

## **1. Determinar los derechos de las personas con enfermedad mental y las prestaciones mínimas, sanitarias o no, que les corresponden**

Las personas con trastorno mental crónico tienen necesidades no sólo sanitarias, sino también de residencia, de ocupación, de desarrollo personal, de integración social..., y para satisfacerlas deben poder participar en los recursos de la sociedad. Sin embargo, su conocimiento de los derechos de ciudadanía es escaso. Respecto a su propia salud, por ejemplo, tienen un gran desconocimiento sobre el derecho a la información, al consentimiento informado, a las alternativas terapéuticas, a la queja, a las modalidades de ingreso hospitalario, a la confidencialidad... La falta de especificación y de concreción de los derechos que les asisten constituye una dificultad añadida a las que pueden derivarse de sus propias condiciones personales.

Es necesario, pues, desarrollar normativas para el conjunto de nuestra Comunidad Autónoma que fijen las prestaciones mínimas; que velen por los principios de igualdad, coordinación y cooperación; y que eviten condiciones de desigualdad en el acceso a los diferentes servicios, especialmente en aquellos campos (como el sociosanitario) de menor concreción. Se trata de superar la situación de unas personas que podrían considerarse simples “solicitantes de ayudas discrecionales”, para ser consideradas como ciudadanos que ejercen unos derechos reconocidos.

## **2. Clarificar la responsabilidad de las diferentes instituciones y desarrollar el espacio sociosanitario**

Muchas de las personas con enfermedad mental crónica precisan de una atención que no es ni exclusivamente sanitaria ni exclusivamente social, y no son suficientemente atendidas ni por el sistema sanitario ni por el sistema de acción social.

En nuestra Comunidad, la asistencia sanitaria es competencia del Gobierno Vasco, a través del Departamento de Sanidad y de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, mientras que la atención social depende de las Diputaciones Forales y Ayuntamientos. Ni en la legislación sanitaria, ni en la social se establecen mecanismos de articulación o de coordinación entre ambos sistemas. La descoordinación tiene consecuencias negativas: lagunas de atención, solapamientos, peloteos, contradicciones, desequilibrios entre servicios, duplicidades...

En los últimos años se han realizado algunos intentos para superar esta situación por medio de acuerdos específicos entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza y las Diputaciones Forales. Es preciso desarrollar esas u otras vías para clarificar las responsabilidades de las diferentes instituciones, y para coordinar y articular el espacio sociosanitario.

El desigual reparto de recursos y las situaciones de carencia para algunos sectores de población que no ven satisfechas algunas necesidades básicas, producto en ocasiones del funcionamiento descoordinado de los servicios de protección de la salud y de los servicios sociales, hace obligadas y urgentes la definición y la articulación del espacio sociosanitario, desde su realidad, sus necesidades y las alternativas posibles. En todo caso, es preciso lograr la prestación coordinada de servicios sanitarios y servicios sociales a quienes necesiten de ambos.

### **3. Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios sociales y sanitarios**

En la respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad mental son muchos los servicios implicados. Es manifiesta la necesidad de coordinación entre ellos -entre los servicios de atención primaria y los de salud mental, entre los servicios intra y extrahospitalarios, entre los servicios públicos y los promovidos por las asociaciones, con los servicios educativos, con los servicios de mediación en la búsqueda de empleo...-. Coordinación para mejorar la calidad de la respuesta a las necesidades.

La atención comunitaria y la integración de los enfermos mentales crónicos deberán ser el resultado del compromiso de los servicios sociales, sanitarios y del conjunto de la sociedad, y su desarrollo dependerá de una nueva cultura de trabajo multidisciplinar y comunitario.

### **4. Elaborar un plan de integración social**

En la actualidad, tanto las Diputaciones Forales como el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza invierten importantes recursos humanos y materiales para discapacitados psíquicos en forma de ayudas económicas, recursos laborales y ocupacionales, estancias residenciales fuera de la Comunidad Autónoma, pisos protegidos, rehabilitación, etc. No existe, sin embargo, y resulta necesario, un plan de integración social que, partiendo de las necesidades, defina los servicios y prestaciones, fije las prioridades, coordine los organismos que atiendan la demanda y establezca sistemas de seguimiento y evaluación.

### **5. Reforzar la red de recursos intermedios**

En lo que respecta a los recursos de cuidados intermedios, la red asistencial pública presenta todavía grandes deficiencias: déficit de hospitales o centros de día, escasos programas de prevención, de promoción de la salud y de rehabilitación, satura-

ción de los programas de atención ambulatoria... El déficit de estructuras intermedias es aún mayor en los recursos relacionados con el empleo, la formación o la vivienda.

Al mismo tiempo, existe un consenso sobre la necesidad y la utilidad de las estructuras intermedias: hospitales o centros de día, talleres, comunidades terapéuticas, pisos protegidos, centros ocupacionales, clubes... Se trata de instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitucionalización de personas que están en los hospitales psiquiátricos, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia.

El reforzamiento de la red, tanto de los servicios públicos como de los promovidos por diferentes asociaciones, exige un incremento presupuestario en consonancia con el aumento creciente de demandas respecto a este tipo de servicios.

## **6. Incrementar los servicios destinados específicamente a la población de menores**

De acuerdo con los datos de este informe, es llamativa la escasa respuesta específica a las necesidades de atención del colectivo de menores. Así:

- la insuficiencia (en el caso de estructuras intermedias, la inexistencia) de los recursos destinados a la atención psiquiátrica de la infancia y adolescencia;
- la necesidad de programas de atención temprana, centros de día, programas ocupacionales... para las personas afectadas por autismo;
- la respuesta insuficiente a “nuevas” y crecientes necesidades, como las derivadas de los trastornos de la alimentación (anorexias y bulimias)...

Es necesario, pues, dedicar una atención preferente a este sector e incrementar los recursos destinados a él.

## **7. Aumentar los recursos residenciales para las personas mayores**

El envejecimiento de la población, y también el avance de la edad de los actuales pacientes crónicos, tiene como consecuencia la reducción en el nivel de autonomía y la aparición de problemas físicos añadidos, requiriendo cuidados especiales y servicios para el cuidado y protección de estas personas. En estos momentos de difícil acceso a recursos residenciales para la tercera edad, es urgente concentrar esfuerzos y potenciar iniciativas públicas y privadas para la creación de residencias protegidas y hogares con distintos grados de supervisión según las necesidades.

## **8. Garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral**

Es necesario generar programas de atención social alternativos a la institucionalización psiquiátrica para el apoyo de la rehabilitación e integración

social de la población con enfermedades mentales crónicas. Programas con desarrollo de recursos específicos para la rehabilitación, atención residencial y apoyo comunitario desde la óptica de complementariedad, coordinación con los servicios generales y, especialmente, con la red sanitaria de servicios de salud mental. Con ello, se podría avanzar en el cuidado compartido y garantizar la integralidad de la atención, tal y como se establece en la propia Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 20.3: *“Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”*.

La continuidad de cuidados requiere la coordinación de los diferentes dispositivos y programas de la red de atención, integrando las distintas actuaciones, trabajando en equipo, y reconociendo la importancia del soporte familiar y social como elementos de protección a la salud mental.

## **9. Dedicar una mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental**

Ante el significativo grupo de enfermos mentales sin programas de cronicidad en el ámbito comunitario, con carencias importantes en materia de recursos sociales y barreras equívocas entre servicios sanitarios y sociales que dificultan las prestaciones y limitan los recursos, se requiere dar más atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud mental, actuar sobre las situaciones de crisis y necesidad mediante políticas intersectoriales, así como prestar mayor dedicación a actuaciones de rehabilitación y reinserción.

## **10. Garantizar el acceso a la rehabilitación**

Es preciso articular el espacio sociosanitario para garantizar el acceso a la rehabilitación, tanto social como terapéutica, a las personas que la necesitan. Así:

- En el aspecto terapéutico: los centros de salud mental deben disponer de posibilidades para desarrollar atención psicoterapéutica que complemente los abordajes farmacológicos. Deberán disponer de hospitales de día suficientes para las personas más graves, y de otros recursos psicoterapéuticos (grupo, familia, etc.) y de programas de psicoterapia individual (siempre con protocolos de priorización, objetivos concretos y limitación temporal).
- En el aspecto social: los servicios sociales deben proporcionar apoyo para frenar procesos de marginación y exclusión social. Programas de rentas mínimas, pensiones no contributivas, valoración de minusvalías, apoyo al movimiento asociativo con el fin de que desarrolle programas y servicios que puedan cubrir las necesidades de alojamiento. Capacitación para habilidades de vida diaria, formación ocupacional y profesional, mediación en la búsqueda de empleo ordinario, promoción de empresas de economía social y talleres de empleo especial. Actividades de tiempo libre (deporte,

cultura, relaciones sociales, etc.). Y contar con las plazas suficientes en cada una de estas áreas para una efectiva desinstitucionalización.

## **11. Programas de apoyo a la red natural**

Un modelo efectivamente comunitario, además de favorecer los sistemas de apoyo social para los enfermos crónicos y adecuar la coordinación entre las áreas de los servicios sociales y los sanitarios, ha de potenciar los apoyos comunitarios provenientes de organizaciones no gubernamentales como las asociaciones, fundaciones, cooperativas, etc., y contar con la iniciativa de los usuarios, las familias y el voluntariado social.

Los tratamientos de estimulación precoz, el apoyo del grupo de iguales mediante el asociacionismo, los equipos de salud mental de apoyo, los programas de respiro familiar y de ayuda domiciliaria, los centros de día y programas de acompañamiento... son recursos que favorecen la integración comunitaria de las personas con retraso mental.

Tanto las familias (especialmente, las mujeres que son las cuidadoras principales), como las asociaciones ayudan a la satisfacción de las necesidades básicas de estas personas y deben ser apoyadas desde las instituciones, con programas y servicios de respiro, asistencia domiciliaria, ayudas económicas...

## **12. Control y evaluación de la calidad de los servicios**

No parece que exista todavía una evaluación cualitativa o sistemática de los servicios que se ofrecen a las personas con enfermedad mental. La evaluación resulta aún más difícil cuando se trata de servicios en los que la delimitación de funciones o la responsabilidad de cada parte no está suficientemente clara. La necesidad de control y de evaluación por parte de las instituciones es, si cabe, más necesaria en situaciones en las que no existe el apoyo familiar de estas personas: condiciones de los alojamientos (pensiones, pisos) en los que viven personas con enfermedad mental y sin ningún apoyo familiar, condiciones de tutela...

Se requiere, pues, el compromiso de las administraciones públicas no sólo para la financiación, sino también para la planificación y la evaluación de los recursos y prestaciones, como elementos necesarios para garantizar la calidad y la equidad de la atención a la salud mental.

## **13. Sensibilización social acerca de las personas con enfermedad mental**

Todavía existe entre nosotros un estigma que acompaña a las personas enfermas mentales y, en ocasiones, a sus familias y que se manifiesta en comportamientos de rechazo y de segregación. Este estigma, a veces, es reforzado por el trata-

miento sensacionalista de determinadas noticias en algunos medios de comunicación.

Es necesario prevenir y combatir prejuicios y estereotipos que favorecen el rechazo o la exclusión de las personas con enfermedad mental. Para ello sería conveniente poner en marcha campañas de sensibilización dirigidas a la población general, con el objetivo de presentar a las personas con trastornos mentales tal y como son. Mostrar la parte positiva que nunca es “noticia”, transmitir que son igual es que el resto de las personas, con los mismos problemas e ilusiones, pero que soportan mayor sufrimiento psíquico que el resto y mayores niveles de intolerancia social, utilizar una terminología o un enfoque menos estigmatizador en el tratamiento de noticias...

#### **14. Incrementar las posibilidades reales de integración social mediante el trabajo**

La lucha contra la exclusión social o, dicho de otro modo, la integración social de estas personas exige promover las ofertas de empleo y las posibilidades reales de participar en los recursos comunitarios normalizados.

La mayor parte de las críticas y propuestas de profesionales y familiares se orienta hacia la creación de más puestos de trabajo para este colectivo, que se cumpla la Ley de integración social de los minusválidos, y que las ayudas económicas sean más adecuadas al nivel de vida, ya que, en la actualidad, sólo un enfermo mental que tenga el soporte de su familia puede salir adelante en unas condiciones dignas de calidad de vida. Para un enfermo mental sin familia no es posible ser autónomo. Falta la mejora de contratos especiales para esta población, de tal modo que se permita conciliar, en aras de la especial protección de este sector, el trabajo retribuido con la vida familiar o el cuidado de las personas dependientes. La reforma del mercado de trabajo a través de la creación de puestos de inserción es, así mismo, necesaria.

Es necesario, también, garantizar la aplicación estricta de la Ley en cuestiones como la obligatoriedad de las empresas mayores de 50 trabajadores de reservar un 2% de sus empleos a personas con discapacidad.

#### **15. Promover la creación de fundaciones tutelares**

La existencia de un número considerable de enfermos con deficiencias en su capacidad de autonomía, carentes de parientes u otras personas que puedan ejercer funciones tutelares en situación de indefensión, que requieren de incapacitación, hace necesaria la constitución de personalidades jurídicas que velen por el bienestar, la seguridad y protección del enfermo mental. Una fundación tutelar es la forma más idónea y por ello debe promoverse su creación.

Es preciso mejorar la situación jurídica del incapacitado ante la ausencia de familiares. Hay que determinar mejor cuál es la situación y la naturaleza jurídica de los

guardadores de hecho y de la tutela, promover instituciones familiares y de tutela social, siempre que se cumplan todos los requisitos y garantías establecidos, potenciar que la familia recurra subsidiariamente a la tutela judicial para el caso de fallecimiento del familiar-tutor de la persona incapacitada.

## **16. Mejorar las garantías de las personas con enfermedad mental en los procedimientos judiciales de incapacitación**

El procedimiento judicial que incapacita se constituye como una garantía de los derechos de las personas con enfermedad mental.

Desde esta perspectiva, los procesos de incapacitación deben ser agilizados, para lo que puede ser necesario que los juzgados y tribunales se doten de medios personales y materiales especializados, en orden a una mejor garantía de la protección jurídica de las personas con enfermedad mental.

Por otra parte, en la aplicación de las normas procesales y del propio Código Civil no se debe perder de vista que las personas con enfermedad mental son titulares de derechos y que la incapacitación sólo debe afectar a los estrictamente necesarios para la protección que se pretende.

## **17. Facilitar la rentabilidad del patrimonio del incapaz**

Es necesario asegurar, en lo posible, la rentabilidad de los patrimonios de los incapaces con sistemas financieros que satisfagan las necesidades de los discapacitados: ampliación de los planes de pensiones especiales para personas con una discapacidad que suponga la necesidad de una tercera persona para su asistencia diaria o que estén en situación de especial vulnerabilidad... En este sentido, existen figuras que podrían dar mucho juego, como son la autotutela, las fundaciones de asistencia singular, la tutela familiar, el fideicomiso, la reversibilidad de patrimonio del incapaz para la familia en caso de fallecimiento de éste o el aprovechamiento de algunas figuras del Derecho Foral.

## **18. Apoyo económico y mejora del tratamiento tributario**

A la vista de los distintos tributos, se puede señalar que si bien en términos generales la normativa establecida en torno a la figura del discapacitado en los distintos territorios es coincidente, resulta en su conjunto mejorable, siempre desde el objetivo de plena integración que persiguen. Esta situación ha sido planteada por la institución del Ararteko en recomendaciones anteriores (cfr. recomendación general nº 8 en el Informe anual de 1999).

En este sentido, sin olvidar los evidentes logros que bajo cualquier punto de vista se han alcanzado, desde la perspectiva tributaria, en el camino hacia la equiparación de oportunidades del colectivo de personas con discapacidad, podemos afir-

mar que, hoy por hoy, las normas tributarias vascas otorgan a éstas un tratamiento menos beneficioso en su conjunto que las disposiciones aplicables en el resto del Estado. Precisamente, cuando la modificación del Concierto Económico, operada a raíz de la Ley 38/97, de 4 de agosto, otorga a las instituciones de los territorios históricos una autonomía normativa de la que carecían hasta ese momento, fundamentalmente en el IRPF, que les permitiría, si no adelantarse en términos de innovación legislativa, sí equipararse a las normas vigentes en Territorio Común.

Así, por ejemplo, los tutores respecto de su tutelado-persona con discapacidad, y quienes por acogimiento legal dictado por resolución administrativa o judicial tengan encomendada la guarda de las personas con discapacidad, salvo que en ambos casos tal función se realice por razón de cargo profesional o administrativo, debieran ser equiparados en cuanto a ventajas fiscales con los propios progenitores. En el IRPF, la deducción por discapacidad debiera hacerse extensiva a los parientes colaterales y demás personas que convivan con el sujeto pasivo, siempre que acrediten su condición legal de minusválidos, e independientemente de que no alcancen los 65 años de edad, de igual forma que debiera restaurarse la deducción por gastos de enfermedad para todos aquellos que traigan causa en la discapacidad del sujeto pasivo. En materia de impuestos indirectos, como el IVA, debiera considerarse la aplicación del tipo superreducido o, al menos, el reducido del impuesto para las entregas de todos aquellos bienes y la prestación de todos los servicios que, bien por su propia naturaleza, bien por acreditación suficiente del adquirente, están dirigidos a suplir las deficiencias de las personas con discapacidad.