximadamente un año en

dicho cuarto, de donde únicamente salía para comer, bañarse, afeitarse y cuando acudían sus familiares.

En este aspecto, es de señalar también la información obtenida en el Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, relativa al déficit de personal del centro, que conlleva, entre otras consecuencias, la necesidad de proceder a la sujeción de determinados pacientes en crisis por medios mecánicos con una mayor frecuencia de lo aconsejable, circunstancia que, siempre según la señalada información, podría obviarse si se dispusiese de más personal, permitiendo así llevar a cabo un control suficiente por otros medios menos coercitivos.

Debe, por último, hacerse mención de las circunstancias acaecidas durante la visita girada al Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña. De una parte, en el pabellón "Florida", donde se alojan personas con deficiencia mental, pudo observarse la existencia de cuatro pacientes que se encontraban en una sala de estar cerrada bajo llave, indicándose por el personal que tal circunstancia era transitoria en tanto se procedía a la preparación del comedor para efectuar el almuerzo.

De otra parte, en la enfermería de mujeres, situada en la tercera planta del edificio, pudo observarse la existencia de una persona, cuya habitación se halla ubicada fuera de la unidad propiamente dicha y que se encontraba encerrada en la misma bajo llave. La citada persona presionaba insistentemente el picaporte intentando salir al exterior. Efectuada la apertura de la puerta de la habitación, se encontraron en ésta almacenados una serie de artículos en cajas de cartón. Ante esta circunstancia, se cursaron por la

dirección del centro las instrucciones oportunas para que de inmediato fueran sacadas de la habitación las cajas almacenadas en ella, debiéndose tener en cuenta, además de la necesidad de no utilizar las habitaciones de los enfermos como almacén, que el hospital dispone de amplio espacio para realizar el almacenamiento de productos. Con independencia de lo anterior, y en relación con las circunstancias en que se encontró a esta enferma, se indicó por el personal su carácter transitorio, por escaso espacio de tiempo, así como la conflictividad de la paciente, señalándose que la misma había salido del hospital aquella misma tarde a efectuar un paseo.

5.5.2. Actividades rehabilitadoras y lúdicas.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de abril de 1985, al tratar de los hospitales psiquiátricos, enfatiza la necesidad de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población hospitalizada, a través del desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción social que faciliten su vuelta al medio socio-familiar o su integración en los nuevos recursos socio-sanitarios y sociales que se vayan creando.

5.5.2.1. Programas de rehabilitación.

Respecto de la programación de las actividades rehabilitadoras, existe un panorama diverso en los hospitales visitados.

De este modo, en algunos hospitales hay una programación general de estas actividades, fijándose además programas individuales de rehabilitación para cada paciente, como sucede en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias y en el Hospital Psiquiátrico de Bétera. En este último establecimiento, se fija a los enfermos crónicos un programa individual, en el que se determinan una serie de objetivos en las siguientes esferas: necesidades básicas, necesidades psíquicas de relación, recuperación de habilidades y necesidades socio-administrativas. Se efectúa un seguimiento de la ejecución del programa mediante una hoja de actividad diaria y se revisa el programa mensualmente (pabellones 8 y 14). A reseñar, sin embargo, que en el pabellón 5, donde se alojan las personas con deficiencia mental profunda, se ha efectuado la valoración, pero falta fijar los objetivos y determinar el programa.

En el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María se reúne diariamente en cada unidad el equipo multidisciplinar, analizando los problemas que presentan cada uno de los internados. Semanalmente, se efectúa una revisión general del hospital, determinándose los programas a desarrollar.

Por su parte, en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo, se celebra una reunión semanal en la que participan los médicos, psicólogo, trabajador social, jefe de enfermería, personal de enfermería y auxiliares psiquiátricos por unidad, para dialogar sobre el programa a desarrollar. De otra parte, los lunes se reúne un equipo multidisciplinar, estudiándose la situación de todos y cada uno de los pacientes de cada unidad.

En otros hospitales no se fijan programas individuales de rehabilitación. Así sucede en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, donde únicamente se determinan estos programas para aquellos pacientes (en número de cinco en el momento de la visita), que siguen rehabilitación a domicilio. No obstante, el psicólogo del hospital actúa como coordinador de terapias, determinando el tipo de terapia que resulte preciso. En la actualidad se está elaborando el sistema de seguimiento de la actividad rehabilitadora.

Tampoco se fijan, salvo en algún caso concreto, programas individuales de rehabilitación, ni existe una programación general de las actividades rehabilitadoras en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén. Pese a ello se procura llevar a cabo algún tipo de rehabilitación de los pacientes, de modo individualizado y con objetivos específicos para cada caso. No obstante, existe un coordinador de rehabilitación que ha asumido esta tarea de modo voluntario y se ha presentado una propuesta para programar actividades rehabilitadoras mejor coordinadas con los equipos facultativos y con el área de animación socio-cultural.

En el Hospital Psiquiátrico de Salt tampoco existen programas individuales de rehabilitación con soporte escrito, fijándose las actividades en reuniones del equipo de laborterapia y del personal de los pabellones.

Por su parte, en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, se encuentran en fase de diseño los programas de rehabilitación, existiendo un positivo cambio en el tratamiento de este aspecto desde la asunción de la transferencia del Hospital por el Servicio Andaluz de Salud,

en fecha 1-1-1991, al haberse desarrollado una notable actividad para la implantación de estos programas con el objetivo final de desinstitucionalizar a los pacientes. A tal efecto, y a partir de la citada fecha se han llevado a cabo una serie de actuaciones, que han comprendido una primera fase, en la que se procedió a la evaluación de la población residente, así como una segunda consistente en la observación de conductas, dando todo ello como fruto la elaboración de una completa historia de los pacientes (estudio de órganos y sentidos, capacidad y grado de autonomía, lugar donde pueden ser acogidos fuera del hospital, etc.), como punto de partida para el diseño de los programas de rehabilitación.

En términos generales y desde una perspectiva global, puede indicarse que resultaría necesario potenciar las actividades rehabilitadoras que se desarrollan en los hospitales visitados y ello pese a que las posibilidades de poner en práctica medidas de rehabilitación está seriamente condicionada por factores tales como el estado crónico de los pacientes o su elevado promedio de edad.

De otra parte, en relación con ello debe dejarse constancia de que, en muchos casos, las actividades rehabilitadoras solamente se realizan con una parte de la población internada. No es ajena, sin duda, a esta circunstancia la tendencia a procurar tan sólo la rehabilitación de aquellos pacientes con posibilidades razonables de reinserción laboral y social, con el olvido consiguiente de otros enfermos que, con mayores dificultades para esta reinserción, pueden mejorar aspectos tales como el ajuste social y la autonomía personal.

En este sentido, es preciso indicar que en algunos hospitales las actividades terapéuticas se limitan prácticamente al tratamiento farmacológico de los usuarios que lo precisen, con lo que, en relación con un significativo porcentaje de enfermos, los establecimientos desempeñan funciones de asilo y no terapéuticas. Las actividades rehabilitadoras, cuando existen, se limitan a los pacientes a quienes se juzga susceptibles de reinserción laboral y social.

5.5.2.2. Laborterapia.

Son mayoría los establecimientos visitados en los que se desarrollan actividades de laborterapia, si bien la intensidad de las mismas es muy variable. Así, el Centro Residencial y Rehabilitador de

Parayas, en Maliaño-Camargo, cuenta con unos talleres de laborterapia excelentemente dotados, diversificándose las actividades realizadas y tendiéndose hacia un tipo de trabajo creativo y formativo que presente posibilidad para la comercialización de los productos y que sirva de estímulo a través de la autofinanciación. Los pacientes están distribuidos en las diferentes secciones con un criterio terapéutico y, con objeto de valorar sus motivaciones, capacidades y rendimiento, existen diferentes categorías laborales, que se revisan mensualmente. Entre las actividades desarrolladas, cabe señalar, a título de ejemplo, el montaje de regletas de conexión eléctrica, el montaje de diversos elementos para cocinas y hornos, el montaje de pinzas de ropa, la confección de caballetes de pintura, la confección de librerías, la elaboración de carretillas y la confección de

tubos de plástico. El análisis de la última nómina abonada con anterioridad a la fecha de la visita permitió constatar que el personal que ha participado en estas actividades alcanza el número de 75, lo que representa el 75 por 100 sobre el total de la población internada.

En el Hospital Psiquiátrico de Tenerife se dispone, para el desarrollo de estas actividades, de una sala en la unidad de agudos y de dos talleres para el resto de los enfermos internados. Las actividades realizadas se dirigen a trabajos de carpintería, marquetería, cerámica, pintura, macrané, bordado y otras labores de costura, alfombras y talleres, pirograbados y música. La aceptación de estas actividades en la unidad de agudos puede calificarse como buena, existiendo una asistencia constante y media, en turnos, de 20 pacientes (prácticamente el 50 por 100 de la media de enfermos ingresados).

En el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña (Burgos), las actividades de laborterapia, para la que se cuenta con un pabellón específicamente dedicado a ello, consisten fundamentalmente en montaje de pinzas, cerámica, pintura, taller de soldadura, taller de fabricación de palets, alfombras y costura.

En el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (Lugo), se realizan actividades de artes plásticas, barro y carpintería, trabajándose asimismo en la huerta y estando pendiente de instalación otro taller, dedicado a la fotografía.

En el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén (Orense), existen talleres de artes plásticas,

encuadernación y carpintería. Se lleva a cabo asimismo la reparación de televisores. Realizan las actividades entre un 30 y un 40 por 100 de los pacientes internados.

En el Hospital Psiquiátrico de Madrid se fabrican artículos en madera y marquetería, que se comercializan en el mismo establecimiento y en un mercadillo dominical, como sucede igualmente con los productos obtenidos en la granja y en la huerta del centro, siendo transferidos los ingresos obtenidos a la tesorería de la Comunidad Autónoma. De otra parte, a través de acuerdos de colaboración con el Instituto Nacional de Empleo, se imparten en el centro cursos de tapicería y cocina, a los que también acuden personas de fuera del hospital.

Algunos de los pacientes internados en el Hospital "Román Alberca", de Murcia, acuden al centro de día instalado en el mismo recinto, donde se llevan a cabo actividades en tres talleres: cerámica, manufacturas y huerta. Los productos se comercializan, revirtiendo el importe obtenido para la financiación de las actividades del centro.

En cuanto a la remuneración percibida por los pacientes que realizan actividades de laborterapia, en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo, aquella se hace efectiva quincenalmente, percibiendo las cantidades cada paciente en función de las horas trabajadas y de su categoría laboral.

En el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, los pacientes que realizan tareas de laborterapia perciben gratificaciones de cuantía variable, ya que para fijar la misma se tiene en cuenta el importe de la pensión que, en su

caso, percibe el interesado, al objeto de complementar la misma, así como otras circunstancias personales. El examen de las gratificaciones percibidas por los pacientes, correspondientes al mes de agosto de 1991, lleva a constatar que los mismos percibieron entre un mínimo de 2.000 ptas. y un máximo de 35.000 ptas.

En el Hospital Psiquiátrico de Salt, quienes prestan su colaboración en tareas de funcionamiento del hospital perciben una gratificación que oscila entre las 2.500 y las 30.000 ptas.

Estas cantidades son menores en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, ya que, según la información obtenida, oscilan entre 200 y 2.000 ptas. mensuales. También se abonan gratificaciones mensuales en los Hospitales "San Salvador", de Oña, y "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén. En el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, se procede a la exposición anual de los trabajos realizados, repartiéndose el importe obtenido en su venta entre los participantes en la elaboración de los productos.

De otra parte, en determinados hospitales algunos de los enfermos atendidos desarrollan diariamente actividades fuera del establecimiento, como acaece en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias y en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea. Lo mismo sucede en el Hospital "San Salvador", de Oña, donde, según la información obtenida, veinte pacientes desempeñaban trabajos fuera del hospital. De otra parte, enfermos de este establecimiento gestionan el quiosco existente en la localidad. Asimismo, algunos pacientes de este establecimiento acuden a cursos de formación profesional.

Una mención especial merece la modalidad de actividad consistente en la colaboración prestada por los pacientes al desarrollo de determinadas actividades directamente relacionadas con el funcionamiento del hospital, tales como servicios de mantenimiento, lavandería, costura y planchado, comedor, etc. Esta modalidad de laborterapia puede encontrarse, en efecto, con mucha frecuencia en los hospitales psiquiátricos.

En efecto, dentro de los establecimientos visitados, puede citarse el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, donde se lleva a cabo el cuidado del jardín por parte de los pacientes ingresados, realizando algunos de ellos trabajos en los servicios de lavandería, planchado y costura y en los talleres de mantenimiento. También se efectúa, según la información obtenida, el lavado de vehículos.

En el Hospital Psiquiátrico de Salt algunos enfermos colaboran en determinados trabajos del hospital (carpintería; pintura; cocina; lavandería).

También en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, algunos pacientes prestan tareas de colaboración en diversos servicios del establecimiento (cocinas, lavandería, costura, etc.).

Igualmente, en el Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Orense, algunos pacientes realizan actividades de mantenimiento, tal como jardinería y limpieza, y llevan a cabo labores agrícolas en el invernadero y en la huerta.

Así mismo, en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, los enfermos prestan ayuda al personal para transportar la comida, colaboración que también se extiende, según la información obtenida, al traslado de los elementos de limpieza desde el almacén.

Por último, en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife está en estudio la implantación de un programa de rehabilitación basado en el sistema de economía de fichas, canjeables posteriormente por dinero, correspondiendo las labores a realizar, con fin terapéutico, al ámbito del mantenimiento del hospital.

En relación con esta colaboración prestada por algunos enfermos a las tareas de mantenimiento y de funcionamiento de los hospitales, que no resultarían concebibles en otras estructuras hospitalarias, esta Institución, sin dudar de que en la práctica totalidad de los casos se llevan a cabo en beneficio del enfermo, considera que deberían adoptarse una serie de cautelas en beneficio tanto del paciente, como del establecimiento psiquiátrico. En este sentido, habría de garantizarse, de un lado, que la actividad se realiza por razones exclusivamente terapéuticas y no a causa de otros factores como podría ser, en su caso, la escasez de personal de determinadas categorías profesionales, y, de otro, debería asegurarse que en ningún caso pudiera darse una situación de explotación laboral.

A tal efecto, entre otras medidas susceptibles de ser implantadas y con independencia de la posible regulación normativa de las actividades de laborterapia, el desarrollo de las actividades reseñadas habría de venir precedido por la indicación del facultativo, para garantizar así que se trata

de una medida terapéutica, debería revisarse con la periodicidad adecuada, y habría de ser comunicado al Ministerio Fiscal, al objeto de que por parte de éste se velara por la defensa de los derechos del enfermo, cuidando especialmente que no se dé una situación que pudiera dar lugar a la explotación laboral del paciente.

En otro orden de cosas, debe señalarse la escasa implantación de las actividades de laborterapia en algunos hospitales.

Así, en el Hospital "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza, si bien se desarrollan algunas actividades en las que participan regularmente algunos pacientes (vgr, viveros; ropero), puede sostenerse, desde una perspectiva general, la escasa implantación de este tipo de actividad y la poca participación de los enfermos internados, debiendo añadirse que en el momento de la visita estas actividades se encontraban paralizadas a la espera de que alguna empresa remitiera el oportuno material, e informándose que cuando tales actividades existen, únicamente participan unos 25 pacientes.

También debe calificarse como escasa la dotación del taller de laborterapia del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, donde se efectúan trabajos de madera, barcos, alfombras, pintura, cerámica, carbón y plantas, sin que los productos elaborados lleguen a comercializarse, participando unos 15 pacientes, como promedio diario, en estas actividades. Igualmente existe un taller de herrería (forja, mantenimiento del hospital), donde acuden 5 pacientes. Por otra parte, la amplia huerta del establecimiento es trabajada por los

enfermos alojados en el Pabellón "Son Oliver", utilizándose los productos para consumo interno.

Por su parte, el Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia, cuenta teóricamente con pabellones de laborterapia de hombres y de mujeres, circunstancia que, de entrada, llama la atención, por cuanto la diferenciación no debería venir dada, en este aspecto, por el sexo, sino, en su caso, por las características, capacidad y habilidad de los pacientes. De otro lado, el denominado "pabellón de mujeres" se encuentra cerrado, siendo su destino el de almacén de chatarra y material de desecho. Por lo que se refiere al pabellón de hombres, apenas es utilizado y prácticamente carece de equipamiento para desarrollar las actividades, siendo de destacar además el deterioro que presenta (cristales rotos; paredes sucias). De este modo, excepto algunos hombres que desarrollan alguna actividad en este pabellón y de doce mujeres que se dedican a la costura, no existe actividad de laborterapia en este hospital.

En algunos establecimientos no existen instalaciones ni se desarrollan actividades que puedan ser encuadradas propiamente en la laborterapia, aún reconociendo los límites no siempre nítidos que este tipo de actividad puede tener con actuaciones fronterizas, como es la terapia ocupacional (así, Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico, de El Puerto de Santa María (Cádiz); Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo; Hospital "San Francisco Javier", de Pamplona; Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria; Hospital "Reina Sofía", de Lardero; Hospital Psiquiátrico de Bétera).

Un caso especial es la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara), la cual cuenta con excelentes instalaciones (talleres de madera, pintura, forja, telares, etc.). Sin embargo, las mismas no son utilizadas por los pacientes del establecimiento, sino por los usuarios de un centro ocupacional próximo al hospital psiquiátrico.

La falta de desarrollo de este tipo de actividades se justificó por la dirección de este establecimiento en razón de que los facultativos no consideraban conveniente la realización de las mismas por la posibilidad de accidentes. En otros establecimientos (Hospitales "San Francisco Javier", de Pamplona y "Santa María de las Nieves", de Vitoria) la explicación de esta ausencia se efectuó en función de las dificultades derivadas de las connotaciones laborales de estas actividades, con las consecuencias que su desarrollo podría acarrear sobre aspectos tales como existencia de relación laboral, retribuciones, etc., y por la similar potencialidad rehabilitadora de la terapia ocupacional.

En consecuencia, situaciones como las descritas propician actitudes pasivas por parte de los enfermos hospitalizados que permanecen durante gran parte del día sentados en las escaleras, en salas de estar o paseando, sin desarrollar actividad alguna.

5.5.2.3. Terapia ocupacional.

En la práctica totalidad de los hospitales visitados se desarrollan, con mayor o menor intensidad, actividades de terapia ocupacional.

Así, en el Hospital Psiquiátrico Provincial de El Puerto de Santa María, existen dos unidades de terapia ocupacional, en donde, entre otras, se desarrollan actividades de materiales plásticos, dibujo, óleo, marquetería, títeres, expresión, etc., participando unos 25 usuarios.

En el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo, se realizan actividades de terapia ocupacional de 9,30 a 12,30 horas, acudiendo habitualmente unos 70 pacientes. Las actividades consisten básicamente en manualidades, pintura y costura.

En el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, si bien no existe, como tal, una unidad de terapia ocupacional, se llevan a cabo actividades de esta naturaleza en el taller de laborterapia, contándose en la plantilla con un terapeuta ocupacional.

Las actividades desarrolladas en este ámbito en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo, son diversas, pudiendo citarse las de confección de alfombras, marquetería, dibujo y escayola, y participando un promedio diario de 15 pacientes.

No cuenta con terapeuta ocupacional la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo, siendo dirigidas las actividades por un monitor y consistiendo en la confección de alfombras, marquetería y mimbre. Asisten a las mismas una

media de 12 enfermos, es decir, un 14 por 100 de la población internada.

Por su parte, el departamento de terapia ocupacional de la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes, es el más potenciado del hospital, atendiendo a un promedio de 30-40 pacientes, en un espacio físico amplio, acondicionado con los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad.

En el Hospital Psiquiátrico de Salt las actividades se efectúan de 9 a 19 horas, existiendo un equipo específico para su desarrollo. y consistiendo básicamente en pintura, macrané, trabajos textiles y costura. El personal que dirige las tareas no está en posesión del título de terapeuta ocupacional.

Dispone el Hospital Psiquiátrico de Madrid de una sala de terapia ocupacional, siendo notable la participación de los enfermos internados en las actividades que en la misma se desarrollan. El promedio de asistencia a las actividades, tanto de laborterapia, como de terapia ocupacional, ascendió, en el año 1990, al 40 por 100 de la población internada.

El Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, cuenta con una sala de terapia ocupacional en el pabellón de corta estancia. Las actividades, que se llevan a cabo de 9,30 a 13 horas, son dirigidas por dos monitores que no poseen la titulación de terapeuta ocupacional, si bien se informó que en la actualidad y para las plazas vacantes se exige la posesión de este título.

Las actividades realizadas en las unidades de corta estancia del Hospital Psiquiátrico de Bétera consisten en pintura, cerámica, dibujo y en el cuidado del jardín. En las unidades de larga estancia se desarrollan asimismo actividades de terapia ocupacional (costura, cuidado de la huerta).

Por último, deben citarse los casos del Hospital "Miraflores", de Sevilla, del Hospital Psiquiátrico Provincial, de El Puerto de Santa María (Cádiz) y del Hospital "Reina Sofía", de Lardero (La Rioja), donde no se realizan, según la información recibida, actividades de terapia ocupacional, si bien en el primero de ellos existe una teórica zona en donde se ubicará la unidad destinada a tal fin. Aunque el establecimiento cuenta con un terapeuta ocupacional, su actividad tiene más bien una proyección exterior y se circunscribe a los usuarios con mayor autonomía (excursiones, salidas a la calle, búsqueda de otros recursos, etc.) ya que, como se ha indicado, dentro del centro hay una total carencia de medios y de equipamiento para desarrollar esta actividad.

5.5.2.4. Actividades deportivas, recreativas y culturales.

Las actividades deportivas, recreativas y culturales forman explícitamente parte del programa de rehabilitación en algunos de los hospitales visitados, mientras que en otros no parece existir, al menos de modo explícito, esta integración conceptual. No obstante, se tratan en este apartado, dentro de las acciones rehabilitadoras, los aspectos reseñados, encuadrables en la actuación socioterapéutica, teniendo en cuenta para ello la vertiente terapéutica de la práctica de la

deporte y de la realización de actividades recreativas, lúdicas y de índole cultural.

Por lo que respecta a las instalaciones para la práctica del deporte, la utilización del ocio y el desarrollo de las actividades culturales, puede señalarse la existencia de una situación variable, ya que frente a algún caso en el que se carece prácticamente de instalaciones para estas finalidades (Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla), existen otros que disponen de un equipamiento relativamente extenso (así, Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico de Salt; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; y Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona).

La gran mayoría de los hospitales cuenta con cafetería o bar, integrada en ocasiones en clubs o centros sociales y cuya gestión es asumida en muchos casos por los propios pacientes. Así, cuentan con esta instalación los establecimientos siguientes: Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo; Hospital Psiquiátrico de Parayas, en Maliaño-Camargo; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de Salt; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona; Hospital "Reina Sofía", de Lardero. Debe añadirse que el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

cuenta con cafetería únicamente en la zona de hombres, careciendo de ella en la destinada a mujeres.

También puede encontrarse en la mayoría de los hospitales visitados un equipamiento deportivo más o menos diversificado. Cuentan, en efecto, con instalaciones deportivas estos establecimientos: Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de Salt; Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas, de Toén; Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de Murcia; Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona; Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria; y Hospital Psiquiátrico de Bétera. El equipamiento existente incluye campos de fútbol, canchas de baloncesto, balonmano y voleibol, gimnasios, frontones, tenis de mesa y piscinas.

Buena parte de los establecimientos visitados disponen asimismo de salón de actos. Así, pueden señalarse los hospitales siguientes: Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico de Salt; Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabeleiro Goas", de Toén; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital "Reina Sofía", de

Lardero; y Hospital Psiquiátrico de Bétera. Por su parte, el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo, si bien cuenta con salón de actos, éste no se destina a la realización de actividades recreativas y culturales para los pacientes, sino que está reservado para actividades docentes.

Aunque en menor medida, también se dispone de biblioteca en los centros visitados (así, Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de Salt; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona). En el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, además de la biblioteca de los pacientes, existe una amplia sala, en la actualidad vacía, en la que estaba instalada la biblioteca del monasterio que antecedió al hospital, conservándose aún las correspondientes estanterías de madera.

En algunos hospitales pueden encontrarse salas destinadas específicamente a juegos o a televisión, con independencia de las salas de estar de las distintas unidades que integran el establecimiento. De otra parte, con alguna contada excepción, la práctica totalidad de los establecimientos visitados cuenta con jardín. En alguno de los hospitales se procede, durante la época estival, al montaje de terrazas con mesas y sillas en los jardines (así, Hospital Psiquiátrico de Salt; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña). En uno de los centros visitados existe también un incipiente zoológico, cuyo cuidado es asumido por los propios enfermos (Hospital Psiquiátrico de Salt).

En una situación peculiar se encuentran aquellos hospitales cuyo recinto fue en su momento objeto de una segregación parcial para dedicar parte de él a centro residencial, tal y como ha acaecido con la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo y con el Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, al haberse quedado integrado gran parte de equipamiento dedicado al entretenimiento del ocio en la residencia contigua al hospital.

En términos generales, las instalaciones se encuentran en un adecuado estado de conservación y son aptas para su uso a los fines a los que están destinadas. Debe señalarse, no obstante, alguna excepción. En este sentido, pudo observarse que el mobiliario de la biblioteca de los pacientes, en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo, se encontraba en un deficiente estado. De otra parte, el local del gimnasio del Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia, se encuentra destinado a almacén de chatarra, sin que, por tanto, pueda ser utilizado por los pacientes. En este mismo establecimiento la cafetería resulta insuficiente y se encuentra en un deficiente estado de conservación. En tercer lugar, en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, frente al buen estado del campo de fútbol, pudo constatarse la deficiente conservación de la cancha de balonmano, que impide su uso. En este mismo hospital existía con anterioridad un gimnasio que en la actualidad se encuentra clausurado. Y, por último, se observó la inexistencia de papeleras en el jardín del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia.

Entre las actividades desarrolladas es usual la celebración de diversos actos festivos, así como la realización de excursiones, para lo cual algunos

establecimientos disponen de vehículo propio (así, Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña). Pero dejando aparte esta pauta común y teniendo en cuenta el resto de las actividades desarrolladas, puede observarse, en unos casos, una programación de actos que puede estimarse como suficientemente amplia y diversificada, mientras que en otros no existe una programación de las actividades, siendo, de otra parte, escasas las mismas.

Entre los hospitales que pueden incluirse en el primer caso, puede citarse el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, donde además de la celebración de las fiestas de carnaval, debe mencionarse la proyección de películas en el vídeo del establecimiento, encontrándose en estudio el diseño de planes para viajes de vacaciones y estando establecido un ciclo cultural, dentro del cual se realizan en el salón de actos del hospital diversas actuaciones (musicales, teatro, mimo), normalmente con carácter quincenal.

En el Hospital Psiquiátrico de Salt, existe un gran contacto con el exterior en la celebración de actos recreativos y culturales, de modo que se organizan algunos de ellos en el recinto del hospital por parte de la comisión de fiestas del Ayuntamiento. En otros casos, se organizan actividades por el propio hospital, estando abiertas al exterior. Se han realizado asimismo actividades en el pabellón deportivo municipal. Conforme se expresa en la memoria del hospital, correspondiente al año 1990, entre las numerosas actividades lúdicas y socioterapéuticas realizadas a lo largo de dicho año destacan: la celebración de verbenas, abiertas a personas de fuera del hospital; la participación en la fiesta mayor de Salt, organizándose en el hospital actuaciones programadas para dicha fiesta; colonias, con participación de

85 enfermos, en tres turnos, organizándose además colonias de invierno con la participación de 48 enfermos crónicos; y belén viviente, realizándose por quinto año consecutivo en las fiestas de Navidad, con representación de quince cuadros escénicos.

Esta integración en la comunidad local se da asimismo en el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, donde muchos pacientes salen diariamente, fuera del hospital, a la localidad en la que el mismo está ubicado. De otra parte, se utiliza el microbús del centro para transportar a los enfermos a pasar el día con sus familiares, distribuyéndose los viajes al objeto de cubrir periódicamente toda la provincia.

En el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, además de practicarse juegos y deportes, como fútbol, tenis de mesa, ajedrez y gimnasia dos días por semana, de proyectarse vídeos y películas cinematográficas, de realizarse dos representaciones teatrales anuales y de organizarse bailes, destaca la edición de un periódico por los pacientes.

Aparte de la proyección de una película semanal y de la organización de diversos festivales en la amplia sala de teatro y cine, las actividades realizadas en el Hospital Psiquiátrico de Bétera se centran en especial en la práctica del deporte, a cuyo efecto el establecimiento dispone de una amplia gama de instalaciones (campo de fútbol, canchas de baloncesto, balonmano y voleibol, frontón, gimnasio, tenis de mesa). Practican las actividades deportivas alrededor de 40 personas, efectuándose algunas de ellas en el exterior del establecimiento. Esta última circunstancia se da asimismo en el Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de

Vitoria, algunos de cuyos pacientes acuden a las instalaciones deportivas municipales, además de disponer de un gimnasio, común con la contigua residencia asistida, contando con los servicios de una monitora. En este último hospital, se organizan colonias de vacaciones, lo que también acaece en el Hospital Psiquiátrico de Madrid, donde existen turnos de vacaciones anuales de quince días de duración en centros propios de la Comunidad Autónoma o concertados con la misma.

Como se ha señalado anteriormente, en algunos hospitales no existe una programación de las actividades que, de otra parte, son escasas y se reducen fundamentalmente a excursiones y fiestas (Así, Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes; Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia; Hospital "Reina Sofía", de Lardero). También parece existir, a tenor de la información obtenida, una paulatina disminución de la frecuencia de las actividades desarrolladas en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, sin que, de acuerdo con dicha información, exista una programación de las actividades recreativas y culturales, que se llevan a cabo a propuesta del equipo asistencial, al haber dejado de funcionar una comisión de ocio que existía con anterioridad. En este centro se organizan colonias de verano, siendo abonados los gastos por el hospital a quienes carecen de medios económicos.

La ya reseñada falta de instalaciones en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo está aparejada con la inexistencia de un programa de actividades, si bien, conforme a la información facilitada, los pacientes participan en las actividades desarrolladas por la residencia colindante. En la memoria del centro del año 1990 se señala, al respecto, como

objetivo a alcanzar, el desarrollo de diversas actividades, como son la puesta en marcha de un invernadero y de un huerto, la instalación de un gimnasio y de una sala de lectura, la organización de actividades lúdicas y recreativas y la instalación de un bar gestionado por los pacientes. Por su parte, el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia dispone, según la información obtenida, de los servicios de un monitor, en jornada de tarde, para la realización de actividades físicas y deportivas.

5.5.2.5. Otras actividades rehabilitadoras.

Para completar el panorama de la rehabilitación en los hospitales psiquiátricos visitados, puede señalarse que en alguno de ellos se ejecutan asimismo medidas de rehabilitación funcional. Así acaece en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo, que cuenta con un gimnasio con diverso aparataje, siendo prestada la atención rehabilitadora por un fisioterapeuta y por un auxiliar, e interviniendo el médico rehabilitador del Hospital General tan solo si se trata de alguna circunstancia especial.

5.5.3. Asistencia sanitaria de carácter somático.

Se tratan a continuación diversos aspectos de la asistencia sanitaria de carácter somático, relativos tanto a la prestación de la asistencia, como a las instalaciones de que disponen los hospitales visitados, debiendo resaltarse la especial importancia que presentan esta vertiente, a causa de

factores tales como el amplio porcentaje de población geriátrica atendida en los establecimientos objeto de esta investigación.

5.5.3.1. Prestación de la asistencia.

Por regla general, la asistencia sanitaria de carácter somático se presta por facultativos de la plantilla del hospital o contratados al efecto.

Disponen, de este modo, de personal facultativo en sus plantillas los establecimientos siguientes: Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla (2 especialistas de medicina interna y 4 médicos generalistas); Hospital "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza (1 internista, en turno de tarde); Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo (2 especialistas de medicina interna); Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca (6 facultativos de medicina general); Hospital Psiquiátrico de Tenerife (1 neurólogo, 1 analista y 3 médicos generales); Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (5 médicos generales); Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo (2 facultativos de medicina general compartidos con la residencia asistida colindante); Hospital Psiquiátrico de Salt (1 internista); Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña (9 médicos generales, además de acudir 1 estomatólogo una vez por semana); Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia (4 médicos generales); Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (8 médicos generales); Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén (2 médicos generales); Hospital Psiquiátrico de Madrid (2 internistas); Hospital Psiquiátrico

"Roman Alberca", de El Palmar-Murcia (2 internistas); Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria (1 internista); Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero (4 facultativos de medicina general); y Hospital Psiquiátrico de Bétera (2 médicos generales y 1 analista).

Debe significarse, de otra parte, que en algunos hospitales es superior el número de médicos generales que el de especialistas en psiquiatría. En tal situación se hallan, en efecto, el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña (9 médicos generales y 1 psiquiatra, que realiza funciones de director del establecimiento), el Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia (7 médicos generales y 2 especialistas en psiquiatría, de los que uno de ellos ejerce el cargo de director); y el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (8 médicos generales y 1 psiquiatra).

Otros hospitales, en cambio, no cuentan en su plantilla de personal con facultativos que atiendan este tipo de asistencia, solucionando tal carencia a través de diversos medios.

Así, el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María cubre la asistencia mediante el desplazamiento de un facultativo de medicina general de zona un día a la semana; al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo, acude dos días por semana un médico internista del Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander; y en el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona, pasa consulta diaria un facultativo del centro de salud.

En caso necesario, se deriva a los pacientes a los hospitales generales correspondientes, sin que en el curso de las visitas se observara ningún problema digno de mención, en relación con este aspecto.

Se realizan en los hospitales visitados reconocimientos de carácter periódico a los enfermos internados. La periodicidad de estas revisiones suele ser anual (así, Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico de Salt; Hospital Psiquiátrico de Madrid; y Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria), si bien en ocasiones, la frecuencia es inferior a la anual (así, Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico de Bétera).

Se llevan a cabo además en los hospitales actividades de carácter preventivo, como son vacunaciones y revacunaciones y detección de cáncer de mama (así, Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca), de tuberculosis (Hospital Psiquiátrico de Salt, mediante su adhesión a la campaña realizada al respecto por la Generalidad de Cataluña), del virus de la hepatitis (Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona). Se realizan asimismo programas relativos a la hipertensión arterial (Hospital "Santa María de la Nieves", de Vitoria), o de odontología (Hospital "San Francisco Javier, de Pamplona).

A reseñar, por último, que en el Hospital "Miraflores", de Sevilla, se ha realizado un exhaustivo estudio médico a los enfermos ingresados, el cual ha abarcado un total de 14 aspectos. También en el Centro Residencial y

Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, comenzó en 1988 la aplicación de un programa de diagnóstico y control de enfermedades crónicas, en cuya primera fase se hizo hincapié en aquellas que, por su morbilidad y mortalidad, revisten mayor importancia. De otra parte, se comenzó el estudio desde el punto de vista neurológico, de 36 enfermos diagnosticados de epilepsia.

5.5.3.2. Instalaciones.

Tan sólo algunos hospitales de los veinte visitados disponen de unidad de enfermería, entendida como instalación independiente con dotación de camas y destinada al uso de pacientes que, con patologías de naturaleza somática, requieran su atención en forma independiente del resto de los pacientes del hospital.

Entre los hospitales que disponen de esta unidad, puede citarse, en primer lugar, el Hospital Psiquiátrico de Bétera, que cuenta con una clínica ("hospitalillo") con una capacidad de 18 camas (10 individuales y 2 de 4 camas, estando en proyecto su transformación en individuales), disponiendo además de radiodiagnóstico, laboratorio y farmacia, y habiéndose suprimido otros servicios que anteriormente se prestaban (ginecología, odontología, traumatología y electroencefalograma). El personal que presta servicios en esta clínica está compuesto por 1 jefe de servicio de medicina general, 1 jefe adjunto de medicina general, 1 jefe clínico de laboratorio, 1 farmacéutico, 2 ATS de laboratorio, 1 supervisor (especialista en radiología) y 2 ATS.

La enfermería del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia consta de 16 camas, de las que 8 están destinadas a mujeres y otras 8 a hombres, siendo preciso para acceder a la zona de mujeres pasar necesariamente por la sala de hombres, lo que representa un grave defecto estructural.

Por su parte, la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes, dispone de una unidad de enfermería con 5 camas.

En el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla existe, en cada sección, una unidad de enfermería, destinada a los enfermos que precisan estar encamados.

Por último, la enfermería del Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, cuenta con sala de curas, archivo de historias clínicas de enfermos, así como con una unidad de vigilancia especial, (dos habitaciones de dos camas con puertas de seguridad).

Dada la extensión de los tratamientos psicofarmacológicos, es frecuente que los hospitales cuenten con departamento de farmacia, así como con los especialistas correspondientes, siendo, en ocasiones, notable la envergadura de las instalaciones (así, Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de Bétera) y estando en ciertos casos informatizados los consumos del almacén de farmacia (así, Hospital Psiquiátrico de Salt).

Por lo que se refiere a los medios de diagnóstico, es relativamente frecuente que los hospitales dispongan de radiología (así, Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de

Salt; Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", en El Palmar-Murcia; y Hospital Psiquiátrico de Bétera) y de laboratorio (así, Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Complejo Sanitario Provincial de Plasencia; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia; y Hospital Psiquiátrico de Bétera).

Asimismo, se dispone en ocasiones de aparataje para realizar electrocardiogramas (así, Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas, de Toén; Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona) o electroencefalogramas (así, Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de Salt; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; y Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia).

No obstante, algunas de estas instalaciones no se utilizan (así, radiología en los Hospitales de Salt y "Román Alberca", de El Palmar-Murcia), o se encuentran clausuradas (así, laboratorio y radiología en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias).

5.5.3.3. Otros aspectos relativos a la asistencia sanitaria.

De los datos obtenidos en las visitas realizadas se desprende que gran parte de la población atendida en los

establecimientos que son objeto de este estudio, es beneficiaria de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, gestionándose dicha asistencia para el resto de los pacientes, al amparo de lo previsto por el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre.

No obstante, es preciso significar las dificultades encontradas para el reconocimiento del derecho a dicha asistencia a los enfermos ingresados en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, ya que habiéndose cursado en fecha 12 de julio de 1991 la correspondiente solicitud de reconocimiento para 128 pacientes, en virtud de lo previsto por el citado Real Decreto, en octubre del mismo año, en que se realizó la visita al hospital, no se había recibido contestación a dicha solicitud.

5.6. Alojamiento.

Se analizan en este apartado las cuestiones relativas al tipo de habitaciones en que se alojan los enfermos en los hospitales visitados, las condiciones de habitabilidad, así como otros aspectos conexos.

No obstante, con carácter previo, es necesario significar que una parte de los hospitales psiquiátricos que se encuentran hoy en funcionamiento fueron edificados a finales del siglo XIX o comienzos del siglo XX. Esta circunstancia y los criterios arquitectónicos en boga por aquel entonces influyen negativamente en las condiciones de estancia y si bien en estos hospitales se han llevado a cabo,

en muchos casos, obras de remodelación, las mismas han topado, en ocasiones, con las limitaciones impuestas por las estructuras iniciales.

5.6.1. Tipos de habitaciones.

Los tipos de habitaciones ofrecen una gran diversidad, oscilando desde habitaciones individuales hasta una sala de 39 camas, situada en el pabellón "9 grande" del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca. Las habitaciones individuales, no obstante, son minoría, mientras que las salas con mayor número de camas corresponden a antiguos hospitales en los que no se han llevado a cabo obras de reforma.

La situación más satisfactoria se da en el Hospital Psiquiátrico de Madrid, que dispone de habitaciones que oscilan entre 1 y 3 camas.

Habitaciones de hasta 4 camas pueden encontrarse en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla (de 1 y de 4), en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo (de 1 a 4 camas), en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén (de 1 a 4 camas) y en el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero (de 1 y de 4 camas).

Pueden hallarse habitaciones de hasta 6 camas en el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María (de 1, 3 y 4 en el pabellón "Area de Cádiz"; de 2 y 3 en el pabellón "Area de Jerez"; y de 6 en el pabellón geriátrico); en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias (de 1 a 6); en la Unidad

Residencia y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (de 1 a 6); en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo (de 1 a 6); en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (de 1 a 6); y en el Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia (de 4 en el pabellón de agudos; y de 4 y de 6 en el pabellón de subagudos).

El Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, cuenta con habitaciones que oscilan desde 1 a 7 camas y el Hospital Psiquiátrico de Bétera dispone de habitaciones de 1 a 8 camas.

Diez camas por habitación es el número máximo que se encuentra en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife (2 y 3 en la unidad de agudos; de 1 a 3 en la unidad de media y larga estancia; de 1 a 5 en la unidad de deficientes mentales; y hasta 10 en la unidad de psicogeriatría).

El Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia, dispone de habitaciones con un elevado número de camas, que llegan hasta 11 por habitación, distribuyéndose en la siguiente forma: de 4, 9 y 11 en el pabellón de geriatría; de 8 en los pabellones de mujeres y de hombres; de 10 en el pabellón de agudos; y de 2 en el de alcohólicos.

En 7 de los 9 pabellones que componen el Hospital Psiquiátrico de Salt el número máximo de camas por habitación oscila, según los casos, entre 3 y 6. Debe destacarse, sin embargo, la situación existente en el pabellón de psicogeriatría (mujeres), donde existe una sala de 11 camas y, en especial, la del pabellón de crónicos 1 (hombres), en el que el alojamiento se efectúa en salas cuyas capacidad oscila entre 12 y 15 camas.

Desde habitaciones dobles hasta una sala de 16 camas pueden encontrarse en el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona, siendo, no obstante, de destacar la existencia de otras habitaciones de 12, 13 y 14 camas.

Hasta 18 camas pueden encontrarse en las salas del Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza, donde, aparte de esta cifra, puede destacarse que el número mínimo que puede encontrarse en una sala se eleva a 13 camas, careciendo de habitaciones de menor capacidad.

Por su diversidad y elevado número de camas en muchas de sus unidades y pabellones, merecen una atención especial los Hospitales "Santa María de las Nieves", de Vitoria, y Psiquiátrico de Palma de Mallorca.

En el Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria, pueden encontrarse salas de hasta 30 camas, siendo la distribución por pabellones la siguiente:

- gerontopsiquiatría mujeres (pabellón 1): de 1 a 4 camas.
- gerontopsiquiatría mujeres (pabellón 2): habitaciones individuales y 2 habitaciones de 11 camas.
- gerontopsiquiatría hombres: 2 habitaciones, de 10 y de 13 camas.
- rehabilitación mujeres: habitaciones individuales y 3 salas de 18, 19 y 21 camas.

- rehabilitación hombres: 3 salas, de 10, 16 y 30 camas.
- larga estancia hombres: habitaciones de 3 y de 4 camas.
- corta-media estancia hombres: habitaciones individuales y dobles.
- corta-media estancia mujeres: de 1 a 4 camas.
- residencia: habitaciones de 6 camas.

Por su parte, la distribución de los tipos de habitaciones en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca es la siguiente:

- pabellón "casa grande": de 1 a 3 camas.
- pabellón "San José": habitaciones de 1 y de 3 camas, así como una sala de 17 camas.
- pabellón "residencia": de 2 a 4 camas.
- pabellón "la colonia": 2 salas, de 16 y de 28 camas, respectivamente.
- pabellón "cinco d": habitaciones individuales, una sala de 12 camas, otra de 14 y dos de 17 camas.
- pabellón "cinco e": 3 salas-dormitorio, de 12, 15 y 18 camas.

- pabellón "nueve grande": de 2 a 4 camas, así como la sala-dormitorio de 39 camas, a que antes de ha hecho mención, con forma de ele (16 y 23 camas respectivamente en cada ala), separadas cada tres de ellas por un tabique de unos dos metros de altura.
- pabellón mixto: habitaciones individuales y dobles, así como 3 salas, de 7, 12 y 16 camas.
- pabellón "Son Oliver": una habitación de 3 camas y una sala-dormitorio de 22 camas.
- pabellón de agudos (mujeres): de 1 a 3 camas.
- pabellón de agudos (hombres): dormitorios de 6 camas.

5.6.2. Condiciones de habitabilidad.

La consecuencia que se deriva de la existencia, en varios de los hospitales visitados, de dormitorios instalados en salas comunes, que contienen un elevado número de camas, es la absoluta falta de intimidad, que se agrava por la escasa separación (1 metro e, incluso, 50 cms.) que, en ocasiones, existe entre las camas instaladas (así, Hospital "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; y Hospital Psiquiátrico de Tenerife).

En algunos supuestos esta excesiva proximidad de las camas y la pérdida de privacidad que conlleva ha intentado paliarse mediante la instalación de tabiques o de mamparas, solución parcial que ha de estimarse insatisfactoria (así, Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Complejo Sanitario Provincial de Plasencia; y Hospital "Sta. María de las Nieves" de Vitoria).

En otros casos, estas deficientes condiciones de habitabilidad se derivan de la existencia de habitaciones que no disponen de ventanas al exterior, lo que incide, asimismo en su ventilación (así, Hospital Psiquiátrico de Tenerife, Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; y Hospital "Sta. María de las Nieves", de Vitoria).

Otra circunstancia que es preciso tener en cuenta radica en la ejecución de obras de remodelación en gran parte de los hospitales visitados, que han afectado a algunas instalaciones, por lo que las diferencias en el estado de conservación son notorias entre las distintas dependencias de un mismo hospital.

En términos generales, el estado de conservación de las dependencias destinadas al alojamiento puede estimarse como adecuado en el Hospital "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de Madrid; y Hospital "Reina Sofía", de Lardero.

Como aceptable, en términos generales, si bien presentando algunas deficiencias, puede calificarse el estado de conservación del Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María, Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes; Hospital Psiquiátrico de Salt; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia; Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. de las Nieves" de Vitoria; y Hospital Psiquiátrico de Bétera.

Presentan deficiencias dignas de mención el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; el Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia; el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; y el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona.

En cuanto a las condiciones de dimensiones, ventilación, iluminación, ya sea natural o artificial, y calefacción, pueden estimarse como correctas en los siguientes establecimientos: Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona; y Hospital "Reina Sofía", de Lardero.

Presentan incidencias, dentro de unas condiciones globales correctas, el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias; Hospital

Psiquiátrico de Salt; Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia; y Hospital Psiquiátrico de Bétera.

Ofrecen anomalías relevantes en este aspecto el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; y Hospital "Nuestra Señora de las Nieves", de Vitoria.

Por fin, y antes de pasar al análisis de las condiciones existentes en cada uno de los hospitales visitados, es preciso dejar constancia de dos circunstancias:

— En primer lugar, no es infrecuente que el alojamiento de los enfermos crónicos se realice en las dependencias más antiguas, con un mayor deterioro y en salas con gran número de camas, mientras que el alojamiento de los enfermos agudos se efectúe en las instalaciones más recientes, mejor acondicionadas y en habitaciones con un menor número de camas. Esta circunstancia no deja de ser paradójica si se tiene en cuenta que los enfermos que tan solo permanecen unos días o unas semanas en el hospital gozan de mejores condiciones de alojamiento que los pacientes que llevan internados incluso varios decenios, para los que el hospital constituye su hogar.

— En segundo lugar, puede señalarse que tampoco es infrecuente encontrar hospitales en los que, habiéndose remozado, entre otras, las zonas de dirección-administración y presentando estas un estado excelente de conservación, subsisten dependencias destinadas al alojamiento de pacientes que no han sido renovadas y que presentan un deficiente estado

de conservación, lo que significa la aplicación de un muy discutible criterio en el orden de prioridad de las inversiones.

Realizadas estas consideraciones de orden general, se da cuenta seguidamente de las circunstancias de mayor relevancia que atañen en particular a los hospitales visitados.

El Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, si bien presenta un estado de conservación y unas condiciones de habitabilidad correctas, no dispone de sistema de refrigeración en las habitaciones, aspecto de particular importancia, habida cuenta de las temperaturas de la zona en la época estival.

Las dependencias destinadas al alojamiento en el Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza, se encuentran en buen estado de conservación y reúnen condiciones que pueden calificarse como adecuadas, a excepción de las dimensiones de las salas-dormitorio, en función del número de camas instaladas en ellas, tal y como ya se ha expresado.

En el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, la única incidencia que puede formularse atañe a la luminosidad algo escasa de la tercera planta, que es abuhardillada, así como a las ventanas de la misma planta, cuyos topes permiten una apertura poco amplia de las mismas.

En el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, tan sólo cabe citar el deterioro de aquellas unidades que nunca fueron utilizadas, con las consiguientes goteras,

desperfectos en la pintura y destrozo de cristales, así como la existencia, en todas las dependencias, de tuberías no empotradas en la pared, con el riesgo potencial para enfermos en crisis, si bien están previstas obras para su ocultación.

Sobre la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo y los Hospitales Psiquiátricos de Madrid y "Reina Sofía", de Lardero, no se observaron incidencias dignas de mención.

Por su parte, en el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, pese a la antigüedad de las instalaciones y a la conservación no totalmente satisfactoria de dependencias destinadas a otras finalidades, las áreas dedicadas al alojamiento no presentan carencias que puedan resaltarse.

En el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María, cabe indicar la escasa capacidad de las habitaciones del pabellón geriátrico, habida cuenta del número de camas, así como la existencia de defectos en la pintura de algunas de ellas y de ventanas enrejadas; en el pabellón "Area de Cádiz" igualmente hay deterioros ostensibles en la pintura e insuficiente capacidad de las habitaciones; y en el pabellón "Area de Jerez", únicamente puede citarse, dentro de una mejor situación, las inadecuadas dimensiones de una habitación de 3 camas. Sin embargo, la anomalía de carácter más grave viene dada por la existencia, en el primer pabellón citado, de dos cuartos de aislamiento, cuyas ventanas carentes de marco y cristales cubren su hueco con las rejas.

Por su parte, en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, si bien la unidad de agudos, ubicada en un edificio construido en el año 1981, goza de unas condiciones de

habitabilidad dignas, el resto de pabellones, del siglo pasado, pese a su adecuado mantenimiento, sufre las limitaciones propias de su estructura original. Así, en las unidades de media y larga estancia, algunas habitaciones son interiores, con las lógicas carencias en cuanto a luminosidad y ventilación y se hallan próximas a los motores de las cámaras de refrigeración, de funcionamiento ininterrumpido, lo que incide de modo negativo en las condiciones de habitabilidad de las mismas.

En la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes, las habitaciones de 6 camas son insuficientes en cuanto a dimensiones, observándose algunos desperfectos en las paredes.

En el Hospital Psiquiátrico de Salt, aparte de subsistir grandes salas, carentes de pasillo, en los pabellones de psicogeriatría (mujeres) y de crónicos 1 (hombres), por lo que el paso a cada sala debe efectuarse a través de la sala contigua, el estado de conservación es correcto en la mayoría de los pabellones, pero la excepción viene constituida por los pabellones aún no remodelados, en especial el de crónicos 1 (hombres), donde, además de la antigüedad de las instalaciones, se observan desperfectos en la pintura. De otra parte, puede considerarse como algo escasa la iluminación artificial de las habitaciones de algunos pabellones, como los de psicogeriatría (mujeres) y crónicos 2 (hombres). Este elemento es, por el contrario, suficiente en otras dependencias.

En el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, si bien las condiciones de habitabilidad y el estado de conservación es adecuado en la mayor parte de las dependencias

destinadas al alojamiento, algunas habitaciones del sector de mujeres presentaban desperfectos en las paredes, si bien el momento de la visita se estaba procediendo a pintar este establecimiento. Con independencia de lo anterior, debe reseñarse la existencia, en la primera planta, de tuberías de calefacción no empotradas, con los consiguientes riesgos potenciales que de esta circunstancia pudieran derivarse.

En el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, el estado de conservación del pabellón de agudos es mejor que el del pabellón de subagudos, observándose en este último, en otras circunstancias, la existencia de humedades. Debe señalarse, de otro lado, que el centro dispone de aire acondicionado en algunas dependencias comunes (sala de estar) y en algunas habitaciones, careciendo de este elemento en el resto, lo que representa un cierto problema dado el clima de la zona. Como en otros hospitales, también existen tuberías no empotradas en la pared.

En el Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. de las Nieves", de Vitoria, la compartimentación de habitaciones, a partir de zonas de alojamiento común, ha supuesto, en algunos casos, la carencia en las mismas de ventilación exterior, reducido espacio y luminosidad escasa.

Las condiciones del Hospital Psiquiátrico de Bétera son las adecuadas, a excepción de las dimensiones de las habitaciones de 7 y 8 camas del pabellón 5, que pueden estimarse como exiguas, atendido el número de camas, situación que no deja de ser paradójica si se tiene en cuenta que la planta segunda de este pabellón no se utiliza. Se observan asimismo algunos desperfectos en las puertas de las habitaciones (pabellón 12), siendo asimismo de reseñar algún

problema en cuanto a la iluminación artificial, ya que en unos pabellones es correcta, mientras que en otros puede estimarse como ligeramente insuficiente (habitaciones dobles del pabellón 12), faltando luces individuales en otras (pabellón 5).

En el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, la multiplicidad de pabellones y la variedad de condiciones entre las áreas de atención a enfermos agudos y a enfermos crónicos, así como las graves deficiencias localizadas fundamentalmente en estas últimas, obligan a una descripción particularizada de las mismas.

En el área de agudos, dentro de unas condiciones aceptables de habitabilidad, solo cabe señalar las limitaciones derivadas del número de camas en algunas habitaciones (6), lo que se obviará con la próxima inauguración de una nueva ala en este pabellón, que dispondrá de habitaciones dobles.

Los pabellones del área de crónicos presentan las siguientes condiciones:

- Pabellón "Casa Grande": con graves desperfectos en la pintura de las habitaciones y otras dependencias, y carencia de puertas en las habitaciones. La segunda planta de este pabellón permanece cerrada.
- Pabellón "San José": con habitaciones sin puertas y de escasa capacidad.

- Pabellón "Residencia": con habitaciones de escasa capacidad y sin puertas.
- Pabellón "La Colonia": en su planta baja con una sala de estar de escasa capacidad y una sala-dormitorio de 16 camas, y graves desperfectos en la pintura. La sala dormitorio de la primera planta, de 28 camas, tiene 3 separaciones mediante mamparas de dos metros de altura, y la distancia entre las camas es notoriamente escasa.
- Pabellón "Cinco D": sus salas dormitorios están tabicadas cada dos camas, con división de dos metros de altura y carecen de cualquier tipo de mobiliario.
- Pabellón "Cinco E": las salas dormitorio presentan igual tipo de separaciones.
- Pabellón "Nueve grande": con ostensibles defectos en la pintura de las paredes de sus dos plantas.
- Pabellón "Mixto": cuyas salas dormitorios, de varias capacidades, presentan escasa separación entre camas (1 metro o metro y medio según las habitaciones) y divididas algunas mediante tabiques de 1,75-1,80 metros, cada 2/3 de ellas.
- Pabellón "Son Oliver": las 22 camas de la sala dormitorio, distan entre sí un metro aproximadamente.

En el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, frente a unas relativas mejores condiciones ambientales en las unidades de enfermos agudos y de alcoholismo, es preciso señalar que en el pabellón de geriatría las habitaciones son de escasas dimensiones en función del número de camas (así, 40 metros cuadrados para las de 9 camas), careciendo de refrigeración, lo que provoca la existencia de elevadas temperaturas en la época estival. Asimismo, existen desperfectos en baldosines y pintura de las paredes. Por su parte, en los pabellones de hombres y de mujeres se realizaban obras relativas a la electricidad, calefacción y conducción de agua, que obviarán las graves carencias de que adolecían.

En el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, al igual que otros hospitales visitados el estado general de las instalaciones varía muy ostensiblemente entre las diversas dependencias, según hayan sido objeto de remodelación o no. En este sentido, frente a las condiciones plenamente correctas de las habitaciones que conforman el pabellón "Marbella", existen notorias deficiencias en otras unidades destinadas al alojamiento y que van referidas a aspectos sustantivos como ventilación, iluminación y dimensiones de las habitaciones.

Sin embargo, antes de proceder a su descripción hay que agregar la existencia de problemas en el funcionamiento de la calefacción e instalación eléctrica, según la información facilitada, así como la existencia de tuberías no empotradas en algunas dependencias (así, pabellón de psicogeriatría-mujeres), con los riesgos ya indicados. Salvo en el pabellón "Marbella", en el resto de unidades se observan graves problemas en las condiciones de alojamiento, debiendo resaltarse las siguientes:

- La existencia de habitaciones cuyas ventanas no dan al exterior del edificio, sino al pasillo, con la consiguiente falta de intimidad y defectos de ventilación. Así sucede con algunas de las habitaciones de los pabellones de psicogeriatría (mujeres) y del pabellón "Torremolinos" (hombres).

- La utilización como habitaciones de los antiguos cuartos de aislamiento que no reúnen las mínimas condiciones de habitabilidad, tanto por sus exiguas dimensiones, como por la ausencia de mobiliario y la falta de luz artificial, además del deficiente estado de conservación. Así sucede en el pabellón de psicogeriatría (hombres), donde se utilizan cinco de estas habitaciones, y en el pabellón "pensión".

- La existencia de cristales rotos en algunas dependencias, los cuales no pueden ser repuestos dadas las características de las ventanas, obligando a adoptar soluciones improvisadas para intentar paliar el problema, tal y como acaece, en especial, en el pabellón "Torremolinos".

- En este orden de cosas, es ineludible destacar, como circunstancia concreta observada durante la visita, la carencia de cristal en la ventana de uno de los antiguos cuartos de aislamiento que actualmente se utilizan como habitaciones en el pabellón de psicogeriatría (hombres). Ante esta circunstancia, se indicó por el personal del centro que el enfermo que ocupaba la habitación

ya no pernoctaba en la misma, pero tal afirmación contrastaba con la existencia de un pijama colocado encima de la cama, lo que parece ser un indicio de que la habitación continuaba siendo utilizada, pese a carecer la ventana de cristal.

Por último, en el Hospital "San Francisco Javier" de Pamplona, las peores condiciones de habitabilidad se daban en el área de personas con deficiencias mentales y se derivan fundamentalmente del excesivo número de camas por dormitorio. Con posterioridad a la visita efectuada, la atención de dichos enfermos ha sido asumida por la Consejería de Trabajo y Bienestar Social, en cuyo anteproyecto de presupuesto para el ejercicio de 1992 figuran las partidas precisas para realizar obras de remodelación.

5.6.3. Otros aspectos relativos al alojamiento.

Se recogen en este apartado aspectos relativos a las salas de estar de las unidades de alojamiento, a la dotación de mobiliario, al estado de los aseos, a la reposición de ropa y al servicio de lavandería.

Los hospitales disponen de salas de estar en las unidades funcionales en que se dividen. Estas salas están dotadas, aparte del mobiliario usual en tales dependencias, de aparatos de televisión, que constituyen el principal elemento de la ocupación del ocio de los pacientes. El estado de conservación de estas salas es correcto, como regla general,

debiendo hacerse alusión, no obstante, a algunas circunstancias puntuales:

- La insuficiencia de la sala de estar de uno de los pabellones de la unidad 3 del Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza, existiendo además una atmósfera difícilmente respirable, ya que la renovación del aire excede de la capacidad del único extractor de aire disponible.
- La escasa capacidad y limitada luminosidad de la sala de estar de la sección izquierda de la planta segunda de la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes.
- Las deficientes condiciones de conservación de la sala de estar del pabellón "Torremolinos", del Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea.

En cuanto al mobiliario de las habitaciones, se circunscribe habitualmente a armarios o taquillas para el depósito de ropa o enseres personales y a mesillas de noche. Es excepcional que estas habitaciones dispongan de sillas o sillones.

Entre las incidencias observadas en el curso de las visitas realizadas, en relación con el mobiliario, tanto de habitaciones, como de salas de estar, puede señalarse, en primer lugar, que en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, el mobiliario de las zonas de alojamiento presenta diversos desperfectos y en la sala de columnas ubicada en la

planta baja, los sillones, único elemento existente, presentan un pésimo estado de conservación.

En el Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza, cabe resaltar la inexistencia en la mayor parte de los dormitorios de mesillas, taquillas y sillas, cuya instalación, por otra parte, sería imposible por la falta de espacio. Esta circunstancia obliga a que los enfermos guarden su ropa de uso inmediato debajo de la almohada o colchón y consiguientemente que el vestuario se encuentre en un armario común.

En el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca carecen las salas de los pabellones de enfermos crónicos de armarios o taquillas que permitan la custodia individualizada de la ropa de uso personal, por lo que ha de recurrirse a armarios generales por pabellón, siendo asimismo frecuente la carencia de sillas en dichas salas. De otra parte, el mobiliario de alguna sala de estar está muy deteriorado.

La Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes, cuenta con un mobiliario en parte adecuado, estando otra parte del mismo deteriorado.

En el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña, mientras que la dotación de mobiliario incluye en unas unidades un armario, en otras este elemento se encuentra situado en el pasillo (vgr, pabellón "Florida").

En el Hospital Psiquiátrico de Salt, pese a que el mobiliario está generalmente compuesto por mesillas, armarios y sillas, existen, no obstante, ciertas excepciones. Así, las habitaciones del pabellón de enfermería (mujeres) únicamente

disponen de armarios y de mesillas, careciendo de sillas. Este último elemento solo existe en algunas de las habitaciones del pabellón de crónicos (mujeres). En el pabellón psicogeriatría (mujeres), existen en las habitaciones mesillas y sillas, estando situados los armarios en los aseos. Por último, se carece de armarios en las habitaciones del sector de atención a enfermos agudos, al haberse suprimido las existentes para efectuar obras de acondicionamiento, estando prevista la instalación de nuevos armarios.

En el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia se observaron carencias en el mobiliario de algunas habitaciones del pabellón geriátrico, así como el deteriorado estado de las taquillas destinadas a la custodia de los enseres personales.

En el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea, la dotación de mobiliario en las habitaciones es variable, pudiéndose indicar que en el pabellón de psicogeriatría (mujeres) se dispone únicamente de mesillas, y que algunas habitaciones del pabellón "pensión" no disponen de algún elemento (armarios, en unos casos, mesillas o sillas en otros), o incluso de ninguno de ellos.

En este mismo establecimiento, se observa la falta de mobiliario de algunas dependencias (salas de estar de los pabellones de psicogeriatría mujeres, así como de los pabellones "Marbella" y "Torremolinos"). De otra parte, algunos de los elementos del mobiliario se encuentran en deficientes condiciones en las salas de estar de algunas unidades, como sucede en los pabellones "Marbella" y "Torremolinos".

Respecto del Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, debe dejarse constancia de la existencia de un problema general de mobiliario que, de un lado, resulta escaso en las salas de estar de las distintas áreas de alojamiento y, de otro, se encuentra, parte de él, deteriorado (así, unidad de residentes hombres y unidad de mujeres). Asimismo, no todas las camas disponían de la correspondiente mesilla.

De otra parte, la dotación de mobiliario en las salas de estar del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, era muy deficiente, en especial en el pabellón subagudos.

En el Hospital Psiquiátrico de Bétera, el mobiliario de las habitaciones consta, en su mayor parte, de mesillas, sillas y armarios. No obstante, este último elemento se utiliza tan solo por las personas con mayor autonomía, usándose en los demás casos el ropero general. De otra parte, estos elementos faltan en algunas dependencias (habitaciones de 6 camas del pabellón 5). Asimismo, el mobiliario resulta escaso en alguna sala de estar (pabellón 14).

En cuanto a los aseos, lo usual es la existencia de baños comunes para varias habitaciones, siendo excepción aquellas que disponen de baño incorporado. Con una incidencia mayor de lo deseable, el número y situación de estos baños comunes no se acomoda ni al número de sus usuarios ni a la movilidad de los mismos. Así cabe resaltar la carencia o insuficiencia de baños geriátricos en las instituciones visitadas, pese a que en las mismas se encuentra internado un número apreciable de enfermos psicogeriátricos, que necesitan por ello de instalaciones especiales de aseo y con ubicación próxima a sus habitaciones (así, Hospital Psiquiátrico

"Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes; y Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia). No obstante, esta instalación existe en otros centros, como sucede en el Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria, que cuenta con baño geriátrico, camilla de inmersión y duchas acondicionadas.

Aparte de ello, en el Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza, la dotación de baños, lavabos y aseos por cada uno de los dormitorios resulta claramente insuficiente.

En el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, uno de los aseos de la tercera planta (unidad "Langreo") no se encuentra en adecuadas condiciones, ya que no ha sido, como el resto, remodelado.

En el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, se observa en el pabellón "Casa Grande", la existencia de una zona de duchas, notablemente alejada del dormitorio, y en lamentable estado de conservación. Destaca asimismo la dotación ínfima de los aseos de la planta primera del pabellón "La Colonia", en relación con la población internada. La insuficiencia de la dotación de los aseos se da asimismo en el pabellón "9 grande" (planta primera), así como en el pabellón mixto (planta primera).

De otra parte, los aseos del pabellón de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico de Tenerife presentan un aspecto deteriorado.

Asimismo, en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes, puede citarse la inadecuación del área de duchas, de escasa capacidad, que dificulta la actuación del personal al bañar a los enfermos.

En el Complejo Sanitario Provincial, de Plasencia, hay que hacer constar la insuficiencia de los servicios existentes en cada una de las zonas del pabellón geriátrico.

Pese a que algunos aseos del Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, han sido remodelados y se encuentran en correctas condiciones para su uso, el estado de conservación de otros es francamente deficiente. Así sucede en el pabellón de psicogeriatría (hombres) y en el pabellón "Torremolinos" (hombres).

En el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, es inadecuada la disposición, en el pabellón de subagudos, de una zona de duchas, ya que su colocación en línea y sin elementos de separación, produce una absoluta falta de intimidad.

En cuanto a la reposición de la ropa de baño y de cama, no se han detectado anomalías que revistan una especial importancia. La frecuencia en la reposición de la lencería es variable, oscilando su cambio entre diario o semanal.

Únicamente cabe resaltar que, según la información proporcionada por el personal del centro, en el Hospital Psiquiátrico de Bétera, el cambio de la ropa de cama se efectúa como mínimo dos veces por semana, sin perjuicio de los casos especiales que requieren un cambio más frecuente. Esta información, sin embargo, contrasta con la proporcionada por

los familiares de un enfermo en el curso de la visita, los cuales mostraron una cierta disconformidad en este punto.

El servicio de lavandería, planchado y costura se presta, en la mayoría de los hospitales visitados, a través de las instalaciones del propio establecimiento y por personal del mismo, si bien en algún caso este servicio está contratado con una empresa externa (Hospital "San Francisco Javier", de Pamplona) y en otros supuestos se presta por otros centros públicos, como acaece en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo y en el Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, donde asumen la prestación de este servicio los centros residenciales colindantes con ambos establecimientos.

Como pauta general, no se han observado especiales problemas en relación con este servicio, aunque deben reseñarse algunas cuestiones de detalle:

- En el Hospital de Miraflores, de Sevilla, el material de lavandería (vgr., calandra) presentaba una cierta obsolencia.
- El pabellón de lavandería del Hospital de Salt, que incluye también una sala de costura, es de estructura antigua y deteriorada, que precisaría la realización de reparaciones, si bien cuenta con elementos de lavado modernos y adecuados.
- En el pabellón de lavandería del Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, donde se sitúan también las dependencias de planchado y de costura, llama poderosamente la atención el

modelo absolutamente anticuado de la secadora, que precisaría su urgente sustitución por un modelo más moderno y funcional.

5.7. Servicio de alimentación.

5.7.1. Modalidades de prestación del servicio de alimentación.

La prestación del servicio de alimentación en los hospitales visitados se efectúa bajo diversas modalidades, pudiendo distinguirse las fórmulas que se señalan a continuación.

5.7.1.1. Prestación con instalaciones y personal propio.

Esta modalidad, en la que el hospital dispone de instalaciones para la preparación y el almacenaje de alimentos y cuenta con personal propio, es la más extendida, encontrándose en este supuesto la mayoría de los hospitales visitados.

5.7.1.2. Prestación por otro centro o prestación compartida.

En este caso se hallan algunos hospitales que se encuentran en situaciones peculiares al no disponer de cocinas.

Más en concreto, se trata de la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo y del Hospital "Román Alberca", de El Palmar- Murcia.

En el primero de los casos citados, la situación descrita tiene su origen en el desglose estructural del Hospital Psiquiátrico y en la creación, en las dependencias del mismo, de una residencia asistida, junto con la permanencia como área psiquiátrica de uno de los pabellones, en el que está ubicada la Unidad Residencial y Rehabilitadora. De este modo, los servicios comunes y, entre ellos, la cocina, se encuentran situados en la residencia asistida colindante, que presta servicio a ambos establecimientos.

Una situación similar es la existente en el Hospital "Román Alberca", de El Palmar - Murcia, en cuyo primitivo recinto se estableció asimismo el Centro Residencial "Luis Valenciano", a cuyo efecto la finca fue dividida en dos partes. Esta coexistencia de dos instituciones ocasiona que determinados servicios sean comunes a ambos y, de este modo, el Hospital "Román Alberca" carece de cocinas, confeccionándose los alimentos en las instalaciones del centro "Luis Valenciano", lo que ocasiona problemas para su transporte que más adelante se especifican.

Debe añadirse que en el caso inverso se encuentra el Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria. Este establecimiento, en efecto, se encuentra ubicado en el mismo inmueble que la residencia de la tercera edad del mismo

nombre. Las instalaciones dedicadas a cocina están situadas en la parte del edificio donde se ubica el hospital, si bien el servicio de alimentación se presta a ambos centros. Una circunstancia similar acaece en el Hospital Psiquiátrico de Madrid, cuya cocina provee tanto al propio establecimiento, como al cercano Hospital de Cantoblanco.

5.7.1.3. Contratación externa, con utilización de las instalaciones del hospital.

En esta modalidad, el servicio de alimentación no se presta por personal de la plantilla del establecimiento, sino que está gestionado por una empresa privada, mediante contrato suscrito al efecto, limitándose el hospital a aportar las instalaciones. En este caso se encuentran el Hospital "San Francisco Javier", de Pamplona, y el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

En cuanto al Hospital Psiquiátrico de Bétera, éste se limita a aportar los locales e instalaciones fijas (cocinas, oficio, cámaras, maquinaria, menaje y furgón acondicionado para el reparto de alimentos). El servicio contratado abarca la adquisición de alimentos y materias primas, su preparación, condimentación y distribución, así como la limpieza de los locales y menajes utilizados en la prestación del servicio.

Conforme al pliego de condiciones técnicas, el servicio alimentario se prestará en una cantidad aproximada de 50.000 estancias, a un precio no superior a 800 pesetas (impuestos incluidos) por menú diario.

El citado pliego se ocupa asimismo del aspecto dietético, obligando al ofertante a presentar, a título orientativo, menús ordinarios, con un aporte calórico de 2.200 a 2.500 calorías/día, y aludiendo igualmente a los distintos componentes del aporte calórico (proteínas, hidratos). Se prevé, de otra parte, la confección de dietas especiales, bajo prescripción médica, para los residentes que lo requieran. Al inicio de cada semana, el adjudicatario deberá presentar el menú con el aporte calórico y la distribución de las calorías.

Por lo que se refiere al primero de estos hospitales la adquisición y elaboración de los productos alimenticios está contratada con una empresa privada, utilizándose las instalaciones del hospital. De acuerdo con el contrato suscrito se abona a la empresa contratada 605 pesetas diarias por cada usuario del servicio.

5.7.1.4. Contratación externa, sin aportación de instalaciones (sistema de "catering").

En este supuesto, la confección de los alimentos se realiza fuera del establecimiento por una empresa contratada al efecto. Esta modalidad de "catering" es utilizada tan solo por uno de los centros visitados, más en concreto por el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias.

En efecto, este hospital no dispone de cocina, estando clausurado el pabellón anteriormente destinado a tal menester. El servicio de alimentación es prestado por una empresa contratada al efecto.

Conforme a los términos de este contrato, el precio para el período de 1 de julio de 1991 a 31 de diciembre de 1991 ascendía a 562 pesetas pensión completa por plaza y día para el Hospital Psiquiátrico Regional y a 265 pesetas diarias por menú para el Hospital de Día de Oviedo, en ambos caso IVA incluido.

5.7.2. Aspectos dietéticos.

5.7.2.1. Control dietético.

Por regla general, existe en los hospitales visitados intervención médica en la determinación y supervisión de los menús, si bien se observan algunas excepciones que más adelante se especificarán.

Resulta preciso significar, además, la importancia que se concede en alguno de los establecimientos visitados a los aspectos alimentarios.

Así, en el Hospital "Miraflores", de Sevilla, se ha configurado una unidad de dietética y nutrición y, paralelamente, se ha creado una comisión de alimentación, cuya jefatura es ostentada por un especialista en endocrinología, habiéndose programado una serie de dietas derivadas de la dieta básica hospitalaria y otras dietas especiales para enfermedades de menor incidencia. Los menús están calculados en sus diferentes componentes por ración, según prescripción de los médicos de planta, valorándose calóricamente las dietas. Igualmente se ha observado que existe una especial

atención a la suficiencia o no de la alimentación, y a su calidad, presentación y preparación.

Del mismo modo, en el Hospital Psiquiátrico de Salt se presta una especial atención y cuidado al aspecto alimentario. Este hospital, en efecto, cuenta con los servicios de un dietista que acude al establecimiento unas horas cada semana, efectuando los controles correspondientes. Este especialista, junto con el jefe de cocina y el encargado del servicio de compras, ha desarrollado trabajos para la planificación alimenticia y el asesoramiento dietético. En este sentido, y en el documento elaborado al efecto, se analiza y evalúa dicha planificación, para el período comprendido entre mayo de 1989 y agosto de 1990, para llegar, entre otras, a la conclusión de que se observa una tendencia a un mejor equilibrio lipídico y se garantiza el aporte de aminoácidos esenciales, indicándose, además, que la diversidad de los alimentos y los criterios de planteamiento de cada menú permiten asegurar que la alimentación del hospital es suficientemente variada, ofreciendo la cantidad de raciones de cada grupo de alimentos que recomendaba el programa establecido en esta materia por la Generalidad de Cataluña.

En el Hospital Psiquiátrico de Tenerife interviene un dietista en la determinación de los menús, siendo además supervisados por el servicio de endocrinología del Hospital Universitario.

En el Hospital "San Francisco Javier", de Pamplona, los menús son determinados por el farmacéutico del establecimiento, como responsable dietético del mismo, en base a los estudios realizados anteriormente por un grupo de becarios.

Por su parte, en el Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria, funciona una comisión de dietética, formada por el médico internista, el cocinero y las supervisoras de enfermería.

Excepción a esta regla general son aquellos establecimientos en los que no existe intervención médica o de un especialista en dietética en el servicio de alimentación, no participando, por tanto, en la determinación del número de calorías, la distribución de principios inmediatos y los tipos de alimentación. Esta participación no se da, en concreto, en los establecimientos siguientes: Hospital "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo y Complejo Sanitario Provincial de Plasencia.

En el Hospital Psiquiátrico de Toén se informó, en el curso de la visita efectuada, que un médico supervisaba las dietas establecidas. Sin embargo, el citado facultativo ya no prestaba servicios en el hospital, de modo que en la época en que se efectuó la visita a este centro los menús eran determinados por el jefe de cocina, sin que existiera supervisión médica desde una perspectiva dietética.

En cuanto al Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, donde, como antes se ha indicado, el servicio de alimentación se presta por parte de una empresa contratada al efecto, no pudo esclarecerse, en el curso de las entrevistas mantenidas, si la confección de los menús por parte de aquella se efectúa bajo el control de un especialista en dietética. Consultado el contrato suscrito con la empresa que presta el servicio, pudo comprobarse que este aspecto no figura en el documento. No obstante, se informó que la jefe de enfermería,

en coordinación con el especialista en medicina interna, efectúan controles de la alimentación, si bien no parece que dicho control se realice desde la perspectiva nutricional y dietética.

Por el contrario, en el Hospital Psiquiátrico de Bétera, donde también está contratado este servicio, el pliego de condiciones técnicas, como antes hemos visto, contiene diversas previsiones en torno al aporte calórico de los menús, a los distintos componentes y a la confección de dietas especiales. Conforme a la información recibida, la supervisión dietética se lleva a cabo tanto por la empresa adjudicataria, como por los servicios médicos del hospital.

5.7.2.2. Clases de dietas.

Los hospitales visitados tienen establecida una dieta normal y dietas especiales, en mayor o menor número según los establecimientos, sin perjuicio de las adaptaciones individuales que cada paciente pudiera requerir.

A título de ejemplo y para resaltar la importancia de la existencia de las dietas especiales, podemos significar que en el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, la dieta hipocalórica es seguida por el 33"33% de la población internada, cifra superior al 31"81% que sigue la dieta normal.

5.7.2.3. Variedad de los menús.

No se han observado problemas dignos de mención en cuanto a la variedad de los menús. En este punto puede indicarse que en el Hospital Psiquiátrico de Salt el dietista que presta servicios en el centro confeccionó un abanico de veintiocho menús distintos, que son cambiados cada seis meses. Del mismo modo, en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife los menús básicos están establecidos en función de dos temporadas (estival e invernal), efectuándose quincenalmente la rotación de los mismos y procediéndose a su modificación cada cuatro meses.

5.7.3. Instalaciones.

5.7.3.1. Cocinas.

Desde una perspectiva global, el estado de conservación de las dependencias destinadas a cocinas, así como sus condiciones en cuanto a dimensiones, ventilación e iluminación, pueden estimarse como correctas y adecuadas. Es menester, sin embargo, reseñar una serie de excepciones y de problemas concretos observados a lo largo de las visitas efectuadas.

Destaca, en este sentido, la clara inadecuación estructural del pabellón en el que se ubica la cocina del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, donde se observó la existencia de fregaderos de piedra, de notable antigüedad y escasa funcionalidad, y de paredes deterioradas, tanto por lo que se refiere a la pintura, como a baldosines. Asimismo, es de destacar la existencia de aparatos para la elaboración de

la comida que presentan pequeñas grietas, debido a su antigüedad y uso. Por último, y en base a la información obtenida, puede señalarse la inadecuación de la campana extractora.

Por su parte, el estado de las cocinas del Hospital "San Salvador", de Oña, no es totalmente satisfactorio, ofreciendo las instalaciones un cierto aspecto de vetustez. Además, la cocina carece de campana extractora y, según la información obtenida, el funcionamiento del lavavajillas no es el adecuado.

Como cuestiones de detalle, es preciso señalar que las condiciones de las dependencias destinadas a cocinas en el Hospital Psiquiátrico de Salt pueden conceptuarse como correctas. A reseñar, sin embargo, que carece de campana extractora, sin que, de otra parte, existan rejillas de malla en las ventanas que eviten el paso de insectos. La ausencia de este último elemento se observó asimismo en el Centro Residencial y Rehabilitador de Castro de Riberas de Lea y en el Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" de Toén, cuyas instalaciones destinadas a cocina presentan, por lo demás, unas condiciones adecuadas.

En otro orden de cosas, puede señalarse la sobredimensión de las instalaciones del Hospital "Miraflores", de Sevilla, en función de la población atendida, pudiendo indicarse, en este sentido, que existe un túnel de lavado de vajilla que no se utiliza.

5.7.3.2. Comedores.

Las dependencias destinadas a comedor se encuentran distribuidas en las diferentes unidades que componen cada hospital, con las únicas excepciones de la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo y del Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, que cuentan con comedores generales.

Debe indicarse, no obstante, que la unidad de media estancia del Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, carecía de comedor, efectuando los pacientes las comidas en la contigua Residencia "Luis Valenciano".

En la totalidad de los establecimientos visitados, las instalaciones dedicadas a comedor presentan un buen estado de conservación, si bien como excepción puede señalarse el deficiente estado del comedor de uno de los pabellones del Hospital Psiquiátrico de Bétera (más en concreto, el del pabellón 5), que contrasta con la correcta conservación de los comedores del resto de los módulos de dicho hospital. De otra parte, pudo observarse el mal estado de los baldosines del comedor de uno de los pabellones ("San José") del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca.

5.7.3.3. Almacenes.

Pese a que, en la mayoría de los casos, las condiciones en que se efectúa el almacenaje de los productos alimenticios no presenta problemas dignos de mención, es preciso dejar constancia de ciertas circunstancias observadas en algunos de los establecimientos visitados, las cuales

requerirían la adopción de las medidas oportunas para su corrección.

Destaca, en este sentido, la Unidad Residencial y Rehabilitadora "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, donde las condiciones en que se efectúa el almacenamiento de productos alimenticios no puede considerarse como correcto. En efecto, la visita girada a estos almacenes permitió constatar que no existía la adecuada separación del almacenaje de alimentos y de productos de limpieza, con el consiguiente riesgo, al haberse observado el almacenamiento conjunto de productos alimenticios y de productos tóxicos. Así, en uno de los almacenes se constató la existencia de productos tóxicos (aguafuerte y matapulgas) junto a los alimentos almacenados, mientras que en otro almacén pudo observarse que, junto a la fruta, estaban almacenados productos de limpieza tales como limpiacristales y aguafuerte, además de la vajilla.

El estado de los almacenes del Hospital "San Salvador", de Oña, no puede calificarse como totalmente satisfactorio, dada la antigüedad de las instalaciones.

Para completar este apartado, puede indicarse que en el Hospital Psiquiátrico de Salt, pese a que el almacenaje de artículos de limpieza se efectúa con la debida separación de los alimentos, pudo, no obstante, constatarse la existencia de dos botes de insecticidas en el almacén destinado a legumbres. Una circunstancia similar pudo ser observada en el Hospital "Doctor Cabaleiro Goas", de Toén, al constatarse la existencia de un bote de pintura almacenado junto a los alimentos.

No se observó, de otra parte, la existencia de alimentos cuya fecha de caducidad o de consumo preferente

hubiera transcurrido, con la única excepción del Hospital "San Salvador", de Oña, en cuyo almacén pudo constatarse la existencia de unos botes de conserva cuya fecha de consumo preferente estaba marcada en el año 1989 y que, por su ubicación, parecían estar preparados para ser retirados del almacén, pero sin que tal operación se hubiera llevado a cabo.

5.7.4. Manipulación de alimentos

Según la información obtenida, en la totalidad de los hospitales visitados el personal obligado a ello está en posesión del carné de manipulador de alimentos. Siempre conforme a dicha información, también poseen este carné, en algunos casos, los pacientes que atienden las cafeterías o los bares de los centros sociales, o que colaboran en el traslado de los alimentos (así, Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias y Hospital "San Salvador", de Oña), mientras que en otros supuestos estos enfermos no se encuentran en posesión del citado carné, como acaece en el caso del bar del club social del Hospital "Dr. Cabaleiro Goas", de Toén, aduciéndose al respecto, en el curso de las entrevistas mantenidas durante la visita al establecimiento, la movilidad de los pacientes, por su corta estancia en el hospital.

En otro orden de cosas, puede indicarse que el Hospital "Santa María de las Nieves", de Vitoria, tiene contratado con un laboratorio el análisis bacteriológico de los alimentos.

5.7.5. Traslado de los alimentos.

La estructuración modular de muchos de los hospitales visitados y el hecho de que las dependencias destinadas a comedor se encuentren usualmente ubicadas en cada una de las unidades que componen el establecimiento son circunstancias que obligan a adoptar las medidas precisas para resolver el problema del transporte de los alimentos confeccionados en las cocinas. La adopción de estas medidas viene además demandada especialmente por la distancia que, en algunos establecimientos, existe entre cocinas y comedores, sin olvidar los casos específicos en que los alimentos son confeccionados en otros centros colindantes con los establecimientos psiquiátricos.

En la mayor parte de estos casos, el problema está adecuadamente resuelto mediante el empleo de recipientes térmicos. No obstante, acaece que mientras que en unos centros el transporte de los alimentos se efectuaba adecuadamente, en otros no sucedía lo mismo, pese a encontrarse en las mismas circunstancias.

En efecto, la distancia existente entre las cocinas y los comedores instalados en los correspondientes módulos obliga en el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia y en el Hospital Psiquiátrico de Bétera a utilizar, además de los recipientes térmicos, vehículos automóviles para transportar los alimentos hasta los comedores. Pues bien, mientras que el Hospital Psiquiátrico de Bétera había resuelto adecuadamente el problema, al disponer de un furgón isotérmico, no podía predicarse lo mismo respecto del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, ya que en este establecimiento el traslado de

las comidas se efectuaba en el mismo vehículo en el que horas antes se había realizado el traslado de la ropa sucia, si bien con posterioridad a la visita, según la información recibida, se ha resuelto este problema.

Esta disparidad se da asimismo en los dos hospitales en los que, al no disponer de dependencias destinadas a cocinas, las comidas se elaboran en los centros residenciales colindantes. Ahora bien, mientras que la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo dispone de carros térmicos para el traslado, este elemento no existe en el Hospital "Román Alberca", de El Palmar-Murcia, donde, de otra parte, los enfermos prestan ayuda al personal para transportar la comida.

5.7.6. Evacuación de residuos.

Respecto del almacenamiento y evacuación de residuos no se han observado, por lo general, problemas dignos de mención, pudiendo estimarse, desde una perspectiva global, que en la mayor parte de los establecimientos este aspecto está satisfactoriamente resuelto. A tal efecto, es usual que los establecimientos dispongan de contenedores con cierre hermético, efectuándose el almacenamiento a suficiente distancia de las áreas destinadas a alimentación.

A este respecto, existen mejoras recientes en el sistema de almacenamiento y evacuación de residuos. Así, en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara), hasta hace pocos años los residuos se arrojaban a un basurero abierto a unos 500 metros del establecimiento, donde ardían frecuentemente por combustión espontánea,

incendiando, en ocasiones, el bosque cercano. En la actualidad, el centro cuenta con un lugar acondicionado para el almacenamiento de residuos, separado del establecimiento, con contenedores y vallado. Por su parte, en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (Lugo) se procedía con anterioridad a la incineración de los residuos, habiendo comenzado a funcionar quince días antes de la fecha de la visita al establecimiento un nuevo sistema de evacuación de residuos, a cuyo efecto el Ayuntamiento de la localidad había instalado contenedores con cierre hermético, estando pendiente la instalación de un mayor número de estos elementos.

Una excepción a este panorama es, sin embargo, el Hospital "San Salvador", de Oña, donde pudo observarse que la evacuación de residuos se llevaba a cabo por medio de bolsas de plástico, sin que se constatará la existencia de contenedores con cierre hermético.

5.7.7. Operaciones de desinfección, desinsectación y desratización.

De otra parte, en la totalidad de los hospitales visitados, se llevan a cabo periódicamente las correspondientes operaciones de desinfección, desinsectación y desratización.

5.8. Otros aspectos.

Se engloban en este apartado una serie de aspectos de índole muy diversa sobre los que se han recogido datos en el curso de las visitas realizadas.

5.8.1. Abono de tasas.

La Ley 39/1988, de 28 de diciembre, reguladora de las Haciendas Locales, permite la fijación de tasas por servicios prestados, en una cuantía máxima del coste real del servicio, si bien dichas cuotas deberán acomodarse a criterios de capacidad económica. En virtud de tal posibilidad, las entidades locales han previsto, en algunos casos, la fijación de precios por la estancia en hospitales psiquiátricos.

Así, en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, los importes a abonar por los enfermos ingresados, de acuerdo con la ordenanza fiscal, se gradúan en función del nivel de sus ingresos, quedando, en todo caso, a disposición del enfermo el 30% de su subsidio o pensión.

En el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca se exige a los enfermos el 70% de la cuantía de su pensión, modulándose, en caso de no percibirla, el importe a satisfacer, de acuerdo con la situación familiar del paciente.

En el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona, se procede a la detracción del 75% de la pensión, con un mínimo exento de 15.000 ptas. A quienes no son perceptores de dichas prestaciones económicas se les abona el importe del mínimo exento, en concepto de gastos de bolsillo.

En el Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria, si bien no se procede al cobro de cantidad alguna por alojamiento y asistencia, los enfermos abonan el importe de las excursiones que realizan, cuando perciben pensiones o disponen de medios económicos de otro tipo.

En el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla, se han dejado de facturar los servicios, en una cuantía del 80% de las pensiones, desde el 1 de enero de 1991, fecha en que la gestión del centro es asumida por el Servicio Andaluz de Salud. Por el contrario, aquellos enfermos procedentes del Hospital Psiquiátrico, atendidos actualmente en el área social de la Diputación, siguen abonando tal cantidad, por lo que en algunos casos han solicitado su reincorporación a dicho Hospital.

De otra parte, en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo, a los enfermos beneficiarios de pensiones se les detrae el 80% de la cuantía de la misma y a los perceptores de pensiones de asistencia social, la tercera parte de su importe, sin perjuicio de que en los supuestos de carencia de recursos económicos no se proceda a la exigencia de cantidad alguna. Debe indicarse que, por el contrario, respecto de los enfermos ingresados en la unidad de psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo, únicamente se gira cargo al Instituto Nacional de la Salud por la asistencia prestada a beneficiarios de la Seguridad Social. En los demás casos no se exige el pago de cantidad alguna, lo que supone un trato económico desigual.

Una circunstancia similar acaece en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de Murcia, donde se procede a la exacción de las tasas fijadas por estancia. Dado que no se procede a su cobro a quienes son atendidos en la unidad de psiquiatría del Hospital General de Murcia, se produce una evidente situación de desigualdad, ya que el ingreso en uno u otro centro se produce en función de la sectorización establecida y por ello el carácter gratuito u oneroso del servicio depende, en última instancia, del lugar de residencia del enfermo, dentro de la misma Comunidad Autónoma.

Las situaciones referidas ponen de relieve el diferente trato dado a los enfermos, desde el punto de vista pecuniario, en función de circunstancias ajenas a la asistencia prestada, como son la residencia en Comunidades Autónomas con criterios diferentes sobre la procedencia o no del cobro de los servicios prestados e, incluso, dentro de la misma Comunidad, el hospital donde se halle ingresado.

5.8.2. Asunción del coste de las estancias de enfermos crónicos.

Con independencia de lo anterior, en el curso de las visitas efectuadas se han puesto de relieve ciertas discrepancias en cuanto a la administración que debe responsabilizarse del coste de la asistencia a los enfermos crónicos internados en los hospitales psiquiátricos.

Aún cuando se ha tratado más detalladamente en otro apartado de este informe, especial mención merece la situación creada en Cantabria, donde la Diputación Regional determinó la

suspensión de ingresos de beneficiarios de la Seguridad Social en centros de ella dependientes, salvo que, con carácter previo al internamiento, el Instituto Nacional de la Salud asumiera su coste económico.

Por su parte, este último organismo entiende que la responsabilidad económica de la señalada asistencia corresponde a la Diputación Regional de Cantabria, de conformidad con los criterios reflejados en la recomendación XXVI del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Otra de las contradicciones puestas de manifiesto es la relativa a los beneficiarios de la Seguridad Social atendidos en el hospital psiquiátrico de Palma de Mallorca, habida cuenta que el Instituto Nacional de la Salud asume el coste de la asistencia prestada a estos pacientes, únicamente cuando los mismos son remitidos al citado centro por el Hospital General "Son Dureta", siempre que el tratamiento no supere los sesenta días, mientras que cuando son derivados por los centros de salud mental, también dependientes del Instituto Nacional de la Salud, deben ser los propios pacientes quienes afronten el coste de la asistencia.

En el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres), los propios pacientes, beneficiarios de la Seguridad Social, deben abonar los gastos de hospitalización, aún cuando hayan sido remitidos por especialistas de la Seguridad Social, por ser necesario el internamiento y no poderse llevar a cabo en instituciones de la misma.

De otra parte, y con independencia de que en el capítulo 6 de este estudio, al tratar de otros dispositivos, se analice el Centro Residencial "Luis Valenciano", de Murcia, parece oportuno destacar en este apartado aspectos relativos a la prestación farmacéutica dispensada a los enfermos crónicos, dependientes del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia y alojados en el citado centro residencial.

En este sentido, es de resaltar el contenido del informe que, con fecha 3-4-1988, emitió la dirección del referido centro "Luis Valenciano", en el que se pone de manifiesto el grave problema que representa que el Instituto Nacional de la Salud no asuma el costo de la prestación farmacéutica de los residentes beneficiarios de la Seguridad Social, cuando los productos farmacéuticos son prescritos por los propios servicios médicos del centro residencial.

A fin de obviar tal situación, el señalado informe resalta la necesidad de establecer un procedimiento que permita que el Instituto Nacional de la Salud reintegre al centro residencial el importe del material sanitario preciso para la atención de los enfermos beneficiarios de la Seguridad Social internados en él.

Independientemente del criterio sustentado por uno y otro organismo, la aludida controversia no puede repercutir negativamente en la situación de los usuarios del centro residencial, debiéndose superar los posibles obstáculos que pudieran surgir en el suministro de la prestación farmacéutica que puedan precisar estas personas.

Por último, y a título de conclusión, es preciso resaltar el grave problema que supone la falta de cobertura,

por parte de la Seguridad Social, de la hospitalización psiquiátrica, con la consecuencia, para los enfermos mentales o para sus familias, de tener que sufragar los gastos de internamiento en hospitales psiquiátricos.

En efecto, en aquellos supuestos en que enfermos beneficiarios de la Seguridad Social son remitidos, para su oportuno tratamiento, a dichos hospitales, deben ser los propios pacientes quienes sufraguen los gastos de hospitalización aún cuando hayan sido remitidos por facultativos de la Seguridad Social, como consecuencia de la inexistencia de camas en las instituciones sanitarias de la misma.

En este sentido, parece oportuno traer a colación la jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre esta materia, que establece que cuando son los propios facultativos de la Seguridad Social quienes prescriben el internamiento, por ser éste necesario para el tratamiento del proceso que los beneficiarios padecen y no pueda llevarse a cabo dicho internamiento por la entidad gestora, ha de concluirse que se trata de una prestación comprendida dentro de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que debe correr a cargo de la misma conforme a lo dispuesto en el artículo 19.1 del Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, estando, en consecuencia, obligada la Seguridad Social a reembolsar los gastos ocasionados por el internamiento del beneficiario.

5.8.3. Registro e información sanitaria.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica se refiere a la necesidad de contar con un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria, a fin de facilitar, entre otras actuaciones, las relativas a la planificación y a la evaluación.

Las dificultades encontradas por esta Institución en la obtención de datos básicos sobre los centros hospitalarios y la población internada en ellos, son una palpable demostración de la conveniencia de contar con un sistema eficaz de registro e información en el ámbito de la salud mental.

En este mismo sentido, puede traerse a colación la carencia de un soporte documental sobre las actividades de alguno de los establecimientos visitados, como sucedía, más en concreto, en el Hospital "Doctor Cabaleiro Goas", de Toén. No obstante, debe dejarse constancia de la actividad que se desarrolla por el Servicio Gallego de Salud para la implantación de un sistema de información y evaluación sobre la atención a la salud mental, con un registro de casos, a cuyo efecto se ha elaborado una serie de documentos normalizados. Este sistema, según la información obtenida, se ha comenzado a aplicar en Orense y en Santiago de Compostela, estando prevista su posterior extensión al resto de la Comunidad Autónoma, y habiéndose procedido asimismo a la elaboración de un manual para facilitar el funcionamiento del registro de casos.

6. RESULTADOS DE LAS VISITAS A OTROS DISPOSITIVOS

A continuación se recogen los resultados que se derivan de las visitas efectuadas, con carácter complementario y con motivo de las realizadas a las unidades de psiquiatría de los hospitales generales y a los hospitales psiquiátricos, a otros dispositivos de atención a la salud mental. Dado que el número de establecimientos visitados, dentro de cada tipo de centros, no se estima suficientemente amplio como para poder extraer conclusiones generales, se trata cada uno de los dispositivos en forma independiente, agrupándolos según los tipos de establecimiento.

6.1. Residencias.

6.1.1. Residencia para minusválidos psíquicos.- Oviedo.

El pabellón en que se encontraba la enfermería y otras dependencias del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias había sido cedido para ser dedicado a residencia de minusválidos psíquicos. En el momento de la visita, se efectuaban obras en la última planta del inmueble al objeto de instalar dos unidades asistidas. Con carácter provisional, funcionaba la residencia en la planta baja del edificio, contando con un total de 17 plazas, distribuidas en habitaciones de una, dos y cuatro camas. Además, la unidad disponía de sala de visitas, sala de estar-comedor, despacho y aseo. El mobiliario de las habitaciones estaba compuesto por armarios, mesillas y sillas.

Las instalaciones se encuentran en buenas condiciones y reúnen unas características adecuadas de habitabilidad.

6.1.2. Hogar asistido.- La Laguna.

En el marco del plan de actuaciones que lleva a cabo la Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales del Gobierno de Canarias y el Cabildo Insular de Tenerife, dirigido al traslado de las personas con deficiencia mental a estructuras no psiquiátricas, se prevé el establecimiento de 8 hogares asistidos, mediante una inversión plurianual de 400 millones de pesetas.

Las características de estos hogares son: superficie mínima construida de 250 metros cuadrados, 200 de huerto o jardín de 2.000 metros cuadrados como mínimo, localización preferentemente urbana y capacidad máxima de 25 personas. El primero de estos hogares, ya en funcionamiento, es atendido por una congregación religiosa y en él se alojan 11 personas procedentes del hospital psiquiátrico, estando previsto que el 50 por 100 de las sucesivas plazas que se creen sea cubierto por personas de dicha procedencia. Las condiciones de habitabilidad de este hogar han de considerarse adecuadas.

Según la información obtenida, los resultados logrados en la aplicación del programa de actuación de este hogar, y referidos a la autonomía personal, individual, relaciones sociales y cuidado personal, pueden considerarse óptimos.

6.1.3. Centro Residencial "Luis Valenciano".- El Palmar Murcia.

6.1.3.1. Descripción del centro.

Ocupa la Residencia "Luis Valenciano" la mayor parte de los terrenos en los que estaba ubicado el Hospital Psiquiátrico, estando distribuida en las siguientes dependencias:

- Pabellón administrativo.

Compuesto por despachos de dirección y de administración, así como por un salón de actos.

- Pabellón de gerontopsiquiatría.

Dividido en cuatro alas que cuentan, cada una de ellas, con 24 camas, así como con un aseo por ala. Dispone asimismo de sala de estar y de comedor.

- Pabellón de hombres I

En planta baja y dos plantas superiores, cuenta con comedores, office, ropero, botiquín, sala de medicación, salas de estar, así como con las correspondientes habitaciones. En el recinto de este pabellón se ha acondicionado una nueva sala de estar, que reúne excelentes condiciones y que en el momento de la visita se encontraba pendiente de ser inaugurada. Acoge este pabellón a las personas con un mayor grado de deterioro.

- Pabellón de hombres II

- Pabellón de mujeres

- Pabellón mixto

Todos ellos con una distribución similar, en planta baja y dos plantas, a la del pabellón descrito, si bien con algunas variantes, como la inexistencia de comedor, al ser utilizado el comedor general.

- Pabellón de cartonajes
- Pabellón de mantenimiento
- Enfermería

Cuenta con 20 camas distribuidas en 6 habitaciones y un control de enfermería. En el momento de girar la visita, no se encontraba en funcionamiento al procederse a la instalación del oxígeno.

- Sala de teatro

Con una capacidad de 300 plazas, no se utiliza apenas en la actualidad.

- Iglesia
- Depósito de farmacia
- Sala de terapias

Actualmente se encuentra cerrada.

- Ropero

- Peluquería de señoras
- Peluquería de caballeros
- Almacenes

El centro acoge a los almacenes generales del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

- Lavandería

Dispone de 4 lavadoras, 2 centrifugadoras, 4 secadoras y 1 planchadora.

- Comedor general
- Cocinas
- Almacenes de alimentación
- Cafetería

Comprende asimismo sala de televisión.

- Tanatorio

Las condiciones de las instalaciones son muy variables. En este sentido, algunas de las dependencias se encuentran en buenas -e, incluso, en muy buenas - condiciones. Así sucede con la enfermería, la cafetería, el pabellón de administración o la nueva sala de estar del pabellón de hombres I. Presentan asimismo

condiciones que pueden considerarse como adecuadas la cocina y el comedor general.

En cuanto a los módulos de alojamiento, algunos de ellos, como el de gerontopsiquiatría, se encuentran en buenas condiciones. Por el contrario, en otros el estado de conservación y de habitabilidad puede considerarse como muy deficiente, en especial en el pabellón de hombres II.

De otra parte, las tuberías no se encuentran empotradas en la pared, con el riesgo que ello conlleva.

En otro orden de cosas, se dispone de aire acondicionado en algunas dependencias, estimándose, de otra parte, correctas las condiciones de ventilación y luminosidad.

Por último, puede considerarse que el centro tiene perfectamente resuelto el problema de la accesibilidad, habiéndose eliminado las barreras arquitectónicas mediante la instalación de las rampas correspondientes en los accesos a las distintas dependencias.

6.1.3.2. Asistencia médica.

El centro dispone del correspondiente servicio médico, cuya plantilla está integrada por:

1 médico jefe de servicio; 2 médicos; 1 supervisor de enfermería, y 11 ATS/DUE.

Las instalaciones médicas de que dispone este centro son laboratorio, radiodiagnóstico y electroencefalografía, que comparte con el Hospital "Román Alberca".

Con independencia de la atención prestada en el centro, la mayoría de los residentes, según información proporcionada por la dirección del establecimiento, son beneficiarios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Respecto del resto de los residentes, existen, siempre según dicha información, dificultades para obtener el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, dado que carecen de documento nacional de identidad.

6.1.3.3. Actividades rehabilitadoras.

El desarrollo de programas de rehabilitación se ve dificultado por las condiciones de los residentes, muchos de ellos en una situación de franco deterioro. A consecuencia de ello, estas actividades únicamente son seguidas por un 30 por 100 de la población internada.

Dentro de las actividades de laborterapia se procede a la confección de embalajes de cartón en un pabellón dedicado a este fin específico, realizándose tal actividad en horario

de mañana de 9 a 13 horas y acudiendo a la misma treinta residentes.

Unos ochenta residentes colaboran de modo voluntario en diversas tareas de la residencia y perciben por ello una gratificación mensual cuya media es de 8.000 ptas. y cuyo importe máximo alcanzaban las 12.000 ptas.

Asimismo, se realiza psicoterapia de grupo.

6.1.3.4. Alojamiento.

El alojamiento de los residentes se efectúa en cinco pabellones, siendo los dormitorios, por lo general, de cuatro camas.

No obstante, este número de camas es superado en algún caso, como acaece en el pabellón de hombres II, en el que las habitaciones contienen seis camas, debiéndose resaltar además la falta de armarios y de mesillas.

El estado de las instalaciones es muy diverso, pudiéndose estimar como adecuado en unos pabellones (así, pabellón de gerontopsiquiatría), mientras que en otros casos son muy deficientes, circunstancia predicable igualmente de los aseos (en especial, pabellón de hombres II).

La capacidad total del centro alcanza las 500 plazas. No obstante, se encuentran ocupadas 466, no disponiéndose de las 34 restantes según la información proporcionada, a causa de la falta de personal.

6.1.3.5. Alimentación.

El servicio de cocina de la Residencia "Luis Valenciano" es el encargado de confeccionar los alimentos no solamente para el centro, sino también para el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

La visita realizada permitió constatar la adecuación del comedor del establecimiento, tanto respecto de las condiciones de conservación, ventilación y luminosidad, como del estado del mobiliario. El centro dispone, de otra parte, de carros térmicos para transportar las comidas de quienes no pueden utilizar el comedor general.

Tampoco se observan problemas dignos de mención en las cocinas, cuyo estado se conceptúa como correcto.

El centro dispone de seis cámaras frigoríficas, así como de almacenes para alimentos, sin que se observaran problemas en relación con estas instalaciones, considerándose que el almacenaje se efectúa correctamente.

No se observó, de otra parte, la existencia de alimentos cuya fecha de caducidad hubiera transcurrido.

Los menús son decididos por una comisión integrada por el director, el administrador, los médicos, el jefe de cocina y los supervisores de enfermería y servicios. Existe, por consiguiente, intervención médica en la determinación de los menús, habiéndose redactado asimismo un documento acerca de las dietas de la residencia. Existen tres clases de dietas:

ormocalórica; de 1.500 calorías para diabéticos e hipercolesterolemias; y de protección gástrica.

Según la información obtenida, el personal está en posesión del carnet de manipulador de alimentos.

La desinfección, desratización y desinsectación se efectúa, según la información recibida, no sólo en las cocinas, sino también en todo el centro, una vez al mes.

Los residuos se almacenan en contenedores, disponiendo asimismo la cocina de una trituradora.

6.1.3.6. Actividades deportivas, recreativas y culturales.

Según la información proporcionada, se celebran en la residencia tres fiestas anuales (Navidad; Semana Santa y Primavera). Se realizan asimismo excursiones con una periodicidad frecuente, efectuándose además visitas culturales y acudiéndose a la playa en el verano, etc.

El centro dispone de jardín, cuyo estado de conservación puede estimarse como correcto.

Por el contrario, debe observarse la falta de utilización de la sala destinada a teatro.

6.1.3.7. Medidas de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia.

El sistema de protección contra incendios y de evacuación de edificios está resuelto satisfactoriamente en aquellas dependencias del centro que han sido recientemente remodeladas, tales como la enfermería y la sala de estar del pabellón de hombres I. Por el contrario, este aspecto presenta deficiencias en el resto de las instalaciones, donde los elementos preventivos se limitan a la existencia de mangueras y extintores, careciéndose de salidas de emergencia.

De otra parte, no existe un plan escrito para casos de emergencia en el que, entre otros extremos, se describan las secuencias de actuación del personal.

6.2. Pisos protegidos

6.2.1. Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico "Miraflores".- . - Sevilla.

Situado en un chalé en el mismo recinto hospitalario, se trata de una casa de transición, unidad residencial temporal, funcionalmente supervisada por la coordinadora provincial de rehabilitación y administrativamente dependiente de la dirección del Hospital "Miraflores". Este recinto está dirigido a la capacitación de aquellas habilidades necesarias para desenvolverse con cierta autonomía en la comunidad, con el fin último de favorecer la reinserción social.

Esta capacitación incluye la intervención técnica sobre áreas muy diversas, entre las que cabe citar actividades domésticas, imagen, manejo de dinero, utilización de transportes, habilidades sociales, tiempo libre, documentos y trámites personales y salud.

Con capacidad para ocho usuarios, la casa de transición cuenta con cocina, lavadero, salón, comedor, despachos, sala de reuniones, talleres y vídeo, pudiendo estimarse como adecuadas sus instalaciones y su dotación.

Recientemente, cuatro residentes de esta casa de transición han abandonado la misma para reintegrarse a su hogar familiar.

6.2.2. Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias.- Oviedo.

Consta este hogar protegido, situado en el módulo destinado con anterioridad a vivienda del director del hospital, de planta baja y de planta superior, teniendo una capacidad de siete plazas y siendo mixto. En planta baja dispone de cocina, aseo, sala de estar-comedor y dos habitaciones. En la planta superior existen dos habitaciones y un aseo.

El hogar se encuentra en un adecuado estado de conservación.

6.2.3. Piso protegido anexo al Hospital Psiquiátrico.- Palma de Mallorca.

Dentro de la estructura de este hospital existe un piso denominado "de integración", donde se alojan enfermos clínicamente estables con posibilidad de desinstitucionalización, haciendo factible un alto grado de autonomía personal de cara a la reinserción en el entorno habitual.

En el momento de la visita se alojaban 7 pacientes, si bien la capacidad total es de 14. Cuenta el piso con unas instalaciones en aceptable estado, que están integradas por sala de estar, comedor, despacho médico, sala para efectuar prácticas con ordenador, oficina general, sala de reuniones, cocina, botiquín, taller de laborterapia, siete habitaciones y aseos.

6.3. Hospitales y centros de día.

6.3.1. Hospital de día de la unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena"- Sevilla.

Goza este hospital de día de aceptables características, contando con horno cerámico, laborterapia, sala de psicoterapia, sala de terapia de grupo y familiar, tres talleres (cerámica, dibujo y textil) y despachos.

Este hospital de día es el único recurso de esta naturaleza existente en Sevilla.

6.3.2. Hospital de día del área de Oviedo.

Este hospital de día, de 20 plazas, está situado, dentro del recinto del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en un módulo de nueva planta que también acoge las dependencias de un centro de salud mental. Está distribuido en planta baja y planta superior. En planta baja se ubican la sala de psicomotricidad, una sala de grupos, los despachos, la enfermería y la secretaría. En la planta superior se hallan situados el taller (dibujo, barro y manualidades), el comedor y un office.

Las actividades se desarrollan de 9,30 a 14,30 horas. Las condiciones de las instalaciones son excelentes.

6.3.3. Centro de día anexo al Hospital Psiquiátrico de Tenerife.- Santa Cruz de Tenerife.

De reciente inauguración, está situado en un edificio, con jardín, de 4 plantas, ubicado fuera del recinto del hospital, pero próximo a él. Gestionado por el propio hospital psiquiátrico, está destinado a enfermos crónicos que precisan mejorar su resocialización, así como a enfermos internados en el hospital, cuya reinserción requiere un proceso intermedio.

Su capacidad de ocupación diaria es de 45 pacientes y puede atender semanalmente a 60 personas, en función del tiempo de atención.

El programa incluye actividades de rehabilitación de hábitos y conductas, laborales, profesionales, formativas, intelectuales, lúdicas, deportivas, y de asesoramiento.

Cuenta con un psiquiatra, dos psicólogos, un asistente social, personal de enfermería, cocinero y monitores para las diversas actividades.

Las condiciones ambientales y de habitabilidad de las instalaciones pueden conceptuarse como excelentes.

Puede añadirse que la última planta del edificio se destina a una unidad de noche, próxima a ser inaugurada en el momento de la visita, con capacidad para 10 personas, estando destinada a enfermos crónicos ingresados en el hospital que, reuniendo condiciones para su desinstitucionalización, no disponen de lugar para pernoctar.

6.3.4. Hospital de día de la Unidad de Psiquiatría del Hospital "Gregorio Marañón".- . - Madrid.

Con una capacidad de 25 plazas, estando ocupadas 15 de ellas en el momento de la visita, dispone de jardín, comedor y sala de terapia, pudiendo calificarse como correcto el estado de las instalaciones.

Debe añadirse la falta de terapeuta ocupacional, cuyas funciones son desempeñadas por un auxiliar de clínica con conocimientos en esta materia.

6.3.5. Centro de día anexo al Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".- El Palmar-Murcia.

Instalado desde 1984 en un módulo dedicado específicamente a tal menester y en el mismo recinto del hospital, el centro de día dispone de 65 plazas y comprende las siguientes dependencias: despachos, botiquín, cafetería y comedor y sala de laborterapia. Las instalaciones se encuentran en un adecuado estado de conservación.

De acuerdo con la memoria de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, correspondiente al año 1988, con la instalación del centro de día se pretendía favorecer la desinstitucionalización de pacientes cronificados con una larga estancia, complementando el tratamiento y la rehabilitación de quienes, tras superar la fase aguda, precisan ayuda para adaptarse a la vida extrahospitalaria, y evitar internamientos o reingresos de pacientes. Para ello, el centro de día desarrolla las funciones siguientes: hospital de día para pacientes subagudos; centro de día para psicóticos crónicos; talleres de laborterapia, semiprotegidos; servicio de residencia hospitalaria en cuatro pisos terapéuticos; y consultorio de control post-cura y seguimiento de pacientes dados de alta.

Los programas de rehabilitación se desarrollan en horario de 830 a 17 horas, llevándose a cabo la laborterapia en tres talleres (cerámica, manufacturas y huerta). Los productos fabricados se comercializan y el importe obtenido revierte para la financiación de las actividades del centro. Fuera del establecimiento se realizan visitas de tipo cultural y recreativo.

La plantilla del centro está compuesta por 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 ATS, 1 auxiliar de clínica, 4 monitores y 1 trabajador social.

Los cuatro pisos protegidos que dependen del centro acogen a un total de 28 personas.

6.4. Centros de Formación.

6.4.1. Centro de Formación e Inserción Profesional.- Noreña (Asturias).

Situado en Noreña, a 12 kilómetros de Oviedo, este centro está instalado en la finca del palacio de Miraflores, ocupado por un centro de protección de menores, dependiente de la Administración de la Comunidad Autónoma. La finca dispone de 21 hectáreas, siendo utilizadas 14 de ellas por los servicios de salud mental.

En el momento de la visita seguían cursos en el centro un total de 32 personas, de las que 20 asistían a un curso de tecnología de cultivos, financiado con fondos de la C.E.E. y cuya duración inicial era de 5 meses, habiéndose ampliado posteriormente a 9 meses. Los 12 alumnos restantes seguían un curso de jardinería, de 6 meses de duración y financiado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales. Las actividades formativas se desarrollan de lunes a viernes, durante 5 horas y 30 minutos, percibiendo los asistentes una beca por importe de 36.000 pesetas mensuales.

Se informó, en el curso de la visita efectuada, que dado el reciente comienzo de las actividades, los recursos son aún escasos. No obstante, en dicho momento, el centro contaba con dos invernaderos, existiendo en la finca plantaciones de manzanos y de diversos productos agrícolas.

Prestaban servicios en el centro, en el momento de la visita, un auxiliar psiquiátrico, un ingeniero técnico agrario y un técnico en jardinería.

Al finalizar la visita, se mantuvo un diálogo con un familiar de uno de los cursillistas, mostrando el mismo su satisfacción por los resultados de las actividades desarrolladas y haciendo hincapié en los beneficios que, para el paciente, se derivaban del sometimiento a un horario, de la asunción de una responsabilidad laboral y del desarrollo de una actividad. A la vez, esta persona mostró su preocupación por el futuro de su familiar al acabar el curso.

7. INTERNAMIENTOS E INTERVENCION DE LA ADMINISTRACION DE JUSTICIA

7.1. Consideraciones generales.

En el presente apartado se ha considerado necesario realizar una exposición de conjunto, siquiera sea de forma sintética, del panorama normativo regulador de los internamientos psiquiátricos desde el punto de vista del control que sobre éstos debe ejercer la Administración de Justicia y, en concreto, tanto el Poder Judicial como el Ministerio Fiscal.

Estas consideraciones deben, pues, abarcar no sólo aquellas normas de naturaleza civil o procesal civil, reguladoras de esta situación de privación de libertad, sino también aquellas otras de carácter penal o procesal penal, relativas a los internamientos psiquiátricos, pues a ambas modalidades de internamiento se contrae el presente estudio.

Debe ya anticiparse que respecto de ambos tipos de internamientos se han producido reformas legislativas trascendentales y no excesivamente lejanas, tendentes todas ellas a adaptar nuestro derecho interno no sólo al nuevo orden constitucional instaurado a partir de la Constitución española de 1978, sino también a las previsiones del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950, ratificado por España, a la jurisprudencia elaborada sobre el mismo por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y a algunas recomendaciones del Consejo de Europa sobre la materia.

Entre estas reformas sustanciales de nuestra legislación y por lo que al presente apartado se refiere, pueden destacarse las siguientes:

- Reforma de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social llevada a cabo por la Ley 77/1978 de 26 de diciembre, que suprimió el estado peligroso del enfermo o deficiente mental y, por consiguiente, la posibilidad de aplicarle medidas de seguridad predelictuales.

- Reforma del Código Penal llevada a cabo por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, que dio nueva redacción a los artículos 8.1 y 9.1 reguladores respectivamente de la eximente completa e incompleta de enajenación mental, introduciendo la posibilidad de aplicar medidas de seguridad postdelictuales alternativas al internamiento psiquiátrico. En esta reforma se suprimió también el artículo 580.1 por el que se castigaba como autor de una falta "al encargado de la guardia o custodia de un enajenado que le dejase vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia", equiparándose esta conducta a la del dueño de un animal feroz o dañino que lo dejase suelto o en disposición de causar cualquier mal.

- Reforma llevada a cabo en el Código Civil por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, en materia de tutela, que, entre otros aspectos, supuso la derogación del Decreto de 3 de julio de 1931 (modificado por otro Decreto de 27 de mayo de

1932), a todas luces inconstitucional, que regulaba el internamiento hospitalario de enfermos mentales, sustituyéndolo por un régimen distinto, recogido en un nuevo artículo 211, por el que se someten estos internamientos a control judicial y a otras importantes garantías.

- Y por último, no puede olvidarse la promulgación más reciente de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, donde se recogen, como ha tenido ocasión de exponerse a lo largo del presente estudio, los principios esenciales de la política sanitaria en materia de salud mental.

Antes de adentrarnos en el análisis de la legislación española de naturaleza civil y penal aplicable a los internamientos psiquiátricos, conviene detenerse en el estudio de las previsiones contenidas en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y en la doctrina jurisprudencial que en su interpretación ha elaborado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Y ello no sólo porque dicho Convenio, al ser ratificado por nuestro país, constituye derecho interno (art. 96.1 de la Constitución), sino también, por constituir sus previsiones normativas un criterio esencial para la interpretación de los preceptos que nuestra Constitución dedica a los derechos fundamentales (art. 10.2).

Sin olvidar tampoco la doctrina contenida en dos importantes recomendaciones del Consejo de Europa, la

Recomendación 818 (1977), de 8 de octubre, de la Asamblea Parlamentaria, sobre la situación de los enfermos mentales y la Recomendación n° R (83)2, de 22 de febrero, del Comité de Ministros, sobre protección jurídica de personas aquejadas de enfermedad mental internadas como pacientes involuntarios.

7.1.1. Preceptos del Convenio Europeo y doctrina jurisprudencial sobre los mismos emanada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Los preceptos del Convenio Europeo aplicables a la materia que nos ocupa son fundamentalmente los artículos 5.1.e; 5.2; 5.4 y 6.1, cuyo tenor literal conviene transcribir:

"Artículo 5.- "1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la ley:

...e) Si se trata del internamiento, conforme a derecho, ... de un enajenado ...

2. Toda persona detenida preventivamente debe ser informada, en el más breve plazo y en una lengua que comprenda, de los motivos de su detención y de cualquier acusación formulada contra ella ...

4. Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal ...” .

– Artículo 6.- “1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil ...”

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre estos preceptos, en relación con el internamiento de enfermos mentales, viene recogida en diversas sentencias destacando entre otras: el caso Winterwerp, sentencia de 24 de octubre de 1979; caso X contra Reino Unido, sentencia de 5 de noviembre de 1981; caso Luberti, sentencia de 23 de febrero de 1984; caso Ashingdane, sentencia de 28 de mayo de 1.985; caso Weeks, sentencia de 2 de marzo de 1987; caso Van Der Leer, sentencia de 21 de febrero de 1990, etc.

Conviene ahora precisar cuáles son los criterios esenciales contenidos en la jurisprudencia europea mencionada, pues constituyen un punto de referencia imprescindible, no sólo para analizar después si nuestra legislación interna se adecua a las previsiones del Convenio, sino también para colmar las lagunas que, no sin frecuencia, como después veremos, existen en nuestro derecho. Y todo ello, lógicamente, sin perjuicio de que de nuestra Constitución puedan derivarse

también otras garantías o requisitos suplementarios no previstos en dicho Convenio.

Por otra parte, no puede tampoco olvidarse que todos estos criterios han sido tenidos en cuenta a la hora de examinar en los centros visitados el cumplimiento de las garantías constitucional y legalmente exigibles respecto de los enfermos mentales en ellos internados.

Examinemos estos criterios debidamente sistematizados:

a. El internamiento es una medida excepcional.

Las excepciones que formula el Convenio a la regla general de libertad exigen una interpretación estricta, en consecuencia el internamiento de un enfermo mental debe ser una medida excepcional (caso Winterwerp, entre otros).

b. Concepto de enajenado.

El Convenio no concreta el sentido de la palabra "enajenado". Este término, a juicio del Tribunal, no permite una interpretación definitiva, sino que su sentido evoluciona continuamente con los progresos de la investigación psiquiátrica, la flexibilidad creciente del tratamiento y los cambios de actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, especialmente a medida que aumenta la comprensión de los problemas de estos pacientes.

En cualquier caso, el Convenio no permite internar a una persona por el mero hecho de que sus ideas o su comportamiento se aparten de las normas que predominan en determinada sociedad (caso Winterwerp entre otros).

c. Requisitos para que pueda decretarse el internamiento.

Para privar a un individuo de su libertad se requiere, salvo en los casos urgentes, que se haya justificado suficientemente la enajenación mediante una peritación médica objetiva; que la perturbación sea de unas características y de una amplitud que justifique el internamiento; y, por último, que no pueda prolongarse el internamiento si no persiste la perturbación (caso Winterwerp, entre otros).

d. Necesidad de control judicial.

Cuando la medida de internamiento dimana de un órgano administrativo, el interesado tiene derecho a que se verifique su legalidad por un tribunal, careciendo de este derecho si tal medida se adopta por un órgano judicial en el curso del proceso legalmente establecido.

Ahora bien, aunque la medida de internamiento haya sido adoptada por un tribunal, ello no significa que, sin más, se cumpla el tenor del artículo 5.4 del Convenio.

La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama un control judicial periódico, a ejercer en intervalos razonables, pues los motivos que lo justificaron en su origen pueden dejar de existir (casos X contra Reino Unido y Luberti, entre otros).

e. Características del procedimiento de internamiento y garantías que deben respetarse.

Entiende el Tribunal que el procedimiento de "habeas corpus" no es suficiente para cumplir con las exigencias del artículo 5.4 del Convenio por tratarse de un control limitado que, si bien bastaría para una detención breve y por motivos de urgencia, no sería suficiente para un internamiento prolongado.

Tampoco deben ser aplicadas al procedimiento para el internamiento de enfermos mentales garantías idénticas a las que prescribe el artículo 6.1 del Convenio para los procesos civiles y penales.

Entre ambos márgenes, el Tribunal concreta así las garantías esenciales de este procedimiento: que el enajenado tenga la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación; que sea informado de las condiciones del internamiento; que la decisión judicial sobre la legalidad del internamiento se adopte en breve plazo; y, por último, que decisiones de otras autoridades, como por ejemplo el ministerio Fiscal, no pueden sustituir la decisión del órgano judicial (caso Weeks, en el que se produjo un voto particular sobre la autonomía del artículo 5.2 en relación con

el 5.4 del Convenio, voto particular que fue posteriormente acogido en sus criterios por el Tribunal en el caso Van der Leer).

f. Internamiento de urgencia.

El Tribunal no considera arbitrario un internamiento de urgencia por un corto plazo, sin que se cumplan determinadas formalidades como puede ser que se haya prescindido de un dictamen pericial médico profundo, puesto que, en estos casos, los imperativos de la protección del público prevalecen sobre la libertad individual, hasta el punto de legitimar un internamiento de urgencia y por corto plazo que no se rodee de las garantías habituales que implica el artículo 5.1.e. del Convenio.

Ahora bien, si el internamiento de urgencia se prolonga, deben entrar en juego todas las garantías ya expuestas (caso X contra Reino Unido).

g. Derecho al tratamiento.

El Tribunal entiende que del artículo 5.1.e. del Convenio no se puede deducir el derecho del paciente a un tratamiento adecuado a su estado (caso Winterwerp).

Este restrictivo criterio es reiterado en una sentencia posterior, la del caso Ashingdane, si bien con algunas matizaciones en su argumentación que por su interés merecen ser expuestas con algún detenimiento.

Así, sostiene el Tribunal que el concepto de "detención regular de un enajenado" no se refiere a la modalidad de ejecución del internamiento, esto es, al lugar, marco o régimen en que el internamiento se lleva a cabo. Por ello, en el caso concreto enjuiciado en esta última sentencia, las severas condiciones en que se llevó a cabo el internamiento no se consideraron vulneradoras ni del artículo 5.1 ni del 5.4 del Convenio porque el internamiento estuvo siempre relacionado con la enfermedad mental y no fue fruto de la arbitrariedad.

Sin perjuicio de lo expuesto, el Tribunal reconoce que en el caso enjuiciado y desde el punto de vista humanitario, el demandante sufrió la injusticia de soportar durante más de un año un internamiento excesivamente severo e inadecuado, pues otras condiciones más liberales hubieran sido más propicias a su completa curación.

Contra la tesis mayoritaria del Tribunal se formuló un voto particular.

h. Incapacitación de un enfermo mental.

Sostiene el Tribunal que mediante el procedimiento antes descrito como válido para decretar el internamiento en un Centro psiquiátrico, no puede nunca efectuarse la incapacitación del enfermo, esto es, cualquier privación de sus derechos y obligaciones de naturaleza civil. La incapacitación requiere siempre un proceso judicial previo en el que se respeten todas las garantías establecidas para los

procesos civiles y penales en el artículo 6.1 del Convenio (caso Winterwerp, entre otros).

- i. Todos los internamientos se rigen por las mismas garantías cualquiera que sea su naturaleza civil o penal.

Todos los criterios que acaban de exponerse deben ser aplicados no sólo a los internamientos que se lleven a cabo a través de la legislación civil, sino también a los que se produzcan mediante la aplicación de la ley penal o procesal penal. (Casos X contra Reino Unido, Ashingdane y Weeks).

7.1.2. Recomendaciones del Consejo de Europa sobre la protección de los enfermos mentales

Nos referimos a la Recomendación nº 818 (1977), de 8 de octubre, de la Asamblea Parlamentaria, sobre la situación de los enfermos mentales y a la Recomendación nº R (83) 2, de 22 de febrero, del Comité de Ministros, sobre protección jurídica de personas aquejadas de enfermedad mental internadas como pacientes involuntarios.

Se exponen a continuación, también de forma sistematizada, los criterios fundamentales, por lo que aquí interesa, contenidos en dichas recomendaciones, evitando reiterar los ya expuestos en el análisis la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y haciendo especial hincapié en aquellos que complementan dicha jurisprudencia.

a. Sobre la decisión de internamiento.

- Es necesario revisar conceptos fundamentales como el calificativo de "peligroso" aplicado a los enfermos mentales.
- El internamiento es una medida excepcional que sólo puede fundamentarse en dos supuestos: cuando el paciente, en razón a su enfermedad mental, represente un peligro para sí mismo o para los demás; o bien, cuando la ausencia de internamiento determine un deterioro de su estado o impida que se le preste el tratamiento adecuado.

b. Sobre la eficacia de la decisión de internamiento en los derechos civiles y políticos.

- El internamiento no debe suponer, automáticamente y de pleno derecho, una causa de restricción de la capacidad de obrar del paciente.
- Deberán adoptarse las medidas oportunas para facilitar el ejercicio del derecho al voto de aquellos enfermos mentales que comprendan su significación.

Sobre el procedimiento para la adopción de esta medida.

- La decisión de internamiento debe adoptarse por un órgano jurisdiccional o por la autoridad que la ley prevea, pero, en este último caso, esta autoridad debe ser distinta de quien recomendó o solicita el internamiento.
- Esta decisión debe tomarse con el correspondiente asesoramiento médico y mediante un procedimiento rápido y sencillo.
- Cuando la decisión haya sido tomada por una autoridad no judicial, el paciente ha de ser informado de sus derechos y ha de tener la posibilidad de acudir a un tribunal para que decida mediante un procedimiento rápido y sencillo.
- Si la decisión ha sido tomada por la autoridad judicial —o cuando la autoridad judicial revisa una decisión no judicial de internamiento—, el paciente tiene el derecho a ser oído personalmente, salvo si el juez, a la vista del estado de salud de aquél, decide que sea oído mediante algún tipo de representación.
- En caso de urgencia, el internamiento puede ser realizado por un médico, quien deberá ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez o de la autoridad que la ley haya previsto.
- Las decisiones judiciales sobre el internamiento deben ser susceptibles de recurso.

- Cuando un paciente inicialmente internado voluntariamente pasa a estarlo en contra de su voluntad, el internamiento se convierte en involuntario y deben aplicarse todas las garantías previstas para este tipo de internamientos.

Sobre la forma y el régimen de ejecución de la medida de internamiento y sobre el tratamiento.

- Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias por el estado de salud o el éxito del tratamiento.
- El enfermo internado tiene derecho: a comunicarse con la autoridad judicial o con la que la ley prevea y con un abogado; a recibir correspondencia cerrada y a que la autoridad que decidió el internamiento tome las medidas necesarias para proteger sus intereses materiales.
- El paciente tiene derecho a recibir un tratamiento y asistencia adecuados.
- Los tratamientos todavía no reconocidos con carácter general por la ciencia médica, así como aquéllos que presenten grave riesgo de producir lesiones cerebrales irreversibles o de deteriorar la personalidad del paciente, sólo pueden aplicarse si el médico lo considera indispensable y si el paciente, debidamente

informado, lo consiente expresamente. Si el paciente no pudiera comprender la naturaleza del tratamiento, el médico debe someter la cuestión a una autoridad independiente determinada por la ley, la cual, a su vez, debe oír al representante legal del paciente, si existiera.

- Los sometidos a un proceso penal que hayan sido reconocidos por los tribunales como enfermos mentales en el momento de la comisión del delito o durante el proceso deben ser puestos bajo el correspondiente control médico.

e. Relativos a la finalización del internamiento.

- El internamiento debe ser fijado por un tiempo limitado o, en su defecto, debe revisarse periódicamente la necesidad de su continuación, teniendo el paciente derecho a demandar de la autoridad judicial, en intervalos razonables, esta revisión de su situación.
- El internamiento puede terminar por la decisión de un médico o de la autoridad competente, bien por su propia iniciativa, bien a petición del paciente o de otra persona interesada.

7.1.3. Análisis de conjunto de nuestra legislación.

Tras la entrada en vigor de la Constitución, se hacía necesario un replanteamiento legislativo en relación con la situación de los enfermos psíquicos que diera plena acogida a los valores, principios y derechos por ella reconocidos, interpretados a la luz de los convenios internacionales sobre la materia.

Baste resaltar algunos de estos derechos para comprender que la legislación preconstitucional requería una profunda reforma: el reconocimiento de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1); el derecho a la libertad individual (art. 17); a la tutela judicial efectiva (art. 24); la interdicción de los tratos inhumanos o degradantes (art. 15); el reconocimiento del principio de igualdad y de no discriminación (art. 14); la orientación de las medidas de seguridad hacia la reeducación y reinserción social (art. 25.2), sin que ello excluya otras finalidades de prevención general o especial, como ha tenido ocasión de señalar la jurisprudencia constitucional; el reconocimiento de la protección de la salud (art. 43.1); la especial atención a los disminuidos psíquicos (art. 49), etc.

Con el marco constitucional que acaba de ser expuesto, resultaba clara la inadecuación al mismo tanto de la regulación contenida en el ya derogado Decreto de 1931, como la prevista en el Código Penal para la eximente completa e incompleta de enajenación mental.

7.1.3.1. Internamientos realizados al amparo de la legislación civil.

En relación con el Decreto de 1931, que regulaba el internamiento de los enfermos psíquicos que no habían cometido delito alguno, la ausencia de control judicial directo de la situación de internamiento y la fundamentación de esta restricción de la libertad personal principalmente en la peligrosidad del enfermo mental, debían corregirse.

Ello dio lugar a su completa derogación por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela y a su sustitución por un único precepto, el art. 211 del Código Civil, que establece el pleno control judicial de la situación de internamiento; la obligatoriedad de la audiencia y del examen directo del enfermo; la necesidad de que la decisión de internamiento se tome teniendo en cuenta un dictamen médico; la interdicción de los internamientos de duración ilimitada, pues se impone al juez la obligación de pronunciarse periódicamente sobre su continuación; la clara desvinculación entre la figura jurídica del internamiento y la de la incapacitación, etc.

El avance es, pues, a todas luces, indudable.

Ello no obstante, lo escueto de la regulación contenida en el citado precepto del Código Civil, da lugar a la existencia de importantes lagunas que están generando en la práctica un cierto margen de inseguridad jurídica cuya trascendencia se encuentra en directa proporción con el ámbito en el que se produce: el del derecho fundamental a la libertad personal.

Estas lagunas han determinado la aparición de algunos textos oficiales de carácter orientador o interpretativo que tratan de suplir este vacío.

Nos referimos al Informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial de 23 de febrero de 1984, a la Circular de la Fiscalía General del Estado nº 2/1984, de 8 de junio y a la Instrucción de dicha Fiscalía General 6/1987, de 23 de octubre.

Todos estos textos han sido tenidos en cuenta a la hora de realizar el presente estudio, por cuanto los criterios que en los mismos se contienen, aunque en algún caso pueden ser contradictorios, resultan válidos, pues contribuyen a colmar algunas de las lagunas a las que venimos haciendo mención.

Ello no obstante, no puede olvidarse su naturaleza no normativa, sino simplemente orientadora, situación esta que está determinando que, en la práctica, como después veremos, no siempre se apliquen los criterios que en ellos se contienen, subsistiendo por tanto en gran parte la aplicación de criterios contradictorios, tanto por parte de la administración sanitaria, como por parte de jueces y fiscales.

Destaquemos ahora sucintamente algunas de las lagunas más importantes, aunque volveremos sobre ello exhaustivamente en apartados posteriores:

- No se contiene mención alguna sobre las garantías que deben rodear a los internamientos psiquiátricos de carácter voluntario para evitar

posibles fraudes que permitan eludir de forma espúrea la aplicación del artículo 211 del Código Civil.

- No se encuentra tampoco resuelta la legitimación para solicitar el internamiento.

- Tampoco se hace referencia al supuesto del internamiento de los menores de edad, esto es, si el consentimiento al internamiento otorgado por el titular de la patria potestad es o no suficiente para convertir ese internamiento en voluntario, evitando así la aplicación de las garantías contenidas en el artículo 211 del Código Civil.

- No se regula tampoco la eficacia que debe concederse a la autorización judicial de internamiento, es decir, si se trata de una orden imperativa de cumplimiento obligatorio o simplemente de una autorización para que el tratamiento médico psiquiátrico que necesita el enfermo pueda realizarse en un régimen de privación de libertad, siendo posteriormente los médicos que van a aplicar el tratamiento los que valoren si el internamiento es o no imprescindible para su correcta aplicación.

- No se contiene mención alguna sobre el alcance del control judicial respecto del alta del enfermo sometido a internamiento, esto es, si el alta debe ser autorizada expresamente por el juez o si basta la decisión médica al respecto o

la del representante legal del enfermo, si lo hubiera, existiendo tan sólo una obligación del centro de comunicar la situación de alta al juez.

- Tampoco se precisa, respecto de los internamientos urgentes, cuál es la persona concreta que está obligada a realizar la comunicación del ingreso al juzgado, en el plazo que marca el artículo 211. Esta precisión resulta importante para la posible depuración de responsabilidades penales por el incumplimiento de esta obligación.
- El precepto estudiado no contiene tampoco, respecto de los internamientos urgentes, plazo máximo alguno en el que el juez deba dictar la correspondiente resolución autorizándolo o no.
- Tampoco se contiene mención expresa acerca de si el artículo 211 del Código Civil es aplicable o no a los ya declarados incapaces por sentencia judicial firme.
- Se encuentra también ausente de la vigente legislación alguna referencia, siquiera de carácter general, al complejísimo problema, tanto jurídico como médico y social, de la posible existencia de algún mecanismo de control de algunos tratamientos médico psiquiátricos especialmente agresivos.

- Por último, ni el precepto del Código Civil comentado ni la Ley de Enjuiciamiento Civil resuelven con claridad la cuestión de la competencia territorial del juez que debe autorizar el internamiento en los distintos supuestos que en la práctica pueden plantearse.

Tras esta breve exposición de algunos de los vacíos existentes en nuestra legislación, parece claro que no se trata de cuestiones exclusivamente técnico-jurídicas sin trascendencia práctica alguna. Antes al contrario ponen de manifiesto lagunas importantes en el sistema de garantías constitucionalmente exigibles respecto de esta peculiar forma de privación del derecho fundamental a la libertad personal.

Ello está generando en la práctica, como antes se advertía, actuaciones contradictorias de los órganos jurisdiccionales, situación esta que sólo desfavorablemente puede ser enjuiciada por esta institución.

Los textos interpretativos a que antes nos referíamos elaborados por el Consejo General del Poder Judicial y la Fiscalía General del Estado, abordan algunas de estas lagunas en un importante esfuerzo integrador que debe ser reconocido, pero ni resuelven, como tampoco era su misión, todas las cuestiones que se han dejado expuestas, ni, lógicamente, tienen valor vinculante alguno.

Se hace pues, necesaria una labor legislativa complementaria que, a juicio de esta institución, debiera estar presidida por una especial prudencia.

Efectivamente, la materia que ha de abordar el legislador es de naturaleza multidisciplinar y se encuentra sometida a una evolución y revisión constante no sólo de la ciencia médico-psiquiátrica, sino también de la propia sociedad en su concepción sobre la enfermedad mental.

Este parece ser, por lo demás el criterio mantenido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos al no querer prefijar de forma definitiva, y como ya ha quedado expuesto, cuál deba ser el concepto mismo de "enajenado", que utiliza el art. 5.1.e. del Convenio, por entender que se trata de una definición que evoluciona continuamente con los progresos de la investigación psiquiátrica y los cambios de la sociedad en su actitud hacia la enfermedad mental.

En esta línea, y como ha podido apreciarse, el Tribunal Europeo no llega tampoco a determinar taxativamente los supuestos concretos en los que, con carácter general, puede accederse al internamiento de un enfermo mental, limitándose a enjuiciar cada caso concreto que le es sometido teniendo en cuenta la diversidad de factores de toda índole que en ellos concurren.

Todo ello, lógicamente, sin perjuicio de fijar con claridad un límite máximo del concepto de enajenación mental, de forma negativa -no podrán considerarse como "enajenados" los disidentes de las conductas socialmente imperantes- y también sin perjuicio de establecer con precisión los requisitos que, en todo caso, deben darse para que el internamiento pueda, en su caso producirse: justificación de la existencia de la enfermedad mediante una peritación médica objetiva; que la perturbación sea de tal intensidad que justifique el internamiento y, por último, que el

internamiento sólo pueda prolongarse si persiste la perturbación.

Por ello, merece un juicio favorable a esta institución que la vigente redacción del artículo 211 del Código Civil no exprese terminantemente los motivos por los que pueda accederse al internamiento, aludiendo tan sólo de forma genérica a una presunción de incapacidad.

Ello permite al juez valorar la muy amplia diversidad de factores que pueden concurrir en cada caso concreto, valoración que debe ir, lógicamente, unida a la correspondiente motivación de la resolución que se adopte en cada caso concreto. Teniendo siempre presente que esta discrecionalidad judicial estará, en todo caso, limitada por la vis expansiva del derecho fundamental a la libertad que convierte en excepcional cualquier limitación al mismo.

A la vista de lo expuesto, parece oportuno advertir que una regulación excesivamente minuciosa y casuística pudiera suponer en la práctica un obstáculo a la evolución mencionada, deviniendo ineficaz. Una cuestión tan compleja no debiera ser abordada desde el voluntarismo.

7.1.3.2. Internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal penal o penitenciaria.

También en estas parcelas normativas, las previsiones constitucionales demandaban una reforma abordada en su conjunto. A este respecto, debe ya advertirse que dicha reforma sólo ha sido llevada a cabo en el ámbito penal, en el

que todavía subsisten deficiencias importantes, a pesar del avance conseguido, y tan sólo muy parcialmente en el ámbito procesal penal y penitenciario.

Examinemos a continuación, por separado, la situación normativa existente en estos tres ámbitos normativos, que se encuentran estrechamente relacionados.

a. Legislación penal.

Hasta la reforma operada en el Código Penal por la Ley orgánica 8/1983, de 25 de junio, el tratamiento dado en dicho cuerpo legal a las medidas de seguridad aplicables a los enfermos mentales que hubieran cometido un hecho tipificado como delito, era harto defectuoso.

Así, respecto de la eximente completa de enajenación mental la antigua redacción del artículo 8.1, párrafo segundo, obligaba al tribunal, una vez apreciada la concurrencia de la eximente, a imponer al encausado, en todo caso y sin alternativa alguna, la medida de internamiento en un establecimiento dedicado a los enfermos de aquella clase, del que no podría salir sin autorización del tribunal.

Por lo que a la eximente incompleta de enajenación mental se refiere, la anterior redacción del artículo 9.1 del Código Penal obligaba a la imposición, en todo caso, de una pena, sin prever la posibilidad de sustituir ésta por una medida de seguridad.

La reforma operada en el año 1983, varió sustancialmente esta regulación.

Y así, respecto de la eximente completa, se establece la posibilidad de que el tribunal sustituya la medida de internamiento, incluso desde un principio, por cualquiera de las alternativas siguientes:

- Sumisión a tratamiento ambulatorio.
- Privación del permiso de conducir o de la licencia de armas.
- Presentación mensual o quincenal ante el órgano jurisdiccional sentenciador del enajenado o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guarda o custodia.

En cuanto al internamiento en establecimiento adecuado a los enfermos de esta clase, se prevé, igual que en la regulación anterior, que el enajenado no podrá salir del mismo sin previa autorización del tribunal sentenciador.

De lo expuesto puede desprenderse la importante mejora producida en la regulación de esta eximente.

Ello no obstante, permanecen algunas cuestiones que, a juicio de esta institución, deberían modificarse, y así lo hemos expresado reiteradamente en nuestros informes parlamentarios.

Las exponemos aquí sucintamente, pues en apartados posteriores volveremos sobre esta cuestión.

Sería conveniente que se limitara la posibilidad de adoptar la medida de internamiento exclusivamente a aquellos casos en que el delito estuviera castigado con pena privativa de libertad y que su duración no pudiera exceder de la duración de ésta, debiendo el tribunal fijar expresamente esta duración en la sentencia.

Sería igualmente conveniente que la ley previera explícitamente una obligación de revisión periódica del internamiento, en intervalos razonables, por parte del tribunal sentenciador.

Hasta el momento y como tendremos ocasión de comprobar en apartados posteriores, la omisión en la norma de los extremos que acaban de exponerse, está determinando, en la práctica de nuestros tribunales, que se impongan medidas de internamiento, de duración ilimitada, aplicadas incluso a delitos de escasa entidad penal, que no son nunca revisadas judicialmente para imponer, en su caso, las medidas alternativas que la actual redacción del Código Penal prevé. Urge pues, que se aborde la reforma legislativa propuesta.

Por lo que a la eximente incompleta se refiere, la reforma del Código Penal del año 1983 ha variado también radicalmente la situación anterior, de forma satisfactoria.

Y así, en los supuestos en que la enajenación suponga tan sólo una imputabilidad disminuida, se deja al arbitrio del tribunal la posibilidad de aplicar alguna de las medidas de

seguridad previstas en el artículo 8.1 y que ya han quedado expuestas.

La aplicación de estas medidas de seguridad con carácter potestativo por el tribunal se prevé de forma acumulativa con la pena, pero estableciéndose importantes limitaciones legales: la medida de internamiento sólo podrá aplicarse cuando se imponga una pena privativa de libertad; la duración de la medida de internamiento no podrá exceder de la de dicha pena; la medida de internamiento se cumplirá con prioridad a la ejecución de la pena y el tiempo de duración de la primera se abonará como de cumplimiento de la segunda; y, por último, concluido el cumplimiento de la medida, cualquiera que ésta sea, el tribunal, a la vista del resultado positivo del tratamiento, podrá reducir la duración del resto de la pena o incluso darla por extinguida.

Sólo de forma favorable puede ser enjuiciada la reforma del artículo 9.1, en la que se conjugan las garantías derivadas de los principios de legalidad y determinación de la pena, con los de proporcionalidad e individualización de la consecuencia penal.

Por último, debe señalarse que no existiría obstáculo alguno, a juicio de esta institución, para que si concluida la medida o la pena impuesta al semiimputable, fuera necesaria la continuación del tratamiento en régimen de internamiento, se acudiera a la aplicación del artículo 211 del Código Civil, pero ya fuera del ámbito penal y dentro del estrictamente civil.

b. Legislación procesal penal y penitenciaria.

Expuestas ya las modificaciones más importantes operadas en la legislación penal sustantiva, examinamos a continuación también someramente pues volveremos sobre ello de forma pormenorizada en apartados posteriores, la situación existente en nuestra legislación procesal y penitenciaria, en las que estas necesarias reformas todavía no han sido abortadas de forma plena.

En el curso de un procedimiento penal, la enfermedad mental del inculcado puede ser anterior y coetánea a la realización del hecho por el que el proceso se inicia, o bien surgida con posterioridad a este momento y durante el curso de su tramitación, por lo que ambos supuestos deben ser abordados por la norma procesal.

Para una mejor sistematización de este breve análisis, abordaremos la cuestión en tres fases procesales diferentes: la fase de instrucción o de investigación, la de terminación o, en su caso, suspensión del proceso penal y la de ejecución de lo resuelto.

- Fase instructora o de investigación.

Durante la fase de investigación del proceso, la Ley de Enjuiciamiento Criminal tan sólo prevé en su artículo 381 que si el juez advirtiere en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá a observación facultativa en el establecimiento en que estuviera preso o en otro público si fuese más a propósito o estuviese en libertad.

Es ésta, sustancialmente, la única previsión que sobre la enfermedad mental efectúa la ley procesal durante la fase de investigación del proceso penal. Sería por tanto conveniente, a juicio de esta institución una regulación más amplia y completa que permitiera abordar los distintos matices que puede generar la situación de enfermedad mental durante la investigación judicial.

Por ello, son varias las carencias que esta escueta regulación pone de relieve:

* No se establece limitación temporal alguna a esta observación médica en régimen de internamiento.

* Sería también conveniente que la ley procesal efectuara una remisión expresa a la posible aplicación por el juez competente de las previsiones contenidas en el artículo 211 del Código Civil para el caso de que fuera necesario un tratamiento médico en régimen de internamiento del inculcado, cuando no fuera procedente la adopción de la prisión provisional respecto del mismo. Con ello, se evitarían posibles aplicaciones espúreas de una medida cautelar tan grave como es la de la prisión preventiva.

* También para evitar posibles aplicaciones inadecuadas de la medida cautelar de prisión preventiva, sería conveniente que, durante la instrucción, la ley procesal previera junto a aquella, la medida cautelar de internamiento en centro psiquiátrico, con las mismas garantías de la prisión provisional y con los mismos requisitos que ésta.

Esta medida cautelar no se encuentra legalmente prevista actualmente y su reflejo normativo permitiría

soslayar algunas de las dudas que plantea la interpretación del artículo 57.2 del Reglamento Penitenciario, a la vista de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Cuestión ésta que tan sólo dejamos apuntada en este momento.

La falta de previsión específica en la norma de los aspectos que acaban de señalarse está determinando que, en la práctica, y como después veremos, los jueces adopten medidas cautelares de internamiento en centros psiquiátricos de los encausados enfermos mentales, carentes de cobertura legal alguna y, en consecuencia, sin garantías de ningún tipo en orden a las causas por las que el internamiento se decreta ya su duración.

- Fase de terminación, o, en su caso, suspensión de la fase declarativa del proceso penal.

Nuestra ley procesal adopta soluciones distintas según que la enajenación fuera posterior a la comisión del delito o concurrente al mismo. En ambos casos, la regulación legal presenta deficiencias que deben sucintamente destacarse.

* Así, si la enajenación sobreviniera después de cometido el delito, dispone el artículo 383 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que, concluido que sea el sumario, se mandará archivar la causa por el tribunal competente hasta que el procesado recobre la salud, disponiéndose además respecto de éste alguna de las medidas que el Código Penal prevé para los que ejecuten el hecho en estado de enajenación mental.

Dado el carácter sintético de esta exposición, señalaremos aquí exclusivamente uno de los argumentos que

convierten esta previsión legal en inadecuada desde el punto de vista de su ajuste a la Constitución, como es el fundamental de que no puede considerarse aceptable que en un simple auto de archivo, sin audiencia ni contradicción, pueda adoptarse medida asegurativa alguna, sea restrictiva o privativa de derechos, como son las establecidas en el artículo 8.1 del Código Penal.

* También en el caso de que la enajenación fuera coetánea al delito, nuestra ley procesal presenta importantes lagunas. Así no resuelve la duda acerca de si el proceso debe continuar hasta sentencia en la que se fijen, en su caso, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal o si, por el contrario, basta el auto de sobreseimiento libre del artículo 637.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que prevé esta forma de terminación del proceso cuando el procesado aparezca exento de responsabilidad criminal.

Tampoco resuelve nuestra ley si en el caso de que concluya mediante el auto de sobreseimiento libre indicado, pueden adoptarse en el mismo, sin audiencia ni contradicción alguna, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal para la eximente completa de enajenación mental.

La falta de solución legal a esta cuestión está generando actualmente, en la práctica, graves disfunciones, de forma que no resulta infrecuente que los enfermos ingresados en virtud de las medidas contenidas en el artículo 8.1 del Código Penal, lo hayan sido, en virtud de auto de sobreseimiento dictado sin audiencia ni contradicción alguna y sin que el Ministerio Fiscal los haya recurrido.

Debe por último, matizarse que el problema expuesto relativo al sobreseimiento libre, ha sido satisfactoriamente resuelto en la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, llevada a cabo por la Ley Orgánica 7/1988, de 28 de diciembre, si bien tan sólo respecto del nuevo proceso denominado "procedimiento abreviado".

- Fase de ejecución de lo resuelto.

Para analizar los problemas que plantea la enajenación mental que sobreviene después de dictarse sentencia condenatoria, esto es, durante el cumplimiento de la pena, debe acudir a una dispersa legislación, insuficientemente armonizada y que presenta además, deficiencias importantes, sobre todo en lo atinente a las previsiones contenidas en la ley penal y en la legislación penitenciaria.

Así, se hace necesario integrar lo dispuesto en el artículo 82 del Código Penal y en los artículos 991 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, con lo establecido en los artículos 57 y 143 del Reglamento Penitenciario.

* Examinaremos en primer término, la regulación contenida en el artículo 82 del Código Penal. Al amparo de lo dispuesto en este precepto, cuando el delincuente cayera en enajenación después de pronunciada sentencia firme, se suspenderá la ejecución de la pena, pudiéndose aplicar la previsión contenida en el párrafo segundo del artículo 8.1 del Código Penal, esto es la medida de internamiento.

Ahora bien, cuando el enajenado recobrase el juicio, cumplirá la porción de pena que le restase por cumplir, salvo que ésta hubiera prescrito.

Se esbozan a continuación algunas deficiencias apreciadas en relación con este precepto.

La primera de ellas hace referencia a que sólo se prevé la aplicación de la medida de internamiento psiquiátrico, sin duda porque el legislador de 1983, al modificar el artículo 8.1 del Código Penal estableciendo otras medidas alternativas a aquél, se olvidó de modificar, adecuándolo, el precepto que venimos comentando.

Por otra parte, el citado precepto sólo se hace referencia al supuesto de que la enajenación sobreviniera fuera de las que daría lugar a la aplicación de la completa exención de responsabilidad, sin que se haya previsto el caso de que la enajenación fuera de las que hubieran determinado una exención incompleta.

Y por último, no parece ajustado al principio de proporcionalidad la previsión del precepto según la cual, el tiempo de cumplimiento de la medida de tratamiento terapéutico no se compute como tiempo de cumplimiento de la pena impuesta. Además, y como consecuencia de lo anterior, no se contiene previsión alguna en orden a limitar en el tiempo el cumplimiento de la medida terapéutica, de forma que éste no pudiera exceder del límite de duración de la pena impuesta.

* Expuestas ya las deficiencias más importantes observadas en el precepto del Código Penal comentado, entramos ya en el análisis de la regulación contenida en la Ley de

Enjuiciamiento Criminal para el caso de que el penado cayera en enajenación mental.

Para la aplicación de las previsiones contenidas en el artículo 82 del Código Penal, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en sus artículos 991 y siguientes, establece un incidente contradictorio en ejecución de sentencia, cuyo conocimiento corresponde al tribunal sentenciador, tras el cual éste puede aplicar al penado la medida de internamiento psiquiátrico que aquel precepto prevé.

Tan sólo favorablemente puede ser enjuiciada la regulación procesal sucintamente expuesta, plenamente adecuada, por lo demás a los criterios establecidos por la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la materia.

* En cuanto a las previsiones contenidas en la vigente legislación penitenciaria para el supuesto de que el penado cayera en enajenación mental, debe ya anticiparse su difícil acomodo a las previsiones de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que acaban de exponerse.

Y ello, por cuanto las previsiones contenidas en los artículos 57 y 143 del Reglamento Penitenciario atribuyen la decisión del internamiento psiquiátrico sólo a la administración penitenciaria, sin que se establezca expresamente ningún mecanismo para garantizar un adecuado control judicial tal y como exige la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ya citada.

Por otra parte, la regulación de esta cuestión en una norma de rango reglamentario determina que difícilmente puedan entenderse derogadas las previsiones contenidas sobre la misma materia en la Ley de enjuiciamiento Criminal.

Dejamos, pues, estas cuestiones esbozadas, por cuanto volveremos después, pormenorizadamente, sobre ellas.

7.1.3.3. El derecho de sufragio de los enfermos psíquicos.

Para completar el panorama normativo general respecto de las garantías del internamiento psiquiátrico, se ha considerado necesario hacer una breve referencia al derecho de sufragio, cuestión ésta sobre la que se volverá en apartados posteriores, por lo que nos limitaremos aquí a exponer sucintamente lo dispuesto en la vigente legislación electoral al respecto.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral, carecen de derecho de sufragio, por lo que aquí interesa:

– Los incapacitados por sentencia firme, siempre que en ésta se declare expresamente la incapacidad específica para ejercer este derecho.

Los internados en un hospital psiquiátrico con autorización judicial, mientras dure el internamiento, siempre que en la resolución judicial por la que esta medida se adopte se declare expresamente la incapacidad para el ejercicio de este derecho.

Sobre la adecuación del segundo de estos supuestos a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y a las recomendaciones del Consejo de Europa, se volverá en apartados posteriores.

7.2. Internamientos realizados al amparo de la legislación civil.

En el apartado anterior ya se hizo sucinta referencia al avance que había supuesto en nuestro derecho la nueva redacción del artículo 211 del Código Civil, llevada a cabo por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, así como a las lagunas que generaba su escueta redacción.

En el presente, se trata de analizar el grado de cumplimiento de este precepto por los destinados a aplicarlo y en concreto, por parte de jueces, fiscales y administración sanitaria. Todo ello, tras realizar una labor de análisis más detenido de los vados legales más importantes de esta regulación, sobre la base de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, a la que nuestro Tribunal Constitucional se remite en su escasa jurisprudencia sobre esta materia (fundamentalmente, la sentencia 104/1990, de 4 de junio), y de las recomendaciones del Consejo de Europa.

Sin olvidar los criterios fijados en algunos textos oficiales de carácter orientador o interpretativo a los que ya hemos hecho referencia, como son el Informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial de 23 de febrero de 1984, la Circular de la Fiscalía General del Estado 2/1984 y la Instrucción de dicha Fiscalía General nº 6/1987.

La sistemática de este apartado gira sobre una distinción básica entre internamientos involuntarios y los voluntarios ya que, como es lógico, sólo para los primeros se establece el sistema de garantías legalmente previsto, en cuanto suponen una situación de privación de libertad en contra de la voluntad del titular del derecho fundamental.

7.2.1. Internamientos involuntarios.

Dispone el artículo 211 del Código Civil que:

"El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento".

Así pues, en el precepto transcrito se prevén dos formas básicas de realizar un internamiento involuntario, la ordinaria y la urgente, que deben examinarse por separado.

7.2.1.1. Internamientos involuntarios no urgentes.

Los requisitos fundamentales que el Código Civil establece para estos internamientos son como acabamos de ver: la autorización judicial previa; el examen personal por el juez del presunto incapaz; dictamen médico preceptivo; la necesidad de efectuar por el juez una revisión periódica del internamiento; y la comunicación de la resolución judicial al Ministerio Fiscal a efectos de instar, en su caso, la correspondiente incapacitación.

Con la fijación expresa de los requisitos que han quedado expuestos, nuestra legislación civil se adecua plenamente a las previsiones del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y a la jurisprudencia que sobre el mismo ha elaborado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Sin perjuicio de lo expuesto, no pueden dejar de abordarse en el presente apartado otras dos cuestiones de gran importancia por su repercusión directa en la órbita de los derechos fundamentales del enfermo mental.

Nos referimos, de un lado, a las garantías de que deben rodearse los sucesivos reingresos de un paciente en un mismo establecimiento psiquiátrico y, de otro, a la compleja

cuestión de los tratamientos médico psiquiátricos especialmente agresivos.

A. Autorización judicial previa del internamiento.

El control judicial de la situación de internamiento es la pieza básica sobre la que se articula el sistema de garantías legalmente previsto en relación con esta peculiar forma de privación de libertad.

Merece, pues, examinar con detenimiento algunas cuestiones que se plantean en torno a dicho control y que no se encuentran expresamente resueltas en la ley.

Nos referimos en concreto a la legitimación para instar la autorización; al procedimiento y a la competencia judicial para adoptar esta resolución; a la eficacia que deba predicarse de la resolución judicial por la que se acuerda el internamiento; y por último, a un problema práctico de gran trascendencia, cual es el de quién debe efectuar los traslados a los centros psiquiátricos de los internamientos judicialmente acordados.

Examinamos a continuación, por separado, cada una de estas cuestiones:

a. Legitimación para instar esta autorización.

Ante el silencio de la ley en relación con quienes se encuentran legitimados para solicitar del juez una autorización de internamiento psiquiátrico, parece necesario acudir por analogía, a lo previsto respecto de la incapacitación.

Así, se encantarán legitimados las personas e instituciones previstas en los artículos 202 y 203 del Código Civil, esto es, el cónyuge, descendientes, ascendientes o hermano del presunto incapaz, además del Ministerio Fiscal al que cualquier ciudadano puede dirigirse, estando obligados a ello las autoridades o funcionarios.

Todo ello, sin perjuicio de la legitimación que ostentaren, si existiesen, los titulares de la patria potestad (art. 154 del Código Civil) o el tutor (arts. 269 y 271, 1º del Código Civil), en su caso.

Este es, además, el criterio sostenido por la Fiscalía General del Estado.

Durante las visitas realizadas, no se han detectado problemas de interés en relación con esta cuestión.

b. Procedimiento y competencia.

En cuanto al procedimiento que deba seguirse con carácter previo a la resolución por la que se autoriza el internamiento, la disposición adicional única de la ley 13/1983, de 24 de octubre, remite a los preceptos de la Ley de Enjuiciamiento Civil dedicados a la jurisdicción voluntaria.

Por ello, aunque el artículo 211 del Código Civil no establezca expresamente la intervención del Ministerio Fiscal en el procedimiento de autorización judicial, ésta viene legalmente exigida en el artículo 1815 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Por lo que a la competencia objetiva y territorial se refiere, y como han señalado los textos orientativos del Consejo General del Poder Judicial y de la Fiscalía General del Estado, ésta debe entenderse atribuida al Juzgado de Primera Instancia del domicilio del presunto incapaz (argumento derivado de los arts. 62.1 y 63.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), en relación con los internamientos no urgentes.

Este fuero competencial facilita, en este tipo de internamientos, el acceso a la justicia por cuanto atribuye la competencia al juzgado más próximo al domicilio del presunto incapaz, permitiendo también su más fácil examen por el juez.

Tampoco respecto de estas cuestiones se han detectado problemas de interés en el curso de las visitas realizadas.

c. Eficacia de la resolución judicial por la que se acuerda el internamiento.

La ley no resuelve este importante extremo. Se trata de dilucidar si esta resolución reviste la naturaleza de una orden judicial de ingreso en el centro, de obligado cumplimiento por la administración sanitaria o es sólo una autorización de internamiento.

La trascendencia práctica de la cuestión estriba en que de la adecuada configuración de la naturaleza y alcance de esta resolución judicial, depende el ámbito de autonomía que pueda predicarse en relación con la actuación de la administración sanitaria. Así, y a mero título de ejemplo, si se configurara esta resolución judicial como una orden de ingreso en el centro, su incumplimiento por la administración sanitaria –por entender que la aplicación del tratamiento médico adecuado al enfermo no requiere necesariamente el internamiento– podría ser considerado, desde la órbita penal, como un presunto delito de desobediencia.

A juicio de esta institución, la intervención del juez en este tipo de internamientos va dirigida, prioritariamente, a tutelar la privación del derecho fundamental a la libertad personal de enfermo, por las peculiares características que concurren en la enfermedad mental.

Así, como hemos visto, en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, se regula este tipo de internamientos atendiendo casi exclusivamente a su incidencia en este derecho fundamental y como una forma de limitación del mismo.

Por ello, y siempre con carácter general, parece que la intervención judicial va dirigida simplemente a autorizar que un determinado tratamiento médico psiquiátrico pueda prestarse en un régimen de privación de libertad, si ello fuera necesario desde el punto de vista médico, cuestión esta última que quedaría fuera de la órbita judicial estricta.

En consecuencia, esta resolución judicial debiera configurarse como una autorización y no como una orden, de forma que, concedida aquélla, será la administración sanitaria, responsable del tratamiento, la que deba valorar si para la aplicación del tratamiento médico adecuado al enfermo es realmente necesario el internamiento o no, y cuál sea el centro concreto de internamiento adecuado para llevar a cabo dicho tratamiento médico.

La regla general expuesta, no debe hacernos olvidar que en la realidad, pueden operar factores múltiples y complejos que deben también valorarse por el juez en la diversidad de casos concretos de los que conoce, al recibir las solicitudes de autorización de internamiento.

Esta multiplicidad de factores que pueden concurrir en los casos concretos determina, sin duda, que el Código Civil, al regular esta materia, otorgue también al juez, genéricamente, facultad para adoptar, de oficio, "las medidas que estime necesarias" en relación con la protección del presunto incapaz (art. 203, párrafo segundo).

Dentro de esta genérica función protectora del juez en relación con el presunto incapaz, pudieran, sin embargo, encuadrarse, con carácter excepcional, resoluciones judiciales por las que se ordenara un internamiento o se especificara el centro concreto en que debiera ser internado el paciente.

Debe reiterarse el carácter excepcional de esta posibilidad que, en todo caso, requeriría idéntico régimen de garantías a las previstas en el artículo 211 del Código Civil y que debería ser además, suficientemente motivada en su excepcionalidad.

Como enseguida veremos, la todavía insuficiente infraestructura de alternativas a los centros de internamiento, entre otros complejos factores que en la práctica pueden darse, pudieran justificar excepcionalmente la utilización de la facultad legal que acaba de exponerse.

De cuanto ha sido expuesto puede desprenderse con facilidad, la trascendencia de la cuestión y los problemas que en la práctica pueden producirse por la diversidad de criterios que está generando la falta de previsión normativa al respecto.

Mientras permanezca la situación normativa actual, puede contribuir a la unificación de criterios, en éste y en otros aspectos conflictivos que no aparecen legalmente previstos, la atribución en exclusividad a un sólo juez de las funciones previstas en el artículo 211 del Código Civil, en las grandes capitales o en las localidades en que existan varios jueces, tal y como propugna el Consejo General del Poder Judicial en el informe antes mencionado.

Ello no obstante, la importancia del problema parece requerir una solución legislativa.

En otro orden de cosas, la seguridad jurídica requiere también que, copia de la resolución motivada por la que el juez autoriza el internamiento, sea, en todo caso, remitida al centro, sin que pueda ser sustituida por un simple oficio en el que escuetamente se comunique al centro la autorización concedida.

De las visitas realizadas a los centros se desprende que en su casi totalidad, los enfermos ingresados involuntariamente de forma no urgente, contaban con la correspondiente autorización judicial.

Tan sólo pueden citarse dos casos excepcionales relativos, uno de ellos al Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves" de Vitoria en el que se nos informó de la existencia de treinta y cinco pacientes ingresados "por indicación médica" y ocho "por petición familiar", sin autorización judicial alguna. Puesta de manifiesto esta grave irregularidad ante la dirección del centro, por ésta se procedió de inmediato a solicitar del juez dicha autorización.

El otro, se refiere al Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas" de Toén (Orense) en el que existía un enfermo español proveniente de un hospital psiquiátrico francés, cuyo ingreso no había sido comunicado al juez, sin que existiera tampoco constancia de la voluntariedad, en su caso, del internamiento, pudiendo encontrarse, por tanto en situación irregular.

En cuanto a la remisión al centro por parte de los jueces de copia de resolución por la que se autoriza el internamiento, la mayoría de los casos y en casi todos los visitados obraba copia de dicha resolución. No obstante, puede señalarse alguna excepción. Así en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea (Lugo), en algunos casos, tan sólo obraba un escueto oficio por el que se comunicaba la orden de internamiento adoptada por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 2 de Mondoñedo, de marzo de 1991, así como copia de una providencia del

Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de Lugo de abril de 1989 por la que se acordaba un ingreso.

En cuanto a la eficacia de las resoluciones judiciales, los criterios judiciales distan de encontrarse unificados. Así, si bien en algunos casos éstas suelen simplemente "acordar" o "autorizar" el internamiento, en otras, éste se encuentra "ordenado". Así se desprende de la documentación examinada, entre otros, en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas.- Maliano - Camargo (Cantabria) y en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea (Lugo).

Debe por último hacerse referencia a una peculiar situación que pudo observarse durante la visita al Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia), relativa a la existencia de una serie de personas que se encontraban alojadas en el hospital, pese a que el juzgado había denegado la autorización de internamiento. No obstante, según la información obtenida, estas personas, pese a no disponer de la pertinente autorización judicial, permanecían en el establecimiento, al no existir un equipamiento alternativo que permitiera su salida del centro.

En las resoluciones judiciales dictadas al efecto se expresaba, a título de ejemplo, en los fundamentos de derecho, lo siguiente: "desprendiéndose de las mismas (de las diligencias) la inconveniencia de tal internamiento, es procedente denegar el mismo, por lo que deberán habilitarse las medidas necesarias para su salida del centro". En base a este fundamento jurídico, se resolvía denegar el internamiento "por no haberse acreditado que tal medida sea conveniente o necesaria para su adecuado tratamiento, procediéndose en

consecuencia, a disponer lo necesario para su inmediata salida del citado centro sin perjuicio de que en tanto se lleve a cabo y como medida cautelar, la Diputación Provincial de Valencia ostente la guarda de hecho del referido interno acordando lo oportuno para su debida asistencia". Se señalaba asimismo que semanalmente debería informarse al Juzgado acerca del cumplimiento de lo acordado (Auto del Juzgado nº 1, de Liria, de siete de mayo de 1991).

En otra de las resoluciones denegatorias se señalaba lo siguiente: "no desprendiéndose de todas ellas (las diligencias) la conveniencia de autorizar que se mantenga el internamiento del referido paciente en el Hospital Psiquiátrico, dada la índole de su enfermedad psíquica, por lo que no existe justificación para que se mantenga su actual situación de privación de libertad". De modo que, con fundamento en lo anterior, se resolvía denegar el internamiento y se indicaba que "deberá procederse a disponer lo necesario para su inmediata salida del citado centro, si bien, como medida cautelar, para garantizar su asistencia, entre tanto se lleve a cabo lo antedicho, ostentará la Excm. Diputación Provincial de Valencia, la guarda de hecho sobre dicho interno y procederá dicho Organismo, con la mayor urgencia, a acordar lo oportuno para garantizar su debida asistencia en cualquier caso fuera de todo centro de carácter psiquiátrico". Se requiere, de otra parte, el envío de informes quincenales sobre el cumplimiento de lo acordado (Auto del Juzgado de Liria, de veintitrés de abril de 1985).

Entre estas resoluciones, destaca la dictada por el Juzgado de Liria en fecha treinta y uno de julio de 1985, por afectar a un número relativamente elevado de personas. En dicha resolución se señalaba lo siguiente: "...he resuelto

denegar la autorización para el internamiento en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera, de los enfermos que al dorso se relacionan, por no haberse acreditado que tal medida sea conveniente o necesaria para su adecuado tratamiento; en consecuencia, deberán adoptarse de inmediato las medidas oportunas para su salida de dicho Centro, si bien como medida cautelar, en garantía de su asistencia entretanto se lleve a cabo lo antedicho, ostentará esa Excma. Diputación Provincial la guarda de hecho sobre dichos internos, adoptando lo necesario para defender sus personas e intereses, en cualquier caso fuera de un establecimiento de tipo psiquiátrico". Se señalaba, por último, la obligación de informar quincenalmente al juzgado sobre el cumplimiento de la medida y se advertía que de su inobservancia se derivarán las responsabilidades penales a que hubiere lugar.

Pudieron también constatarse algunos casos en los que el juzgado había dictado una autorización de internamiento condicionada. Así, a título de ejemplo, puede citarse un Auto del Juzgado nº 1 de Llíria, de fecha siete de junio de 1991, en el que se señala que "del examen practicado personalmente a... y del informe emitido por el Médico Forense, se desprende la necesidad de continuar el internamiento iniciado en su día por urgencia, hasta que se pueda ubicar a la paciente en un centro asistencial geriátrico, debiendo comunicar el momento y lugar en que se produzca su traslado a dicho Centro".

De todo ello, puede colegirse la permanencia en este Hospital Psiquiátrico de personas cuyo estado no es subsidiario de un tratamiento de dicha índole y cuya atención requeriría su internamiento en un establecimiento de otras características, en especial en residencias para la tercera edad. Sin embargo, y conforme a la información obtenida, pese

a la existencia de resoluciones denegatorias del internamiento o de autorizaciones condicionadas, la persistencia de esta anómala situación, con el consiguiente incumplimiento de las resoluciones judiciales dictadas, es debida a la inexistencia de plazas en establecimientos residenciales que permitan ofrecer la correspondiente atención a los interesados. En este sentido, se arguía que la Diputación Provincial no dispone de centros residenciales para la tercera edad o para personas con graves problemas de reinserción social por sus largos años de internamiento y sin recursos económicos, competencias que corresponden por el contrario, a la Generalidad Valenciana.

No obstante, y conforme a la información obtenida y a la documentación consultada, se habían formulado, sin obtener frutos, solicitudes de ingresos en residencias ante la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social de la Generalidad Valenciana, solicitándose además, en los casos en que los interesados se encontraban incapacitados, al Ministerio Fiscal que instara la correspondiente autorización de internamiento en un establecimiento residencial. Dada la falta de resultados reseñada, se había llegado por parte de la Diputación Provincial, en su calidad de tutora de algunas de las personas afectadas, a solicitar el auxilio del Ministerio Fiscal, en virtud de lo previsto por el artículo 269 del Código Civil, a los efectos de que los interesados fueran ingresados en alguna de las residencias de la tercera edad dependientes de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social, para dar así cumplimiento a los autos de denegación del internamiento.

Con objeto de salvar, en cierto modo, la situación descrita, se había procedido por el juzgado, como hemos podido constatar, bien a dictar autorizaciones de internamiento

condicionadas, bien a determinar que, como medida cautelar, la Diputación Provincial ostentara la guarda de hecho.

En suma, es menester insistir en la pervivencia de esta situación anómala, derivada de la permanencia de personas internadas en este Hospital Psiquiátrico cuya autorización de internamiento ha sido denegada o se encuentra condicionada a una solución alternativa, por lo que resulta imprescindible que se adopten las medidas oportunas para que estas personas puedan ser internadas en los establecimientos adecuados, debiéndose llegar, si fuera menester, a los correspondientes acuerdos entre la Generalidad Valenciana y la Diputación Provincial de Valencia.

Debe añadirse tan sólo que la situación descrita que, por otro lado, se prolonga en muchos casos desde el año 1985, es conocida por el juez y por el Fiscal, a quienes se ha remitido una relación de las personas que se encuentran en esta situación y con los que se mantienen contactos para estudiar una solución al problema, que, como se ha indicado, se arrastra desde hace años sin que se articule ninguna solución por las autoridades responsables.

De la anómala situación descrita en el Hospital mencionado, puede desprenderse la multiplicidad y complejidad de los factores que en la realidad práctica pueden concurrir en las solicitudes de autorización judicial de internamiento, que avalan, a juicio de esta institución, que con el carácter excepcional antes indicado, puedan los jueces, al amparo del artículo 203 del Código Civil, adoptar de forma transitoria, resoluciones distintas de la simple autorización para que un tratamiento psiquiátrico se preste en régimen de privación de libertad, resolución ésta que, en los casos descritos, no

resultaría procedente por cuanto el tratamiento en centro psiquiátrico resulta, como hemos visto, inadecuado.

Si la facultad judicial aludida, excepcional y transitoria, no existiera, estos ciudadanos necesitados de atención, pero distinta de la psiquiátrica, deberían encontrarse, sin más, en la calle, en situación de absoluto abandono, debido a la grave carencia de estructuras alternativas a los centros de internamiento todavía existente.

Ahora bien, esta facultad judicial excepcional no puede nunca convertirse en aval de la pasividad de la administración sanitaria en crear la estructura alternativa necesaria para evitar que permanezcan en los centros psiquiátricos personas respecto de las cuales este tipo de tratamiento no es en absoluto necesario.

d. Quién debe efectuar los traslados de los internamientos judicialmente acordados.

Se trata de un problema que en la mayoría de los centros psiquiátricos se encuentra sin resolver.

Son dos las cuestiones que en casi todos los casos se plantean y que hacen referencia, de un lado, a la carencia o insuficiencia de ambulancias para traslados de enfermos psíquicos y de personal especializado en relación con esta función, y, de otro, a si la competencia para su realización corresponde a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o bien, a la administración sanitaria.

Las posturas abiertamente contrarias que en este tema existen –las Fuerzas de Seguridad entienden que la competencia es de la administración sanitaria y viceversa– y está generando en la práctica graves disfunciones. Reflejo de esta situación sería la que pudo constatarse durante la visita al Hospital "Román Alberca" de El Palmar (Murcia), en la que existía una abierta contradicción entre los jueces –que entendían que se trataba de una competencia sanitaria– y el Hospital que entendía que debía llevarse a cabo salvo excepciones, por las Fuerzas de Seguridad.

A juicio de esta institución, los traslados de los enfermos psíquicos respecto de los que ha recaído resolución judicial autorizatoria, a los centros psiquiátricos, es una competencia estricta de la administración sanitaria, que debería disponer de la infraestructura adecuada al respecto.

Todo ello, sin perjuicio de que en ciertos casos de especial agitación del enfermo, pudiera requerirse la colaboración de las Fuerzas de Seguridad, que estarían obligadas a prestarla en virtud de lo dispuesto en los artículos 11.1.b y 54.1.i de la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo.

Tan sólo algunos centros psiquiátricos han resuelto acertadamente la cuestión, elaborando los correspondientes convenios de colaboración sobre la base de las premisas que acaban de exponerse. Así, el Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia) y el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas" de Toén (Orense).

Durante la visita realizada a la Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Asturias (Oviedo), se nos

informó que próximamente iba a celebrarse un convenio con la Cruz Roja, para resolver esta importante cuestión material que tantas disfunciones produce en la práctica.

Por último, debe destacarse que el conflicto expuesto en relación con la visita al Hospital "Román Alberca" de El Palmar (Murcia) está empezando a resolverse por haberse concertado el correspondiente acuerdo entre los órganos judiciales y las fuerzas de seguridad.

Este tipo de convenios de colaboración deberían generalizarse para que esta competencia de la administración sanitaria pueda llevarse a cabo eficazmente con la correspondiente ayuda, cuando sea necesaria, de las fuerzas de seguridad.

B. Examen personal por el juez del presunto incapaz.

Se trata sin duda de una de las más importantes garantías establecidas por el artículo 211 del Código Civil, cuyo grado de cumplimiento por los órganos judiciales ha debido quedar fuera del presente trabajo, ya que en los internamientos involuntarios no urgentes, este examen se lleva a cabo en el propio Juzgado.

Ahora bien, de la documentación obtenida se desprende que en todas las resoluciones judiciales que hemos podido examinar, por las que se autoriza el internamiento, se hace referencia a que el presunto incapaz ha sido oído, bien directamente, bien mediante algún tipo de representación.

C. Dictamen médico preceptivo.

Debe aquí efectuarse la misma precisión realizada en el apartado anterior, resaltando igualmente que en las resoluciones judiciales examinadas, se hace referencia a que la autorización se efectúa sobre la base de un dictamen médico, casi siempre del médico forense.

Por tanto, tan sólo destacaremos el juicio favorable que nos merece que la ley haga referencia, sin más, al dictamen de un "facultativo", por lo que el juez no está obligado a ceñirse al dictamen de los médicos forenses, pudiendo recabar informes o peritaciones de cualquier médico o, incluso, de los equipos multiprofesionales previstos en el Título IV de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

D. Comunicación de la Ministerio Fiscal a efectos de que por éste se inste, en su caso, el correspondiente proceso de incapacitación.

Siguiendo los criterios establecidos, tanto por la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos como por las recomendaciones del Consejo de Europa, nuestra legislación ha diferenciado claramente el internamiento de la incapacitación.

Efectivamente, no en todos los casos en que se autoriza un internamiento en centro psiquiátrico concurren los

requisitos que nuestro Código Civil establece para la incapacitación.

De otra parte y como ya hemos visto, el procedimiento sumario por el que se tramita dicha autorización es claramente insuficiente para que, a través del mismo, puedan adoptarse resoluciones limitativas de la capacidad. Por ello, nuestro Código Civil remite con acierto el proceso de incapacitación, a los trámites de un juicio declarativo ordinario como es el de menor cuantía (disposición adicional única de la ley 13/1983 de 24 de octubre).

Otro acierto importante de la nueva regulación establecida en dicha ley es la de permitir graduar el alcance de la incapacitación a las peculiares características de cada caso concreto, pues no todas las enfermedades o deficiencias que pueden determinar una incapacitación inciden de forma total e idéntica en la capacidad de las personas para gobernarse por sí mismas (art. 210 del Código Civil).

Puede, por tanto, concluirse que nuestra legislación ha establecido los mecanismos necesarios para evitar que la incapacitación pueda llegar a convertirse en un factor de mayor aislamiento del enfermo mental con respecto a la sociedad.

Efectivamente, este rechazable efecto de aislamiento o marginación que puede suponer una utilización abusiva del instituto de la incapacitación, queda limitado en la ley por dos de los factores expuestos: el que no todo internamiento deba llevar aparejada la incapacitación y el carácter graduable de la misma.

Por último, debe recordarse expresamente que en el caso en que los enfermos internados no estén incapacitados, los responsables del centro en que se encuentren ostentan la consideración legal de guardadores de hecho, por lo que el juez podrá requerirles en cualquier momento para que le informen "de la situación de la persona y los bienes del ... presunto incapaz y de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer asimismo las medidas de control y vigilancia que considere oportunos" (art. 303 del Código Civil).

De las visitas realizadas a los centros no parece desprenderse que por parte de la administración sanitaria se tenga plena conciencia del alcance de este precepto y de las obligaciones que en él se contienen, relativas fundamentalmente a la protección de los bienes de los enfermos mentales.

Tampoco ha podido constatarse que los jueces utilicen en la práctica las facultades que este precepto les otorga para supervisar la actuación de los responsables de los centros en cuestiones tan importantes como el control de la efectiva percepción de las pensiones que, en su caso, deban recibir algunos de los enfermos ingresados.

De otra parte, de las visitas realizadas se aprecia una cierta inactividad del Ministerio Fiscal —a pesar de las instrucciones dadas al respecto por la Fiscalía General del Estado— en orden a promover la incapacitación, cuando ésta fuera realmente procedente.

Así, no son infrecuentes los casos en que se ha informado a esta institución del escaso número de pacientes incapacitados, a pesar de existir otros muchos, en algunos centros visitados, que requerirían la aplicación de esta medida, según los responsables de los centros. Así ocurría, a título de ejemplo en algunos hospitales psiquiátricos de larga estancia, tales como el Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliño - Camargo (Cantabria); Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo; Hospital Psiquiátrico de Salt (Gerona); Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres); y Hospital Psiquiátrico Provincial del Puerto de Santa María (Cádiz).

En relación con esta situación, debe advertirse que tan perjudicial resulta para el enfermo mental una utilización mecanicista del instrumento de la incapacitación, como la no incapacitación cuando es necesaria, debidamente graduada, por lo que no puede menos que considerarse insatisfactoria la situación descrita.

Debe, no obstante, dejarse constancia de que en algunos centros visitados sí ha podido comprobarse la eficacia de la comunicación por el juzgado al Ministerio Fiscal de la resolución autorizatoria del internamiento, encontrándose incapacitados los enfermos que debían estarlo, o bien tramitándose los procesos de incapacitación ante el juzgado competente. Así ocurre por ejemplo en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes (Guadalajara) o en el Centro Residencial "Luis Valenciano" de El Palmar (Murcia).

En cuanto al Hospital Psiquiátrico "Miraflores" de Sevilla, se nos informó que existían veintiún enfermos incapacitados y cincuenta con el proceso de incapacitación en tramitación, aunque, según se nos informó, había más enfermos respecto de los que todavía faltaba por promover la incapacitación que se reputaba necesaria.

Por último, debe destacarse que, durante la visita realizada al Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea (Lugo), se puso de manifiesto la existencia de retrasos sustanciales en la tramitación de dos procesos de incapacitación de enfermos ingresados, promovidos por el centro, a través del Ministerio Fiscal.

Ello ha determinado la apertura de sendas quejas de oficio que están siendo todavía investigadas ante la Fiscalía General del Estado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, reguladora de esta institución.

En otro orden de cosas, durante las visitas a los centros, los responsables de los mismos han manifestado su preocupación por el hecho de que, en las sentencias por las que se acuerda la incapacitación de enfermos internados que carecen de parientes que puedan asumir la tutela —supuesto éste bastante frecuente—, son casi siempre dichos responsables o la administración pública de la que el centro depende, los designados como tutores, con el elevado grado de responsabilidad que ello implica.

Si bien existe plena cobertura legal para estos nombramientos de tutores (art. 242 del Código Civil), parece

necesaria alguna profundización sobre la cuestión, debido a la generalidad del problema.

Efectivamente, la designación como tutor del director del centro sobre un número importante de los enfermos en él ingresados, pudiera atraer la duda sobre el efectivo y real cumplimiento del importante conjunto de funciones inherentes a la institución tutelar.

Algo similar puede predicarse, cuando el nombramiento recae en la administración titular del centro, carente en muchos casos de la infraestructura adecuada para hacer frente eficazmente a tal cúmulo de funciones.

En este mismo orden de cosas, otro problema que en la práctica ocurre con frecuencia, es el relativo a las dificultades existentes para nombrar defensor judicial del presunto incapaz, durante la tramitación del proceso de incapacitación, cuando aquél no tuviera parientes, nombramiento este imprescindible, por exigirlo así el artículo 207 del Código Civil para los procesos de incapacitación promovidos por el Ministerio Fiscal.

La carencia en la administración sanitaria o asistencial de previsiones organizativas sobre estas cuestiones, puede determinar, en la práctica, que el ejercicio de la función tutelar sobre estos enfermos incapacitados que carecen de parientes, no resulte todo lo completo que la situación de incapacitación exige, tal y como viene regulada en el Código Civil.

En relación con estas cuestiones, merece especial mención la creación en la Comunidad Autónoma Andaluza del Instituto Almeriense de Tutela de la Diputación Provincial de Almería, cuyos fines y ámbito de actuación, tal como consta en el articulado de sus estatutos, son la protección de las personas adultas que no dispongan de plenas facultades para regir su vida y administrar su patrimonio.

Para la consecución de dicha finalidad, el instituto realizará, entre otras, las siguientes actividades:

- Ejercer las funciones tutelares que le hayan sido encomendadas por sentencia judicial.
- Desempeñar las funciones que como curador o defensor judicial le hayan sido encomendadas por resolución judicial.
- Poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los supuestos previstos en el artículo 203 del Código Civil.
- Comunicar al órgano judicial competente los hechos que pudieran dar lugar a la inhabilidad o remoción de tutores y curadores.
- Apoyar y asesorar jurídica y socialmente a las personas que tengan encomendadas funciones tutelares o ejerzan la patria potestad prorrogada y no dispongan de recursos económicos para procurárselos a sus expensas.

- Cooperar con cuantas entidades públicas o privadas tengan fines similares o coincidentes.
- La actuación del Instituto será siempre subsidiaria de la que corresponde a los familiares y pacientes del incapacitado.
- El Instituto colaborará en todo lo posible con los órganos de la Administración de Justicia y con el Ministerio Fiscal.

Los estatutos de este Instituto prevén también una estrecha colaboración con el Ministerio Fiscal y así, se dispone en su articulado que:

"En atención a lo dispuesto en el art. 3.7 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Almería tendrá acceso a los servicios de los órganos de gobierno del Instituto, así como a la documentación, tanto técnica como ordinaria recogida en sus archivos, sin necesidad de requerimiento previo ni solicitud.

A efectos de lo previsto en el número anterior, se comunicará previamente al Ministerio Fiscal la celebración de las sesiones de los órganos de gobierno del Instituto".

La creación de este Instituto en la provincia de Almería permite dar solución a los problemas que han quedado expuestos. Debe seguirse de cerca su actuación, con la finalidad de que las administraciones competentes valoren la posibilidad de crear figuras similares o, en cualquier caso, estructuras organizadas al respecto, que permitan afrontar la

asunción de la tutela, cuando son designadas administraciones públicas o concretos funcionarios para su ejercicio.

Y para concluir este apartado, debe hacerse mención a otra cuestión de interés.

La actual redacción del artículo 211 del Código Civil no resuelve las dudas acerca de si el internamiento de los ya declarados incapaces está sometido a las garantías que en dicho precepto se prevé o es suficiente con la regulación específica que al respecto se contiene en los artículos 271.1 y 273 del Código Civil.

En virtud de estos últimos preceptos, el tutor necesita autorización judicial "para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental".

Por su parte, el artículo 273 dispone que, antes de conceder dicha autorización, el juez oirá al Ministerio Fiscal y al tutelado y recabará los informes que le sean solicitados o estime pertinentes.

El régimen previsto en estos preceptos para el internamiento de los ya incapacitados, es, pues, diferente del establecido en el artículo 211, eliminándose algunas de las garantías que en este último precepto se establecen.

Debe analizarse este régimen específico contenido en el Código Civil para el internamiento de los ya incapacitados porque, de considerarse excluyente de la aplicación del artículo 211 del Código Civil, habría de examinarse si se ajusta a las previsiones del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades

Fundamentales, tal y como ha sido interpretado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. De no considerarse cumplidos estos requisitos, habría que concluir su inaplicación excluyente por vulneración del artículo 17.1 de nuestra Constitución, que debe entenderse integrada con lo previsto en dicho Convenio (art. 10.2 C.E.).

Centrada así la cuestión pueden destacarse las siguientes deficiencias en relación con la regulación específica contenida en los artículos 271.1 y 273 del Código Civil para el internamiento psiquiátrico de los ya incapacitados: no se establece un control judicial periódico y obligatorio de la situación de internamiento; no se obliga al juez a solicitar expresamente un dictamen médico sobre el que fundamentar la autorización, en su caso; y, por último, no se prevé ningún procedimiento específico para regular las garantías de un internamiento urgente.

Se trata de omisiones de requisitos considerados por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos como fundamentales para considerar regular o legal un internamiento psiquiátrico.

Por ello, debe concluirse que el régimen específico que dichos preceptos prevén para el internamiento psiquiátrico de los ya incapacitados, no es sino complementario de lo establecido en el artículo 211.

A mayor abundamiento, no puede olvidarse que, las garantías establecidas en el Convenio citado y que en apartados anteriores quedaron suficientemente precisadas, lo son para todos los internamientos psiquiátricos, sin que exista base alguna en dicho Convenio para permitir tratamiento diferenciado alguno del "enajenado" que no está incapacitado

en relación con el que ha sido judicialmente declarado incapaz.

Antes al contrario, como se ha visto, del Convenio Europeo se desprende una protección homogénea para todos los internamientos psiquiátricos, sean de naturaleza civil o penal y cualquiera que sea la situación legal que en orden a su capacidad ostente la persona internada.

Esta misma protección global o íntegra de la situación de internamiento psiquiátrico, cualquiera que sea la condición legal de la persona a la que afecte, deriva del examen de los debates parlamentarios en torno al artículo 211 y en concreto durante el debate a una enmienda del Grupo Parlamentario Comunista del Congreso de los Diputados.

A juicio de esta institución, debe pues, sostenerse la íntegra aplicación de las garantías contenidas en el artículo 211 a los internamientos de los ya declarados incapaces.

E. Revisión periódica de la situación de internamiento.

Como hemos destacado suficientemente a lo largo de esta exposición, el control judicial constituye para el Convenio Europeo tantas veces mencionado, la pieza clave del sistema de garantías de los internamientos psiquiátricos.

Según la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, dicho control judicial no se reduce a la mera autorización de ingreso, sino que debe ser efectivo.

Esta efectividad reclama –además de la audiencia del interesado o de su representante y de la emisión de la resolución sobre la base de un dictamen médico fundado, cuestiones estas ya examinadas– que el control judicial sea permanente, esto es, ejercido de forma periódica, a intervalos razonables. Así lo exigen también las recomendaciones del Consejo de Europa al respecto.

También en relación con este esencial requisito, como con los demás que se han examinado, nuestra regulación se acomoda perfectamente a dicho Convenio.

Así, el artículo 211 tantas veces citado, obliga al juez a que, de oficio, recabe información sobre la necesidad de proseguir el internamiento cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses.

Además de este control judicial periódico, no puede olvidarse que el Estatuto del Ministerio Fiscal en su artículo 4.2, faculta a éste a visitar los centros de internamiento, de cualquier clase que sean.

Esta doble garantía, la judicial y la del Ministerio Fiscal, permite erradicar la situación de internamientos arbitrarios o de duración ilimitada contra la que tantas prevenciones establece el Convenio Europeo que venimos citando.

La real eficacia de ambos controles requiere, sin embargo en la práctica, a juicio de esta institución, que concurren determinados factores:

- Que los jueces y fiscales, en intervalos no distanciados en el tiempo, visiten estos centros de internamiento.
- Que en las resoluciones judiciales por las que se acuerda el internamiento, se exija de los responsables de los centros, información periódica sobre la evolución del tratamiento.
- Que los responsables de los centros remitan también con carácter periódico esta información al juzgado.

Antes de adentrarnos en el análisis del cumplimiento en la práctica de estos requisitos, conviene examinar con carácter previo una cuestión no resuelta expresamente en la vigente regulación y que se encuentra íntimamente ligada a lo expuesto.

Nos referimos a la competencia territorial del juez que debe revisar periódicamente la situación del internamiento.

En el apartado anterior, al analizar la competencia territorial del juez que debía autorizar el internamiento, optábamos por atribuir dicha competencia en favor del juez del domicilio del presunto incapaz, por analogía con lo dispuesto en los artículos 62.1 y 63.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para las acciones personales y de estado civil; entendiendo

además que este concreto fuero competencial facilitaría el acceso al juzgado de los solicitantes, así como el examen del presunto incapaz por el juez.

Pero la adopción de este mismo fuero competencial para el control periódico de la situación de internamiento puede convertir en ineficaz dicho control judicial. Piénsese, por ejemplo, en que el lugar del domicilio del presunto incapaz sea distinto de aquél en el que radica el centro de internamiento.

Procurar la mayor efectividad del control judicial de los enfermos ya internados, debe llevarnos a sostener que la competencia territorial en este extremo debe ostentarla el juez del lugar en que el centro se encuentre.

Si bien las instrucciones de la Fiscalía General del Estado antes citadas silencian este importante extremo, el informe del Consejo General del Poder Judicial adopta el criterio que acaba de exponerse.

Sería, no obstante, conveniente, una mención legal expresa sobre esta cuestión, para evitar las disfunciones que en la práctica se producen, como después veremos.

En otro orden de cosas y como ya hemos anticipado, sería conveniente que en los lugares en que exista más de un juez y en las grandes capitales, las funciones de control de los internamientos psiquiátricos se atribuyeran a un sólo juzgado, tal y como aconseja el Consejo General del Poder Judicial.

Si bien la atribución a un solo juzgado de esta función no deja de presentar, a juicio de esta institución, aspectos negativos -y así, se puede correr el riesgo de producir un cierto monolitismo en la interpretación judicial de una materia sometida a constante evolución y revisión-, no cabe duda de que, ante las lagunas que nuestra actual regulación presenta, puede contribuir a una mayor seguridad jurídica y a una mayor eficacia en el control.

Sería igualmente conveniente que existiera un fiscal en cada provincia que asumiera las competencias en esta materia.

De la información obtenida durante las visitas a los centros y de la documentación examinada, se desprende una desigual prestación del control judicial y del Ministerio Fiscal dependiendo de los centros y de los juzgados.

Como regla general, ni jueces ni fiscales suelen visitar las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, con la excepción de la unidad de psiquiatría del Hospital "Gregorio Marañón" de Madrid, que es visitada una vez por semana por el juez, acompañado por el forense; y la del Hospital General de Murcia que es visitada al menos cada quince días por el juez, acompañado del secretario y del forense. Durante la visita a la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia se nos informó que el juez la visita alguna vez, pero no frecuentemente, el forense sí acude con periodicidad y el fiscal no había ido nunca.

La unidad de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid es visitada con cierta frecuencia por el juez con el forense, pero nunca por el fiscal.

En cuanto a la unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla, se nos informó que tan sólo una vez había sido visitada por el juez.

En cuanto a los hospitales psiquiátricos propiamente dicho, existen algunos que no han sido visitados nunca o sólo en alguna ocasión por jueces y fiscales, como por ejemplo el Hospital Psiquiátrico de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife). En el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea (Lugo), los jueces no realizan visitas al centro, a excepción, según se nos informó, del anterior titular del Juzgado de Primera Instancia nº 2 de Lugo. El fiscal va una vez al año.

En otros casos, el control judicial y del Ministerio Fiscal se lleva a cabo con mayor o menor periodicidad y en algunos supuestos los centros, por su propia iniciativa, remiten al juzgado información periódica.

Veamos los distintos supuestos:

El juez visita periódicamente el Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza. Por su parte el centro, al menos cada seis meses remite información al juez sobre la situación de los pacientes ingresados.

El Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, es visitado por el juez una vez por semana. De la documentación obtenida en este centro se observa que los jueces, al

autorizar el internamiento requieren del centro información puntual y periódica.

El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, Maliaño-Camargo (Cantabria) recibe cada seis meses la visita del Ministerio Fiscal. Por su parte el centro, con esa misma periodicidad remite información al juzgado sobre la situación de los enfermos ingresados.

En la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Yebes (Guadalajara), el juez visita periódicamente el centro, existiendo también reuniones periódicas con el Ministerio Fiscal.

El Hospital Psiquiátrico "San Salvador" de Oña (Burgos) es visitado con frecuencia por el juez, acompañado por el forense. Por otra parte, de la documentación obtenida se desprende que el juez, en las resoluciones por las que autoriza el internamiento, requiere del centro información puntual y periódica. Según se nos informó, el fiscal sólo ha visitado el centro, una vez en tres años.

El Hospital Psiquiátrico del Salt (Gerona) es visitado periódicamente por el juez y el fiscal. En las resoluciones judiciales por las que se acuerda el ingreso se suele solicitar del centro la remisión de información periódica. Por su parte, el centro remite mensualmente al juzgado una relación de enfermos ingresados. En relación con los enfermos de larga estancia, cada seis meses se actualiza la relación de enfermos y se remite al Ministerio Fiscal.

El Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres), es visitado semanalmente por el juez. El Hospital remite información al juzgado cada seis meses.

El Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" de Toén (Orense), no es visitado por el fiscal. Sólo algunos de los jueces de Orense lo visitan con alguna periodicidad.

El Hospital "Román Alberca" de El Palmar (Murcia) es visitado quincenalmente por el juez, acompañado del secretario y del forense.

También el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía" de Lardero (La Rioja) suele ser frecuentemente visitado por el juez, al que el centro remite periódicamente información sobre la situación de los pacientes ingresados.

Por último, el Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia) es visitado, al menos una vez al mes por el juez y cada seis meses por el forense. Existen además reuniones periódicas de la administración sanitaria con jueces y fiscales sobre la situación de la salud mental en la zona.

En esta provincia destaca además, favorablemente, la existencia de un letrado dependiente de la Diputación Provincial, dedicado, con exclusividad, a los aspectos jurídicos de la salud mental en la provincia.

Por último, debe hacerse también favorable referencia a la Comunidad Autónoma andaluza, cuya Consejería de Salud y Consumo creó en el año 1984 una comisión de estudio de la situación jurídica en que se encuentra la población ingresada en establecimientos psiquiátricos andaluces, en un intento de

reordenar la situación, tras la reforma operada en el Código Civil por la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Y para concluir este apartado relativo al control judicial durante la situación de internamiento, debe hacerse mención a otra importante laguna legal que está produciendo en la práctica diaria, la aplicación de criterios contradictorios.

Se trata de establecer el alcance del control judicial sobre el alta o salida del centro de los enfermos ingresados.

El criterio que sobre este tema se adopte está íntimamente ligado con el que se haya sostenido sobre la eficacia vinculante o no de la autorización judicial de internamiento.

Como antes señalábamos, a juicio de esta institución y con carácter general, la autorización judicial a que el artículo 211 del Código Civil se refiere lo es exclusivamente para permitir que un determinado tratamiento médico se preste en situación de privación de libertad, correspondiendo a la administración sanitaria la decisión del centro concreto en que aquél deba llevarse a cabo y la decisión misma de si efectivamente para prestar el adecuado tratamiento al enfermo es realmente conveniente la privación de libertad. En consecuencia, a nuestro juicio, la autorización judicial no reviste el carácter de una orden vinculante para la administración sanitaria.

El mantenimiento de esta tesis, nos lleva a sostener que el alta médica tan sólo corresponde al médico responsable del tratamiento del enfermo, sin que deba ser autorizada por el juez.

Es indudable que si el juez considera que el internamiento no debe proseguir, tal y como establece el último párrafo del precepto tantas veces citado, debe ordenar la salida del centro por parte del enfermo, en cuanto debe tutelar su derecho fundamental a la libertad personal. Pero si los médicos responsables del tratamiento entienden que la privación de libertad ya no es necesaria para la eficacia del mismo, nada puede objetar la autoridad judicial a la salida del centro.

El alcance de la intervención judicial se ciñe, pues, a autorizar una privación de libertad, a evitar que esta se prolongue indebidamente y a que las condiciones en que esta privación de libertad se desarrolla sean adecuadas a la dignidad personal, pero no a la terminación de la situación de internamiento por decisión médica, por cuanto esta decisión de alta médica no supone limitación alguna a la libertad personal, sino precisamente el reintegro de este derecho a su titular.

Todo ello, lógicamente sin perjuicio de las situaciones de naturaleza excepcional que podrían encuadrarse dentro de las genéricas facultades de protección del presunto incapaz que al juez confiere el artículo 203 del Código Civil y que antes dejamos expuestas.

En consecuencia, el centro debe limitarse a comunicar sin más al juzgado el alta médica del paciente internado, sin

que corresponda al juez autorizar dichas salidas médicamente decididas.

Por otra parte, este es el criterio sostenido en las recomendaciones ya citadas, del Consejo de Europa.

La no regulación de esta importante cuestión determina que, en muchos casos, los jueces exijan autorizar ellos mismos las altas ya decididas médicamente, tal y como se pone de manifiesto en la documentación obtenida durante la visita a algunos centros: Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, Maliaño-Camargo (Cantabria); Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Yebes (Guadalajara); Unidad de

Psiquiatría del Hospital de Bellvitge "Princeps d" Espanya", de Hospitalet de Llobregat (Barcelona); Hospital Psiquiátrico de Salt (Gerona) y Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea (Lugo).

F. Garantías del reingreso en el centro.

Cuando un paciente ha estado ya ingresado en un centro, ha sido dado de alta y, en un momento posterior, debe volver a ingresar, es necesario que este nuevo ingreso se rodee de idénticas garantías que el o los anteriores.

Efectivamente, la eficacia de la autorización judicial de ingreso se agota en el supuesto concreto para el que ha sido dictada y sólo es válida para ese momento. Cualquier reingreso posterior debe ser considerado, en todo

caso, como un nuevo ingreso. Otra interpretación permitiría eludir, en fraude de ley, la estricta aplicación del artículo 211 del Código Civil.

En relación con esta cuestión debe hacerse referencia a la anómala situación que pudo apreciarse durante la visita al Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres).

En el curso de dicha visita, se puso de manifiesto el especial procedimiento seguido en cuanto a alguno de los ingresos de pacientes involuntarios que con anterioridad ya estuvieron internados en la institución previa autorización judicial.

En tales supuestos pudo constatarse que en ese centro hospitalario únicamente se exigía para el internamiento de los enfermos la petición de algún familiar, acompañando certificado médico, sin que, en consecuencia, tales reingresos se efectuaran con las garantías de deben presidir este tipo de internamientos, es decir, con autorización judicial.

Se pudo comprobar asimismo que concedida autorización judicial para el internamiento de un paciente, se consideraba que la validez de la misma alcanzaba a todos los internamientos que en el período de dos años, pudiera sufrir el enfermo. Por consiguiente, una vez concedida el alta médica relativa al ingreso inicial, todos aquellos internamientos involuntarios que, independientemente de su duración y durante el reseñado periodo de dos años pudieran producirse, se efectuaban sin dicha garantía legal.

Dado que el procedimiento descrito podría vulnerar las garantías legales que deben presidir este tipo de

internamientos, establecidas por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, esta institución inició la correspondiente investigación ante el Consejo General del Poder Judicial y la Fiscalía General del Estado.

Aún cuando a pesar del tiempo transcurrido, todavía no se ha recibido la información solicitada de dicho Consejo, la Fiscalía General del Estado sí informó con celeridad que:

"... estos seis enfermos padecían enfermedades que exigían inicialmente un tratamiento hospitalario, pero el proceso de la enfermedad necesitaba alternar este tratamiento con otro ambulatorio sucesivo. De tal forma, que llegado este momento el interno gozaba de una "LICENCIA TEMPORAL", terminada la cual regresaba al Centro para ser observado de nuevo y actuar en consecuencia: bien continuando el régimen hospitalario, bien regresando a la "LICENCIA TEMPORAL". Cuando era aconsejable clínicamente el primero, continuaba en el hospital, ya que no era un nuevo ingreso, sino que formaba parte del tratamiento, hasta el punto de que el enfermo no había sido DADO DE ALTA, y así figura en la historia clínica, como también se hacía notar el término LICENCIA.

Esta situación era explicada y aconsejada por los médicos y aceptada por Jueces y Fiscales. Y en ningún caso dejaba de ser controlada personalmente por los Jueces, los cuales visitaban el hospital un día a la semana (todos

los miércoles), de cuyo resultado informaban al Fiscal puntualmente, a veces telefónicamente, y no se observaba ninguna anomalía pues, incluso, se dialogaba con los enfermos en presencia del médico forense, que acudía como asesor caracterizado.

Antes del año 1989, hubo un Juez de Plasencia, cuya identidad no ha sido posible lograr, el cual fue quien dio viabilidad a la situación estableciendo que la misma no podía exceder de dos años (de ahí la explicación del plazo que informa el Defensor del Pueblo). Aunque dicho plazo pueda parecer excesivo teniendo en cuenta el artículo 211, tercer párrafo del Código Civil, en la práctica era bueno y aconsejable, porque los Jueces, actuando con un celo fuera de lo normal, visitaban el Hospital una vez a la semana, y comprendían, con su experiencia de primera mano, que era innecesario un nuevo auto cada vez que la LICENCIA TEMPORAL concluía y era necesario pasar de nuevo a una nueva hospitalización, pues no llegaba todavía el ALTA hospitalaria.

Como se puede observar por el informe del Defensor del Pueblo, en ningún caso estas situaciones se han prolongado más allá de los dos años establecidos.

No se han observado otros casos semejantes; por otro lado nos hemos reunido con los cuatro Jueces de Plasencia para comentar en profundidad

la situación; todos ellos aceptan el fondo de la misma y hemos logrado que en lo sucesivo se mantenga, con la variante de que la misma no se alargue más allá del plazo legal de los seis meses.

Por otro lado se va a ordenar a los médicos una exhaustiva información de las revisiones clínicas de las que, por cierto, en 1990 se realizaron 1860, y van causar un cierto agobio en el, ya saturado trabajo de estos Juzgados.

Después de un análisis de la cuestión realizada en profundidad, entendemos que, desde el punto de vista del Ministerio Fiscal, no es menester deducir responsabilidades penales contra ninguna persona física, ni institución cercana al asunto."

Esta institución no puede compartir la argumentación expuesta. El permitir que, incluso en casos especiales, el reingreso de un paciente a una situación de privación de libertad no esté rodeado de todas las garantías que el artículo 211 del Código Civil exige, supone dejar, como antes se decía, una puerta abierta al fraude de ley.

Esta institución no duda que en los concretos supuestos de que dimos traslado en nuestra comunicación a la Fiscalía General del Estado, hubo un efectivo control judicial, de tal manera que los enfermos que se encontraban en esta peculiar situación fueron examinados personalmente por el juez en su visita semanal al centro y por el médico forense.

Sin perjuicio de que de facto, por una vía formalmente distinta a la prevista en el Código Civil, se cumplieran en estos casos concretos las garantías fundamentales en él exigidas, preocupa a esta institución la interpretación de carácter general contenida en el informe remitido por la Fiscalía General del Estado.

En su comunicación, dicha Fiscalía General parece sostener, con carácter general, que no todos los reingresos en un centro psiquiátrico tienen que estar rodeados de las garantías previstas para un primer ingreso.

Debe tenerse en cuenta que ni el Código Civil, ni el Consejo Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, ni la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, excepcionan ningún supuesto y, por tanto, tampoco los reingresos, de las estrictas garantías que se exigen para todos los internamientos psiquiátricos, ni siquiera los de naturaleza penal.

Por ello, y sin perjuicio de comprender la correcta intención que ha determinado la situación descrita, no parece adecuado a las garantías que han quedado suficientemente expuestas a lo largo de este estudio, que pueda otorgarse una eficacia de dos años o de seis meses a una autorización judicial de privación de libertad para llevar a cabo un específico tratamiento psiquiátrico, que debe ser siempre limitada al momento concreto en que se produce.

A juicio de esta institución, la interpretación estricta de que debe ser objeto cualquier limitación de un derecho fundamental, como ha declarado con reiteración el

Tribunal Europeo de Derechos Humanos y nuestro Tribunal Constitucional, así lo exige.

G. Control sobre algunos tratamientos médico psiquiátricos especialmente agresivos.

La necesidad de hacer referencia a esta compleja cuestión ha venido dada por el hecho de haber podido observar durante las visitas algunas situaciones anómalas a las que posteriormente se hará cumplida referencia.

En cuanto al control del tratamiento médico psiquiátrico, ya hemos expuesto el criterio sostenido al respecto en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y en las recomendaciones del Consejo de Europa, siendo conveniente su reiteración en este concreto apartado.

Como vimos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (caso Winterweerp), entiende que del artículo 5.1.e, del Convenio no se puede deducir el derecho del paciente a un tratamiento adecuado, decantándose así por considerar la cuestión por lo que a dicho precepto se refiere, desde el ámbito exclusivo de la limitación a la libertad personal que el internamiento psiquiátrico supone.

Ello no obstante, en una sentencia posterior, la del caso Ashingdane, se matizó algo dicho criterio y así, sin perjuicio de reafirmar que en el caso concreto enjuiciado, la severidad e inadecuación comprobada del tratamiento no había supuesto vulneración del artículo 5.1.e del Convenio,

consideró dicho internamiento como inadecuado, si bien tan sólo desde el punto de vista humanitario.

Los criterios que acaban de exponerse no nos eximen sin más de continuar profundizando en la cuestión pues, a pesar de que el artículo 5.1.e del Convenio no acoja en sus términos un presunto derecho al tratamiento y a la forma en que éste se lleva a cabo, tanto en virtud de otros preceptos del mismo Convenio, como de nuestra Constitución, la cuestión puede ser abordada desde otras perspectivas.

Veamos antes, sin embargo, lo que el Convenio de Europa en sus recomendaciones ha establecido al respecto.

Como ya dejamos constancia en apartados anteriores, en virtud de dichas recomendaciones, los tratamientos todavía no reconocidos con carácter general por la ciencia médica, así como aquellos que presenten grave riesgo de producir lesiones cerebrales irreversibles o que deterioren la personalidad del paciente, sólo pueden aplicarse si el médico lo considera indispensable y si el paciente, debidamente informado, lo consiente expresamente. Si el paciente no pudiera comprender la naturaleza del tratamiento, el médico debe someter la cuestión a una autoridad independiente determinada por la ley, la cual a su vez, debe oír al representante legal del paciente, si existiera.

Por otra parte, no puede olvidarse que nuestra Constitución efectúa un reconocimiento expreso de la dignidad de la persona como fundamento básico de nuestro sistema, prohíbe los tratos inhumanos o degradantes y reconoce el derecho a la protección de la salud.

Sobre esta base, resultaría conveniente que la ley previera expresamente algún mecanismo de control de ciertos tratamientos psiquiátricos especialmente agresivos, como pueden ser la psicocirugía, el electrochoque o la administración continuada de algunos psicofármacos. Entre dichos mecanismos pudieran encontrarse la constancia documental expresa de su prescripción médica -requisito éste que venía exigido en el Decreto de 1931-, el consentimiento expreso del paciente o de su representante legal y la correspondiente comunicación al juez competente, dada la especial situación que caracteriza al enfermo sobre el que el tratamiento recae.

El silencio de la ley sobre esta cuestión sólo puede traer consecuencias desfavorables para el enfermo mental.

En cuanto a otras medidas cuya efectiva adopción ha podido constatarse durante las visitas, tales como el empleo de las denominadas camisas de fuerza, habitaciones calificadas como de aislamiento, o el empleo de medios mecánicos de sujeción de los enfermos, cabe advertir, desde esta institución, que su utilización sólo excepcionalmente podría ser admitida para el caso en que la ciencia médica no proporcionara otros mecanismos de naturaleza farmacológica, para paliar posibles comportamientos agresivos de los enfermos. Y aún así, si médicamente se considerase que no hay alternativa alguna a su aplicación, en los términos expuestos, también respecto de estos supuestos se requeriría, a juicio de esta institución, una comunicación al juez competente de los supuestos concretos en que se aplican, con constancia documental de su prescripción médica, debiendo, en todo momento respetarse la dignidad de la persona en su aplicación.

De otra parte, la justificación de estas medidas nunca podrá estar basada en razones tales como la carencia de personal o la distorsión en la organización del centro.

Dentro de los parámetros expuestos, las situaciones que a continuación se describen deben ser desfavorablemente enjuiciadas por esta institución.

Nos referimos en primer término a la situación observada durante la visita realizada al Hospital Psiquiátrico Provincial del Puerto de Santa María (Cádiz), en la que pudo comprobarse la existencia de unos cuartos denominados de aislamiento que carecían de marco y cristales en las ventanas, existiendo únicamente rejas del hueco de éstas. Tales cuartos, de dimensiones reducidas, tenían como única dotación una cama.

- En el momento de efectuar la visita uno de ellos se encontraba vacío y el otro cerrado mediante una puerta metálica con amplios cerrojos.

En este cuarto permanecía un paciente aislado, existiendo en una esquina de la habitación un recipiente metálico, que el usuario utilizaba a modo de WC.

Recabada la correspondiente información (tanto del director del centro, como del personal auxiliar del pabellón), se informó que el enfermo, por su carácter agresivo y los frecuentes daños producidos, permanecía desde aproximadamente un año en dicho cuarto, de donde únicamente salía para comer, bañarse, afeitarse y cuando acudían sus familiares.

En cuanto al Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, durante la visita al pabellón de mujeres, pudo observarse que en una habitaciones individual de la sala-dormitorio primera, cuya puerta tenía echada la llave, se encontraba una paciente atada a la cama por una pierna, medida que, según la información del personal sanitario del centro, se llevaba a cabo únicamente por la noche y se justificaba por la agresividad de la enferma.

Durante la visita a la unidad de psiquiatría del Hospital de Bellvitge "Prnceps d'Espanya" de Hospitalet de Llobregat (Barcelona), pudo observarse también la existencia de un enfermo atado a su cama en la habitación.

Y por último, en el transcurso de la visita realizada al Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" de Toén (Orense), se observó la existencia en la enfermería, de tres enfermos sujetos a las camas por las muñecas.

Las situaciones descritas no puede ser consideradas acordes al reconocimiento constitucional de la dignidad de la persona.

Tras esta exposición parece necesario reiterar, la necesidad de que todas estas situaciones sean puntualmente puestas en conocimiento del juez competente, con el correspondiente dictamen médico sobre su necesidad en los términos antes expuestos, con la finalidad de garantizar un control judicial que evite posibles abusos.

7.2.1.2. Internamientos involuntarios urgentes.

Respecto de este tipo de internamiento, el Código Civil, acorde también en este caso con los criterios de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, permite que el internamiento se lleve a cabo sin previa autorización judicial, pero debiendo comunicarse al juez cuanto antes su realización y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

Así pues, la única especialidad de los internamientos urgentes respecto de los que no lo son, radica exclusivamente en que se sustituye la autorización judicial previa por la aprobación judicial posterior. El resto de los requisitos deben entenderse comunes a ambos, tal y como exige la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ya examinada.

Es pues, necesario que el juez, para aprobar o no el internamiento urgente, examine personalmente al enfermo y solicite, con carácter preceptivo, dictamen médico. Así como que la resolución se comunique al centro, se revise periódicamente el internamiento, y se comunique la resolución judicial al Ministerio Fiscal a efectos de instar, en su caso, la correspondiente incapacitación.

La escueta regulación legal de este tipo de internamientos, nos lleva también en este caso a destacar algunos vacíos importantes.

Una de las cuestiones que no se encuentran legalmente resueltas, es la de determinar sobre quién recae la obligación de comunicar al juez el ingreso urgente.

La cuestión reviste especial trascendencia, pues de esta concreción del sujeto obligado a efectuar tal comunicación, depende la eficacia de posteriores exigencias de responsabilidad, en el caso de que fuera procedente, por el incumplimiento de la obligación.

A este respecto, parece razonable entender que esta obligación recaiga sobre el facultativo del centro que acepta el ingreso. Este es además, el criterio sostenido al efecto por la Fiscalía General del Estado.

En cuanto al juez territorialmente competente, no parece que, tampoco en este caso, deba aplicarse la misma regla que para los internamientos no urgentes, en virtud de la cual la competencia territorial era atribuida al juez del lugar del domicilio del presunto incapaz.

La mayor efectividad del control judicial parece requerir que la competencia se atribuya al juez del lugar en que radica el centro donde se ha efectuado el ingreso urgente, ya que se trata de la autoridad judicial más próxima y que con más facilidad podrá proceder al examen personal del enfermo, tal y como la ley previene.

En la adopción de este criterio competencial coinciden, por lo demás, tanto el Consejo General del Poder Judicial como la Fiscalía General del Estado, pero nada dice la ley expresamente al respecto.

De otra parte, sin perjuicio del posterior examen personal del enfermo por el juez, sería también conveniente que la comunicación del centro al juzgado sobre el ingreso urgente, proporcionara a éste algunos elementos de juicio para facilitar el control posterior del juez.

Por último, al igual que ocurre en relación con otras formas de privación de libertad, sería conveniente que la ley precisara el tiempo máximo en el que el juez debe emitir su resolución aprobando o denegando el internamiento urgente. La falta de previsión alguna al efecto esta generando en la práctica que el control judicial de este tipo de internamientos no se lleva a cabo con la precisión que exigiría la situación de privación de libertad sobre la que recae.

Veamos ya como se llevan a cabo en la práctica estos ingresos urgentes.

En primer término, resulta necesario hacer una precisión relativa a las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. En este tipo de centros, casi todos los internamientos se llevan a cabo por la vía de urgencia, pero al ser corto el tiempo de estancia, en la casi generalidad de los casos el control judicial efectivo no llega a producirse.

Así, respecto de estas unidades, como regla general, en casi todos los supuestos, los centros comunican al juez dentro del plazo de veinticuatro horas los ingresos urgentes, pero el juez no remite al centro resolución aprobatoria o denegatoria alguna. Así ocurre en la unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla; unidad de psiquiatría

del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y unidad de psiquiatría del Hospital de Calde (Lugo).

En otras unidades, el centro efectúa en plazo esta comunicación y el juez se limita a acusar recibo, omitiéndose, como en el caso anterior, las esenciales garantías de examen personal del enfermo y de la emisión del correspondiente dictamen médico, sin que tampoco se remita al centro la resolución dictada aprobando el internamiento. Se ignora, por tanto, en estos casos, como en los anteriores, si tal resolución es efectivamente adoptada. Así ocurre en la unidad de psiquiatría del Hospital General de Asturias (Oviedo); del Hospital Provincial de Toledo; y del Hospital "Nuestra Señora de la Montaña" de Cáceres.

Existen otros casos en los que las unidades o no han efectuado en algún supuesto esa comunicación al juzgado o realizan este trámite defectuosamente. Así, en la unidad de psiquiatría del Hospital de Bellvitge "Principes d'Espanya" de Hospitalet de Llobregat (Barcelona), lo usual, según se nos informó, es notificar a la familia la necesidad de solicitar del juzgado la agilización del ingreso urgente, sin que el hospital efectúe comunicación directa alguna al juzgado, salvo en casos en los que exista algún aspecto problemático. En la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia, se nos informó en el curso de una de las entrevistas mantenidas, que estos ingresos se comunicaban siempre al juez dentro del plazo legalmente establecido, el cual remitía la resolución correspondiente. Sin embargo, en otra de las entrevistas, se nos manifestó que no se comunican, en ocasiones, al juez de modo inmediato estos ingresos, si la familia así lo solicita. Por otra parte, examinada la documentación obtenida de este centro, pudo constatarse la

existencia de algunos ingresos de urgencia en los que no constaba que se hubiera remitido comunicación alguna al juzgado.

En otras unidades visitadas, parece funcionar correctamente el sistema de garantías legalmente previsto. Así, en la unidad de psiquiatría del Hospital "Gregorio Marañón", que es visitada una vez por semana por el juez, acompañado por el médico forense para resolver en relación con los internamientos urgentes; unidad de psiquiatría del Hospital General de La Rioja (Logroño), en el que, según se nos informó, el juez comparece en el centro cada vez que se efectúa un ingreso urgente.

En cuanto a la situación de esta cuestión en los hospitales psiquiátricos de más larga estancia, también es diversa, si bien y por lo que a la actuación de los centros se refiere, en casi todos los visitados la comunicación del ingreso urgente al juez se efectúa en el plazo legal, según la información obtenida.

Por lo que a la actuación judicial se refiere, hay algunos centros en los que, según se nos informó o bien el juez no remite al centro la resolución aprobatorio del ingreso urgente, o bien estos ingresos son aprobados sin examen personal del enfermo por el juez. Así, durante la visita al Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo, según se nos informó, las aprobaciones de los ingresos urgentes por el juez, se suelen realizar sin examinar al paciente.

Por su parte, según la información obtenida en el Hospital Psiquiátrico del Salt (Gerona), los ingresos urgentes

se comunican al juez en el plazo legal, acudiendo en seguida al centro el médico forense, aunque en ocasiones va también el juez y tras examinar al paciente, remite al centro la correspondiente resolución aprobando el internamiento. No obstante, de la documentación obtenida en dicho hospital se desprende que en algún caso, no constaba en el expediente la resolución judicial aprobando el ingreso.

Por lo que se refiere al Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" de Toén (Orense), según se nos informó, los ingresos urgentes se comunican al juzgado en el plazo legalmente establecido, viéndolos posteriormente el forense y remitiendo el juez al centro la correspondiente resolución aprobando el ingreso. No obstante, sin perjuicio de lo expuesto, de la documentación obtenida en este centro se desprendía que, en algún caso, no se había comunicado al juzgado algún ingreso urgente.

Por el contrario, en otros centros visitados, de la información obtenida durante las visitas, podía desprenderse que el control judicial de este tipo de ingresos se desarrollaba, generalmente, con normalidad.

Así, en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, una vez en semana visita el centro el juez acompañado por el forense, examinando personalmente los ingresos urgentes de la semana, emitiendo posteriormente la correspondiente resolución. En similar situación se encuentran la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Yebes (Guadalajara) y el Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia).

En cuanto al Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres), el juez también acude semanalmente al centro, acompañado por el forense, para verificar la situación de los ingresos urgentes.

Resta por último hacer mención a la situación apreciada durante la visita al Hospital Psiquiátrico "San Salvador" de Oña (Burgos). En este caso, y según se nos informó, tanto el juez como el forense acuden al centro para examinar personalmente a los enfermos ingresados por vía de urgencia, pero el juzgado no remite posteriormente resolución alguna al centro aprobando dicho ingreso.

En otro orden de cosas y por lo que a la competencia territorial se refiere, el vacío legal existente está determinando que algunos centros remitan la comunicación de los internamientos urgentes al juez del domicilio del presunto incapaz y no al del lugar donde radica el centro, impidiéndose con ello el efectivo control judicial que la ley exige. Así ocurre por ejemplo, según la información obtenida, en el Hospital "Román Alberca" de El Palmar (Murcia). En este centro la comunicación se efectúa dentro del plazo legal al juez del domicilio del internado por vía de urgencia y, cuando este juzgado coincide con el del lugar del centro (Juzgado de Murcia), su titular comparece en seguida en el mismo, acompañado del secretario y del forense y, tras examinar al enfermo, remiten al centro la pertinente resolución aprobatoria. En cambio, cuando el juez del domicilio es distinto al del lugar del internamiento, esta comunicación al juzgado obtiene el silencio por respuesta.

Por su parte, en la unidad de psiquiatría del Hospital General de Calde (Lugo), los ingresos urgentes los comunican al juez del lugar, pero las altas médicas de estos mismos enfermos, las remiten al juez del domicilio del mismo, dificultándose por tanto el control por el juez del lugar de la permanencia de la situación de internamiento.

Y para concluir este apartado, debe señalarse que las comunicaciones que los centros remiten a los juzgados correspondientes informando los ingresos urgentes, suelen ser, como regla general, excesivamente escuetas, dificultando con ello el efectivo control judicial

7.2.2 Internamientos voluntarios.

El análisis de la práctica seguida en los establecimientos visitados en relación con los internamientos de carácter voluntario muestra una situación divergente según se trate de hospitales psiquiátricos o de unidades de psiquiatría de los hospitales generales.

En efecto, en la mayoría de los hospitales psiquiátricos existe constancia documental de la voluntariedad del ingreso, a través de la firma, por parte del paciente, del correspondiente ingreso. Así ha podido constatarse que sucede en los centros siguientes: Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María; Hospital "Nuestra Señora del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Hospital Psiquiátrico de Tenerife; Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebe; Unidad Residencial y Rehabilitadora de

Toledo; Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña; Hospital Psiquiátrico de Salt; Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea; Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goás", de Toén; Hospital Psiquiátrico de Madrid; Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia; Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria; Hospital "Reina Sofía", de Lardero; y Hospital Psiquiátrico de Bétera.

Hay, no obstante, hospitales en los que no existe documento que acredite el consentimiento otorgado voluntariamente al internamiento, debiéndose llegar, por exclusión, a determinar que son voluntarios aquellos internamientos respecto de los que no existe autorización u orden judicial (así, Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla; Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias, en Oviedo; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo; Complejo Hospitalario Provincial, de Plasencia; y Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona).

Por su parte, las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales se hallan precisamente en la situación contraria, ya que son minoría aquellos establecimientos donde queda constancia documental del carácter voluntario del ingreso (así, Hospital Provincial de Toledo; Hospital Clínico de Valladolid; Hospital "Santa María de la Montaña", de Cáceres; Hospital de Calde, en Lugo; Hospital General de La Rioja, en Logroño). Consecuentemente, en la mayoría de estas Unidades la voluntariedad del ingreso en las mismas no queda reflejada en el pertinente documento (así, Hospital General de Asturias, en Oviedo; Hospital Clínico Universitario, de La Laguna; Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya", de

L'Hospitalet de Llobregat; Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid; Hospital "Virgen del Camino", de Pamplona; Hospital de Navarra, también de Pamplona; Hospital "Santiago Apostol", de Vitoria; y Hospital Clínico, de Valencia).

Según la información recibida, en alguno de estos casos (Hospital de Bellvitge "Princeps d'Espanya", de L'Hospitalet de Llobregat) algunos de los documentos requeridos para el ingreso son firmados generalmente por familiares de los enfermos. Tal circunstancia pudo comprobarse en la visita efectuada, al observarse la autorización del ingreso de conformidad con las normas de admisión firmado por la hermana de uno de los enfermos ingresados.

La razón aducida en alguno de estos hospitales para explicar esta omisión radica en la similitud de esta circunstancia con lo que acaece en el resto de las unidades del hospital en cuestión, ya que en ninguna de ellas los pacientes suscribían a su ingreso un documento en tal sentido, por lo que la exigencia de este requisito a los enfermos psiquiátricos podría significar un tratamiento desigual.

Un criterio similar se contiene, a título de ejemplo, en el Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, donde se asevera que "la normativa y procedimiento de ingreso serán las comunes al hospital, exceptuando lo que atañe a la Ley 13/83, de tutela sobre ingresos involuntarios".

El razonamiento expuesto no puede, sin embargo, ser compartido por esta institución. En efecto, la necesidad de que quede constancia documental del carácter voluntario del internamiento, que se deriva de una interpretación lógica, sistemática e integradora del artículo 211 del Código Civil,

ni vulnera la equiparación del enfermo mental con el resto de los enfermos, ni supone un trato desigual susceptible de generar una situación discriminatoria. Ello es precisamente así porque la constancia documental de la voluntariedad del internamiento no actúa como condición perjudicial para el enfermo mental, sino, antes bien, como un elemento fundamental para garantizar una protección más perfecta de sus derechos.

Por ello, esta institución considera que, en beneficio del propio enfermo mental y para garantizar más perfectamente sus derechos, debería existir siempre constancia documental del consentimiento otorgado por el interesado a su internamiento, sin que tal consentimiento pueda, en ningún caso, presumirse. De este modo, podrían evitarse casos hipotéticos en los que, mediante la simple omisión de la solicitud de la autorización judicial, prevista en el artículo 211 del Código civil, sea convertido en voluntario su internamiento que, por la falta de capacidad del interesado para prestar consentimiento, debería requerir autorización judicial. De esta forma también se obviarían las garantías que, en orden a la prosecución del internamiento, se contemplan en el indicado precepto.

Se trata aquí, como en casos anteriores, de una laguna de la actual regulación legal, que está generando, como se ha visto, una práctica contradictoria en los distintos centros visitados, con la consiguiente inseguridad jurídica y dejando de nuevo una puerta abierta al fraude de ley en un ámbito tan importante como es el de la libertad personal.

Esta cuestión sí se encontraba, en cambio resuelta adecuadamente en el derogado Decreto de 3 de julio de 1931, el cual exigía para todo ingreso voluntario un certificado médico

en el que se hiciera constar la indicación de la asistencia en un establecimiento psiquiátrico, así como una declaración firmada por el propio paciente, en la que se indicara su deseo de ser tratado en el establecimiento elegido.

Debe añadirse, por último, que en el curso de las visitas efectuadas ha podido detectarse que una de las Unidades de Psiquiatría (Hospital General de Murcia) comunica al juzgado todos los internamientos, es decir, no solo los internamientos involuntarios urgentes, sino también los voluntarios. Esta circunstancia debe entenderse derivada de un celo verdaderamente encomiable, pero quizás excesivo, ya que no se desprende de norma alguna que los internamientos de carácter voluntario deban ser comunicados al órgano judicial competente.

Sólo surgiría esta obligación de comunicación al juzgado en el caso en que un paciente ingresado como voluntario solicite su alta y los facultativos entiendan que razones terapéuticas aconsejan la denegación de la misma, en cuyo caso habría de intervenir el juez por haberse transformado la naturaleza del ingreso, que había devenido involuntario. Así lo exigen, por lo demás y como ya hemos visto, las recomendaciones del Consejo de Europa. Encontrándose también prevista en el derogado Decreto de 1931 esta conversión del ingreso voluntario en involuntario, que determinaba la aplicación de todas las garantías de este último tipo de internamientos.

En cuanto a esta última cuestión, en casi todos los centros visitados estaba prevista la conversión de un ingreso voluntario en involuntario, cuando se prolongaba el internamiento en contra de la voluntad del paciente que

inicialmente consintió el ingreso. En todos los casos, los centros, al convertirse en involuntario, comunicaban al juez la situación.

En cuanto al control efectivo por los jueces de estos internamientos convertidos en involuntarios, presenta deficiencias similares a las ya expuestas respecto de los internamientos urgentes, por lo que no se reiteran aquí.

Por último y en otro orden de cosas, en el curso de la visita efectuada a la unidad de psiquiatría del Hospital de Calde (Lugo), pudo comprobarse un caso en el que constaba el impreso de aceptación voluntaria de un ingreso firmado por el padre de un menor de edad.

Esta circunstancia, nos lleva a destacar otro vacío normativo de la actual regulación, en la que no se resuelve el problema de si el consentimiento al internamiento psiquiátrico del titular de la patria potestad, permite calificar como voluntario el ingreso de un menor, quedando así al margen de las garantías previstas en el artículo 211 del Código Civil.

A juicio de esta institución, esta importante cuestión debe tratarse desde la perspectiva claramente homogeinizadora con que se aborda la situación de internamiento psiquiátrico en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, que ya ha sido destacada en anteriores apartados para intentar dar solución a otras lagunas legales de naturaleza similar.

Desde esta perspectiva, la protección y el régimen de garantías que rodean al internamiento psiquiátrico se

establecen en atención a las especiales características que confluyen en esta peculiar forma de privación de libertad, derivando todas ellas de las cautelas que suscita la situación de internamiento psiquiátrico propiamente dicha, con independencia de su naturaleza civil o penal y de las diversas condiciones personales que puedan concurrir en el enfermo mental.

Esta línea argumental básica, nos llevó páginas atrasa a sostener que debía ser idéntico el régimen de garantías del internamiento del presunto incapaz y del ya incapacitado.

Por ello, para evitar lamentables posibles abusos, en algunos casos, en el ejercicio de la patria potestad que den lugar a internamientos indebidos, el consentimiento del menor al internamiento no debe ser suplido por el que presten los titulares de la patria potestad, debiendo someterse, por el contrario, este tipo de- internamientos, en todo caso, al régimen de garantías legalmente previsto para los internamientos involuntarios propiamente dichos.

Por otra parte, dar validez al consentimiento prestado por los titulares de la patria potestad, generaría una desigualdad de trato entre los menores sometidos a tutela y los que se encuentran bajo la protección de la patria potestad, normal o prorrogada. Y ello por cuanto respecto de los sometidos a tutela -y téngase en cuenta que los menores pueden estar sometidos a tutela sin necesidad de que hayan sido incapacitados, tal y como prevé el artículo 222.1 del Código Civil- el artículo 271.1 del Código civil sí exige al tutor autorización judicial para proceder al internamiento psiquiátrico.

Así pues, sí se aceptara esta tesis, una misma situación, el internamiento psiquiátrico de un menor de edad, estaría sometido a garantías diferentes, según se operase al amparo de la tutela o de la patria potestad. Tal situación de desigual tratamiento en cuanto a las garantías, no parece que pueda ampararse desde la perspectiva homogénea antes sostenida.

7.2.3. Revisión de los internamientos realizados antes de la entrada en vigor del vigente artículo 211 del Código Civil.

Tras la entrada en vigor de la Constitución, no puede sostenerse la adecuación a la misma de los internamientos efectuados al amparo del Decreto de 1931, hasta que se produjo la reforma del Código Civil en el año 1983, pues ello supondría mantener y dar por válidas situaciones de privación de libertad realizadas tras la entrada en vigor de la Constitución, pero sin las garantías que de ella dimanaban.

Por ello, en todos los centros psiquiátricos debería haberse realizado una exhaustiva revisión de todos los internamientos anteriores al año 1983, fecha de la reforma que adecuó su regulación a las exigencias derivadas de la Constitución.

Por ello, los establecimientos psiquiátricos, en estricta colaboración con los jueces y el Ministerio Fiscal, debían haber realizado un pormenorizado análisis, depurando situaciones de voluntariedad e involuntariedad y promoviendo, en su caso, los correspondientes procesos de incapacitación.

Este es, por lo demás, el criterio sostenido por el Tribunal Constitucional en su sentencia 104/1990, de 4 de junio, y por el Consejo General del Poder Judicial y por la Fiscalía General del Estado.

Sin embargo y como ha podido apreciarse en el curso de las visitas realizadas, esta revisión se encuentra tan solo en ciernes.

Efectivamente, en algunos centros visitados la citada revisión no había ni siquiera comenzado. Así ocurre, en el Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar" de Zaragoza; en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas-Maliaño-Camargo (Cantabria); Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo y Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves" (Vitoria).

Debe destacarse que durante la visita realizada al Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier" de Pamplona, se nos informó que no habían realizado esta revisión por entender que los preceptos de la Ley 13/1983, de 24 de octubre, eran "irretroactivos", sin perjuicio de que estuvieran empezando a instar del Ministerio Fiscal algunas incapacitaciones que consideraban necesarias.

En otros casos, los centros han remitido información clínica pormenorizada al Ministerio Fiscal para efectuar esta revisión, sin que tengan conocimiento de si por éste se ha procedido a regularizar la situación, iniciándose los correspondientes procesos de incapacitación, en su caso, o resolviendo sobre los internamientos involuntarios, necesitados de autorización. Así ocurre en algunos establecimientos tales como, Hospital Psiquiátrico

"Miraflores" de Sevilla; Hospital Psiquiátrico Provincial, del Puerto de Santa María (Cádiz); Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo; Hospital Psiquiátrico "San Salvador" de Oña (Burgos); Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael" de Castro de Riberas de Lea (Lugo).

En otros casos, el proceso de revisión estaba recién empezado, así ocurría en el Hospital Psiquiátrico de Salt (Gerona); Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres); Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia).

Y por último, tan sólo en algunos centros visitados esta revisión había sido completamente terminada. Así, en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife; en la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Yebes (Guadalajara); Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" de Toén (Orense); Hospital Psiquiátrico de Madrid y en el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero (La Rioja).

7.3. Internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria.

Los problemas que este tipo de internamientos plantean, deben también ser abordados en el presente informe, por cuanto durante las visitas realizadas a los centros psiquiátricos, ha podido comprobarse la existencia, en muchos de ellos, de enfermos internados en virtud de esta legislación.

De los datos obtenidos, existían en el momento de la visita, enfermos internados al amparo de la legislación penal o en el curso de un proceso penal, en los siguientes centros:

Hospital Psiquiátrico "Miraflores" de Sevilla; Hospital Psiquiátrico Provincial del Puerto de Santa María (Cádiz); Hospital Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar", de Zaragoza; Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca; Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, Maliño-Camargo (Cantabria); Hospital Psiquiátrico "San Salvador" de Oña (Burgos); Complejo Sanitario Provincial de Plasencia (Cáceres); Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (Lugo); Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas" de Toén (Orense); Unidad de Psiquiatría del Hospital "Gregorio Marañón" (Madrid); Unidad de Psiquiatría del Hospital de Navarra (Pamplona); Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía" de Lardero (La Rioja); Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia y Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia).

Se trata, por tanto ahora, de analizar con más detenimiento las deficiencias apuntadas en apartados anteriores relativas a la regulación aplicable a estos supuestos y su trascendencia práctica. A este respecto, debe recordarse que la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos extiende a los internamientos de naturaleza penal idéntico régimen de garantías que a los que se llevan a cabo al amparo de la legislación civil.

7.3.1. Problemas que plantea la actual regulación del Código Penal.

Como ya tuvimos ocasión de señalar, la reforma operada en el Código Penal por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, mejoró sustancialmente la regulación anterior en lo relativo a las medidas de seguridad postdelictuales aplicables a los enajenados que habían sido declarados exentos, de forma completa o incompleta, de responsabilidad criminal.

Por lo que se refiere a la eximente completa de enajenación mental (art. 8.1 del Código Penal), la actual regulación prevé la posibilidad de aplicar al declarado exento de responsabilidad, algunas medidas sustitutivas del internamiento, que pueden ser impuestas desde un principio, sin que, en consecuencia, deba aplicarse en todo caso, como primera medida la de internamiento.

Estas medidas alternativas son: la sumisión a tratamiento ambulatorio; La privación del permiso de conducir o de la licencia de armas; y, por último, la presentación mensual o quincenal ante el órgano judicial sentenciador del enajenado o de la persona que tenga atribuida su guarda o custodia, legal o judicialmente.

En cuanto a la reforma operada en el año 1983 en relación con la eximente incompleta de enajenación mental (art. 9.1 del Código Penal), esto es, para los casos en que la enajenación mental tan sólo determine una imputabilidad disminuida, debe considerarse también sustancial.

Así, se deja al arbitrio del tribunal la posibilidad de aplicar, de forma acumulativa a la pena, las diversas medidas de seguridad previstas en relación con los enajenados que sean plenamente inimputables, imponiéndose además

importantes restricciones legales que, aunque ya las dejamos apuntadas en apartados anteriores, conviene reiterarlas aquí.

Así, la medida de internamiento sólo puede aplicarse si la pena impuesta es de privación de libertad; la duración de aquél no puede exceder de la de la pena privativa de libertad; si se aplica la medida de internamiento, debe cumplirse con prioridad a la ejecución de la pena, debiendo además computarse como tiempo de cumplimiento de ésta; y por último, concluido el cumplimiento de la medida de seguridad impuesta, cualquiera que haya sido, el tribunal, a la vista del resultado positivo del tratamiento, podrá reducir la duración del resto de la pena o incluso darla por extinguida.

De cuanto ha sido expuesto y por lo que a la regulación de la eximente incompleta se refiere, puede sostenerse que la reforma introducida en el año 1983 ha sabido conjugar las estrictas garantías derivadas de los principios de legalidad y determinación de la pena, con los de proporcionalidad e individualización de la consecuencia penal.

Vamos, pues, a centrarnos en un análisis más detenido de la regulación legal atinente a la exención completa de responsabilidad criminal, no sólo porque es en la que, a juicio de esta institución, se aprecian todavía importantes deficiencias, sino también porque durante las visitas a los centros, ha podido observarse que casi todos los internamientos de naturaleza penal habían sido realizados al amparo del artículo 8.1 y no del 9.1 del Código Penal.

Según la vigente regulación legal, la medida de internamiento aplicable a los plenamente inimputables, está prevista en el Código, sea cual sea la gravedad del delito

cometido y se encuentre éste castigado o no con pena privativa de libertad.

Así pues, al amparo de la vigente legislación, sería perfectamente posible aplicar la medida de internamiento, esto es, de privación de libertad al enajenado que hubiera cometido un delito no grave y que además no tuviera señalada pena privativa de libertad.

El principio de proporcionalidad de la consecuencia penal, reconocido por la jurisprudencia constitucional, (STS, TC 62/1985, de 15 de octubre y 65/1987, de 22 de mayo, entre otras), parece exigir una modificación normativa al respecto.

Así, durante las visitas a los centros ha podido constatarse la existencia de internamientos realizados al amparo del artículo 8.1 del Código Penal, por delitos de escasa entidad en cuanto a la pena como amenazas, coacciones, resistencia a la autoridad, escándalo público, hurto y formas leves de prostitución. Así se desprende por ejemplo de la documentación obtenida en el Hospital Psiquiátrico Provincial del Puerto de Santa María (Cádiz).

Parece pues, adecuado, sugerir una reforma de este precepto en virtud de la cual, la imposición de la medida de internamiento guarde proporción con la alternativa punitiva prevista para el caso de que no se hubiera apreciado la exención de responsabilidad, debiendo, en todo caso, precisarse legalmente el siguiente límite: que no se pueda imponer esta medida privativa de libertad si el delito no estuviera castigado con una pena de esta naturaleza.

Otra deficiencia básica de la vigente regulación legal es la de que el internamiento puede prolongarse indefinidamente ya que no existe predeterminación legal alguna de su duración máxima, ni se impone al juez la obligación de fijar esta duración en la sentencia.

A este extremo debe unirse la circunstancia de que el artículo 8.1 del Código Penal no impone tampoco al tribunal sentenciador una explícita obligación de revisión periódica del internamiento, en intervalos razonables, tal y como exige la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos para evitar indeseables internamientos indefinidos.

Ambas cuestiones han sido objeto de estudio en años anteriores por esta institución, habiendo dado lugar a una recomendación —a la que ya se hizo referencia en apartados anteriores— tendente a sugerir la reforma del Código Penal en el sentido indicado, esto es, que no pueda imponerse la medida de internamiento si la acción realizada, de concurrir todos los presupuestos del delito, no estuviera castigada con pena privativa de libertad; que la duración de la medida estuviera determinada legalmente; y, por último, que se impusiera al tribunal la obligación expresa de revisar periódicamente la situación de internamiento.

Por otra parte, a algunos de estos extremos se ha referido ya la jurisprudencia constitucional. Así el Tribunal Constitucional, en su sentencia 112/1988, de 8 de junio, en su fundamento jurídico tercero, expresamente dispone que:

"... al establecer en su párrafo segundo (el art. 8.1) que de dicho internamiento no se podrá salir sin la previa autorización del Tribunal sentenciador, dicho artículo

no consagra una eventual privación de libertad indefinida en el tiempo y a la plena disponibilidad del órgano judicial competente. Esta privación de libertad ha de respetar las garantías que la protección del referido derecho fundamental exige, interpretadas de conformidad con los tratados y acuerdos internacionales sobre esta materia ratificados por España (art. 20 C.E.), y, en concreto, con el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. Y a este respecto es preciso recordar que, salvo en caso de urgencia, la legalidad del internamiento de un enajenado, prevista expresamente en el art. 5.1 e) del Convenio, ha de cumplir tres condiciones mínimas ... a) Haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real; b) que ésta revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento, y c) dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y en consecuencia debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo.

... Resulta, por consiguiente, obligado, en aras del derecho fundamental consagrado en el art. 17.1 C.E. —que obliga a interpretar restrictivamente cualquier excepción a la regla general de libertad— el cese del internamiento mediante la concesión de la autorización precisa, cuando conste la curación o la desaparición del estado de peligrosidad. Este juicio en orden a la probabilidad de una conducta futura del interno socialmente dañosa, así como el convencimiento sobre

el grado de remisión de la enfermedad, corresponde al Tribunal penal e través de controles sucesivos en los que ha de comprobar la concurrencia o no de los presupuestos que en su día determinaron la decisión del internamiento. Pero, si bien es cierto que para la adopción de la decisión oportuna no se halla el órgano judicial automáticamente vinculado a los informes emitidos en sentido favorable a la misma, su disentimiento ha de ser, sin duda, motivado, con el fin de evitar que la persistencia de la medida aparezca como resultado de un mero arbitrio o voluntarismo judicial, y deberá basarse en algún tipo de prueba objetivable ya que, conforme a la mencionada doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, dicho internamiento no puede prolongarse válidamente si no persiste el trastorno mental que lo legitime por su carácter y amplitud."

Del texto transcrito se desprende como el Alto Tribunal, en consonancia con los criterios contenidos en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, impone en estos casos al tribunal sentenciador dos concretas obligaciones: de un lado, la de revisar periódicamente la situación de internamiento y, de otro, la de resolver en todo caso y motivadamente sobre las peticiones de finalización de dicha situación que se le formulen.

Como enseguida veremos, la práctica diaria de nuestros órganos jurisdiccionales dista mucho de dar cumplimiento a las exigencias que acaban de mencionarse.

La simple exposición de algunos datos, obtenidos durante la visita al Hospital psiquiátrico Provincial del Puerto de Santa María (Cádiz), puede resultar, desgraciadamente, clarificadora.

- Ciudadano internado por orden judicial adoptada en un proceso penal -sin que conste resolución judicial alguna en el centro-, desde el año 1983. El paciente falleció sin que hubiera sido nunca objeto de revisión por el tribunal sentenciador, la medida de internamiento impuesta.

- Ciudadano internado en virtud de auto de sobreseimiento libre, en el año 1962 por delito de amenazas. Hasta el año 1988, esto es veintiséis años más tarde, el tribunal sentenciador no se pronuncia en favor de la medida de tratamiento ambulatorio. Solicitado posteriormente por el Hospital el cese de la medida de seguridad, el tribunal no ha dado respuesta a esta petición.

- Ciudadana ingresada en el año 1928 en virtud de una causa penal por presunto delito de asesinato, si bien en el Hospital no consta la resolución judicial que motivó el internamiento. La paciente, tras sesenta años de internamiento falleció, sin que su situación fuera en ningún momento revisada por el tribunal.

- Ciudadano ingresado en el año 1955 en virtud de causa penal seguida por presunto delito de lesiones, sin que conste en el hospital la resolución judicial que motivó su ingreso. Permanece ingresado actualmente, treinta y seis años después, sin que su situación haya sido nunca revisada por el órgano jurisdiccional que ordenó su internamiento.

- Ciudadano ingresado en el año 1977 en virtud de auto de sobreseimiento libre, dictado en causa penal seguida por delito de robo. Falleció en el año 1989, permaneciendo por tanto doce años sin que fuera judicialmente revisada la medida que le había sido impuesta.

- Ciudadano ingresado en virtud de auto de sobreseimiento libre dictado en 1977, en causa penal por delito de escándalo público. Permanece internado en la actualidad, esto es, catorce años más tarde, sin que la medida de internamiento haya sido nunca revisada por el órgano jurisdiccional que la adoptó.

- Paciente ingresado en virtud de auto de sobreseimiento libre, sin que conste su fecha, dictado en causa penal por delito de amenazas y resistencia a la autoridad, que permaneció ingresado hasta el año 1988 en que falleció, sin que nunca se hubiese revisado judicialmente su situación.

- Ciudadano ingresado en el año de 1970 en virtud de dos procesos penales, sin que conste en el centro la resolución o resoluciones que ordenaron el internamiento y sin que, ni tan siquiera exista constancia de que estas resoluciones se hayan dictado. Esta situación absolutamente irregular permanece actualmente desde la fecha de ingreso, esto es, hace veintiún años, sin que haya sido objeto de revisión judicial alguna.

- Ciudadano ingresado en el año 1966, en virtud de auto de sobreseimiento libre dictado en causa penal por delito de amenazas. Esta situación permanece sin revisar actualmente, esto es, transcurridos veinticinco años.

- Ciudadano ingresado en el año 1964, en virtud de auto de sobreseimiento libre, dictado en causa penal por delito de lesiones. Permanece en la actualidad, tras veintisiete años, en esta situación que no ha sido nunca revisada judicialmente.

- Paciente ingresado en el año 1959 por orden judicial dictada en proceso penal seguido por presunto delito de hurto, sin que conste en el centro la resolución por la que se adoptó la medida de internamiento. Este ciudadano falleció en el hospital treinta y un años más tarde, en 1990, sin que nunca la medida de internamiento hubiera sido judicialmente revisada.

Durante la visita al Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca, también se obtuvo alguna información de interés que conviene destacar.

Y así, de la documentación examinada se desprende la existencia de tres pacientes ingresados en virtud de resolución judicial dictada en proceso penal, respecto de los cuales el hospital ha solicitado de los órganos jurisdiccionales competentes la revisión de la medida, sin haber obtenido respuesta alguna. Estos pacientes se encuentran ingresados desde los años 1978, 1980 y 1981 respectivamente.

Todos estos casos han determinado la apertura de las correspondientes actuaciones de oficio.

La dramática situación que acaba de reflejarse hace patente la necesidad de la reforma propuesta, aunque la indudable necesidad de dicha reforma legislativa no pueda justificar la pasividad predicable hasta el momento presente, tanto de los tribunales como del Ministerio Fiscal en orden a controlar estas situaciones de privación de libertad que no pueden menos de ser calificadas como abiertamente incompatibles con el adecuado respeto al derecho fundamental a la libertad personal, constitucionalmente reconocido.

7.3.2. Cuestiones que suscita la regulación procesal penal y penitenciaria vigente.

Se trata de una materia cuya reforma en conjunto no ha sido todavía abordada por el legislador, a pesar de las importantes disfunciones prácticas que ello está generando, con directa trascendencia en los derechos fundamentales constitucionalmente reconocidos.

La adecuada sistematización de este apartado requiere que su exposición se aborde desde las tres fases fundamentales que caracterizan al proceso penal: la de instrucción o investigación, la de terminación o suspensión del proceso y la de ejecución de lo resuelto. Sin perder de vista otro dato que ha de estar siempre presente, cual es que la enfermedad mental del inculcado puede ser coetánea a la realización de hecho que determina la apertura del proceso o bien, surgir durante el curso de su tramitación.

Debe ya adelantarse que en las tres fases procesales expuestas, la regulación legal presenta importantes deficiencias.

7.3.2.1. Fase instructora o de investigación.

El único precepto que nuestra Ley de Enjuiciamiento Criminal dedica a la situación de enfermedad mental en esa fase es el artículo 381.

En virtud del mismo, si el juez advirtiese en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá a observación facultativa en el establecimiento en que estuviera preso o en otro público si fuese más a propósito o estuviese en libertad.

Se trata de un acto de instrucción, no de una medida cautelar, que resulta de aplicación tanto si la enfermedad mental es anterior o posterior al inicio de la causa.

Una primera cuestión plantea el precepto analizado cuál es la de que no establece limitación temporal alguna a esta observación médica en régimen de privación de libertad.

La exigencia de dicha limitación, a juicio de esta institución, es consecuencia de los principios constitucionales de seguridad jurídica y de interpretación restrictiva de las limitaciones a los derechos fundamentales. Sin olvidar los criterios establecidos en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos tendentes a evitar internamientos de duración indefinida, sin suficiente control judicial.

Así, durante el curso de las visitas realizadas, de la documentación obtenida en algunos centros (por ejemplo en el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, en Lugo; o Unidad de Psiquiatría del Hospital de Navarra, en Pamplona), se desprende que algunos juzgados han acordado el internamiento para observación psiquiátrica del encausado, sin fijar plazo alguno de duración máxima de dicho internamiento.

Desde otro punto de vista, la escueta regulación que nuestra Ley de Enjuiciamiento Criminal dedica a la enfermedad mental durante la fase de investigación, determina que en la práctica se produzca cierto confucionismo judicial en una materia en que la inseguridad jurídica debiera estar erradicada.

Así, nuestra ley procesal no prevé que durante la instrucción el juez pueda adoptar en relación con el encausado enajenado la medida cautelar de internamiento en un centro adecuado en los mismos supuestos en los que procedería adoptar la prisión preventiva y con las mismas garantías que ésta.

A ello se une que dicha ley no prevé tampoco expresamente que el juez de instrucción pueda remitir al juez civil competente la situación del inculcado enfermo mental, para el caso de que fuera necesario un tratamiento médico psiquiátrico en régimen de internamiento del mismo, al amparo del artículo 211 del Código Civil, en aquellos casos en que no se dieran los supuestos que permitieran la adopción de la medida cautelar de prisión preventiva.

La omisión de ambos extremos puede generar una aplicación espúrea de la figura de la prisión preventiva, bien forzando su aplicación a supuestos en las que técnicamente no procedería, siendo, en cambio, adecuado un tratamiento médico en régimen de internamiento pero de naturaleza civil; bien decretando la prisión preventiva, sin más, de encausados enfermos mentales que, quizás, debieran seguir además un tratamiento médico psiquiátrico en régimen de internamiento.

A este respecto debe señalarse que la actual previsión contenida en el artículo 53.2 del Reglamento

Penitenciario, sobre internamientos en centros psiquiátricos penitenciarios de los presos preventivos, no resulta tampoco satisfactoria a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Y ello, por cuanto según este reglamento, la decisión de internamiento psiquiátrico es competencia, en todo caso y no sólo en caso de urgencia, de la administración penitenciaria, comunicándolo al juez que conozca de la causa, pero sin que se establezca expresamente, tal y como exige el artículo 5.4 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales el derecho a recurrir tal decisión por parte del enfermo en prisión, ni tampoco una obligación judicial de revisar y controlar periódicamente, en intervalos razonables, dicha situación de internamiento psiquiátrico producida durante la prisión provisional, sin que el genérico control del juez de vigilancia penitenciaria pueda considerarse suficiente.

Debe tenerse presente que la medida de prisión preventiva judicialmente acordada, no puede dar legitimidad, sin más, a los internamientos psiquiátricos que puedan producirse durante el desarrollo de aquella.

Como se ha dejado suficientemente expuesto, el internamiento psiquiátrico, a la luz del Convenio mencionado, exige unas determinadas garantías, distintas a las de la prisión preventiva y que se superponen a las de ésta.

Sería pues, conveniente, que nuestra legislación procesal hiciera expresa referencia a esta cuestión, sin olvidar, claro está, la validez y plena legitimidad de las decisiones de internamiento psiquiátrico que puedan ser

adoptadas en casos de urgencia por la administración penitenciaria, siempre que, con carácter expreso y preciso estén posteriormente sometidas a un efectivo control judicial que no puede entenderse cubierto, como antes se decía por el que genéricamente se atribuye al juez de vigilancia penitenciaria.

Así pues, al consistir esta situación en un internamiento que se produce dentro de una situación de privación de libertad, parece razonable reclamar en este punto que se extremen las garantías, requiriendo ello una modificación de la legislación procesal y penitenciaria vigente.

Retomando el hilo argumental del presente apartado, conviene ahora dejar constancia de algunas situaciones que han podido observarse durante las visitas realizadas y que ponen de manifiesto la necesidad de que la legislación procesal se modifique para abordar de forma completa la situación del enfermo mental durante la fase instructora o investigadora del proceso penal.

Nos referimos a la documentación obtenida durante las visitas al Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea (Lugo) y a la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Navarra (Pamplona).

En ambos centros pudo constatarse la existencia de enfermos ingresados en el curso de un proceso penal, en virtud de resoluciones judiciales que revestían la forma de auto, por las que se adoptaban "al amparo del artículo 8.1 del Código Penal" "unas medidas cautelares de internamiento en un centro

psiquiátrico del que el encausado enfermo no podría salir sin autorización del juzgado.

Se trata en estos casos, de medidas cautelares carentes de apoyo legal alguno pues, como hemos visto, no se encuentran previstas ni en el Código Penal ni en la Ley de Enjuiciamiento Criminal y que, además, carecen de duración determinada, a diferencia de la prisión preventiva.

El riesgo de posibles abusos que está generando esta falta de regulación expresa y con las debidas garantías de este tipo de medidas cautelares, es pues, claro.

7.3.2.2. Fase de terminación del proceso penal.

Analizaremos a continuación el tratamiento que la Ley de Enjuiciamiento Criminal otorga a la enfermedad mental en esta fase.

A este respecto, nuestra ley procesal adopta soluciones distintas según que la enajenación hubiera sido un factor concurrente a la comisión del hecho delictivo o hubiera aparecido una vez ya iniciado el proceso penal.

Examinemos en primer término las disposiciones previstas para el caso de que la enajenación hubiese sido coetánea a la comisión del delito.

La duda surge por cuanto una de las causas que determinan el sobreseimiento libre del proceso es la de que aparezcan exentos de responsabilidad criminal los procesados

como autores, cómplices o encubridores (art. 637.1 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

El problema radica por tanto en si mediante dicho auto de sobreseimiento puedan imponerse al encausado en el que concurra la eximente de enajenación mental, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal y, entre ellas, el internamiento.

La cuestión ha sido abordada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo en sus sentencias de 30 de octubre de 1973 y 31 de mayo de 1977, anteriores, por tanto a la entrada en vigor de la Constitución y por las de 16 de abril de 1979, 8 de noviembre de 1979 y 20 de octubre de 1982, todas ellas en idéntico sentido.

En estas sentencias la cuestión se aborda, fundamentalmente , desde la perspectiva de la ausencia de contradicción en los trámites previos al auto de sobreseimiento.

Efectivamente, este auto se dicta en la denominada fase intermedia, en la que no tiene intervención el inculpado, por lo que si en dicho auto se adoptan las medidas asegurativas previstas en el Código Penal, su adopción se efectuaría sin audiencia del inculpado y, por tanto, sin la necesaria contradicción.

La jurisprudencia citada, si bien no esta absolutamente la posibilidad de concluir el proceso, en los casos en que concurra la eximente de enajenación mental, mediante auto de sobreseimiento libre, sí impide, en todo caso, que en este auto se imponga medida asegurativa alguna.

Para la imposición de estas medidas es necesaria la celebración del correspondiente juicio oral, con todas las garantías de contradicción que ello implica, y que posteriormente se dicte sentencia. De tal forma que la aplicación del sobreseimiento libre juegue, en todo caso, en favor del reo y nunca en su contra.

Así pues, para el Tribunal Supremo, en acertado criterio, tan sólo en sentencia, tras el pertinente juicio contradictorio, pueden ser impuestas las medidas privativas o restrictivas de derechos previstas en el Código Penal para el exento de responsabilidad criminal por enajenación mental.

Por lo demás, éste es el criterio sostenido desde antaño por la Fiscalía General del Estado. Y así, de una parte en sus circulares de 10 de octubre de 1887 y de 24 de marzo de 1970, propugna un uso restringidísimo de la causa de sobreseimiento prevista en el artículo 637, 3º, a que venimos haciendo mención; de otra, en la consulta num. 1/1989, se sostiene, al igual que en las sentencias del Tribunal Supremo que acaban de citarse, que la adopción de las medidas asegurativas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal, tan sólo son viables si se imponen en sentencia, tras juicio contradictorio.

Algunas argumentaciones más pueden sostenerse para evitar la imposición de dichas medidas en auto de sobreseimiento libre y exigir, en todo caso, juicio contradictorio y sentencia.

Y así, si el juicio oral no llega a celebrarse por dictarse antes este auto, se priva al inculcado de su posibilidad de demostrar, en su caso, su no participación en

el hecho enjuiciado o bien que en su actuar pudo haber concurrido alguna causa de justificación, circunstancias estas que, de ser apreciadas por el tribunal, impedirían la adopción de medida de seguridad alguna derivada del juicio de culpabilidad. Y ello por cuanto en el enjuiciamiento, tanto el juicio sobre la efectiva realización de la acción típica como sobre la antijuridicidad de ésta, deben preceder al examen de la culpabilidad, pudiendo llegar, por tanto, a excluir este último análisis.

A mayor abundamiento y por lo que a la protección de la víctima se refiere, la exclusión del juicio oral y de la sentencia por aplicación previa del sobreseimiento libre, impide realizar el correspondiente juicio sobre los presupuestos de la responsabilidad civil derivada de la acción antijurídica realizada por el declarado inimputable, tal y como establece el artículo 20 del Código Penal.

Y para concluir el análisis de esta cuestión, debe señalarse que el problema expuesto ha sido satisfactoriamente resuelto en la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal llevada a cabo por la Ley Orgánica 7/1988, de 28 de diciembre, si bien tan sólo respecto del nuevo proceso denominado "procedimiento abreviado".

Y así, respecto de este tipo concreto de proceso, el artículo 790 impide al juez dictar auto de sobreseimiento libre cuando de la causa se desprendiera la posible concurrencia de la eximente completa de enajenación mental. En este caso, el proceso debe seguir hasta sentencia, única resolución en la que, tras la debida contradicción que el juicio oral implica, se acordará, si procede, alguna de las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal y se

resolverá, en su caso, sobre la acción de responsabilidad civil prevista en el artículo 20 de dicho cuerpo legal.

Es pues, de lamentar que el legislador, al realizar esta última reforma, no haya corregido también la defectuosa regulación que la ley mantiene, como ya hemos visto, en relación con el proceso ordinario por delito.

Procede ahora examinar las previsiones legalmente existentes para el supuesto de que la enajenación sobreviniera con posterioridad a la iniciación del proceso penal.

Nuestra ley procesal se refiere a esta cuestión en su artículo 383 en virtud del cual, si la demencia sobreviniera después de cometido el delito, concluso que sea el sumario, se mandará archivar la causa por el tribunal competente, hasta que el procesado recobre la salud "disponiéndose además respecto de éste lo que el Código Penal prescribe para los que ejecuten el hecho en estado de demencia".

Prescindiendo de algunas cuestiones técnicas que esta previsión legal suscita -nada establece la ley para el caso de que la enajenación se produzca una vez abierto ya el juicio oral-, no puede considerarse adecuado a las exigencias derivadas del artículo 24 de la Constitución que en un auto de archivo, no precedido de audiencia o contradicción alguna, puedan adoptarse medidas asegurativas privativas o restrictivas de derechos.

De otra parte, en este caso, a diferencia del anterior, la enajenación se ha producido en un momento posterior a la comisión del delito, por lo que, de aplicar al encausado las medidas de seguridad previstas en el Código

Penal para el enajenado que hubiera cometido un hecho tipificado como delito, sin juicio alguno en el que aquél pudiera demostrar su no participación en los hechos o la no antijuridicidad de su conducta, se estaría produciendo una vulneración de los derechos fundamentales a la libertad personal, a la presunción de inocencia y a la defensa.

Efectivamente, en este caso el presunto delito nada tiene que ver con la enajenación mental, que se produjo con posterioridad a la comisión de éste, por lo que no existe razón alguna para aplicar al encausado unas medidas de seguridad previstas en el Código Penal precisamente en función de la peligrosidad que pudiera demostrar un enajenado por el hecho de cometer un delito, supuesto éste que no se da, en absoluto, en el presente caso.

Por tanto, apreciada una situación de enajenación mental sobrevenida durante la tramitación del proceso y ajena por completo al delito cometido, debe, sin duda, suspenderse el proceso mediante el auto de archivo previsto en el precepto indicado, pero sin que en el mismo pueda aplicarse medida asegurativa alguna.

Otra cosa es, que el encausado al que sobreviene la enajenación pudiera necesitar un tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento, para lo cual habría de acudir a lo dispuesto en el artículo 211 del Código Civil que permite dicho internamiento desde el punto de vista estrictamente civil y absolutamente al margen del proceso penal.

Este es además el criterio sostenido por la Fiscalía General del Estado en la Consulta número 1/1989.

En consecuencia, la previsión contenida en el artículo 383 de la ley procesal en virtud de la cual, en estos casos, el archivo de la causa debe ir unido a la necesaria aplicación de las medidas de seguridad previstas en el artículo 8.1 del Código Penal, debe considerarse inadecuado a las previsiones constitucionales relativas a la presunción de inocencia el derecho a la defensa y a la libertad personal. En consecuencia, podríamos encontrarnos ante un supuesto de inconstitucionalidad sobrevenida.

Descendiendo a la trascendencia que están generando en la práctica las deficiencias normativas que acaban de exponerse, debe señalarse que, durante las visitas realizadas a los centros psiquiátricos, ha podido constatarse la frecuencia con que se producen internamientos de enfermos mentales en establecimientos psiquiátricos, en aplicación del artículo 8.1 del Código Penal, sin las garantías derivadas de nuestro texto constitucional y que han quedado ya definidas.

En el apartado anterior veíamos que, en la mayoría de los casos observados durante las visitas realizadas, la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico penalmente prevista, había sido acordada en auto de sobreseimiento libre y, en consecuencia, sin audiencia del interesado ni contradicción previa alguna, sin que tampoco el Ministerio Fiscal hubiera formulado recurso.

Si a ello se une que, en muchos casos, esta medida no ha sido nunca revisada judicialmente en orden a la posible aplicación de las medidas alternativas legalmente previstas y que, en algunos casos, el internamiento sine die se adoptó en relación con delitos de escasa entidad, puede fácilmente colegirse el estado de indefensión en que todavía se

encuentran actualmente los enfermos mentales internados en centros psiquiátricos como consecuencia de un proceso penal.

La reforma legislativa se hace pues, imprescindible. Pero, como antes también se advertía, la necesidad de dicha reforma no puede justificar que pervivan en la actualidad actuaciones de nuestros tribunales o del Ministerio Fiscal no amparadas por el Texto Constitucional.

Y para concluir este apartado, debe hacerse referencia a otra circunstancia extraída de las visitas realizadas a los centros.

Se trata de la frecuencia con que los enfermos ingresados en centros psiquiátricos a resultas de la eximente prevista en el artículo 8.1 del Código Penal, se encuentran sin haber sido declarados incapaces por el correspondiente juez civil.

Sin perjuicio de que en algunos casos esta incapacitación no sea necesaria, sería conveniente, a juicio de esta institución, que por el Ministerio Fiscal que es parte en los procesos penales en que esta eximente se declara, una vez que le ha sido notificada la sentencia firme, se efectuara en todos los casos la correspondiente valoración sobre la conveniencia, en su caso, de iniciar el correspondiente proceso civil de incapacitación del declarado exento de responsabilidad criminal por concurrir la circunstancia de enajenación.

7.3.2.3. Fase de ejecución de lo resuelto.

Como ya adelantamos en apartados anteriores, también la regulación legal de la enfermedad mental en esta fase de ejecución suscita problemas de interpretación tras la entrada en vigor de la Constitución.

La enfermedad mental que sobreviene al penado que se encuentra cumpliendo una pena privativa de libertad, no ha constituido objeto específico del presente estudio por cuanto, en su mayoría, esta situación se produce en el ámbito de la administración penitenciaria.

Ello no obstante, se ha valorado la conveniencia de incluirla, desde un punto de vista sistemático, para completar el estudio de la situación de la enfermedad mental en el ámbito del proceso penal.

Según dejamos apuntado, la legislación aplicable a esta situación se encuentra dispersada entre el Código Penal (art. 82), la Ley de Enjuiciamiento Criminal (arts. 991 y siguientes) y el Reglamento Penitenciario (arts. 57.3 y 143), normas éstas que deben ser armonizadas.

Examinaremos en primer término, las previsiones contenidas al respecto en el artículo 82 del Código Penal, precepto éste cuya redacción permanece invariable desde el año 1932, a pesar de las diversas reformas de que este cuerpo legal ha sido objeto tras la entrada en vigor de la Constitución.

Según dicho precepto, cuando el delincuente cayera enajenación después de pronunciada sentencia firme, se suspenderá la ejecución de la pena, pudiendo el tribunal aplicar la previsión contenida en el párrafo segundo del número 1º, del artículo 8 del Código Penal, esto es, la medida de internamiento en establecimiento psiquiátrico.

Continúa señalando el precepto que, cuando el enajenado recobrase el juicio, cumplirá la porción de pena que le restare por cumplir, salvo que ésta hubiera prescrito.

La regulación legal que acaba de exponerse suscita algunos comentarios que no pueden dejar de reflejarse en el presente estudio.

En el precepto comentado tan sólo se prevé la posibilidad de aplicar la medida de internamiento en centro psiquiátrico, al supuesto de que la enajenación sobreviniera durante el cumplimiento de la pena fuera de las que quedarían encuadradas dentro de la eximente completa de enajenación mental, sin que se prevea esta misma posibilidad para el caso de que se tratara de una enajenación enmarcable dentro de que darían lugar a la eximente incompleta de enajenación mental.

Parece no obstante razonable suponer que, en ambos casos, resulta necesario someter al penado al correspondiente tratamiento médico psiquiátrico.

Por otra parte, la expresa remisión que el precepto comentado efectúa a la medida prevista en el párrafo segundo del nº 1º del artículo 8 del Código Penal, limita las medidas que puede adoptar el tribunal al internamiento en centro psiquiátrico.

Pudiera tratarse de una desarmonización, en el sentido de que el legislador del año 1983, al reformar el Artículo 8.1 del Código Penal introduciendo medidas alternativas al internamiento, se olvidara de adecuar este otro precepto a la nueva regulación.

Ello no obstante, sería conveniente que la nueva redacción del precepto que se propugna no limitara, en todo caso, la medida a imponer en estos supuestos al internamiento. Debiera permitirse al órgano jurisdiccional la posibilidad de poder aplicar otras alternativas, lógicamente, tras valorar las específicas circunstancias que puedan concurrir en el penado enfermo mental.

Un tercer aspecto merece también nuestra reflexión. El precepto comentado prevé la suspensión del cumplimiento de la pena hasta tanto sane el condenado, debiendo, a partir de ese momento, reiniciar el cumplimiento de la porción de pena que le restase por cumplir, salvo que ésta hubiera prescrito. De esta forma, el tiempo de internamiento psiquiátrico en régimen de privación de libertad no se computa como periodo de cumplimiento de la pena impuesta.

En consonancia con lo anterior, no se contiene previsión legal alguna en orden a limitar en el tiempo el cumplimiento de la medida terapéutica, de forma que éste no pudiera exceder del límite de duración de la pena impuesta.

La situación descrita no parece ajustada al principio de proporcionalidad. Por otra parte, no parece que exista justificación objetiva y razonable para dar al penado al que sobreviene una enfermedad mental, un tratamiento distinto que al resto, en cuanto a la duración de su situación de privación

de libertad, se lleve ésta a cabo en un centro penitenciario ordinario o en su centro psiquiátrico penitenciario.

En consecuencia, a juicio de esta institución, debiera reformarse el precepto comentado acogiendo las recomendaciones que acaban de exponerse.

Entrando ya en el análisis de los artículos 991 y siguientes de nuestra legislación procesal, dichos preceptos establecen la necesidad de tramitar un incidente contradictorio en ejecución de sentencia, del que conoce el tribunal sentenciador, para poder aplicar las previsiones contenidas en el artículo 82 del Código Penal que acaba de comentarse.

Así, según dichos preceptos, cuando el centro penitenciario tuviera conocimiento de la situación de enajenación mental de un condenado, estará obligado a comunicarlo al tribunal sentenciador.

Posteriormente, el tribunal oirá al Ministerio Fiscal a la acusación particular, si la hubiere, y al defensor del penado -si no lo tuviere, se le designará de oficio- y, tras la correspondiente peritación médica y los demás medios de prueba que considerase pertinentes, resolverá acerca de la remisión del penado al establecimiento adecuado.

La regulación expuesta, plenamente ajustada a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, pone de manifiesto el espíritu garantista que inspiré a los redactores de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, así como la importancia que para la ley supone la remisión de un penado a un establecimiento psiquiátrico, hasta el punto de no

permitirlo sino en virtud de un juicio contradictorio, con intervención del Ministerio Fiscal y de la defensa del penado, además de preceptuar peritaciones médicas sobre el alcance de la enfermedad.

De la regulación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal se desprende que para sus redactores la imposición de una pena privativa de libertad no convierte en legitimo, sin más, un internamiento psiquiátrico que debe llevarse a cabo durante el cumplimiento de aquélla.

Como ya sostuvimos en relación con el internamiento psiquiátrico durante la prisión preventiva, también en estos casos este tipo de internamientos requieren sus propias garantías, distintas de las que rodean el cumplimiento de la pena y que se superponen a éstas. Se trataría de un internamiento dentro de otro internamiento, que se produce además en el ámbito de una relación especial de sujeción con una administración pública.

Por otra parte y como ya hemos tenido ocasión de expresar reiteradamente, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales no establece distinción alguna en cuanto a las garantías que deben rodear al internamiento psiquiátrico según cual sea la naturaleza civil o penal de esta medida.

Por todo cuanto antecede, la vigente normativa penitenciaria resulta, a juicio de esta institución, difícilmente acomodable a las previsiones de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que acaban de quedar reflejadas.

Examinemos a continuación esta legislación penitenciaria.

Nada se dispone al respecto en la Ley Orgánica General Penitenciaria, única dotada del rango suficiente para poder entender derogada la regulación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Es en su reglamento en el que se contienen algunas previsiones al respecto en sus artículos 57 y 143, difícilmente armonizables, por no decir que contradictorias, con la regulación procesal expuesta.

Así, tras una remisión genérica a lo dispuesto en las leyes procesales para el supuesto de enajenación mental de un penado (art. 143), el artículo 57.3 establece un sistema sustancialmente distinto al descrito por la Ley de Enjuiciamiento Criminal. De tal forma, que el ingreso de un penado en un establecimiento psiquiátrico penitenciario será ordenado por la administración penitenciaria, tras los correspondientes informes remitidos por el médico del centro, el equipo de observación o de tratamiento y, en su caso, del equipo técnico, dándose cuenta al juez de vigilancia.

Solo en el "caso en que proceda, se instruirá el expediente prescrito en los artículos 991 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para su remisión al tribunal sentenciador".

A juicio de esta institución resulta harto discutible la validez de estas previsiones reglamentarias, en la medida en que puedan entrar en contradicción con la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

De otra parte, resulta también necesario analizarlas en relación con las exigencias derivadas del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y de la jurisprudencia elaborada sobre el mismo por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Como ya dejamos expuesto, dicho Convenio permite que la decisión de internamiento la adopte un órgano administrativo, siempre que después se prevea expresamente la posibilidad para el enfermo internado de plantear recurso ante un tribunal, el cual, tras el procedimiento correspondiente, revisará la legalidad o no de la decisión.

Dado que en la regulación contenida en el reglamento penitenciario no se hace referencia expresa al control judicial mencionado, sin que el genérico control atribuido al juez de vigilancia pueda entenderlo suplido, no parece que sus previsiones puedan entenderse ajustadas, con carácter general, a dicho Convenio.

Ahora bien, no cabe olvidar que la jurisprudencia del Tribunal Europeo permite que, en caso de urgencia y por un corto plazo, puedan efectuarse internamientos psiquiátricos sin que se cumplan determinadas formalidades, puesto que, en estos casos los imperativos de la protección del público prevalecen sobre la libertad individual, hasta el punto de legitimar un internamiento de urgencia y por corto plazo que no se rodee de las garantías habituales que exige el Convenio. Ahora bien, si el internamiento de urgencia se prolonga, deben entrar en juego todas las garantías que para aquél se prevén. (Caso X contra Reino Unido).

A la vista de esta matización pudieran entenderse subsistentes las previsiones del reglamento penitenciario, respecto de los internamientos psiquiátricos de los penados en casos de urgencia y por corto plazo.

Sin perjuicio de lo expuesto, sería conveniente, una nueva regulación de esta cuestión, abordada de forma global, que armonizara y ajustara definitivamente a la Constitución y al Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales la legislación penitenciaria que acaba de examinarse. No debe olvidarse que el derecho fundamental afectado, el de la libertad personal, no permite que la regulación normativa de sus limitaciones deje amplios márgenes al imperio de la inseguridad jurídica.

7.4. Problemas relativos a la adecuada documentación de los enfermos mentales.

Durante las visitas realizadas a los centros psiquiátricos ha podido constatarse que en muchos casos, los enfermos mentales en ellos ingresados carecen de documentación identificadora alguna.

Así, es relativamente frecuente que ni tan siquiera conste su nacimiento en el registro civil, inscripción ésta que resulta imprescindible tanto para la obtención del Documento Nacional de Identidad, como, en su caso, para solicitar las correspondientes pensiones del Estado a que pudieran tener derecho.

Esta inscripción de nacimiento es, pues, el dato identificador básico de todo ciudadano y su carencia, en estos casos, supone una importante causa de marginación o de falta de integración social de estos enfermos.

Téngase en cuenta, además, que en la mayoría de los casos en que el enfermo carece de inscripción de nacimiento, no tiene tampoco familiares o que puedan aportar datos para su identificación y que puedan instar la inscripción mencionada.

Por ello, la intervención activa del Ministerio Fiscal al respecto resulta imprescindible. Además de las funciones de protección de los incapaces que su Estatuto Orgánico le asigna, el artículo 24 de la Ley de Registro Civil expresamente atribuye al Ministerio Fiscal la obligación de proponer, sin demora, la inscripción de los hechos que no se encuentran inscritos.

Sería por tanto conveniente que, con carácter general, el Ministerio Fiscal, en colaboración con los servicios de asistencia social de los centros psiquiátricos, iniciara la correspondiente revisión de estas situaciones y promoviera los expedientes de inscripción de nacimiento fuera de plazo de los enfermos mentales que no estuvieran inscritos.

La dificultad de obtener, en muchos de estos casos, datos fehacientes suficientes para acreditar la identidad de estos enfermos, no puede suponer un obstáculo para la promoción por el Ministerio Fiscal de los expedientes aludidos.

Efectivamente, la Circular de la Dirección General de los Registros y del Notariado el 20 de octubre de 1980 se

refiere precisamente a la necesidad de integrar en la sociedad a los sectores marginados —entre los que sin duda todavía, lamentablemente, los enfermos mentales se encuentran—, facilitando para ello la inscripción de estas personas, indicando las normas que deben aplicarse e, incluso, ofreciendo soluciones en relación con el lugar y la fecha de nacimiento, aunque no existen personas a quienes consten estos datos, así como sobre el uso de los apellidos que viniera usando el no inscrito.

Por otra parte, en relación con esta cuestión, se ha dictado recientemente una importante resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado de 17 de mayo de 1991 en virtud de la cual, se facilita la inscripción de nacimiento fuera de plazo de un enfermo mental respecto del que no existía dato identificador alguno.

Desde otro punto de vista, la inscripción de nacimiento, como es sabido, es el requisito básico para la obtención del documento nacional de identidad.

De las visitas realizadas a los centros, ha podido constatarse que, tampoco esta cuestión se encuentra razonablemente resuelta y así se da el caso de enfermos mentales internados en los centros psiquiátricos, que carecen de documento nacional de identidad..

La normativa existente en relación con el mencionado documento prevé que un equipo móvil se desplace al lugar donde se encuentran las personas impedidas para hacérselo, señalándose también la duración ilimitada del documento en estos casos.

Ello no obstante, no parece que en la práctica, salvo excepciones (Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea, Lugo; Hospital Psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas", de Toén, Orense; Centro Residencial "Luis Valenciano", de El Palmar, Murcia; Hospital Psiquiátrico Provincial, de Bétera, Valencia), se estén efectivamente llevando a la práctica estas previsiones tendentes a facilitar la obtención del Documento Nacional de Identidad en los establecimientos psiquiátricos.

7.5. El derecho de sufragio de los enfermos mentales.

Para concluir este apartado debe hacerse mención a la vigente regulación legal del derecho de sufragio de los enfermos mentales.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General, carecen de derecho de sufragio:

- Los condenados por sentencia firme a la pena de privación de este derecho.
- Los incapacitados por sentencia firme, siempre que en la sentencia se declare expresamente la incapacidad específica para ejercer este derecho.
- Y los internados en un hospital psiquiátrico con autorización judicial, mientras dure el

internamiento, siempre que en la resolución judicial por la que esta medida se adopte se declare expresamente la incapacidad para el ejercicio de este derecho.

Así pues, en la vigente legislación y por lo que a los enfermos mentales se refiere, son dos los motivos que pueden determinar, si así se expresa judicialmente, la privación del - derecho de sufragio: la incapacitación y el internamiento en centro psiquiátrico.

Antes de analizar ambos supuestos, conviene recordar los criterios de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de las recomendaciones del Consejo de Europa en relación con esta cuestión.

Como ya hemos dejado reflejado, la jurisprudencia de dicho Tribunal sostiene que el procedimiento judicial que, para garantizar la regularidad del internamiento establece el artículo 5.4 del Convenio Europeo, tan sólo es válido para producir un sólo efecto, el de la limitación de la libertad individual que implica el internamiento en un centro psiquiátrico.

La privación de cualquier otro derecho del enfermo internado no puede efectuarse, en ningún caso, a través de este proceso rápido, sencillo y sumario, sino que requiere la tramitación de un proceso judicial con todas las garantías, tal y como exige el artículo 6.1 del Convenio mencionado. (Caso Winterwerp, entre otros).

En esta misma línea se pronuncian las recomendaciones del Consejo de Europa en virtud de las cuales, el internamiento no puede suponer, automáticamente y de pleno derecho, una causa de restricción de la capacidad o de obrar del paciente.

Más en concreto, respecto del derecho al voto de los enfermos mentales ingresados en establecimientos psiquiátricos, se establece en dichas recomendaciones que deberán adoptarse las medidas oportunas para facilitar el ejercicio de este derecho en relación con aquellos enfermos mentales que comprendan su significación.

A la luz de los criterios expuestos, debe, pues sostenerse la plena adecuación a los mismos de la previsión contenida en la ley electoral respecto de los incapacitados por sentencia firme.

Además, esta previsión legal resulta acorde con la regulación que el Código Civil efectúa de la incapacitación que, como ya sabemos, no es, per se, absoluta, sino que el juez en la sentencia que la declare debe precisar su extensión y límites en relación con la esfera personal y patrimonial del incapacitado.

Así pues, acertadamente, la ley electoral no se limita a establecer la privación del derecho de sufragio como efecto directo y automático de la incapacitación, sino que ésta tan sólo se producirá cuando en la sentencia expresamente se prevea.

Más problemas de armonización con los criterios expuestos plantea, sin embargo, la segunda previsión contenida

en la ley electoral, relativa a la posibilidad de que el juez en la resolución por la que acuerde el internamiento –que como ya hemos indicado, es una figura distinta e independiente de la incapacitación– pueda privar también del derecho de sufragio al enfermo, mientras el internamiento se prolongue.

A juicio de esta institución, esta previsión no se ajusta a los criterios expuestos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y del Consejo de Europa, por cuanto el procedimiento judicial de internamiento que el artículo 211 del Código Civil prevé, no reúne las garantías que exige el artículo 6.1 del Convenio para poder privar de algún derecho al internado, distinto, lógicamente del de la libertad individual que el internamiento supone.

Efectivamente, el proceso por el que se constituye la incapacitación –juicio declarativo ordinario de menor cuantía, según dispone la disposición adicional única de la Ley 13/1983, de 24 de octubre– sí reúne todas las garantías exigidas por el artículo 6.1 del Convenio para que la privación de derechos del incapacitado pueda válidamente producirse.

En cambio, el procedimiento que el artículo 211 del Código Civil prevé para la autorización del internamiento psiquiátrico, es de naturaleza sumaria, rápida y sencilla tal y como exige el artículo 5.4 del Convenio, no reuniendo por tanto las garantías que dicho Convenio exige para que pueda privarse al internado de sus derechos civiles o políticos.

De otra parte y a mayor abundamiento, uno de los principios generales del derecho civil es el de que la capacidad de obrar se presume siempre plena, como corresponde

al principio constitucional de libre desarrollo de la personalidad (art.10.1), por lo que sus limitaciones deben ser interpretadas siempre de forma restrictiva.

En consecuencia, no puede estimarse acorde con los criterios sostenidos por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y por el Consejo de Europa, la previsión de la vigente ley electoral en virtud de la cual, el juez, mediante un procedimiento inadecuado a la luz del Convenio, como es el de internamiento, pueda privar a un ciudadano de uno de los derechos más importantes anejo a su condición de tal, como es el derecho al voto.

8. CONCLUSIONES

A la vista de cuanto antecede, pueden extraerse las siguientes conclusiones de carácter general:

8.1. En cuanto a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil.

Primera. Lo escueto de la regulación contenida en el artículo 211 del Código Civil, da lugar a la existencia de importantes lagunas que están generando en la práctica un cierto margen de inseguridad jurídica cuya trascendencia se encuentra en directa proporción con el ámbito en el que se produce: el del derecho fundamental a la libertad personal. Así, tanto la administración sanitaria como jueces y fiscales, aplican criterios contradictorios y de muy distinto alcance.

Segunda. En materia de traslados de los enfermos psíquicos, cuyo ingreso ha sido judicialmente autorizado, existen disfunciones en la práctica derivadas fundamentalmente de dos factores. De un lado, de la carencia o insuficiencia de ambulancias y de personal sanitario especializado y, de otro, de la falta de clarificación en orden a la titularidad de esta competencia entre la administración sanitaria y las Fuerzas de Seguridad.

Tercera. De las visitas realizadas se aprecia una cierta inactividad del Ministerio Fiscal. —a pesar de las instrucciones dadas al respecto por la Fiscalía General del Estado— en orden a promover la incapacitación, cuando ésta fuera realmente procedente.

Cuarta. Ha podido también constatarse una carencia de previsiones organizativas en la administración sanitaria o asistencial en orden a facilitar el ejercicio de la función tutelar o de defensor judicial de los enfermos mentales incapacitados o en curso de incapacitación que carecen de pacientes que puedan ser nombrados tutores o defensores judiciales.

Quinta En algunos de los centros visitados ha podido constatarse que el control judicial y del Ministerio Fiscal que nuestra legislación exige sobre la situación de internamiento no se realiza con la eficacia debida, omitiéndose también por parte de los responsables de los centros, la remisión de una información periódica al juzgado competente sobre la evolución clínica de los pacientes ingresados.

Sexta. En relación con los ingresos involuntarios urgentes en muchos casos el control judicial para su aprobación no se efectúa cumpliendo los requisitos que la ley prevé. Por otra parte, las comunicaciones que los centros remiten a los juzgados competentes informando de este tipo de ingreso, suelen ser, como regla general, excesivamente escuetas.

Séptima. Existen todavía centros que no han emprendido la revisión de los internamientos anteriores a la Ley 13/1983, de 24 de octubre, en colaboración con los jueces y el Ministerio Fiscal.

8.2. En relación con los internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria.

Primera. La todavía inadecuada regulación en nuestro Código Penal de la eximente completa de enajenación mental, está determinando, en la práctica diaria de nuestros tribunales, que se impongan medidas de internamiento de duración ilimitada, aplicadas incluso a delitos de escasa entidad en cuanto a la pena, que no suelen ser revisadas judicialmente para imponer, en su caso, las medidas alternativas que la actual redacción del Código Penal prevé.

Segunda. La Ley de Enjuiciamiento Criminal no aborda la enfermedad mental durante la fase de instrucción con todos los matices que esta peculiar situación requiere. Ello está determinando que, en la práctica, puedan producirse aplicaciones espúreas de la medida cautelar de prisión provisional; o bien que los jueces adopten medidas cautelares de internamiento del encausado en centros psiquiátricos, carentes de cobertura legal alguna y, en consecuencia, sin garantías de ningún tipo en orden a las causas por las que el internamiento se decreta y a su duración.

Tercera. La defectuosa regulación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal está determinando que los órganos jurisdiccionales, con frecuencia, impongan al encausado exento de responsabilidad por enajenación mental, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal mediante auto de sobreseimiento libre, sin audiencia ni contradicción previa alguna.

Cuarta. En no pocos de los casos observados durante las visitas, los enfermos ingresados en centros psiquiátricos en aplicación del artículo 8.1 del Código Penal, se encuentran sin haber sido declarados incapaces por el correspondiente juez civil.

Quinta. La regulación de la enfermedad mental que surja durante la fase de cumplimiento de la pena, se encuentra también deficientemente regulada tanto en el Código Penal como en el Reglamento Penitenciario, resultando este último, además de difícil acomodo a las previsiones contenidas sobre la misma materia en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

8.3. En cuanto a la documentación de los enfermos mentales.

Primera. Ha podido apreciarse la frecuencia con que los enfermos psíquicos internados en centros psiquiátricos carecen de la correspondiente inscripción registral de nacimiento, así como de D.N.I.

8.4. En cuanto al derecho de sufragio de los enfermos mentales.

Primera. Ha podido constatarse la inadecuación a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos del artículo 3 de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General, en virtud de la cual puede privarse del derecho de sufragio mediante el procedimiento previsto

para el internamiento psiquiátrico en el artículo 211 del Código Civil.

8.5. Sobre la situación de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica.

Primera. Tan solo cuatro Comunidades Autónomas cuentan con normas en las que se contempla, de un modo global, armónico e integral, el marco de la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica. El resto de las Comunidades cuentan únicamente con disposiciones que regulan aspectos parciales, han suscrito algún convenio de cooperación o, simplemente, carecen de normativa específica en el campo de la salud mental.

Segunda. Por el contrario, la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de un plan de salud mental, si bien no aprobado formalmente por una norma jurídica, o de un documento equivalente. Más en concreto ocho Comunidades cuentan con el citado plan, mientras que en otras tres existen documentos que, sin llegar a ser formalmente un plan, tienen las características necesarias para poder ser considerados como sustitutivos de aquel. En las seis Comunidades restantes no existe ningún instrumento de planificación.

Tercera. En la organización de los servicios de atención a la salud mental y de asistencia psiquiátrica se viene aplicando el principio de delimitación territorial como base para la ordenación funcional de los recursos, acomodándose así la actuación de las Comunidades Autónomas a lo que al respecto propugnaba el Informe de la Comisión

Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. No obstante, la plasmación de este criterio en el ámbito normativo y su aplicación práctica es variable según las Comunidades.

En cuanto al criterio aplicado para efectuar la distribución de los recursos, se acude en la mayoría de los casos a la ordenación territorial establecida con carácter general en el campo sanitario, si bien algunas Comunidades han implantado, sobre esta base, una sectorización específica en el campo de la salud mental.

Cuarta. La situación relativa al logro de la integración funcional de los recursos dedicados a la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica es diversa según las Comunidades Autónomas y no se corresponde exactamente con la mayor o menor complejidad que para cada una de ellas se deriva de la combinación de los distintos factores condicionantes: carácter uniprovincial o pluriprovincial y asunción o no de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

De este modo, existen Comunidades que han logrado la integración funcional de los recursos, acudiendo para ello, en caso necesario, a la coordinación de las distintas administraciones afectadas (Instituto Nacional de la Salud, Comunidad Autónoma, Diputaciones Provinciales) mediante la suscripción de los oportunos convenios, mientras que en otras Comunidades el objetivo se ha logrado tan solo parcialmente, existiendo asimismo otros casos en los que es notoria la ausencia de instrumentos de coordinación, de modo que no hay una conexión institucionalizada entre las distintas administraciones.

Quinta. La misma situación de variedad que se viene citando, vuelve a darse respecto de la atención ambulatoria, en la que, dejando aparte la actuación de los equipos básicos de salud, pueden encontrarse modelos diversos según las Comunidades Autónomas, en función del modo de asegurar el principio de continuidad terapéutica, existiendo incluso, en algunas Comunidades Autónomas, fórmulas diferentes según las provincias que integran las mismas.

Desde el punto de vista cuantitativo, se observa un notable avance en la implantación de los dispositivos de atención extrahospitalaria de segundo nivel, es decir, centros y equipos de salud mental, si se tiene en cuenta la situación de partida consistente en la casi total inexistencia de estos dispositivos. No obstante, la situación es diversa según las Comunidades Autónomas en cuanto al grado de desarrollo de estos recursos, existiendo casos en los que las previsiones se han cumplido en su totalidad, mientras que en otros la implantación de estos equipos es mucho menor, aparte de darse fuertes desequilibrios territoriales en su distribución.

De otra parte, la persistencia de neuropsiquiatras de cupo constituye un elemento que distorsiona el modelo de atención.

Por último, se han comenzado a implantar programas de atención a la salud mental infantil y juvenil, cuya ejecución se lleva a cabo a través de diversos modelos organizativos, siendo necesario que por las distintas Comunidades Autónomas se acentúe la atención a este colectivo sobre el que era notoria la falta de recursos suficientes antes de iniciarse el proceso de reforma psiquiátrica.

Sexta. La valoración del grado de implantación de las unidades de psiquiatría en hospitales generales permite constatar, una vez más, la diversidad de la situación según las Comunidades Autónomas.

De este modo, algunas Comunidades Autónomas disponen ya de un significativo número de unidades en hospitales generales, mientras que en otras el peso de este tipo de asistencia recae fundamentalmente en las unidades de corta estancia de los hospitales psiquiátricos.

Séptima. En la mayoría de las Comunidades Autónomas se encuentran en ejecución programas de transformación y, en su caso, de superación, de los hospitales psiquiátricos, si bien presentan distinta configuración y alcance, encontrándose asimismo en un diferente grado de desarrollo. La consecuencia de todo ello es el acusado descenso del número de hospitales psiquiátricos y del número de camas en estas estructuras específicas. Pese a ello, la situación no ha variado sustancialmente en algunas Comunidades Autónomas, de modo que en ellas el centro hospitalario dedicado exclusivamente a la asistencia psiquiátrica sigue constituyendo el eje de la atención a la salud mental.

Independientemente de estos programas de transformación de los hospitales psiquiátricos, existe una notable variación en la dotación de camas de corta y de larga estancia entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Octava. El desarrollo de la reforma psiquiátrica se ve condicionado por la carencia en unos casos, o insuficiencia en otros, de dispositivos intermedios, lo que, aparte de distorsionar y frenar el proceso reformador, provoca

limitaciones en el funcionamiento del resto de los dispositivos de la atención a la salud mental. Debe significarse, de otro lado, que en la mayoría de los casos ni siquiera se ha podido establecer detalladamente la necesidad de estas estructuras dentro de la planificación de recursos, de modo que su dotación depende, en gran medida, de criterios de oportunidad o de índole financiera.

De otra parte, la escasa disponibilidad de estructuras de carácter social condicione los planes de desinstitucionalización de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos.

8.6. Sobre las unidades de generales visitadas.

Primera. Con tres excepciones, la capacidad de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales visitadas se acomoda al criterio contenido en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Segunda. La ubicación de las unidades de psiquiatría dentro del hospital está, en muchos casos, condicionada por la escasa disponibilidad de espacio, en especial si no se trata de una obra de nueva planta. Este condicionamiento impide, en ocasiones, la idoneidad de la ubicación de la unidad.

Tercera. Con una excepción, las unidades visitadas presentan un adecuado estado de conservación.

Cuarta. Salvo algunas cuestiones de detalle, el alojamiento de los enfermos en estas unidades se realiza en

condiciones adecuadas. No obstante, en algunos casos, la capacidad de las habitaciones queda desbordada, existiendo camas en los pasillos, o en dependencias no destinadas teóricamente al alojamiento, o instalándose una cama más en las habitaciones.

Quinta. La dotación de equipamiento de las unidades está limitada por la falta de espacio antes reseñada, condicionando las actividades terapéuticas y de ocupación del ocio.

Sexta. Se observa una falta de homogeneidad en cuanto a los índices personal/cama en las unidades visitadas.

Séptima. Se constata la elevada presión sobre la actividad asistencial desarrollada por estas unidades, que en algunas de ellas se traduce en un porcentaje de utilización superior al 100 por 100, con las consecuencias antes descritas en cuanto a la habilitación de camas en el pasillo, en otras dependencias, o en las habitaciones, así como respecto del funcionamiento del servicio.

Octava. Se observa una considerable variación en la estancia media de los pacientes internados en estas unidades, existiendo algún caso en el que se ha detectado la permanencia en ellas de enfermos durante un elevado número de meses e, incluso, de años. En los casos de alta estancia media influye, entre otros factores, la suspensión de los ingresos en los hospitales psiquiátricos, así como la inexistencia de estructuras intermedias, que impide la derivación de los enfermos hacia otros dispositivos, alargando el tiempo de estancia en el hospital.

Novena. Se observa asimismo que existe, en ocasiones, una falta de coordinación entre los distintos dispositivos de atención a la salud mental, que se manifiesta en que un elevado porcentaje de enfermos ingresados en estas unidades acuda directamente a demandar asistencia, sin que haya la necesaria interrelación con el primer nivel de la asistencia especializada.

8.7. Sobre los hospitales psiquiátricos visitados.

Primera. Una proporción apreciable de los hospitales psiquiátricos se ubica en lugares aislados, lo que no facilita la integración y el contacto de estos enfermos con el entorno, si bien esta circunstancia se ve paliada por la disposición, en la práctica totalidad de los casos, de medios de transporte que los enlazan con las poblaciones más próximas.

Segunda. Es muy frecuente la existencia de hospitales sobredimensionados en relación con la población internada, lo que se deriva no solo del proceso de desinstitucionalización de pacientes, sino incluso por haber sido diseñados inicialmente en función de una determinada capacidad que nunca llegó a ser cubierta totalmente.

Tercera. Entre las características de la población internada en los hospitales psiquiátricos destaca el elevado promedio de edad, cuya consecuencia es la creciente necesidad de asistencia en el aspecto somático.

Cuarta. Un significativo porcentaje de los enfermos ingresados en los hospitales psiquiátricos lleva internado un

largo tiempo, lo que manifiesta, entre otras cuestiones, la función de custodia y asilo., y no terapéutica, que tradicionalmente han venido desempeñando estos hospitales.

Quinta. Es asimismo significativo el porcentaje de pacientes no propiamente psiquiátricos que están internados en los hospitales de esta naturaleza y cuya atención debería llevarse a cabo a través de otras estructuras, destacando, en este sentido, las personas con oligofrenia, que representan entre una quinta y una cuarta parte de los enfermos internados. Esta circunstancia pone de manifiesto una vez más la función de custodia y asilo de estos establecimientos.

Sexta. Con independencia de lo anterior, existe en los hospitales psiquiátricos un apreciable número de pacientes acreedores a un tipo de asistencia distinta de la prestada en dichos hospitales, si bien las alternativas para la atención se ven mediatizadas por la insuficiente dotación de otros dispositivos.

Séptima. Entre los hospitales visitados, hay una gran disparidad en relación al índice personal/usuarios, existiendo un amplio abanico, de modo que la plantilla de algún establecimiento llega a ser cinco veces superior a la de otro, aún cuando la población internada en ambos ofrece un perfil similar.

Octava. Llame la atención la carencia, en algunos establecimientos, de personal especializado en psiquiatría, llegando a existir hospitales psiquiátricos, en los que se atiende a varios centenares de enfermos, y que disponen tan solo de un psiquiatra o que, incluso, carecen de este especialista en su plantilla.

Novena. Los criterios utilizados para la organización funcional de las unidades asistenciales son diversos, valorándose en unos casos motivos estrictamente clínicos (distribución por diagnósticos), y en otros supuestos, razones de otra índole (posible duración de la estancia; presunta posibilidad de rehabilitación; criterio territorial e, incluso, en algunos de ellos, el factor sexual).

Décima. Entre las actividades rehabilitadoras que se llevan a cabo en los hospitales destacan las relativas a la laborterapia y a la terapia ocupacional, que se desarrollan en la mayoría de los establecimientos visitados. Con mayor o menor extensión se realizan actividades deportivas, recreativas y culturales, que en algunos casos forman parte explícita del programa de rehabilitación. No obstante, es preciso significar que las actividades rehabilitadoras se ponen en práctica, en muchos casos, tan solo con una parte de la población internada y, más en concreto, con aquellos pacientes que presentan posibilidades razonables de reinserción laboral y social, con frecuente olvido de otros enfermos que podrían mejorar aspectos tales como el ajuste social y la autonomía personal.

Undécima. Subsisten en varios de los hospitales visitados grandes salas comunes destinadas al alojamiento de los pacientes, que llegan incluso a contener hasta 39 camas, lo que provoca la absoluta falta de intimidad.

Duodécima. Junto a esta circunstancia, es preciso señalar que, en general, el alojamiento de los enfermos agudos se realiza en dependencias que reúnen mejores condiciones que las utilizadas por los enfermos crónicos, cuando la estancia de los primeros se extiende tan solo por unos días o semanas,

mientras que los segundos permanecen en el hospital incluso durante varios decenios.

Decimotercera. Las condiciones de habitabilidad son variables, dándose casos de hospitales donde estas condiciones son perfectamente adecuadas, mientras que en algunos hospitales se observan graves deficiencias, tales como habitaciones sin ventilación exterior y utilización como alojamiento de antiguos cuartos de aislamiento que no reúnen las mínimas condiciones exigibles (exiguas dimensiones, ausencia de mobiliario, falta de luz artificial, deficiente conservación e, incluso, ausencia de cristales en las ventanas).

Decimocuarta. Como regla general, existe intervención médica en la determinación y supervisión de la alimentación, hallándose, de otra parte, las dependencias destinadas a este servicio en correctas condiciones. El almacenamiento de los alimentos se efectúa generalmente en condiciones adecuadas, si bien en uno de los establecimientos no existía la necesaria separación entre los alimentos y los productos tóxicos, que se almacenaban conjuntamente, con el riesgo consiguiente.

Decimoquinta. El desarrollo predominantemente horizontal de las edificaciones donde se ubican los hospitales visitados significa una importante atenuación del riesgo en casos de incendio y otras emergencias, pero aún así se observan carencias, como es, incluso, la inexistencia de extintores en algunos hospitales o en algunos pabellones dentro de ellos.

Decimosexta. Pese a la existencia de una jurisprudencia constante que establece el derecho a los beneficiarios de la Seguridad Social a la cobertura, por parte de la misma, de los gastos de internamiento en hospitales psiquiátricos, aquellos han de continuar sufragando los costes originados por tal concepto, aún cuando el tratamiento haya sido determinado por los propios especialistas de la Seguridad Social. Esta circunstancia, de otra parte, ha originado, en algunas Comunidades Autónomas o en algunas provincias, discrepancias entre la Entidad Gestora competente y las Consejerías o Diputaciones Provinciales correspondientes, lo que, en ocasiones, tiene una directa influencia negativa en la asistencia prestada, al haber determinado la suspensión de los ingresos en algunos hospitales.

9. RECOMENDACIONES

9.1. De carácter general.

9.1.1. En cuanto a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil.

Primera. Que se produzca la imprescindible reforma legislativa en virtud de la cual, con la prudencia reclamada a lo largo de este estudio, se dé regulación expresa a las siguientes cuestiones:

- Garantías que deben rodear a los internamientos voluntarios.
- Legitimación para solicitar el internamiento.
- Garantías que deben rodear el internamiento de los menores de edad y de los ya incapacitados.
- Eficacia de la resolución judicial por la que se acuerda el internamiento psiquiátrico.
- Alcance del control judicial sobre el alta médica del enfermo internado.
- Persona concreta obligada a comunicar al juez el internamiento involuntario de carácter urgente.
- Establecimiento de un plazo máximo, que deberá ser breve, en el que el juez debe dictar la

resolución aprobatoria o no sobre el internamiento involuntario de carácter urgente.

- Establecimiento de mecanismos de control sobre algunos tratamientos médico psiquiátricos especialmente agresivos.
- Determinación expresa de la competencia territorial del juez que en cada caso debe autorizar o aprobar el internamiento o controlar su permanencia.

Segunda. Que se generalice la concentración en un sólo juez de las cuestiones relativas a los internamientos psiquiátricos e incapacitaciones de los enfermos mentales, en las grandes capitales y en las localidades en que existan varios jueces. Sería igualmente conveniente que existiera un fiscal en cada provincial que asumiera las competencias en esta materia.

Tercera. Que los jueces remitan en todos los casos a los centros, copia de la resolución por la que se autoriza el internamiento.

Cuarta. Que se realicen convenios de colaboración entre la administración sanitaria, jueces, fiscales y Fuerzas de Seguridad para que la competencia de la administración sanitaria en materia de traslados de enfermos psíquicos, pueda llevarse a cabo con la fluidez necesaria.

Quinta. Que por el Ministerio Fiscal se extreme el celo en orden a promover la incapacitación de los enfermos internados, cuando esta fuera realmente procedente.

Sexta. Que por la administración sanitaria o asistencial se adopten las previsiones organizativas necesarias para facilitar el nombramiento de tutor o defensor judicial de los incapacitados que carezcan de parientes, así como para el adecuado ejercicio de ambas funciones.

Séptima. En cuanto al control periódico judicial y del Ministerio Fiscal sobre la situación de internamiento que nuestra legislación exige, sería necesario que se generalizaran las visitas periódicas a los centros donde aún no se hace por parte de los jueces y del Ministerio Fiscal; así como que en las resoluciones judiciales por las que se acuerda el internamiento, se exija de los responsables de los centros, información periódica sobre la evolución del tratamiento; y por último, que los responsables de los centros, remitan también con carácter periódico esta información al juzgado.

Octava. En cuanto a los ingresos involuntarios urgentes, sería conveniente que por los jueces se visitara el centro con la finalidad de examinar personalmente al enfermo, solicitar el correspondiente dictamen médico y con posterioridad remitir la correspondiente resolución ampliatoria o denegatoria del informe, que debería ser comunicada al centro. Esta práctica debe desarrollarse tanto en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, como en los centros de larga estancia. Por otra parte, sería también conveniente que las comunicaciones que los centros

remiten a los juzgados informando de este tipo de ingresos fueran menos esquemáticos.

Novena. Que se generalice la revisión de todos los internamientos psiquiátricos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 23 de octubre, que permanezcan en la actualidad. Revisión que debe realizarse por los centros en colaboración con los jueces y el Ministerio Fiscal.

9.1.2. En cuanto a los internamientos llevados a cabo al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria.

Primera. Reformar la actual redacción del artículo 8.1 del Código Penal de forma que se limite la posibilidad de adoptar la medida de internamiento exclusivamente a aquellos casos en que el delito estuviera castigado con pena privativa de libertad, y que su duración no pueda exceder de la duración de ésta, debiendo el Tribunal fijar expresamente esta duración en la sentencia.

Que se prevea expresamente una obligación de revisión periódica del internamiento, en intervalos razonables, por parte del tribunal sentenciador.

Segunda. Hasta tanto esta reforma legislativa se produzca, que los órganos jurisdiccionales y el Ministerio Fiscal, adecuen su actuación a los criterios establecidos por el Tribunal Europeo de Derecho Humanos, y la jurisprudencia del Tribunal Constitucional que impiden los internamientos de duración ilimitada y obligan a revisar periódicamente, en

intervalos razonables, las situaciones de internamiento por ellos decretadas, resolviendo siempre motivadamente sobre las peticiones que al respecto se les formulen.

Tercera. Reformar la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su tratamiento de la enfermedad mental durante la instrucción de tal forma que:

- Se establezca una limitación temporal a la observación médica prevista en el artículo 381.
- Que se efectúe una remisión expresa a la posible aplicación por el juez competente de las previsiones contenidas en el artículo 211 del Código Civil, para el caso de que fuera necesario un tratamiento médico en régimen de internamiento del inculcado, cuando no fuera procedente la adopción de la prisión provisional respecto del mismo. Con ello, se evitarían posibles aplicaciones espúreas de una medida cautelar tan grave como es la de la prisión preventiva.
- También para evitar posibles aplicaciones inadecuadas de la medida cautelar de prisión provisional sería conveniente que, durante la instrucción, la ley procesal previera, junto a aquélla la adopción de la medida cautelar de internamiento, en centro psiquiátrico, con las mismas garantías de la prisión preventiva y con los mismos requisitos que ésta.

Cuarta. Reformar el artículo 383 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en el sentido de suprimir la posibilidad de que en el auto de archivo, por el que se suspende el proceso cuando se aprecia la enajenación del encausado surgida durante el mismo, se adopten las medidas asegurativas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal.

Quinta. Reformar la Ley de Enjuiciamiento Criminal en el sentido de impedir que mediante el auto de sobreseimiento libre previsto en el número 3 del artículo 637, puedan adoptarse las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal y exigiendo también que, en todo caso, cuando se aprecie la posible concurrencia en el encausado de la eximente de enajenación mental, continúe el proceso hasta sentencia.

Sexta. Reformar el artículo 82 del Código Penal relativo a la enajenación mental que surge durante el cumplimiento de la pena, en relación con los siguientes extremos:

- Que se permita al tribunal imponer al penado al que sobreviene la enajenación, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal como alternativas de internamiento.
- Que se contemple la posibilidad de que la enajenación sobrevenida al penado sea de las que hubieran dado lugar a la apreciación de una responsabilidad criminal disminuida.
- Que el tiempo de cumplimiento de la medida de tratamiento impuesta al penado no pueda exceder al de duración de la pena impuesta y que se

tenga en cuenta como período de cumplimiento de la pena.

Séptima. Reformar los artículos 57 y 143 del Reglamento Penitenciario para adecuarlos a las previsiones contenidas en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos..

Octava. Que todas estas reformas normativas se aborden en conjunto para evitar defectos de armonización entre las distintas legislaciones aplicables.

Novena. Que hasta tanto todas estas reformas normativas se lleven a cabo, tanto los órganos jurisdiccionales como el Ministerio Fiscal adecuen su actuación a los criterios establecidos por la jurisprudencia criminal y la del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la materia.

Décima. Que en los procesos penales en que se declare al encausado exento de responsabilidad criminal, una vez que se dicte sentencia firme, por el Ministerio Fiscal se efectúe la correspondiente valoración sobre la conveniencia, en su caso, de iniciar el correspondiente proceso civil de incapacitación del declarado exento de responsabilidad criminal por concurrir la circunstancia de enajenación.

9.1.3. En cuanto a la documentación de los enfermos mentales.

Primera. Que se produzca una intervención activa del Ministerio Fiscal, en colaboración con los servicios sociales de los centros psiquiátricos, en orden a instar las inscripciones de nacimiento de los enfermos mentales internados en centros psiquiátricos que no estuvieran inscritos en el registro.

Segunda. Que en todos los centros de internamiento se realicen las actuaciones oportunas, en colaboración con el Ministerio del Interior para proveer de D.N.I. a los enfermos que carezcan de dicho documento.

9.1.4. En relación con el derecho de sufragio de los enfermos mentales.

Primera. Que se acomode la legislación electoral a las exigencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de forma que no pueda privarse del derecho de sufragio mediante la autorización de internamiento psiquiátrico- prevista en el artículo 211 del Código Civil.

9.1.5. Sobre la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica.

Primera. Aquellas Comunidades Autónomas que carezcan aún de un marco normativo en el ámbito específico de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica, habrían de contar con disposiciones que regulasen, en forma

global, armónica e integral, la organización y funcionamiento de la red de dispositivos y servicios.

Segunda. Las Comunidades Autónomas que no dispongan de un plan de salud mental habrían de dotarse del correspondiente instrumento de planificación, en el que se defina el modelo de atención, se formulen los objetivos a alcanzar y se determinen los programas a desarrollar.

Tercera. Para una adecuada prestación de los servicios asistenciales en materia de salud mental, debería conseguirse la integración funcional de los recursos en aquellas Comunidades Autónomas donde la misma no se haya hecho aún efectiva, acudiendo, en caso necesario, a la puesta en práctica de las adecuadas técnicas de coordinación, singularmente a través de la suscripción de los oportunos convenios entre las distintas administraciones con competencia en este ámbito.

Cuarta. La indicada coordinación e integración funcional de los recursos exige, entre otras medidas, que por las administraciones implicadas se superen las discrepancias de criterio en torno a la asunción del coste de la asistencia, existentes en algunas Comunidades Autónomas o provincias, de manera que esta situación deje de repercutir, en forma negativa, sobre el ejercicio del derecho del enfermo psíquico a acceder a las prestaciones sanitarias establecidas para su atención.

Quinta. A los efectos de lo expresado en la recomendación anterior, es necesario, entre otras posibles medidas, que el sistema de la Seguridad Social asuma el coste del internamiento de los enfermos psíquicos beneficiarios del

sistema, cuando dicha medida ha sido determinada por sus propios facultativos, acomodándose así a la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre este aspecto.

Sexta. Es preciso otorgar absoluta prioridad a la implantación de estructuras intermedias en número suficiente para que constituyan una alternativa auténtica y no meramente teórica del internamiento y puedan completar de una manera eficaz la atención prestada por los demás dispositivos. A tal fin, y como primera providencia, debería determinarse con mayor detalle en los instrumentos de planificación de cada Comunidad Autónoma, la tipología y la dotación que se estime necesaria, así como los plazos para su implantación.

Séptima. Es asimismo prioritario delimitar las competencias respectivas del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales en la atención al enfermo mental, estableciendo, de otra parte, los adecuados cauces de coordinación para facilitar, en especial la desinstitutionalización de los pacientes no propiamente psiquiátricos internados actualmente en los hospitales psiquiátricos. A tal fin, por parte de los organismos con competencia en el campo de los servicios sociales debería contarse con las plazas suficientes que permitan la citada desinstitutionalización, que en la actualidad se ve dificultada, entre otros factores, por la insuficiencia de estos recursos.

Octava. En el marco de la coordinación aludida en la recomendación anterior, sería aconsejable que, por parte de las Comunidades Autónomas, se establecieran programas específicos para facilitar una atención adecuada, a través de las estructuras sociales especializadas, a los residentes de

la tercera edad y a las personas con deficiencia mental que en la actualidad se encuentran internadas en los hospitales psiquiátricos y no presentan una patología primordialmente psiquiátrica.

Novena. Aquellas Comunidades Autónomas que no hayan completado aún la implantación de los recursos de la red de atención extrahospitalaria de salud mental y asistencia psiquiátrica habrían de proceder a su desarrollo, mediante la creación de centros o unidades de salud mental, de modo que quede cubierta la totalidad de la población en un plazo de tiempo razonable.

Décima. Que dentro del desarrollo a que se ha hecho mención en la recomendación anterior, se acentúe la atención a la salud mental infantil y juvenil, ya iniciada en algunas Comunidades Autónomas, bien mediante la creación de dispositivos específicos, bien a través de equipos cualificados dentro de los centros de salud mental.

Undécima. Que también en un plazo razonable se complete la red de unidades de psiquiatría de los hospitales generales, a cuyo fin deberían establecerse las oportunas previsiones de necesidades por parte de las Comunidades Autónomas que aún no lo hubieran hecho, así como materializar las mismas, de modo que todas las áreas sanitarias o sectores específicos de salud mental, según el criterio adoptado sobre la territorialización de los servicios por parte de cada Comunidad Autónoma, dispongan de estas unidades en su hospital de referencia.

Duodécima. Que se adopten las medidas oportunas al objeto de acomodar la capacidad de las unidades de psiquiatría

de los hospitales generales a los criterios establecidos, en cuanto al número de camas, en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y, en su caso, en las normas o planes aprobados por las Comunidades Autónomas, disminuyendo el número de camas de las unidades que excedan del máximo establecido al efecto, sin que ello pueda suponer, en caso alguno, el descenso del nivel de cobertura preexistente.

Decimotercera. La instalación de las unidades de psiquiatría en los hospitales generales habría de venir, en todo caso, precedida de un estudio sobre la idoneidad de su ubicación, dentro de las disponibilidades de espacio en el hospital, debiéndose tener en cuenta, como elementos determinantes para fijar esta ubicación, factores tales como criterios de orden terapéutico y la necesidad de favorecer el esparcimiento y la utilización del ocio por parte de los pacientes internados.

De otra parte, las unidades habrían de disponer del espacio suficiente para garantizar el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas.

Decimocuarta. Por parte de las administraciones competentes habrían de determinarse en las normas que se aprueben al efecto o, en su caso, en los planes de salud mental, la dotación mínima de recursos humanos con que deben contar las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, superando así la falta de homogeneidad actualmente existente.

Decimoquinta. La transformación y superación de los hospitales psiquiátricos no debe ir, en ningún caso, en

detrimento del mantenimiento de unas condiciones dignas de habitabilidad y de niveles asistenciales adecuados, en tanto permanezcan pacientes internados en estos establecimientos, debiéndose, en consecuencia, abordar de forma simultánea el proceso de desmantelamiento del hospital y la creación de los recursos alternativos que se estimen precisos.

Decimosexta. En tanto se culmina el proceso de superación del hospital psiquiátrico, sería preciso, como antes se ha apuntado, garantizar el derecho del enfermo internado a gozar de unas condiciones dignas de alojamiento, a cuyo efecto las administraciones competentes deberían adoptar las medidas precisas para determinar los requisitos mínimos a los que deberían ajustarse las unidades destinadas a tal fin. Entre estas medidas, deberían figurar las relativas a las dimensiones mínimas de las habitaciones y al número máximo de camas por cada una de ellas, con el fin de preservar el derecho a la intimidad de los pacientes, así como otras condiciones de habitabilidad y cuantos otros aspectos deban tenerse en cuenta para garantizar que el alojamiento en estos hospitales se realice de forma acorde con la dignidad humana.

Decimoséptima. La garantía del mantenimiento de los adecuados niveles de asistencia, pese a la transformación de los hospitales psiquiátricos, a la que antes se ha hecho mención, demanda que los mismos dispongan del suficiente personal especializado, a cuyo efecto las administraciones titulares de los establecimientos deberían estudiar las necesidades de dicho personal en función de la población atendida, superándose así las carencias observadas en este aspecto.

Decimoctava. Ante la falta de adecuación entre las necesidades que presenta la población internada en los hospitales psiquiátricos y la escasa disponibilidad de personal especializado, las administraciones competentes deberían elaborar y aplicar programas específicos de formación, sin perjuicio de las medidas que, en relación con la actualización de conocimientos y la formación continuada, desarrollen las administraciones titulares de los centros.

Decimonovena. En todos los hospitales psiquiátricos debería establecerse una programación general de las actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral y social, sino abarcando también a quienes, teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como la autonomía personal y el ajuste social.

Vigésima. Por las administraciones competentes debería valorarse la posibilidad y conveniencia de regular con carácter general la realización de actividades de laborterapia, estableciendo, en el marco de dicha regulación, las cautelas precisas al objeto de evitar posibles situaciones de explotación laboral, en especial cuando la actividad desarrollada consiste en la ayuda al personal del hospital en las tareas de funcionamiento y mantenimiento del mismo.

A tal fin, entre otros aspectos, podrían contemplarse en dicha regulación los siguientes: las actividades de laborterapia deberían realizarse por razones estrictamente terapéuticas, y ser indicadas, expresamente y por escrito, por

el especialista correspondiente, llevándose a cabo bajo su supervisión y responsabilidad; estas actividades deberían ser objeto de una revisión periódica. No habrían de suponer en ningún caso la sustitución del personal en el desempeño de las tareas de un puesto de trabajo, ni venir motivadas por la escasez de personal; y en el caso de que consistan en la ayuda, más arriba citada, en las tareas de funcionamiento y de mantenimiento del hospital, habría de darse cuenta de las mismas, antes de su inicio, al Ministerio Fiscal, al objeto de que por el mismo se vele por la defensa de los derechos del paciente ante la posible situación de explotación laboral anteriormente mencionada.

Vigesimoprimera. Pese a la disminución de riesgo que se deriva del escaso desarrollo en altura de muchos hospitales psiquiátricos, atendidas, sin embargo, las carencias observadas en los hospitales en relación con las medidas de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia, la administración titular de cada uno de ellos debería llevar a cabo un estudio que permitiera determinar las necesidades de cada establecimiento en esta materia, procediendo seguidamente a implantar las medidas que se deriven del citado estudio.

Vigesimosegunda. Dada la existencia de hospitales psiquiátricos sobredimensionados, que disponen de pabellones o módulos sin utilización alguna, debería estudiarse por las administraciones titulares de los centros el posible destino de aquellos a otros fines, entre los que podrían figurar los de naturaleza social, atendida la insuficiencia de recursos de esta índole.

Vigesimotercera. Por las administraciones competentes deberían adoptarse, con carácter prioritario, las medidas oportunas para implantar un sistema de registro e información en el ámbito de la salud mental, que facilitara el conocimiento de la situación existente en cada momento y constituyera un elemento de apoyo a la planificación y a la evaluación.

9.2. De carácter puntual.

A continuación se recogen las recomendaciones de carácter puntual sobre cada uno de los centros visitados según los datos existentes en el momento en que se efectuaron las visitas y por si no se hubieran adoptado las medidas que, ya entonces, se indicaron.

9.2.1. Administración central.

9.2.1.1. Instituto Nacional de la Salud.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario, de Zaragoza

A modo de premisa de las recomendaciones que se transcriben seguidamente, es de precisar que, según la información obtenida, existe un proyecto de remodelación del centro, en el que se recoge la instalación de la unidad de psiquiatría en unas nuevas dependencias, situadas en la planta

baja del edificio. En consecuencia las recomendaciones que pueden realizarse sobre esta unidad se encuentran matizadas por esta circunstancia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se efectúan las siguientes recomendaciones:

Primera. Que se adopten las medidas necesarias para evitar la frecuente instalación de cinco o seis camas en la sala de música, lugar inapropiado e insuficiente para ello.

Segunda. Que, dado la existencia de únicamente un baño y una ducha, estructura notoriamente insuficiente para las necesidades que presentan los enfermos internados, se dote a la unidad del adecuado número de estos servicios.

Tercera. Que se valore la conveniencia y necesidad de proceder a la ampliación de la sala de estar, de escasa capacidad en función del número de enfermos ingresados.

Cuarta. Que, en tanto se crean las unidades de corta estancia en los Hospitales de Calatayud, Teruel, Alcañiz y "Miguel Servet", de Zaragoza, previstas en los convenios institucionales formalizados, se valore la oportunidad de adoptar las medidas oportunas, en orden a evitar que el acusado déficit de camas impida el internamiento de pacientes que podrían ser ingresados para observación, pero que no lo son, una vez delimitado el riesgo, aún cuando debería valorarse más detenidamente el posible riesgo posterior.

Quinta. Que se valore la oportunidad y conveniencia de efectuar las gestiones oportunas ante los organismos

competentes, al objeto de determinar las posibles alternativas para el enfermo de carácter judicial que, desde hace un elevado número de meses, se encuentra internado en la unidad, sin precisar la acción terapéutica de la misma, al tratarse de un enfermo crónico.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital General de Asturias, en Oviedo

Primera. Que se valore la conveniencia de adoptar las medidas oportunas para ampliar la sala de visitas, de insuficiente capacidad en función de los enfermos internados.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital "Marqués de Valdecilla", de Santander

Como se ha señalado, las deficiencias apreciadas en el funcionamiento de esta unidad se derivan de la falta de acuerdo entre el Instituto Nacional de la Salud y la Diputación Regional de Cantabria sobre qué organismo debe responsabilizarse del coste económico de la asistencia prestada a los enfermos ingresados en los centros psiquiátricos de media y larga estancia, circunstancia que ha producido la suspensión de ingresos de beneficiarios de la Seguridad Social en centros psiquiátricos de la citada Diputación y, paralelamente, la permanencia en la unidad de psiquiatría del hospital general de enfermos que no precisan la acción terapéutica de la misma.

Dejándose constancia de los anterior, se formulan las siguientes recomendaciones:

Primera. Que por el Instituto Nacional de la Salud y la Diputación Regional de Cantabria se inicien las actuaciones oportunas, al objeto de obviar la grave distorsión que, respecto de la asistencia en materia de salud mental, está produciendo la señalada discrepancia, que, en modo alguno, debe repercutir negativamente en los tratamientos que precisan los enfermos, debiendo primar el aspecto asistencial sobre el económico.

Segunda. Que, en consonancia con la anterior recomendación, se reanuden las reuniones periódicas entre los profesionales de las diferentes estructuras de salud mental, a fin de efectuar el oportuno seguimiento y tratamiento de los enfermos.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico de Valladolid

Primera. Que en el caso de que se considere imprescindible mantener la utilización de la habitación de aislamiento existente en la actualidad, se proceda a su acondicionamiento, ya que se encuentra en un estado que no puede considerarse como adecuado.

Segunda. Que se cursen las instrucciones oportunas para evitar que en el espacio existente entre las dos puertas que dan acceso a la escalera de emergencia se almacenen elementos que dificulten el paso y constituyan, por tanto, un obstáculo en caso de ser necesaria la utilización de dicha escalera.

Tercera. Que se estudie la viabilidad de dotar a la unidad de instalaciones que permitan el esparcimiento y ocupación del ocio de los enfermos ingresados.

**Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital
"Nuestra Señora de la Montaña", de Cáceres**

Primera. Que se valore la oportunidad de proceder a la ampliación de la sala de estar-comedor, única zona de recreo de la unidad, de escasa capacidad, en función de la población internada.

Segunda. Que, sin alterar la capacidad de la unidad, se estudie la conveniencia de reducir el número de camas de las habitaciones que cuentan con cuatro de ellas, número que, según los especialistas de la unidad, no permite una adecuada clasificación o distribución de los enfermos, con la consiguiente repercusión negativa en la asistencia a prestar.

Tercera. Que se estudie asimismo la posibilidad de trasladar la unidad desde la primera a la planta baja, en la que existe una salida a un jardín interior.

Cuarta. Que se estudie la oportunidad de establecer los mecanismos necesarios para lograr una mejor coordinación entre los diversos profesionales la unidad (reuniones periódicas de equipo, sesiones clínicas, etc.) en beneficio de una programación unitaria de la atención a los pacientes.

9.2.2. Comunidades Autónomas.

9.2.2.8. Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen Macarena", de Sevilla

Primera. Que se proceda a adoptar las medidas oportunas al objeto de suprimir la permanente existencia de camas en el pasillo de la unidad, así como la utilización ocasional de los despachos como habitaciones.

Segunda. Que se inicien las gestiones oportunas con los organismos competentes, a fin de derivar a aquellos enfermos internados en la unidad durante un elevado número de meses o años y que no precisan la acción terapéutica de la misma, a los dispositivos de carácter social que, según el criterio clínico, precisan.

Tercera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de agregar a la unidad de psiquiatría el patio anexo a la misma, ampliándose así el escaso espacio destinado al esparcimiento, mediante la ejecución de las obras de adaptación oportunas.

Cuarta. Que se valore la oportunidad y conveniencia de dotar a la unidad de una sala-comedor, permitiéndose así

que los residentes puedan efectuar las comidas fuera de las habitaciones.

Quinta. Que se estudie la adopción de las medidas oportunas, en orden a que la unidad de psiquiatría asuma la demanda asistencial de la población asignada, superándose así el grave problema que, para la organización y funcionamiento de la unidad, representa el hecho de asumir la demanda de la población de otras áreas, como lo demuestra su porcentaje de utilización y que el promedio de urgencias/día atendidas supere de tres a seis veces al del resto de unidades de psiquiatría de la provincia.

Sexta. Que se proceda a adoptar las medidas oportunas para garantizar la coordinación de la unidad de psiquiatría con el resto de dispositivos del área sanitaria, evitándose la falta de la debida interrelación con el primer nivel de asistencia especializada (unidades de salud mental), tanto en los ingresos como en las altas y posterior control de los enfermos.

Séptima. Que, igualmente, se establezcan las medidas oportunas, para lograr que la sección de psiquiatría infantil del hospital coordine sus actuaciones con la unidad de salud infantil existente en el área, obviándose así la actual situación, que se traduce en que la citada sección asume la asistencia ambulatoria de pacientes que directamente acuden a la misma, sin relación alguna con la señalada unidad de salud mental infanto-juvenil.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "Miraflores", de Sevilla

Primera. Que se valore la conveniencia de adoptar las medidas oportunas para dotar al hospital de actividades de laborterapia y para configurar una unidad de terapia ocupacional, dotándola de los elementos precisos, así como para ampliar el número de terapeutas ocupacionales del hospital, habida cuenta que en la plantilla del centro únicamente existe un profesional en esta categoría, dotación insuficiente, en función del número y características de la población internada.

Segunda. Que, en consonancia con la anterior recomendación, se adopten las medidas necesarias para crear áreas recreativas independientes de las de alojamiento (biblioteca, sala reuniones, vídeo, club social, etc. estudiándose, a tal efecto, la posible utilización de la planta baja del hospital, de amplias dimensiones y sin utilización alguna, y renovándose el escaso mobiliario existente en la misma, en pésimo estado de conservación.

Tercera. Que se estudie la adopción de las medidas oportunas para obviar las elevadas temperaturas que se producen durante la temporada de verano en las habitaciones de los internos, los cuales carecen de sistema de refrigeración.

Cuarta. Que se valore la oportunidad de intensificar las gestiones ante los organismos competentes, en orden al funcionamiento del ascensor del hospital, que se encuentra clausurado al no reunir los requisitos legales, circunstancia que, en algunos casos, impide que los pacientes puedan acceder a otras áreas del centro o al exterior del mismo.

Quinta. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar la suficiencia o no de la plantilla de auxiliares de enfermería, con vistas a determinar la necesidad o no de su ampliación o, en su caso, de la reorganización del trabajo, al objeto de mejorar la atención a los residentes, evitándose así el confinamiento de personas que no pueden valerse por sí mismas en su zona de alojamiento, y posibilitando la utilización de otras áreas del recinto hospitalario o bien su acceso al exterior del mismo.

Sexta. Que se estudie la conveniencia de renovar los aparatos de la lavandería del centro, que presentan cierta obsolescencia.

Séptima. Que se valore la oportunidad y conveniencia de elaborar e implantar un plan para casos de emergencia, difundiendo el mismo entre el personal del centro, que deberá conocer la secuencia de actuaciones en caso de siniestro.

Octava. Que se efectúen las gestiones oportunas ante los organismos competentes, encaminadas a aproximar al hospital los puntos de parada de los transportes públicos de viajeros, favoreciendo con ello la relación de la población internada con el entorno.

Sobre el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María

Primera. Que se estudie la posibilidad de realizar las adaptaciones estructurales oportunas, al objeto de superar

las graves limitaciones que, en materia de alojamiento, representa la existencia de habitaciones de escasa capacidad en función del número de enfermos en cada una de ellas, como son, entre otras, las habitaciones de seis camas del "pabellón geriátrico" y las habitaciones de 3 y 4 camas de los pabellones "área de Cádiz" y "área de Jerez".

Segunda. Que se reformen los dos denominados "cuartos de aislamiento" existentes en el pabellón geriátrico del hospital, a fin de que reúnan las condiciones de habitabilidad adecuadas o, en caso contrario, que se proceda a su inutilización.

Tercera. Que se revise la situación de la persona que, desde hace aproximadamente un año, se encuentra frecuentemente aislada en uno de los cuartos a que se ha hecho referencia en el apartado precedente, instaurándose el tratamiento que clínicamente corresponda, que, en todo caso, debe ser determinado por escrito por el facultativo responsable o médico de guardia.

Cuarta. Que se proceda a instalar el número suficiente de baños geriátricos con las condiciones necesarias para ser utilizados por personas con movilidad reducida.

Quinta. Que se estudie la adopción de las medidas necesarias para reparar los ostensibles defectos que presentan las paredes de algunas dependencias, en especial las habitaciones de los pabellones "geriátrico" y "área de Cádiz".

Sexta. Que, asimismo, se valore la conveniencia de dotar al hospital de instalaciones, que permitan llevar a cabo actividades de laborterapia.

Séptima. Que se estudie la conveniencia de renovar alguno de los aparatos de la lavandería del centro que presenta cierta obsolescencia.

Octava. Que se estudie la conveniencia de sustituir las llamativas rejas existentes en las ventanas de las dependencias, por otro sistema que, permitiendo la debida seguridad, supere aspectos impropios de un establecimiento sanitario.

Novena. Que se valore la oportunidad y conveniencia de elaborar e implantar un plan para casos de emergencia, difundándose el mismo entre el personal del centro, que deberá conocer la secuencia de actuaciones en tales eventos.

9.2.2.2. Aragón.

Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "Nuestra Señora del Pilar" de Zaragoza

Primera. Que se comience a revisar, en colaboración con el Ministerio Fiscal y con los jueces, los internamientos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Segunda. Que, dadas las inadecuadas condiciones de habitabilidad de algunos dormitorios, en los que se ubican de 13 a 18 camas, una próxima a la otra, se adopten las medidas necesarias para mejorar sustancialmente tales condiciones, mediante la ejecución de las correspondientes obras de adaptación.

Tercera. Que, al hilo de la anterior recomendación, se amplíe el número de baños, lavabos y otros servicios del área de alojamiento, cuya dotación es claramente insuficiente.

Cuarta. Que se adopten asimismo las medidas oportunas para dotar a los dormitorios de elementos imprescindibles, como pueden ser mesillas, sillas y mobiliario en general.

Quinta. Que se proceda a valorar la conveniencia de dotar a las salas de estar de los diferentes pabellones de extractores de aire, o sistema análogo, en número suficiente.

Sexta. Que se proceda a la ampliación de la plantilla, en la categoría de ATS/DUE, dotación que, al menos, debe permitir que permanentemente existan en el centro profesionales de la citada categoría.

Séptima. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar la suficiencia o no de la plantilla de auxiliares psiquiátricos, con vistas a determinar la necesidad o no de su posible ampliación o, en su caso, de la reorganización del trabajo, al objeto de mejorar la atención a los residentes.

Octava. Que se proceda a la creación de una unidad de terapia ocupacional, dotándola de los adecuados recursos personales y materiales.

Novena. Que se adopten las medidas oportunas para que exista intervención médica en la determinación de los menús, garantizándose el control dietético de la alimentación.

Décima. Que se valore la oportunidad y conveniencia de elaborar e implantar un plan para casos de emergencia, difundándose el mismo entre el personal del centro, que deberá conocer la secuencia de actuaciones en tales supuestos.

Undécima. Que, en consonancia con la anterior recomendación, se estudie la posibilidad de realizar las adaptaciones oportunas, al objeto de que la red de agua exterior a los pabellones cuente con la suficiente presión y, consecuentemente, pueda ser utilizada en caso de emergencia.

9.2.2.3. Asturias.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Sobre el Hospital Psiquiátrico Regional, en Oviedo

Primera. Que se proceda a la instalación de extintores, para la mejora de las medidas de protección contra incendios, en el pabellón en el que existe una única unidad asistencial.

Segunda. Que se proceda a la reparación de los armarios de la planta primera (unidad Oviedo-Siero), así como a la reparación o renovación del mobiliario de las salas de estar de la planta tercera (unidad Langreo) y de la biblioteca de los pacientes.

Tercera. Que se proceda asimismo al acondicionamiento de los aseos situados en la planta tercera (unidad Langreo).

Cuarta. Que, dentro de las limitaciones estructurales existentes, se estudie la posibilidad de eliminar las barreras arquitectónicas en el pabellón que acoge a una unidad asistencial.

9.2.2.4. Cantabria.

Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Sobre el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, en Maliaño-Camargo

Primera. Que se comience a revisar, en colaboración con el Ministerio Fiscal y con los jueces, los internamientos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Segunda. Que se valore la conveniencia de proceder a efectuar las reparaciones oportunas en aquellas unidades que

nunca fueron ocupadas y que presentan defectos en su conservación.

Tercera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de suprimir el posible riesgo que puede conllevar la existencia en diversas dependencias de tuberías exteriores y a lo largo de la pared, mediante la ejecución de las correspondientes obras.

Cuarta. Que se adopten las medidas oportunas para que exista intervención médica en la determinación de los menús, garantizando el control dietético de la alimentación.

Quinta. Que se proceda a adoptar las medidas necesarias para mejorar las medidas de protección contra incendios y de evacuación de edificios, dotando a las diferentes unidades del suficiente número de extintores, así como a elaborar un plan para casos de emergencia por incendio u otras causas, en el que se determine la secuencia de las actuaciones del personal.

9.2.2.5. Castilla-La Mancha.

Consejería de Sanidad.

Sobre la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, en Yebes

Primera. Que se estudie la conveniencia, y en caso afirmativo, se dirija propuesta a la administración

competente, para dotar de medio público de transporte a este centro.

Segunda. Que se estudie la conveniencia de proceder a las oportunas obras de revocado exterior, habida cuenta del mal estado de las fachadas del edificio.

Tercera. Que se analice la posibilidad de sustituir el enrejado de las ventanas por otros sistemas de seguridad acorde con las características de un centro sanitario.

Cuarta. Que se intensifiquen las gestiones ya realizadas con el Ayuntamiento de Guadalajara en orden a dotar al centro de conexión con la red pública de abastecimiento de agua.

Quinta. Que se inste de la administración competente la retirada con periodicidad diaria, o al menos con mayor frecuencia de la actual, de la basura producida por el centro, que hoy día lo es dos veces por semana.

Sexta. Que se estudie la conveniencia de contratar el servicio de jardinería o alternativamente dotar de plaza de tal categoría a la plantilla del centro, para evitar el deficiente estado de los jardines y zonas circundantes de la unidad.

Séptima. Que se proceda a mejorar la limpieza de suelos y servicios, hallada deficiente en el transcurso de la vista.

Octava. Que se adopten las medidas oportunas tendentes a eliminar los defectos de pintura observados en el interior del edificio.

Novena. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de dotar a la plantilla del centro de facultativos especialistas en psiquiatría o alternativamente incrementar los días y horarios de consulta cubiertos por los psiquiatras de la unidad de salud mental de Guadalajara.

Décima. Que igualmente se proceda a analizar la conveniencia de incrementar la plantilla de ATS/DUE, dado 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. Asimismo, este personal debe proceder a la administración de la medicación prescrita a los enfermos, no delegando tal actividad, consustancial con su función, en el personal auxiliar de enfermería.

Undécima. En igual sentido debe analizarse la oportunidad de ampliar, por su escasez, la plantilla de auxiliares sanitarios, a efectos de garantizar una cobertura adecuada de cada sección en los tres turnos de trabajo, la ayuda precisa de los enfermos que no pueden valerse por sí mismos para los actos elementales de la vida ordinaria y el acompañamiento individual de los pacientes en las salidas del centro que puedan precisar.

Duodécima. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de proceder a la redistribución de los terapeutas ocupacionales entre los turnos de mañana y tarde, lo que posibilitaría el abandono de actitudes pasivas, observadas en los residentes del centro en dicho periodo vespertino.

Decimotercera. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de ampliar el número de habitaciones, y

consecuentemente reducir el número de camas en aquéllas cuyo número alcanza la cifra de seis.

Decimocuarta. Que se proceda a las obras de remodelación oportunas en los aseos de las tres plantas del edificio por estimarse inadecuado el número de los mismos en función de los enfermos alojados, así como escasa la superficie destinada a la zona de duchas con las consiguientes dificultades en la atención de los pacientes que requieren ayuda para su higiene.

Decimoquinta. Que se proceda a la dotación de baños geriátricos en proporción adecuada a la población necesitada de dicha instalación, dada la carencia de los mismos y habiendo enfermos que por su condiciones de movilidad reducida requieren este tipo de bañeras.

Decimosexta. Que se estudie la posibilidad de ampliación y mejora en las condiciones de habitabilidad de la sala de estar ubicada en la sección izquierda de la segunda planta.

Decimoséptima. Que se proceda a la renovación o reparación del mobiliario de las zonas de alojamiento y comunes, que se encuentra anticuado o deteriorado.

Decimoctava. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de fomentar la participación de los enfermos ingresados en actividades de laborterapia, habida cuenta de las excelentes instalaciones de que dispone el centro y la prácticamente nula asistencia por parte de los mismos.

Decimonovena. Que una vez realizada la acometida de aguas a la red general, ya recomendada, se proceda a la instalación de los dispositivos que sobre protección contra incendios y evacuación de edificios prevé la legislación vigente.

Vigésima. Que se estudie la posibilidad de incrementar las actividades deportivas, recreativas y culturales que se realizan en el centro, estableciendo las dotaciones económicas y materiales que para ello fueran necesarias.

9.2.2.6. Cataluña.

Servicio Catalán de Salud.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital de Bellvitge "Prínceps d'España", de Hospitalet de Llobregat

Primera. Que se corrijan las deficiencias que constan en el cuerpo de este informe apreciadas en el cumplimiento del trámite de comunicación al juzgado de los ingresos urgentes.

Segunda. Que se cursen las instrucciones precisas para evitar que se almacenen objetos ante las salidas de emergencia, a fin de que el paso por las mismas no esté obstruido en caso de que sea necesaria su utilización.

Tercera. Que se estudie la posibilidad y conveniencia de adoptar las medidas oportunas para llevar a cabo las actividades de terapia ocupacional en dependencias exclusivamente destinadas a tal fin, ya que en la actualidad las mismas se realizan en el comedor de la unidad.

9.2.2.7. Galicia.

Servicio Gallego de Salud.

**Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital de Calde,
en Lugo**

Primera. Que se proceda a la instalación de cristales del material adecuado para permitir la habilitación de las ventanas de las tres habitaciones que en la actualidad tienen clausuradas las mismas, permitiendo así que las citadas habitaciones dispongan de luz natural y de ventilación directa.

**Sobre el Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas",
de Toén**

Primera. Que se corrijan las deficiencias apreciadas en el cumplimiento del trámite de comunicación al juzgado de los ingresos urgentes, según consta en el informe.

Segunda. Que se regularice, si no se ha hecho ya, la situación de un enfermo español, proveniente de un centro psiquiátrico francés, cuyo ingreso no había sido comunicado al juez, ni tampoco calificado como voluntario.

Tercera. Que se valore la oportunidad de completar el sistema de protección contra incendios y de evacuación de edificios ya existente, en especial mediante la elaboración de un plan para casos de emergencia.

Cuarta. Que se proceda a completar la dotación de mobiliario existente, así como a reparar aquellos elementos del mismo que se encuentran en un estado deficiente.

Quinta. Que se estudie la conveniencia de llevar a cabo las obras necesarias para reparar los defectos estructurales observados y que se citan en los apartados 5.5.2.4., 5.6.2., y 5.7.3.1. de este estudio.

Sexta. Que se valore la conveniencia de adoptar las medidas oportunas para asegurar un control dietético de la alimentación por parte de personal especialista en nutrición.

Séptima. Que, de acuerdo con las previsiones existentes, se establezca la programación general de actividades rehabilitadoras, asegurando la coordinación de las mismas con la actuación de los equipos facultativos y del área de animación socio-cultural, y se determinen asimismo los programas individuales de rehabilitación de los pacientes internados.

Octava. Que se extreme la diligencia para que no se depositen en los almacenes de alimentación artículos

destinados a usos diferentes, al objeto de evitar la situación descrita en el apartado 5.7.3.3. de este estudio.

Novena. Que se estudie la viabilidad de sustituir el modelo de secadora ubicado en el pabellón de lavandería por ser el mismo sumamente anticuado.

9.2.2.8. Madrid.

Consejería de Salud.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital "Gregorio Marañón", de Madrid

Primera. Que se adopten las medidas oportunas tendentes a evitar la dilación en la entrega o no localización de historias clínicas requeridas por los servicios de psiquiatría, que se producen, a juicio de los responsables de las mismas, en el archivo centralizado.

Segunda. Que se conjuguen los principios de programación farmacéutica y libertad de dispensación facultativa, en aras a evitar la carencia o sustitución de medicamentos prescritos por los facultativos de la unidad.

Tercera. Que se proceda al estudio de la reorganización asistencial o a la dotación de despachos médicos suficientes en la unidad, a fin de eliminar la realización de consultas en zonas de uso común.

Cuarta. Que se proceda a la adopción de medidas de saneamiento o mantenimiento que eliminen de forma definitiva las filtraciones de agua o humedad en las dependencias de la planta baja.

Quinta. Que se adopten las medidas conducentes a evitar la aglomeración de enfermos en los controles de enfermería, posibilitando la adecuada actividad del personal encargado de los mismos.

Sexta. Que se proceda al estudio de la viabilidad de eliminar o modificar el diseño estructural de dichos controles a fin de reducir o anular la amplificación de ruidos que su diseño actual comporta.

Séptima. Que se proceda a una adecuada impermeabilización de los aseos de los enfermos, cuyas consecuencias se han puesto de relieve en la recomendación cuarta. Igualmente, que se proceda a la colocación de suelos antideslizantes para reducir el riesgo de caídas.

Octava. Que se proceda a la realización de las reformas precisas tendentes a la dotación de los aseos necesarios en función de la capacidad de alojamiento, eliminando o modificando los servicios incorporados a las habitaciones, cuyas características les hacen escasamente funcionales.

Novena. Que el estudio de las reestructuraciones propuestas contemple, igualmente, la ampliación de las superficies de las dependencias destinadas a salas de estar.

Décima. Que se analice la posibilidad de instalar aparatos de refrigeración que obvien los inconvenientes de los insuficientes hoy instalados: frecuencia en las averías y ruidos de funcionamiento.

Decimoprimera. Que por el servicio de mantenimiento, se proceda a una revisión de la unidad, cuyo estado de conservación no resulta concordante con la inmediación de la última remodelación efectuada.

Decimosegunda. Que por el servicio de lavandería se adopten las medidas oportunas tendentes a la regularidad en la reposición de la ropa de cama y aseo, evitando las situaciones de escasez en la disponibilidad de la misma.

Decimotercera. Que se proceda a la cobertura de las plazas previstas de terapeutas ocupacionales, cuya carencia imposibilita la ejecución de programas de esta índole.

Sobre el Hospital Psiquiátrico de Madrid

Primera. Que, de acuerdo con las previsiones ya existentes, se lleve a cabo la distribución de comidas mediante emplatado individual.

Segunda. Que se estudie la posibilidad y conveniencia de que los ingresos producidos por las actividades de laborterapia y explotación de la granja-huerta de que dispone el centro, reviertan al mismo para finalidades socio-culturales o lúdicas o incluso a los enfermos que han participado en la elaboración o cultivo de los productos.

9.2.2.9. Murcia.

Consejería de Sanidad

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital General de Murcia

Primera. Que se estudien las medidas que pudieran, en su caso, adoptarse para posibilitar la utilización, durante la época estival, del despacho ubicado en la unidad que no puede ser usado en dicha época, a causa de la existencia de una temperatura muy elevada.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", de El Palmar-Murcia

Primera. Que se proceda a la mejora de las deficiencias estructurales del establecimiento, que se citan en los distintos apartados de este informe, y, en especial, en el pabellón de subagudos y singularmente a la mejor dotación de mobiliario, a la reforma de los aseos para dotarlos de las suficientes condiciones de intimidad, así como a la adopción de las medidas oportunas para evitar las situaciones derivadas de la existencia de un excesivo número de camas en algunas habitaciones, para lo cual, llegado el caso, habría de estudiarse la posible reapertura de la planta segunda, con la consiguiente dotación, si fuere menester, del personal necesario.

Segunda. Que se adopten las medidas oportunas para eliminar las barreras arquitectónicas existentes así como, si fuera posible, para extender a todas las dependencias la instalación de aire acondicionado.

Tercera. Que se estudie la posibilidad de mejorar el sistema de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia.

Cuarta. Que se adopten las medidas oportunas a fin de garantizar que para el traslado de las comidas desde el Centro Residencial "Luis Valenciano", se disponga de los correspondientes recipientes térmicos, a fin de que los alimentos puedan conservar las adecuadas condiciones de temperatura.

Quinta. Que se estudien las medidas oportunas para someter al mismo tratamiento económico las estancias en el Hospital "Román Alberca" y en la unidad de psiquiatría del Hospital General.

En relación con estas recomendaciones, debe significarse que, de acuerdo con la información obtenida con posterioridad a la visita, se encontraban en curso de ejecución obras de remodelación en el establecimiento que solventarían las deficiencias observadas. Más en concreto, y según dicha información, en el pabellón de enfermos agudos, se extenderá a todas las habitaciones la instalación de aire acondicionado, se efectuarán variaciones en el control de enfermería, se realizarán diversas modificaciones estructurales y se habilitarán nuevos vestuarios del personal en el semisótano.

Por lo que se refiere al pabellón de subagudos, se instalará un ascensor, se extenderá asimismo el aire acondicionado a todas las dependencias, se empotrarán las tuberías, se habilitará la escalera de incendios y se realizarán otras reformas estructurales.

En el pabellón de dirección y administración, se remodelarán la sala de reuniones y se habilitará una nueva biblioteca.

Por último, se efectuarán asimismo obras en el centro de día, habilitándose dos talleres nuevos.

Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Sobre el Centro Residencial "Luis Valenciano", de El Palmar-Murcia

Primera. Que se estudie la conveniencia de proceder a realizar las reformas imprescindibles que mejoren las condiciones de habitabilidad de algunas unidades, y en especial respecto del pabellón de hombres II, cuyo estado es muy deficiente, así como de solucionar otros problemas estructurales, tales como la existencia de tuberías no empotradas en las paredes y la carencia de aire acondicionado en algunas dependencias.

Segunda. Que se estudien las medidas precisas para evitar un excesivo número de camas en algunas habitaciones, en especial en el pabellón citado.

Tercera. Que se estudie la mejora del sistema de protección contra incendios y de evacuación de edificios, que se encuentra correctamente instalado en las dependencias ya renovadas, pero que presenta notorias deficiencias en el resto de las instalaciones, recomendaciones asimismo que se elabore un plan para casos de emergencia.

9.2.2.9. Navarra.

Servicio Navarro de Salud.

Sobre la unidad de Psiquiatría del Hospital "Virgen del Camino", de Pamplona.

Primera. Que se estudie la posibilidad y conveniencia de dotar a esta unidad de plaza o plazas de terapeuta ocupacional, de actuación exclusiva o conjunta con la unidad de psiquiatría del Hospital de Navarra.

Sobre la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Navarra, en Pamplona

Primera. Que se estudie la posibilidad y conveniencia de dotar a esta unidad de plaza o plazas de terapeuta ocupacional, de actuación exclusiva o conjunta con la unidad de psiquiatría del Hospital "Virgen del Camino".

Sobre el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona

Primera. Que se comience a revisar, en colaboración con el Ministerio Fiscal y con los jueces, los internamientos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Segunda. Que se estudie la conveniencia de dotar al hospital de un plan para casos de emergencia.

Instituto Navarro de Bienestar Social.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "San Francisco Javier", de Pamplona

Primera. Dada la reciente adscripción al Instituto del área de deficientes mentales de este hospital, y en tanto residan dichas personas en los pabellones en que vienen siendo alojados, se proceda a la realización de las obras precisas en las zonas de alojamiento tendentes a una mejora sustancial en las condiciones de habitabilidad e higiene. En caso contrario, que se proceda a su traslado a dependencias que reúnan condiciones adecuadas.

9.2.2.11. País Vasco.

Servicio Vasco de Salud.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital "Santiago Apóstol", de Vitoria

Primera. Que en conexión con las estructuras primarias de atención a la salud mental, se adopten las medidas oportunas tendentes a la eliminación del tiempo de espera para efectuar los ingresos, circunstancia comprobada en la visita.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves", de Vitoria

Primera. Que se comience a revisar, en colaboración con el Ministerio Fiscal y con los jueces, los internamientos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Segunda. Que se corrija de inmediato la situación existente en el momento de la visita, y si aún persiste, en virtud de la cual existían treinta y cinco pacientes ingresados por indicación médica y ocho por petición familiar, sin autorización judicial alguna.

Tercera. Que en tanto en cuanto este hospital esté destinado a la asistencia de enfermos psiquiátricos y hasta su adscripción a la Universidad del País Vasco, se proceda a realizar las obras de remodelación oportunas tendentes a la

eliminación de las salas-dormitorio, que por su excesiva dotación de camas no ofrecen unas suficientes condiciones de habitabilidad.

Cuarta. Que el alojamiento en habitaciones de menor número de camas, antes recomendado, no se realice en detrimento de las condiciones de ventilación exterior, iluminación natural e insuficiencia del espacio disponible, situación observada en la visita a este hospital.

Quinta. Que en la medida en que resulte aconsejable o beneficioso por criterio facultativo, las excursiones y vacaciones anuales se amplíen a enfermos psicogerriátricos y a quienes están alojados en las unidades de corta-media estancia.

Sexta. Que se analice la conveniencia de proceder a la renovación paulatina de la maquinaria del servicio de lavandería dada la notable antigüedad de la misma.

Séptima. Que se estudien las medidas oportunas o se lleven a cabo las obras precisas para paliar la incidencia negativa que la estructura del hospital presenta para implantar un plan de evacuación eficaz.

Octava. Que se estudie la posibilidad de dotar y cubrir en el centro plaza o plazas de psicólogo, o al menos que se prevea la cobertura de estas necesidades mediante la asistencia prestada por especialistas de otras estructuras de atención a la salud mental.

9.2.2.12. La Rioja

Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital General de La Rioja, en Logroño

A modo de premisa de las recomendaciones que se transcriben seguidamente, se ha de hacer constar que, según la información obtenida, existe el proyecto de proceder a ampliar la unidad, incrementándose su número de camas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se efectúan las siguientes recomendaciones:

Primera. Que se estudie la posible realización de las obras correspondientes, al objeto de dotar a la unidad de una sala de estar, superándose el grave problema que representa la utilización del pasillo a tal fin.

Segunda. Que se valore la oportunidad y conveniencia de ampliar la capacidad de la unidad, al objeto de superar las graves disfunciones que, en su organización y funcionamiento, produce el elevado porcentaje de ocupación.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "Reina Sofía", de Lardero

Primera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de efectuar las gestiones oportunas ante los organismos competentes, al objeto de situar una parada de medios de transporte público en el recinto o en las proximidades del hospital.

Segunda. Que se proceda a valorar la conveniencia de establecer una unidad de terapia ocupacional, dotándola de los adecuados recursos personales y materiales.

Tercera. Que se proceda a la ampliación de la plantilla, en la categoría de ATS/DUE, a fin de evitar que durante 17 horas al día el centro carezca de estos profesionales.

Cuarta. Que se valore la oportunidad y conveniencia de dictar las instrucciones oportunas, en orden a que se extremen los cuidados que, en materia higiénica, precisan determinados enfermos, especialmente aquellos que padecen incontinencia.

Quinta. Que, igualmente, se valore la oportunidad de dictar las instrucciones oportunas, al objeto de evitar que los enfermos se vean compelidos a realizar tareas que corresponden a la categoría de auxiliares de enfermería.

Sexta. Que dada la escasez o nula participación de los enfermos en actividades de laborterapia, se valore la conveniencia de potenciar estas actividades.

Séptima. Que, igualmente, se valore la oportunidad de establecer programas reglados sobre aspectos lúdicos, a fin de

paliar el hecho de que gran parte de los residentes no desarrollen actividad alguna.

Octava. Que se adopten las medidas oportunas para que exista intervención médica en la determinación de los menús, garantizándose el control dietético de la alimentación,

9.2.2.13. Comunidad Valenciana.

Servicio Valenciano de Salud.

Sobre el Hospital Clínico de Valencia

Primera. Que se corrijan las deficiencias apreciadas en el cumplimiento del trámite de comunicación al juzgado de los ingresos urgentes, según consta en este informe.

Segunda. Que se adopten las medidas necesarias para que quede constancia documental de la voluntariedad de los ingresos que tengan dicho carácter, a través de la firma del paciente en el impreso correspondiente.

9.2.3. Diputaciones Provinciales, Cabildos Insulares y Consejos Insulares.

9.2.3.1. Diputación Provincial de Burgos.

Sobre el Hospital Psiquiátrico "San Salvador", de Oña

Primera. Que se estudien las posibles medidas a adoptar para acomodar la reestructuración del establecimiento a lo previsto en el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Segunda. Que, aún reconociendo las dificultades que puedan existir para la cobertura de las plazas, se prosigan los esfuerzos necesarios para contar con un número suficiente de especialistas en psiquiatría.

Tercera. Que se valore la conveniencia de mejorar el estado de las dependencias destinadas a cocinas, resolviendo los problemas que se citan en el apartado 5.7.3.1. de este estudio.

Cuarta. Que se estudie la posible mejora del sistema de almacenamiento y evacuación de residuos, a través de la utilización de contenedores con cierre hermético.

Quinta. Que se impartan las instrucciones oportunas al objeto de que los alimentos, cuya fecha de consumo preferente o de caducidad haya transcurrido, sean retirados con prontitud de los almacenes de alimentación.

9.2.3.2. Diputación Provincial de Cáceres.

Sobre el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

Primera. Es preciso señalar que las deficiencias apreciadas en el funcionamiento de este centro, a las que se ha hecho referencia en este estudio, determinaron la remisión a la Diputación Provincial de Cáceres de una comunicación, en la que se resaltaban los graves defectos estructurales observados en la visita efectuada.

En el informe emitido por la citada Diputación se resaltaba haberse iniciado un plan general de reestructuración del Complejo Sanitario, que se ejecutaría en tres fases sucesivas, creándose dos áreas claramente diferenciadas: clínico-asistencial y residencial.

Entre las medidas contempladas en el referido plan se encuentran:

- Unidad de internamiento de corta estancia:
- * Independizar la unidad, por medio de una puerta de entrada y vallado del jardín.
- * Instalación de una pequeña biblioteca y acondicionamiento de una habitación de aislamiento.
- * Mejora de las instalaciones lúdicas así como de un parque que permita a los enfermos pasear dentro del recinto.

- * Reforma de los dormitorios.
- Unidad de psicogeriatría:
 - * Creación de una enfermería.
 - * Mejora de los servicios, incluyendo dotación de baños geriátricos.
 - * Renovación de la conducción de agua, electricidad y calefacción.
 - * Creación de controles de enfermería y salas de visitas.
 - * Recuperación del uso de los gimnasios, para destinarlos al fin que les es propio.
- Residencia de enfermos psíquicos:
 - * Finalización de las obras de conducción de agua, calefacción, electricidad, sustitución de techos y reforma de aseos.
 - * Saneamiento, pintura e impermeabilización de dormitorios y salas.
 - * Independización de los dormitorios por medio de puertas.
 - * Instalación de controles de enfermería.
 - * Renovación del mobiliario.

- * Redistribución de los enfermos.
- * Creación de un área de servicios generales, que contará con cafetería y salas de recreo.
- * Instalación de escaleras laterales de emergencia.

Por otra parte, en el mencionado informe se señala que está en construcción un nuevo tanatorio, la necesidad de proceder a una profunda transformación de los pabellones de laborterapia y la subsanación de los problemas surgidos en el traslado de la comida y de la ropa sucia.

Segunda. Que se regularicen los criterios que se aplican a los pacientes que involuntariamente reingresan en el centro, en el sentido de que estos reingresos se sometan a las mismas garantías que los ingresos iniciales.

9.2.3.3. Diputación Provincial de Gerona

Sobre el Hospital Psiquiátrico de Salt

Primera. Que se valore la conveniencia de proceder a la remodelación de los pabellones que conservan una estructura antigua y cuentan con grandes salas-dormitorios, en especial psicogeriatría mujeres y crónicos 1 hombres, de modo que el alojamiento de los pacientes internados en estas unidades se efectúe en unas condiciones dignas que favorezcan un mínimo grado de intimidad.

Segunda. Que se estudie la posibilidad y conveniencia de fijar programas individuales de rehabilitación para cada paciente.

Tercera. Que, si bien reconociendo la importante disminución de riesgo que se deriva del desarrollo horizontal de la mayoría de los pabellones, se estudien las posibles mejoras para la actuación en casos de incendio y otras emergencias y, en especial, la implantación de un plan para estos casos.

Cuarta. Que se extreme la diligencia al objeto de que no se depositen productos tóxicos en los almacenes de alimentación.

Quinta. Que se adopten las medidas oportunas en orden a efectuar obras de reparación en el pabellón de lavandería dado que, si bien su dotación de aparataje es adecuada, la estructura física de la instalación se encuentra deteriorada.

9.2.3.4. Diputación Provincial de Lugo.

Sobre el Centro Residencial y Rehabilitador "San Rafael", de Castro de Riberas de Lea

Primera. Que se valore la conveniencia de adoptar las medidas oportunas para dar solución a los graves problemas estructurales existentes y, en especial, a los citados en los apartados 5.6.2. y 5.6.3. de este informe, relativos al área de alojamiento.

Segunda. Que, de modo especial, se adopten las medidas oportunas para clausurar los antiguos cuartos de aislamiento, de modo que los mismos no se utilicen como habitaciones para el alojamiento de los enfermos, o en caso contrario, que se proceda a su remodelación a fin de que reúnan las condiciones adecuadas.

Tercera. Que en todo caso se cursen las instrucciones oportunas al objeto de que en ningún modo pernocten enfermos en habitaciones cuyas ventanas no dispongan de los cristales correspondientes.

Cuarta. Que se valore la conveniencia de dotar del suficiente mobiliario a las zonas del hospital que no disponen del mismo, así como de sustituir o reparar el mobiliario que se encuentra en un deficiente estado de conservación.

Quinta. Que pese a la disminución de riesgo que se deriva del desarrollo en horizontal del establecimiento, se adopten las medidas necesarias para dotarle de elementos imprescindibles de protección contra incendios y, en especial, de los correspondientes extintores, ya que el hospital carece en la actualidad de ellos.

Sexta. Que se valore la conveniencia de proceder a la fijación de programas individuales de rehabilitación para cada paciente.

Séptima. Que, a la mayor brevedad, se estudie la posibilidad de aplicar medidas alternativas, de naturaleza menos coercitiva, a los dos pacientes que, por razones de autoprotección, se ven obligados a llevar camisas de fuerza.

Octava. Que, aún reconociendo las dificultades para la cobertura de las plazas, se prosigan los esfuerzos necesarios para dotar al centro de un número suficiente de especialistas en psiquiatría.

Novena. Que se valore la posibilidad y conveniencia de dotar a la plantilla de personal del hospital, y proceder consiguientemente a su cobertura, de plaza o plazas de terapeutas ocupacionales.

Décima. Que se efectúen, ante los, organismos competentes, las gestiones oportunas en orden a la posibilidad de incrementar la frecuencia de la comunicación mediante transporte público, con los núcleos próximos de población, a fin de favorecer el contacto de la población internada con el entorno.

Undécima. Que se adopten las medidas oportunas a fin de que el almacenaje de alimentos y de productos de limpieza se lleve a cabo con la separación adecuada, en especial cuando se trate de productos de naturaleza tóxica.

9.2.3.5. Consejo Insular de Mallorca.

Sobre el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca

Primera. Que se comiencen a revisar, en colaboración con el Ministerio Fiscal y con los jueces, los internamientos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Segunda. Que, dados los graves defectos que, en materia de alojamiento, presentan los nueve pabellones del área de enfermos crónicos, tal y como se ha señalado pormenorizadamente en el capítulo 5 de este estudio, se adopten las medidas necesarias para mejorar sustancialmente las condiciones de habitabilidad y de conservación de la citada área, mediante la ejecución de las correspondientes obras.

Tercera. Que, en consonancia con la anterior recomendación, se dote a las zonas de alojamiento de los elementos necesarios para permitir una digna y adecuada permanencia de los enfermos en las mismas, especialmente de aseos, baños geriátricos y mobiliario diverso.

Cuarta. Que se valore la oportunidad y conveniencia de que la asistencia psiquiátrica infanto-juvenil se realice fundamentalmente en el marco de la asistencia primaria y, en caso de hospitalización, en los servicios de pediatría del Hospital General, suprimiéndose, en su caso, la sección de psiquiatría infantil existente en el hospital psiquiátrico.

Quinta. Que se revise la situación de la persona alojada en el pabellón "cinco d", que por las noches permanece atada a la cama de una habitación, cuya puerta se encuentra cerrada con llave, a fin de determinar qué posibles tratamientos clínicos alternativos pueden establecerse, los cuales, en todo caso, deberán ser instaurados por el facultativo responsable o médico de guardia.

Sexta. Que se proceda a adoptar las medidas necesarias, a fin de constituir áreas recreativas y culturales, como pueden ser biblioteca, salas de lectura,

salón de actos, salas de juegos y otras instalaciones para el entretenimiento del ocio.

Séptima. Que se estudie la posible realización de las obras de reparación necesarias para evitar el deterioro que presenta el pabellón en el que se ubica la cocina, sustituyéndose aquellos elementos o aparatos que presentan cierta inadecuación, como pueden ser fregaderos de escasa funcionalidad y campana extractora.

Octava. Que, dado que los catorce especialistas en psiquiatría que figuran en la plantilla del centro trabajan en turno de mañana, se estudie la conveniencia de establecer un servicio de urgencia psiquiátrica, valorándose el hecho de que la isla carece del mismo.

Novena. Que, habida cuenta que en la plantilla del hospital únicamente figura un terapeuta ocupacional, cuya actividad se dirige fundamentalmente hacia los enfermos de las unidades de corta estancia y del piso de transición, se valore la oportunidad de ampliar tal dotación, así como de configurar una unidad de terapia ocupacional, a fin de mejorar la atención a los residentes.

Décima. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar la suficiencia o no de la plantilla de auxiliares psiquiátricos, con vistas a determinar la necesidad o no de su posible ampliación o, en su caso, de la reorganización del trabajo, al objeto de mejorar la atención a los residentes.

Undécima. Que se estudie la oportunidad de establecer una unidad de enfermería, para aquellos pacientes que, precisando una especial atención médica de carácter somático,

no requieran los servicios del hospital general, en orden a evitar que enfermos afectados por procesos de esta naturaleza deban permanecer durante días en habitaciones con un elevado número de camas.

Duodécima. Que se adopten las medidas oportunas para que exista intervención médica en la determinación de los menús, garantizando el control dietético de la alimentación.

Decimotercera. Que se valore la conveniencia de adoptar las medidas oportunas, al objeto de dotar al hospital de las adecuadas medidas de protección contra incendios y evacuación de edificios y de elaborar e implantar un plan para casos de emergencia, difundiéndose el mismo entre el personal del centro, que deberá conocer la secuencia de actuaciones en estos supuestos.

9.2.3.6. Cabildo Insular de Tenerife

Sobre el Hospital Clínico Universitario, en La Laguna

Primera. Que se estudie la posibilidad y conveniencia de dotar al edificio donde se efectúan las consultas externas de psiquiatría, de sala o dependencia donde puedan efectuarse las actividades de terapia de grupo, así como las sesiones clínicas oportunas.

Segunda. Que se estudie la posibilidad de dotar a esta unidad de una zona o sala de estar-comedor independiente,

obviando los inconvenientes de la actual constituida por un ensanchamiento del pasillo de reducidas dimensiones.

Sobre el Hospital Psiquiátrico de Tenerife

Primera. Que en la medida de lo posible se adopten las medidas oportunas en orden a minimizar los inconvenientes que en el alojamiento provisional de enfermos de las unidades de media, larga estancia y psicogeriatría provocan las actuales obras de remodelación del hospital.

Segunda. Que una vez finalizadas las referidas obras, se proceda a la redistribución de los enfermos evitando la utilización de salas dormitorios comunes con elevado número de camas.

Tercera. Que con carácter inmediato y sin esperar a la conclusión de las obras referidas, se proceda a la reparación de los desperfectos observados en los aseos comunes de la unidad de deficientes mentales.

9.2.3.7. Diputación Provincial de Toledo.

Sobre la unidad de psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo

Primera. Que se proceda a dotar a la unidad de unas dependencias idóneas para la realización de actividades de

terapia ocupacional, ya que la existente, de espacio insuficiente, impide, entre otras, las actuaciones grupales.

Sobre la Unidad Residencial y Rehabilitadora de Toledo

Primera. Que se comiencen a revisar, en colaboración con el Ministerio Fiscal y con los jueces, los internamientos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 24 de octubre.

Segunda. Que se dote a la plantilla de la unidad de plaza o plazas de psicólogo y de terapeuta ocupacional, y se proceda a su cobertura, dada la incidencia que su carencia actual supone para la asistencia integral de los enfermos ingresados.

Tercera. Que igualmente se doten y cubran plazas de personal auxiliar administrativo, cuya inexistencia supone la omisión o dilación en la ejecución de tareas de esta índole.

Cuarta. Que se proceda igualmente a la ampliación de plantilla en las categorías de ATS/DUE y auxiliares de enfermería, cuya escasez implica una deficiente cobertura de turnos o la omisión de funciones que les son propias.

Quinta. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de reducir el número de camas en las habitaciones que hoy disponen de seis.

Sexta. Que se dote a la unidad de baños geriátricos, dada su ausencia y la existencia de enfermos que requieren esta instalación.

Séptima. Que se fomenten las medidas dirigidas a una mayor participación de los enfermos en las actividades de terapia ocupacional, dado que actualmente tan sólo un 14% de la población internada acude a las mismas.

Octava. Que se adopten las medidas oportunas para que las previsiones contenidas en la memoria del centro del año 1990 y referidas a actividades lúdicas y recreativas, se lleven a efecto, a cuyo fin debe analizarse la viabilidad del establecimiento de un programa de actividades.

Novena. Que se proceda a la instalación y dotación de una unidad de enfermería, evitando la permanencia en sus habitaciones de pacientes afectados de cualquier proceso somático de enfermedad.

Décima. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de instalar, dentro del mismo centro, cafetería, biblioteca y capilla, a fin de facilitar su uso para aquellos enfermos cuya movilidad reducida les dificulta el disfrute de las referidas instalaciones de la residencia social asistida que se encuentra contigua a la unidad.

Undécima. Que se adopten las medidas que impone la legislación vigente sobre protección contra incendios y evacuación de edificios.

9.2.3.8. Diputación Provincial de Valencia.

Sobre el Hospital Psiquiátrico de Bétera

Primera. Que se proceda a desarrollar las acciones oportunas para finalizar las actuaciones emprendidas en orden a fijar programas de rehabilitación a los pacientes alojados en el pabellón 5, ya que en el momento de la visita únicamente se había realizado la valoración de los mismos, pero faltaba aún fijar los objetivos y determinar los programas.

Segunda. Que, aún teniendo en cuenta la disminución de riesgo que se deriva de la construcción modular del establecimiento y de su escaso desarrollo en altura, se estudie la posibilidad de mejorar el sistema de protección contra incendios y de actuación en casos de emergencia.

Tercera. Que se estudie la posibilidad de reducir el número de camas por habitación en la planta primera del pabellón 5 (crónicos), valorando para ello la posible utilización, para el alojamiento, de la planta segunda, que en la actualidad se encuentra clausurada.

Cuarta. Que se proceda a dar solución a las deficiencias de orden estructural citadas en los apartados 5.6.2., 5.6.3. y 5.7.3.2. de este estudio.

Quinta. Que dada la magnitud de las instalaciones del hospital que se encuentran clausuradas, se estudie la posibilidad de dar a dichas instalaciones un destino que permita su uso para las finalidades que se estimen más

convenientes, entre las que, en su caso, pudiera encontrarse la de cumplir funciones de residencia asistida, pudiéndose recordar a este respecto la existencia, en el hospital, de personas que tienen denegada la autorización para su internamiento por los tribunales de justicia y permanecen en el establecimiento ante la imposibilidad de obtener una plaza en las residencias existentes.