
La reforma psiquiátrica en Navarra: 20 años después

Psychiatric reform in Navarre: 20 years on

J. R. Varo

RESUMEN

En este trabajo se pretende aportar una breve descripción y algunas reflexiones sobre la historia de la comúnmente llamada "reforma" psiquiátrica en Navarra. La intención no es exponer datos numéricos (y mucho menos exhaustivos), sino más bien destacar los acontecimientos que han sido claves en dicha reforma, y quizás proponer alguna ligera interpretación sobre el espíritu que ha sustentado los cambios. Sin duda, habrá un grado de subjetividad en la elección de los aspectos tratados aquí y existieron otros dinamismos y acciones muy influyentes. La elección ha sido motivada por la consideración de lo que he tenido más próximo, aquello a lo que he prestado mayor atención y, por supuesto, lo que ha parecido relevante.

La bibliografía citada tampoco pretende recoger todo, ni siquiera todo lo importante, sino aquello que ha servido de apoyo en este texto.

Palabras clave. Reforma psiquiátrica. Navarra. España.

An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 75-87.

Psiquiatría. Jefe de Servicio. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

ABSTRACT

This article provides a brief description and some reflections on the history of what is commonly called the psychiatric "reform" in Navarre. The aim is not to set out numerical data (and much less of an exhaustive character), but rather to emphasise the key events of that reform, and to perhaps offer an interpretation of the spirit that underlay the changes. Without doubt, there will be a degree of subjectivity in the choice of the aspects dealt with here and there are other dynamics and actions that are very influential. The choice has been motivated by consideration of what I have been closest to, what I have been most concerned with, and, of course, what has seemed most relevant.

Nor does the cited bibliography attempt to be exhaustive, nor does it contain all the important works, only those that have served to support this text.

Key words. Psychiatric reform. Navarre. Spain.

Correspondencia:

José R. Varo
Vuelta del Castillo, 9, 7º C
31007 Pamplona

ANTECEDENTES

Como en otras CCAA, en Navarra, desde principios del siglo XX, la asistencia psiquiátrica pública estaba presidida y centrada en el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier, fundado en 1904, y llamado inicialmente "Hospital Vasco-Navarro".

Se trataba, y así continuó durante mucho tiempo, de una institución de las posteriormente denominadas "totales", que daban cobertura a las necesidades básicas y de asistencia médica y psiquiátrica de los pacientes ingresados, autosuficiente, organizada en forma autónoma y aislada del entorno sanitario e incluso social, con funcionamiento bastante manicomial. Acogía a la patología mental o trastornos conductuales graves, y tenía una sección "de pago" para pacientes pudientes.

Parafraseando a la Divina Comedia, se sabía cuando se entraba en el Centro, pero no cuando podía producirse la salida. De hecho, se convertía en residencia duradera o definitiva para buena parte de los pacientes, y cuando se dieron los primeros pasos para la reforma, en 1986, muchos de ellos llevaban más de 10 años de residencia.

A partir de 1938, las Hermanas Hospitalarias comenzaron a crear en Navarra algunos centros asistenciales psiquiátricos, al principio con eufemísticas denominaciones como sanatorio, clínica de reposo, etc. La primera de ellas fue en Elizondo, sólo de mujeres y atendiendo a pacientes de toda la proximidad geográfica. Era un centro de internamiento, también con estancias de larga duración o definitivas y con dotación y atención psiquiátricas más bien precarias, siendo un recurso residencial privado para patología crónica residual de tipo psicogeriátrico. El director del Hospital Psiquiátrico fue al principio también el de esta institución.

Las mismas Hermanas Hospitalarias, con su dinamismo constante, instauraron en 1950 otro centro que fue importante y lo ha seguido siendo, debido a su papel anterior y a la evolución de su ubicación en el contexto de la asistencia. Se trata de la familiarmente llamada "Casita" (Clínica Nuestra Señora del Camino, ahora Clínica Padre Menni).

En toda España, y también en Navarra, el antiguamente llamado Seguro de Enfermedad comenzó a poner en marcha consultas de neuropsiquiatría, que se mantuvieron hasta la reforma y que han ido evolucionando hasta su lenta extinción, con una fase de pseudo-asimilación al sistema público nuevamente instaurado.

Además, existían consultas privadas, escasas y algunas con poca delimitación del campo de la Neurología y de la Psiquiatría. Los directores o médicos de servicios públicos, a menudo simultaneaban esta tarea con su consulta privada.

Dentro de las consultas privadas, quizás debemos destacar dos, por su impacto en el momento y por su sólida evolución posterior.

Por una parte, el grupo SMEDA (1968), después transformado en Fundación Argibide, que se creó con carácter interdisciplinar, desarrollando diversas técnicas terapéuticas individuales y de grupo y potenciando la formación y la investigación, mentalidad y esfuerzo en la que loablemente aún continúa.

También la Clínica Universitaria en los primeros años 60 empezó a ofrecer sus servicios de psiquiatría, con desarrollo de su asistencia externa, interconsultas, docencia e investigación más centrado en el campo universitario y con proyección importante hacia fuera de Navarra.

El Hospital Psiquiátrico de Navarra¹ no se distinguió por ser de aquellos que se hicieron célebres por liderar sus propias reformas e indirectamente las de la asistencia psiquiátrica, comenzando ésta por la misma reforma de los hospitales. Su proceso de cambio no fue llamativo, pero se pusieron en marcha algunas iniciativas de interés y se programaron actividades que suponían una apertura a la comunidad. Por ejemplo, consultas externas, incluso intentándolo fuera de la capital. Se creó un Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías y un Hospital de Día, ambos con estilo multidisciplinar y criterios bastante nuevos, a pesar de su dependencia y ubicación en el Hospital Psiquiátrico. Se emitieron informes y planes orientativos de una posible reforma del hospital y se indicaron medidas a tomar, que aunque en gran medida no se realiza-

ron, fueron contribuyendo a extender un espíritu de necesidad de cambio.

El Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico (1979) fue un centro moderno y activo, que dio origen a uno de los dos actualmente existentes, con la incorporación a este último del núcleo del personal. En el mismo hospital se había creado una Unidad de Agudos, mixta.

La Diputación Foral de Navarra, en septiembre de 1979, acordó en un llamado "Programa de acción psiquiátrica en Navarra", asumir la promoción de la salud mental y la asistencia psiquiátrica en nuestra comunidad.

A partir de 1972 la Clínica Ntra. Sra. El Pilar de Elizondo fue drásticamente reformada, modernizada y se incluyó la asistencia a pacientes agudos y a hombres.

La misma Diputación, en 1982, concertó otro Hospital de Día con Argibide.

Existía un servicio, centrado en la asistencia infantil, en el Instituto de Salud Pública, originado en el antiguo AISNA.

En 1973 se creó el Departamento de Alcoholismo y Toxicomanías, dependiente de Cruz Roja, Cáritas y el Ayuntamiento de Pamplona. Ubicado en la Clínica de Cruz Roja, fue uno de los pioneros de la asistencia en este campo. Con orientación psiquiátrica integral de la asistencia especializada a las drogodependencias, desarrolló una amplia actividad en asistencia, prevención, docencia e investigación, produciendo numerosas publicaciones y creando escuela. En 1986, al comenzar el Plan de Salud Mental, se integró en él, como había sido desde el primer momento su designio.

Así que, hasta este momento:

- Los servicios de asistencia psiquiátrica pertenecían a muy diferentes entidades y dependencias. Se habían puesto en marcha en función de objetivos concretos para cada uno de ellos, y sin planificación general.
- Los servicios públicos (aparte Hospital Psiquiátrico) eran muy escasos.
- Los servicios privados, no se habían planificado en relación con otros.
- Todos los servicios constituían recursos fragmentados y no coordinados,

atendiendo a demandas y a áreas muy delimitadas de la población.

Y LLEGÓ LA REFORMA. LOS PRIMEROS TIEMPOS

En Navarra, como en todas las CCAA, fue determinante el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985)². Navarra se retrasó algo (1986) en la implantación de estas reformas, pero cuando las inició lo hizo con rapidez y dinamismo.

Algunas características de la Comunidad influyeron en la puesta en marcha de la reforma y marcaron la implantación y desarrollo del Plan de Salud Mental.

Entre estas peculiaridades podemos citar la autonomía administrativa y económica de la Diputación Foral (que como se ha dicho antes declaró asumir la asistencia psiquiátrica); el nivel de vida y economía relativamente alto, con buen desarrollo de servicios; el número y nivel de profesionales existentes; el reducido tamaño de la población y su distribución, que en varios aspectos (no en todos) la han hecho más fácil a efectos de planificación e implantación de servicios, así como su proximidad a las ciudades y núcleos de población. Estas características han influido en la evolución más reciente de la asistencia, y a veces no positivamente.

También ha tenido mucha importancia en el desarrollo posterior del sistema de atención a la salud mental la fuerte tradición de uso de servicios públicos por la población navarra, que los ha vivido siempre como algo propio, totalmente incorporado y utilizado con facilidad.

En 1986, fue aprobado el Plan de Salud Mental de Navarra³, que supuso un cambio revolucionario en la asistencia psiquiátrica. Éste seguía en lo fundamental los criterios del Informe de la Comisión Ministerial de 1985.

En él se exponían algunos principios básicos:

- Integración del Plan de Salud Mental dentro del sistema general de salud, evitando la marginación y abandono tradicional de la asistencia a la enfermedad mental, y a la vez respetando su

autonomía y su campo de acción, que a menudo desborda el marco estrictamente sanitario.

- Creación de una red asistencial completa, con integración de recursos, enfoque biopsicosocial y multidisciplinar.
- Intento de cubrir todos los niveles precisos en el proceso preventivo y asistencial, garantizando la continuidad de cuidados.
- Ubicación del plan centrado en la comunidad, acercando los recursos al entorno habitual de los pacientes y evitando las instituciones cerradas y marginantes, utilizando para ello la sectorización.
- Accesibilidad a los recursos y aceptación por la comunidad, que debería participar al máximo en la implantación y desarrollo de los mismos, garantizándose además la equidad en las prestaciones.
- Flexibilidad en la puesta en marcha de recursos y adaptación a las necesidades observadas.
- Consideración permanente de los principios de eficiencia, eficacia y efectividad.
- Puesta de atención en la formación del personal y en su puesta al día de su capacitación.

Ambicioso y optimista encuadre, que después observaremos a la luz de 20 años transcurridos.

El trabajo realizado en los primeros años se centró en:

- Transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico y su conversión en nuevos recursos asistenciales y residenciales, programas de rehabilitación y desinstitucionalización, y creación de pisos y hogares protegidos.
- Creación de una red de asistencia comunitaria, organizada en diversos niveles, sectorizada para facilitar el mejor acceso de la población y la relación con la Atención Primaria.

Fueron creados 8 centros de salud mental, servicios de día, 2 unidades de hospitalización psiquiátrica y 2 puntos de atención psiquiátrica de urgencias en estos mismos servicios de los hospitales generales.

Desde el primer momento se definieron criterios de funcionamiento y coordinación entre estos servicios.

- Adscripción e integración en el sistema general de los profesionales hasta el momento dispersos en varias administraciones y centros.
- Estructuración del nuevo sistema, mediante órganos de gestión, dirección y coordinación.
- Establecimiento de pautas y modos de coordinación y cooperación con otros niveles de atención: atención primaria de salud y social, asistencia especializada, justicia, recursos sociales, etc.
- Puesta en marcha de un sistema de información permanente, que permitiese seguir la actividad realizada. Muy importante no sólo para los órganos directivos sino también para los profesionales.
- Planificación de desarrollo de recursos y programas de intervención.

El Plan de Salud Mental encontró algunas dificultades. Así por ejemplo, la heterogeneidad de la población navarra y su composición y distribución, a pesar de su exiguo tamaño, con un fuerte desequilibrio y predominio de la capital y alta dispersión en algunas zonas. Esto condiciona impedimentos en el acceso, sobre todo, a los servicios de día.

Otro hecho que constituyó (y aún constituye) dificultad fue la diversa dependencia de determinados recursos, hospitalarios, extrahospitalarios, sanitarios, sociales.

Además, desde un primer momento, los servicios del campo de la salud mental aquejaron un bajo nivel de estructuración interna, con insuficiente y a veces vacilante definición en la asignación de tareas y responsabilidades.

La rápida implantación del sistema, la multiplicidad de orígenes y la experiencia previa de los profesionales llevaron consigo problemas en la creación de una cultura común, diferentes expectativas y adecuación de la experiencia anterior a los nuevos requerimientos.

Y también un problema aún no abordado y que viene resultando cada vez más agobiante: la inmediata avalancha de una demanda exagerada y utópica, con la pre-

tensión de que todo sea resuelto y con la máxima rapidez, desde la misma saturación de la atención primaria.

Según hemos aludido anteriormente, la rapidez de la implantación del sistema tuvo su base en el impulso político del

Gobierno de Navarra y la consiguiente dotación presupuestaria.

He aquí un resumen de las actuaciones y medidas legislativas en los primeros años^{4,5}.

1986	Aprobación por el Gobierno Foral del Plan de Salud Mental Sectorización psiquiátrica Zonificación sanitaria Aprobación del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías Creación de la Dirección, Subdirección de Salud Mental y Coordinación del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías Apertura de centros de Salud Mental Apertura de la Unidad de Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico
1987	Comisión de Coordinación del PAT Estructuración de funcionales de la Dirección de salud mental Convenio Gobierno de Navarra/Insalud para atención a la salud mental Apertura de unidades diferenciadas en el Hospital Psiquiátrico Apertura de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en el Hospital de Navarra Puesta en marcha del Centro de Día para Toxicómanos (Elorz) Apertura de la Unidad de Rehabilitación II en el Hospital Psiquiátrico
1988	Programas de formación postgrado para especialistas Comisión de estudio de cuestiones jurídico/asistenciales Coordinación de la red de atención a la salud mental y sus diversos servicios Apertura de 2 pisos protegidos Centro de Día Psiquiátrico Mejoras en remodelación y transformación del Hospital Psiquiátrico
1989	Continuación de actuaciones anteriores Apertura de un piso protegido y un hogar protegido Integración de neuropsiquiatras Estructuración de coordinación funcional
1990	Ordenación de centros y tratamientos con opiáceos Cierre de unidades de Hospital Psiquiátrico Ayudas a drogodependientes para tratamiento en comunidades terapéuticas Ley Foral de Salud Estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud Apertura Clínica Psicogeriatría Traslado de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico a Hospital Virgen del Camino Apertura de 2 pisos y 1 hogar protegidos Apertura de la biblioteca de Salud Mental
1991	Acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes Ordenación de la gestión territorial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea Acuerdo Dpto. de Salud/Dpto. Trabajo y Bienestar Social sobre transformación de Hospital Psiquiátrico Traslado/apertura de Hospital de Día Irubide Apertura Centro de Día de Tudela Apertura de 1 piso y 1 hogar protegido

EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS

Hospital Psiquiátrico. La primera etapa de la reforma se propuso: la transformación del Hospital Psiquiátrico y desmantelamiento de su estructura y función manicomial; la promoción de otras alternativas rehabilitadoras y de apoyo residencial; implantación de los centros comunitarios, centros de salud mental, hospitales de día.

Como hecho digno de señalar, digamos que todos los locales y edificios del antiguo Hospital Psiquiátrico han ido siendo dedicados a otras funciones, terminando por constituir el actual Centro Psicogeriátrico. Su espléndida zona de jardín ha sido abierta a la utilización como parque público por la vecindad. Sin embargo, se ha reprochado que durante mucho tiempo este proceso no ha repercutido sobre reequilibración presupuestaria, con paso de fondos a otras actividades, mientras se reducía poco a poco el número de camas de dicho hospital. En el momento actual, su presupuesto se presenta desglosado en los varios centros y servicios que lo componen.

El llamado proceso de desinstitucionalización se fundamentó en algunas premisas que fueron muy destacadas:

- Evitar el factor de cronificación, inercia del antiguo funcionamiento
- Evitar los ingresos “de por vida”, y movilizar la reinserción.
- Procurar la inserción normalizada de los pacientes, mediante recursos residenciales y apoyo de tratamiento por el Centro de Salud Mental correspondiente.

En aquellos momentos se repitió a menudo “en este proceso de cambio ningún paciente debe perder en calidad de vida y en la asistencia que se le presta. No ganar en autonomía es perder”.

El Hospital Psiquiátrico se configuró del modo siguiente:

- Área de rehabilitación/preparación para la externación
- Área de gerontopsiquiatría
- Área de deficientes mentales
- Área “Comunidad Terapéutica Protegida”

Estas áreas constituían un modo de intentar reordenar y modernizar la asistencia prestada a los pacientes ingresados.

Desde 1986 a 1990 inclusive, la población ingresada disminuyó de 725 camas de crónicos a 494. Bien es verdad que previamente, desde 1984, ya había descendido desde 927 hasta la referida cifra de 725⁴.

Los pacientes agudos también fueron descendiendo hasta su eliminación y paso a los ingresos en las Unidades de Hospitalización en Hospitales generales y en los Hospitales de Día, creados simultáneamente.

Centros de Salud Mental. Se procuró y consiguió integrar a los profesionales de los anteriores servicios públicos, conciliando uno con una entidad privada (Fundación Argibide), exigiéndose en este último caso dotaciones de personal y criterios de funcionamiento y coordinación iguales a los de los centros propios públicos y sectorizándolo también. En éstos se trabajó por la consolidación de las plantillas y personal fijo, labor siempre azarosa y ardua.

Como se ha dicho antes, los servicios existentes previamente no estaban constituidos en la nueva manera, ni coordinados a modo de red única. Esto produjo al principio algunas dificultades en cuanto a la integración del personal: diferentes procedencias y enfoques teórico/prácticos, experiencias anteriores, niveles diversos de motivación.

Por cierto, y en tono de recuerdo afectuoso: la ubicación primera y provisional de los centros de salud mental (mientras se construían los edificios definitivos) sí que puede calificarse de “comunitaria”, puesto que se instalaron con entusiasmo en pisos de comunidades de vecinos.

Se inició el Sistema de Información y Recogida de datos asistenciales, para seguimiento y evaluación de la actividad de los centros de salud mental, que aún persiste, con pocas modificaciones (deberían haber sido más, puesto que no se ha reformado en forma suficiente).

A fin de crear un estilo de funcionamiento lo más homogéneo posible entre los centros de salud mental, se redactó un Reglamento de Funcionamiento de los Centros de Salud Mental⁵. Este planteaba un

nivel de actividades probablemente inalcanzables (aunque en aquella época el optimismo y el entusiasmo eran virtudes frecuentes). No era fácil, o quizá era imposible, su aplicación rigurosa, por haberse tratado siempre de un documento interno sin una sólida sanción legal y administrativa, pero sirvió para configurar alguna filosofía de funcionamiento y un marco de referencia.

Los profesionales de los centros de salud mental realizaron una importante tarea de adaptación y búsqueda de modos de trabajo interdisciplinar, cuando enseguida se percibió una demanda asistencial amplia y complicada, a menudo planteando una problemática más de tipo social (malestar, sufrimiento por causas varias) que clínico-psiquiátrica.

Ya en 1992 se hablaba del riesgo de que los centros de salud mental derivasen hacia formas de funcionamiento más propias de "ambulatorios" a la antigua usanza y menos en la concepción "comunitaria" que los creó^{7,8}.

Ya hemos aludido a esta demanda exagerada, con expectativas poco realistas sobre lo que el centro de salud mental podía hacer o conseguir. Esta demanda fue también influida por la falta de información, de criterios de límites y de claridad de objetivos de estos centros por los profesionales de otras instancias: Atención Primaria, Servicios Sociales, otras especialidades médicas, etc.^{9,11}. En suma, comenzó pronto a producirse una avalancha de exigencias, que debiera haber servido de aviso y de orientación para introducir cambios y mejoras.

Tras los primeros años de funcionamiento se percibía que la presión hacia una asistencia generalista, en la que deberían hacerlo todo y sus profesionales estar preparados para todo, tendría que dar paso a la implantación de programas específicos. En el Plan de Salud Mental se esbozaban tres (superados después por los acontecimientos): asistencia psicogeriatría, drogodependencias y asistencia infanto-juvenil. Algún rudimento de esto se ha producido, si bien en forma embrionaria y en algún caso inexistente.

En 1987 recibieron 4.607 pacientes nuevos, contactaron con ellos un total de 5.919 pacientes y realizaron 36.226 consultas⁴. En 2005 (últimos datos publicados) se atendieron 5.307 pacientes nuevos, con un total de pacientes en contacto de 18.071 y un número de consultas individuales de 87.234 y pacientes en grupos de 5.633.

Podría pensarse en un aumento progresivo de actividad en los centros de salud mental. Pero, si se observa que las primeras consultas pueden haber aumentado sólo ligeramente y que se produce un incremento progresivo de las sucesivas, puede interpretarse como relacionada con modificaciones en la modalidad de la asistencia prestada, quizás con muchas consultas breves y "farmacológicas", en detrimento de una actuación psicoterapéutica verdadera. Y también de la elevada retención de pacientes, en la que influyen también otras diversas causas, relacionadas con el tipo de demanda.

Más recientemente se ha destacado y priorizado la agilización de las primeras consultas (lista de espera) pero no se ha examinado con profundidad la calidad de la asistencia que se produce en las consultas sucesivas.

Bien es verdad que recientemente se ha introducido algún elemento modulador: el objetivo de aumentar el número de consultas en pacientes graves y disminuirlas en los no graves. Este objetivo se contradice a menudo con la demanda planteada, desde la atención primaria, que precisamente eleva continuamente la derivación por patología mental no grave, y a veces por lo que no es realmente patología, sino reacciones emocionales o conductuales dentro de la normalidad.

En Navarra se ha mantenido con bastante solidez, hasta hoy, el principio de que el centro de salud mental es el eje organizador de la asistencia a cada paciente: de este Centro parten, y a él vuelven tras el alta, los pacientes derivados a los otros recursos.

Servicios de Día. También en estos Servicios se procuró integrar lo preexistente. Un hospital de día procedía del Hospital Psiquiátrico. Otro fue concertado con entidad privada (Argibide). Ambos fueron sec-

torizados, se procuró homologar su funcionamiento y hay que decir que su personal dio notables muestras de voluntad y visión.

Los hospitales de día han sido, y lo siguen siendo hasta el momento, centros eficientes, bien coordinados con el resto de la asistencia y prestigiados como elemento clave en el conjunto asistencial. Un problema: la lista de espera para ingresos, que son casi siempre constituidos por pacientes en fase aguda y situación clínica crítica.

A fin de facilitar el acceso de pacientes de la zona, se creó en 1991 un Servicio de Día en Tudela, que puso en marcha programas terapéuticos y de rehabilitación, adscrito y a cargo del Centro de Salud Mental de Tudela.

Un avance importante fue la creación del Hospital de Día Infanto-Juvenil "Natividad Zubieta", centro de referencia tanto para centros de salud mental como para otros recursos. Tiene básicamente dos secciones: una de consulta externa y un programa terapéutico-educativo, coordinado con el Departamento de Educación.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Se ha indicado que se crearon 2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, utilizando una vez más lo existente: una de ellas por traslado del Hospital Psiquiátrico y la otra con personal del Insalud. Estas Unidades fueron dotadas de 54 camas entre las dos.

Ello contribuyó a la progresiva y rápida disminución de ingresos en el Hospital Psiquiátrico, a distinguir mejor los ingresos de agudos y otros derivados de circunstancias de la cronicidad (diferenciando su ubicación) y sobre todo, a la definitiva inclusión de los servicios hospitalarios psiquiátricos en los hospitales generales.

La dependencia de las Unidades de Hospitalización del propio hospital y no de la Dirección de Salud Mental supuso ventajas (autonomía de las Unidades, por ejemplo, a efectos de personal, etc.), pero también inconvenientes, como algunos escollos en la coordinación y definición de funciones.

Poco a poco, estos escollos han sido aliviados con esfuerzo de todos y por la hábil y motivada actitud de los profesionales, una vez más.

Unos 5 años después de implantarse la reforma, ya se hablaba de la saturación de estas unidades, suscitada por: aumento de la estancia media, aumento de los casos "sociales" en los que el ingreso se prolongaba indebidamente por falta de alternativas después de él y por el consabido fenómeno de la "puerta giratoria". Se incluyó en ellas la desintoxicación de pacientes drogodependientes, con adaptación a veces incierta.

El espacio físico reducido de estas unidades ha condicionado siempre la posibilidad de diferenciar la asistencia. Por ejemplo, se ha intentado evitar la mezcla de psicóticos con jóvenes afectadas por trastornos de la alimentación u otros, pero las circunstancias constituían un importante impedimento.

Muy recientemente se ha dado un paso prometedor y elogiable: la apertura de una sub-unidad de hospitalización infanto-juvenil, con 4 camas. Pretende atender a 2-3 menores cada 15 días, unos 40 al año. Se prevén ingresos en crisis agudas o para evaluación o tratamientos especialmente difíciles en otro medio. Está prevista su coordinación con otros recursos, Centros de Salud Mental, Hospital de Día Infanto-juvenil.

Recursos de rehabilitación, residenciales y ocupacionales

Este campo, durante años y tras el primer desarrollo de la reforma ha sido señalado en forma repetida como especialmente deficitario y de implantación lenta, dificultosa e insuficiente. Parece más recientemente se observa un nuevo ritmo¹²⁻¹⁴.

Como se ha dicho antes, el Hospital Psiquiátrico se ha convertido en "Centro Psicogeriatrónico San Francisco Javier". En él existen un centro de día y una clínica de rehabilitación para enfermos mentales con especiales carencias y enviados principalmente desde los centros de salud mental.

Por otra parte, va aumentando el número de pisos tutelados para estos pacientes. Dos conciertos con la Hermanas Hospitalarias han permitido abrir una Residencia Asistida y una Unidad de Media Estancia, ambas en Elizondo.

Se acaban de abrir, además los cinco primeros Centros de Rehabilitación Psicosocial, que ofertan servicios y programas de rehabilitación con delimitación precisa, diversificados y orientados a las necesidades individuales de cada paciente diversificados. También el ingreso en estos centros se produce desde el Centro de Salud Mental.

Se va desarrollando, pues, el Programa de Atención a las personas con trastorno mental grave (Departamento de Bienestar Social), lo que parece por fin un intento de implicación de los servicios sociales y de coordinación con los sanitarios.

Este Programa incluye el avance e incremento en:

- Rehabilitación psicosocial
- Centro de Día
- Atención Residencial (residencias, pisos, pisos de desinstitucionalización, patronas protegidas)
- Formación y actividad laboral, empleo
- Intervención sociocomunitaria, atención a domicilio
- Apoyo a familias
- Programas de ocio y tiempo libre

Muy recientemente se ha inaugurado además (en un pabellón del antiguo Hospital Psiquiátrico) una Unidad con 12 plazas, dedicada a la asistencia a pacientes graves y con previsiblemente larga duración de la estancia.

Otra novedad en el sector privado (concertado) es la apertura de 72 nuevas plazas en la Clínica Padre Menni, que pasa ahora a disponer de 212.

Es de señalar también, en este apartado, la excelente, dinámica y extensa labor de asociaciones como ANASAPS (Asociación Navarra para la Salud Mental), que con apoyo institucional realiza variados programas¹⁵. En relación con familiares desarrolla: atención directa, servicio jurídico, escuela de familiares y asesoramiento

to a los mismos, grupos de autoayuda. Otras actividades son: intervención socio-comunitaria, actividad ocupacional, programas de tiempo libre, ocio, promoción cultural, deportiva y formativa. Además ha creado comisiones de trabajo sobre cuestiones relevantes en el campo que nos ocupa.

Atención a drogodependencias

Desde el primer momento de diseño del Plan de Salud Mental de Navarra se dio especial importancia a la atención a las drogodependencias por varias razones.

En ese momento se estaba debatiendo en todo el país el modelo de asistencia a estos trastornos: recursos independientes/integrados en redes asistenciales generales; dependencia de Servicio de Salud/Servicio de Bienestar Social; dependencia pública/concertación de servicios con entidades privadas/entrega simple a alguna de estas últimas de la atención a drogodependientes; requerimientos de formación de los profesionales (formación reglada en psicología y psiquiatría/otras). Se percibían tras ello puntos de vista teóricos, pragmáticos y también, todo hay que decirlo, luchas por el manejo y el poder.

En Navarra se optó decididamente porque la asistencia al drogodependiente debería integrarse en los sistemas generales de atención sanitaria y social: atención primaria, servicios especializados, hospitalares. Esto no impediría el tener en cuenta las posibles peculiaridades de esta patología y la creación por consiguiente de recursos o centros especializados.

El primer Plan de Drogodependencias se elaboró en la propia Dirección de Salud Mental (1986)^{16,17}. El subdirector de centros extrahospitalarios era al mismo tiempo el Coordinador del Plan de Drogodependencias. La asistencia especializada a la drogodependencia se incluía dentro de los problemas de salud mental, para su atención en los mismos servicios. Se entendía que determinadas prestaciones (por ejemplo Comunidades Terapéuticas concertadas, Centro de Día) tendrían sus propias peculiaridades y funcionamiento específico, pero que estaban integradas en la red de salud mental general.

Este planteamiento fue discutido e incluso dificultado. Pero el tiempo se ha encargado de colocar las cosas en su sitio. Una consecuencia de esto (y de otras actuaciones y opiniones) fue que se produjo una ordenación y normalización de la asistencia en este campo, que venía de una situación de anarquía, desorganización o descoordinación.

La inclusión de las drogodependencias en los servicios normalizados de atención a la salud mental tuvo también que ver con la facilitación de la integración en otros servicios sanitarios y sociales.

Como es natural, siempre hay problemas o puntos en contra. Por ejemplo, que el drogodependiente pueda ser marginado en esos servicios “normales” por falta de entendimiento del problema, por su menor adaptabilidad a dispositivos asistenciales estándar, por dificultades de manejo añadidas, e incluso por prejuicios, menor motivación o incluso temores de los profesionales. Todo ello, en el marco de la saturación de todos los servicios, que tendería a desplazar a fuera lo percibido en principio como más difícil o conflictivo.

El hecho es que en Navarra, y desde un primer momento:

- Los Centros de Salud Mental asumen el primer nivel especializado de la asistencia a las drogodependencias.
- Se hacen cargo (con dudas y consideraciones sobre ello, así como resistencias y demandas de mejorar el modelo y organización) de los planes de mantenimiento con metadona.
- Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica tienen a su cargo los tratamientos de desintoxicación difíciles, los problemas de drogas asociados a otras patologías psiquiátricas, y el ingreso suele ser pedido por los centros de salud mental, además de la vía de urgencias.
- Existen 3 Comunidades Terapéuticas concertadas, que deben seguir el mismo esquema asistencial.
- El Centro de Día “Zuria”, dedicado a la atención a las drogodependencias en un sentido amplio, ubicado en el recinto del Hospital de Navarra, es un ejem-

plo de funcionamiento coordinado e integración dentro del sistema general de asistencia a la salud mental¹⁸.

- Se instaura el Plan de Drogodependencias, una vez que se ha establecido un sistema asistencial, programa más actividades de educación, prevención, apoyo social, apoyo a tratamientos muy especiales (prisión), en conexión con el Plan Nacional sobre Drogas.

Como se ha indicado antes, los recursos existentes en drogodependencias en el sistema público anterior se integraron en el Plan de Salud Mental.

Precisamente, el proyecto del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías trataba de ofrecer asistencia a una patología no cubierta en ese momento, pero que “en último término el ideal a conseguir es que la asistencia a estos pacientes se desarrolle en el contexto de la asistencia médica y psiquiátrica (manteniendo sus peculiaridades propias), por lo que el departamento se plantea esta actividad como provisinal”.

En 1985 se produjo un hecho sin parangón en Europa: el Plan Nacional sobre Drogas. Apoyándose en el sistema de financiación y apoyo por el Gobierno central, se crearon servicios ambulatorios, camas en hospitales, comunidades terapéuticas acreditadas. Navarra se unió a esta dinámica, manteniendo los criterios que hemos expuesto. Fue un impulso notable, que aún persiste, aunque cambiando de derroteros. La asistencia de estos pacientes se ha procurado que vaya pasando a la red sanitaria y social normalizada.

Docencia e investigación

Creemos interesante la referencia a este capítulo porque ha tenido importancia en el desarrollo de nuestro sistema asistencial y se ha dedicado bastante atención a la actividad formativa.

En 1997 se creó la Comisión de Docencia. Es una entidad representativa de los profesionales. Se le asignaron funciones de:

- Diseñar el Plan de Docencia continuada anual, y el Plan Director a 3-4 años.

- Proponer criterios para acreditar servicios de la red de salud mental para programas de formación reglada.
- Establecer criterios para actividades de formación no reglada.
- Organización de los programas de apoyo a la formación pre-grado (Universidades y Escuelas) en los centros del sistema de atención a la salud mental.
- Establecer programas de formación y criterios de gestión de presupuestos de los mismos.
- Intervenir en la concesión de ayudas a formación, asistencia a congresos y otras actividades, investigación y organización de actividades científicas.
- Organización y mantenimiento de la Biblioteca de Salud Mental.
- Establecer criterios y aprobar en cada caso, la realización de estudios de investigación en centros de la red de Salud Mental, valorándolos desde el punto de vista científico, ético y de factibilidad en los centros.
- Promover e incentivar las actividades docentes para todos los profesionales.

Alguna de estas actividades no ha podido cumplirse, como por ejemplo la realización del Plan Director. Otras actividades en principio pensadas para la Comisión de Docencia, fueron pronto derivadas a la Comisión Asesora. Pero la Comisión de Docencia ha sido un órgano activo y de rico funcionamiento y ha contribuido a fomentar y estructurar la dinámica formativa, en pregrado y continuada.

Algo después se creó la Comisión Asesora de la Unidad Docente de Psiquiatría y Salud Mental (cumplimiento de la O.M.S. de 1995), cuya composición era representativa de los tutores y responsables docentes, con representación de médicos residentes en formación. Se ocupó enseguida, y así lo sigue haciendo, de la formación de médicos y psicólogos en formación, la organización y control de calidad de sus rotaciones y todos los demás aspectos de la formación especializada.

La Biblioteca de Salud Mental ha estado muy bien dotada en cuanto a revistas y además es un recurso de apoyo importan-

te en las tareas de investigación, documentación y formación.

Sin embargo, una opinión expresada con cierta frecuencia es que toda la actividad docente e investigadora no está suficientemente apoyada (dificultades en los lugares de trabajo, normatización) y que es realizada en forma demasiado voluntaria por los profesionales individualmente motivados.

CLAROS Y OSCUROS EN LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No pocos de los "oscuros" se venían venir desde los años 90. Existen informes, comunicaciones y reflexiones expresadas de una u otra manera que vienen señalando cambios en la demanda, tanto en cantidad como en calidad, y al mismo tiempo una contumaz rigidez en la adaptación de los servicios (también en cantidad y calidad) a los requerimientos¹⁹⁻²².

Tras el vigoroso y rápido impulso de los primeros años de la reforma, se vivió una ralentización y drástica disminución de las iniciativas y capacidad de progreso. Esto se notó en la planificación de servicios y su adaptación a los requerimientos, en la configuración de los flujos asistenciales, en la dotación de personal y, en las carencias en programas de rehabilitación y otros, destinados a pacientes graves.

Una impresión generalizada es que las demandas planteadas en los diversos servicios de salud mental se adelantaron y se desbordó la capacidad de planificación y respuesta del sistema.

La reforma psiquiátrica tuvo como gran logro y avance la extensión de la asistencia pública a toda la comunidad y supuso un cambio revolucionario en la atención especializada a estos problemas. Pero posteriormente se han producido fenómenos ante los cuales no se ha sabido encontrar soluciones.

Quizá en el fondo debemos situar la inflación de la cultura del bienestar, que ha llevado en nuestro campo a confundir a veces salud mental con felicidad y completo bienestar, y a configurar las demandas con esta utópica fantasía, pretendiendo que los servicios sanitarios/psiquiátricos

dén repuesta a todos los problemas y repercusiones de los mismos en los pacientes²³.

Los problemas y malestares sociales se han "sanitarizado" en primer lugar (consulta al médico de familia) y se han "psiquiatrizado" a continuación (derivación al Centro de Salud Mental), al no haberse puesto remedios por otras vías.

Un ejemplo de esta "sanitarización" y "psiquiatrización" de las circunstancias de malestar o conflictividad social es la descomunal y exagerada pretensión y solicitud de informes, (y a veces sólo "un papel") para multitud de situaciones, avatares o conveniencias laborales, económicas, judiciales, familiares, de cuyo resultado se responsabiliza finalmente y casi en exclusiva al papel firmado por el facultativo.

El sistema de atención a la salud mental está saturado y sobrepasado en todos sus niveles. Algo que obviamente ocurrirá siempre que se alienen o simplemente se dejen fluir sin planificación ni modelación demandas cada vez más amplias, más o menos justificadas, al mismo tiempo que los servicios son congelados o lentificados en su capacidad de adaptación y desarrollo. Estamos hablando de personal (¿hay que aumentar, quién, cómo, dónde?) pero también de estructuración y programación.

El papel de la asistencia primaria es esforzado, su trabajo es intenso y de calidad y se compromete frecuentemente en la atención a los pacientes menos graves. Pero es el primer escalón en el proceso socio-cultural que señala y la primera línea de acceso, con mayor saturación, indefinición de objetivos y de oferta de servicios, así como carencias importantes en la vertiente social.

El Plan de Salud de Navarra 2001-2005 indicaba que los trastornos mentales menos graves son competencia de la Atención Primaria y los de grado severo de los servicios de Salud Mental²⁴. Por el momento, esta declaración ha tenido unos resultados insuficientes. El desbordamiento de la Atención Primaria y sus modos de funcionamiento y dotación hace que las demandas de patologías menos graves o circunstancias de malestar sigan llegando

a los Centros de Salud Mental, y a menudo en forma "preferente".

También es verdad que se viene marcando como objetivo prioritario de estos centros la atención a la patología mental grave, lo que es dificultado en forma importante por la citada demanda desde Atención Primaria.

En el sistema de atención ambulatoria (Centros de Salud Mental), los hechos que refiero son especialmente patentes, llegándose a una verdadera retracción. Se ha primado la resolución de las primeras consultas (lista de espera), pero no se está considerando suficientemente la calidad del proceso asistencial que viene después de esta primera consulta. Se evidenciaba en los centros de Salud Mental, en la coordinación y agilización de los recursos, y como antes he expuesto, en los servicios de rehabilitación y dispositivos para pacientes graves.

La célebre "cartera de servicios" es una cuestión recurrente, a la que nadie se ha atrevido a dar definición y mucho menos implantación.

No obstante, ha habido importantes mejoras recientes en el campo de la rehabilitación y en otros, residenciales, ocupacionales, apoyo familiar.

Otros niveles, como los Centros de Salud Mental, necesitan reformas y adaptación en todos sus aspectos: definición de objetivos, relación con Atención Primaria y otros recursos, estructuración de su asistencia y actividades, ejecución real de las prioridades establecidas, actividad clínica y avances en su calidad.

Y por último, en nuestro trabajo, el personal es el principal instrumento. Es patente que este personal debería cuidarse mucho más de lo que se ha hecho, en cuanto a formación, incentivación, delimitación de funciones y apoyo en general. No esperemos más para evitar el escepticismo y la falta de motivación.

Agradecimientos

Me complace expresar mi agradecimiento a Amalia Jiménez Atienza (Bibliotecaria, Subdirección de Salud Mental) por su ayuda eficiente y amable disposición.

Gloria Labarta (T.S. del Centro de Salud de Ermitagaña) también me ha ayudado y se lo agradezco. Gracias también, por su ayuda aportando datos, a Miguel Martínez Trinidad (Subdirección de Salud Mental).

BIBLIOGRAFÍA

1. LIZARRAGA LJ. Memoria general del manicomio de Navarra. La Casa del Tejado Colorado. Gobierno de Navarra, 1992.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. 1985.
3. Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Plan de Salud Mental de Navarra 1986.
4. Servicio Navarro de Salud. Subdirección de Salud Mental. Memorias 1987-2005.
5. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Dirección de Salud Mental. Implantación y desarrollo de la atención a la salud mental 1986-1991. Septiembre 1991.
6. Gobierno de Navarra. Dirección de Salud Mental. Reglamento de funcionamiento de los Centros de Salud Mental 1987.
7. VARO JR, HERNÁEZ MP, CASTIELLA F. La atención a la Salud Mental en Navarra. Evolución, situación actual y perspectivas. XI Jornadas Nacionales Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ciudad Real 1992.
8. ROYO J, ARA MS, AZTARAIN J, BURGALETA R, LAMANA MC, MARTÍNEZ M et al. Análisis de la demanda y trabajo asistencial en un Centro de Salud Mental. II Congreso Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. Pamplona 1993.
9. VARO JR. Evolución del abordaje asistencial. X Congreso UNAD. Pamplona, 6 de diciembre de 2006.
10. VARO JR. La reforma psiquiátrica en Navarra. 100 años del Centro Psicogerátrico S. Francisco Javier. Pamplona 2004.
11. MALAVÉ I. Análisis de la demanda en el Centro de Salud Mental Ermitagaña. Agosto 2004-Marzo 2005.
12. ASTRAIN MV. Plan de integración de enfermos psiquiátricos. Servicio Navarro de Salud. Subdirección de Salud Mental 1996.
13. Defensora del Pueblo. La atención a la Salud Mental en Navarra. Informe especial al Parlamento 2003.
14. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Dirección General de Bienestar Social. Programa de atención a personas con trastorno mental grave 2005.
15. ANASAPS. Conclusiones a las XII Jornadas informativas de Salud Mental. El horizonte de la Salud Mental en Navarra. Retos y oportunidades. Pamplona 2003.
16. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud y Bienestar Social. Plan de Alcoholismo y Toxicomanías 1986.
17. VARO JR. La atención a la Salud Mental y las drogodependencias en Navarra. Comunidad y Drogas 1989, 13-14 de diciembre.
18. Gobierno de Navarra. Dirección de Salud Mental. Programa terapéutico de Centro de Día para Drogodependientes 1988.
19. ESPINO A. Estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; 81: 39-61.
20. MONTILLA JF, GONZÁLEZ C, RETOLAZA A, DUEÑAS C, ALAMEDA J. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; 84: 25-47.
21. RETOLAZA A. Salud Mental y Atención Primaria. Algunos porqué. Norte de Salud Mental 2002; 15: 9-12.
22. RETOLAZA A. ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de Salud Mental 2004; 19:49-57.
23. VARO JR. Demanda en Centros de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental. Pamplona 1996.
24. Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2001-2005.

