



EL PAPEL DE LA SOCIEDAD EN LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Las personas con enfermedad mental (PEM) constituyen un sector de la población especialmente vulnerable cuya adecuada **atención** sanitaria y social debe verse **orientada a la rehabilitación, la reinserción social y la integración laboral**. Las políticas públicas¹ en el ámbito de la salud mental no pueden obviar este objetivo prioritario.

Son muchas las dificultades reales de integración social que tienen las personas con enfermedad mental, en nuestra comunidad, en aspectos básicos como el acceso al trabajo, a la vivienda o a los servicios públicos y recursos sociales. Promover la mejora de las condiciones de vida de estas personas, fomentar su autonomía, prevenir el deterioro y hacer real y efectivo su derecho a la no discriminación y a la integración social, son tareas ineludibles.

Entre las **labores del Ararteko** se encuentra la de velar por que las actuaciones de las administraciones y las políticas públicas sean las adecuadas para preservar y atender debidamente el derecho a la salud y los derechos fundamentales² de estas personas. Para ello, la institución analiza y tramita las quejas que la ciudadanía presenta con respecto a actuaciones u omisiones de la administración y, asimismo, procura tener información y diagnósticos precisos acerca de la realidad de las personas con enfermedad mental, con el fin de formular recomendaciones a las administraciones públicas a través del informe anual y de los informes extraordinarios o monográficos. En las reuniones mantenidas durante estos años con asociaciones de afectados, de familiares y de colectivos de apoyo, hemos podido conocer más de cerca la problemática específica de las personas con enfermedad mental.

Hoy sabemos que la integración social de estas personas sólo se conseguirá con el respeto por la diferencia y su aceptación como parte de la diversidad y la condición humanas. Los **prejuicios** que aún persisten en la sociedad respecto a su capacidad y comportamiento, motivados por un profundo desconocimiento social sobre salud mental, son el **principal obstáculo** para la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

¹ El derecho a la igualdad, a la no discriminación y a la plena ciudadanía deberán informar todas las políticas públicas en esta materia, de acuerdo con los preceptos constitucionales 9.2, 14 y 49.

² En concordancia con la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad" y su Protocolo Facultativo, aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y ratificados por el Estado español el 3 de diciembre de 2007. La Convención cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. Marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad, constituyen en sí mismos una discapacidad.



El apoyo a la red natural

La transformación del tradicional sistema de intervención de salud mental, ha supuesto el paso de situaciones de hospitalización de larga duración al intento de tratamiento en la comunidad, otorgando al **entorno familiar un papel fundamental en la integración y rehabilitación** de las PCEM, y convirtiendo dicho entorno en el principal recurso para la prestación de atención y cuidados.

Se estima que alrededor del 80% de las personas con enfermedad mental crónica vive con sus familias. Muchas de estas familias están asociadas para hacer frente a sus necesidades comunes. Existen también asociaciones de autoayuda, fundaciones tutelares... Nos encontramos, pues, ante un mundo asociativo notablemente desarrollado y muy diverso.

Ciertamente, la contribución de la familia puede resultar decisiva en los procesos de recuperación e integración comunitaria. Las personas con enfermedad mental constituyen, como decíamos, un colectivo de especial vulnerabilidad. Con frecuencia no conocen sus derechos o no están en condiciones de exigirlos o demandarlos. Muchas veces son sus familias o las asociaciones de familiares quienes asumen su defensa y canalizan sus demandas hacia la sociedad y las instituciones.

La relación y la colaboración permanentes que durante estos años ha mantenido la institución **del Ararteko con muchas de las asociaciones de familiares de enfermos mentales**³ nos ha permitido no sólo conocer mejor sus problemas, sino también admirar su coraje y compromiso. Escuchar y comprender sus problemas ha sido, también, un motivo más para abordar el trabajo.

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. Resulta imprescindible, pues, que **reciban el debido apoyo de las instituciones** con programas y servicios de respiro, asistencia domiciliaria, ayudas económicas, etc. No olvidemos que, a menudo, se enfrentan a elevadas cargas de estrés emocional, a otras de carácter económico nada desdeñables y, en no pocos casos, a situaciones de gran conflictividad. De ahí la conveniencia de tratamientos psiquiátricos que tomen en consideración también a la familia y a la comunidad y no sólo a la PCEM de manera aislada.

³ Reuniones de carácter periódico ligadas al seguimiento del informe extraordinario sobre la "atención comunitaria de la enfermedad mental" de 2000 con la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales integrada por ASAFES, ASASAM, AVIFES y AGIFES



La integración laboral⁴

En nuestra sociedad, el **acceso al trabajo remunerado** sigue siendo la **principal vía para la integración social**. El desempeño de una actividad laboral posee un significado altamente normalizador para las personas con enfermedad mental, ya que proporciona una estructura básica para desarrollar la conducta social; es la manera de seguir sintiendo que se es útil a la sociedad y que se forma parte de ella.

Sin embargo, se estima que sólo entre un 10-15% de las personas con enfermedad mental grave tiene un trabajo regular y que la **tasa de inactividad de este colectivo** puede llegar a alcanzar el 70% frente al 40% correspondiente a la población general. Ello, unido a las dificultades para mantener un puesto de trabajo, la baja cualificación de los empleos, en su mayoría protegidos, y las condiciones de precariedad en que se desarrollan, obstaculiza notablemente el proceso de ajuste e integración social.

De lo indicado sobre la tasa de inactividad se deduce que un 70% del colectivo depende exclusivamente del apoyo familiar o de las prestaciones sociales, por lo general inferiores al salario mínimo interprofesional. Esta **situación de dependencia económica o de precariedad** en su caso, dificulta enormemente la creación de lazos sociales tan necesarios para la verdadera inclusión en la comunidad.

En muchos casos las situaciones de discapacidad con relación al empleo se derivan, fundamentalmente, del contexto; especialmente, de la mentalidad social. La reticencia a la contratación de personas con enfermedad mental existe, sobre todo, por la creencia de que esa persona va a sufrir bajas frecuentes y esto va a repercutir en la producción o por recelos sobre su comportamiento. Se desconoce que debido a los avances en el tratamiento de estas enfermedades, en las áreas de psicofármacos, psicoterapia, rehabilitación psicosocial y laboral, cada vez son más las personas con enfermedad mental que pueden desempeñar un trabajo con absoluta normalidad y vivir de forma autónoma. En un ambiente más integrador, con un apoyo social más decidido, las tasas de actividad de estas personas se acercarían mucho más a las de la población en general, lo que favorecería sus posibilidades de integración.

Es preciso reconocer y valorar el trabajo y esfuerzo que los **centros especiales de empleo** vienen realizando durante muchos años, a menudo a pesar de grandes obstáculos y dificultades. Sin embargo, se hace necesario también afrontar el riesgo de que tales centros no cumplan uno de sus objetivos básicos, el de favorecer la transición al empleo ordinario, ya sea por las propias características del mercado de trabajo o por la necesidad de buscar la rentabilidad de los centros. Dado el grado de desarrollo alcanzado por estos centros, sobre todo en algunas zonas y sectores económicos, parece necesario revisar esta situación, tanto para apoyar el proceso de transición, como para ejercer un mayor control sobre ellos y evitar posibles desajustes. De igual modo, parece

⁴ Informe extraordinario sobre “*la integración laboral de las personas con discapacidad*”. Año 2003



necesario revisar o regular la relación existente entre centros especiales de empleo y centros ocupacionales, que muchas veces utilizan instalaciones contiguas o conjuntas, o dependen de las mismas entidades, lo que tiene sus ventajas pero también sus riesgos, como la ocupación, más o menos esporádica, de personas atendidas en centros ocupacionales en tareas claramente laborales, productivas, sin contratación, contraprestación o condiciones adecuadas.

El establecimiento de **cupos de reserva** en las empresas y en las administraciones constituye una política activa que favorece la incorporación laboral del colectivo. Sin embargo, la falta de mecanismos de control y de reacción eficaces para impedir o sancionar su incumplimiento, dificulta la efectividad de estas medidas. Nos seguimos encontrando con el problema de la **falta de datos** y de la **ausencia de criterios similares o complementarios** en su explotación que permitan establecer comparaciones y análisis conjuntos. Así, por ejemplo, sigue siendo difícil conocer qué empresas cumplen con el cupo de reserva y cuáles no lo hacen.

En la actualidad no son pocos los **agentes sociales** implicados en el acceso al mundo laboral de las personas con enfermedad mental: INEM, servicios de intermediación laboral, empresariado, diversas administraciones, asociaciones de PCEM, asociaciones de familiares, mutuas de trabajo, sindicatos, empresas mediadoras de contratación, centros especiales de empleo, centros de formación ocupacional, servicios sociales de base, etc. Sería necesario analizar la **eficacia real** de cada uno de estos recursos (las tasas de inserción laboral que realmente logran) y tomar las consiguientes medidas, así como **coordinar esfuerzos e iniciativas** para lograr una mayor eficiencia.

Por último, conviene mencionar **otras medidas** que, sin duda, favorecerían la integración laboral de las PCEM:

- Regular y fomentar fórmulas de empleo poco desarrolladas hasta ahora, como el empleo con apoyo, realizando un seguimiento individualizado y un tutelaje tanto en relación con la PCEM como con el empresario o empresaria que contrata.
- Mejorar la formación y capacitación de las personas con enfermedad mental.
- Compatibilizar el acceso al empleo con las prestaciones.
- Evaluar la calidad del empleo y las posibles situaciones de discriminación.
- Implicar a las mutuas en la reincorporación laboral de los trabajadores.
- Lograr una mayor sensibilización social, la superación de prejuicios y estereotipos, así como la concienciación de empresariado y sindicatos.





El acceso a la vivienda

A menudo se nos plantean quejas relacionadas con la **inexistencia, en la normativa de vivienda vigente, de medidas de acción positiva que favorezcan o faciliten el acceso a la vivienda de las personas con enfermedad mental.**

Nos hemos dirigido en diversas ocasiones al Departamento de Vivienda del Gobierno Vasco, exponiendo las dificultades de acceso a la vivienda protegida que se planteaban para estas personas, en los diferentes casos en los que se había formulado una queja ante esta institución (problemas de tenencia parcial de vivienda compartida con hermanos, no cumplimiento del requisito de ingresos mínimos, o inexistencia de cupos que primen la necesidad de vivienda de estas personas respecto a otras demandantes de vivienda protegida). Al mismo tiempo, les hemos indicado la conveniencia de impulsar, al amparo de los artículos 14 y 9.2 de la Constitución, medidas de acción positiva que favorezcan, en general, al colectivo de personas con enfermedad mental, incidiendo en dos cuestiones diferentes, por un lado, la flexibilización o tratamiento individualizado en lo que respecta a los criterios de acceso al Registro de Solicitantes de Vivienda, y por otro, la conveniencia de que se articule alguna modalidad de adjudicación de viviendas que priorice a estas personas respecto a aquéllas que parten de una situación normalizada.

En sus escritos de respuesta, el Departamento de Vivienda nos remite a las previsiones del Eje 9 del Plan Director de Vivienda 2006-2009, relativas a la creación para estas personas de un cupo o reserva específica en las promociones que se adjudiquen en régimen de alquiler.

La Orden de 16 de abril de 2008, del Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, sobre procedimientos de adjudicación de viviendas de protección oficial, incluye ya en su artículo 10.a), relativo al establecimiento de cupos en procedimientos de adjudicación de viviendas en régimen de arrendamiento, la enfermedad mental como situación social de especial protección. La previsión normativa, pues, contempla la posibilidad que habrá de materializarse en cada concreta orden de promoción.

A nuestro juicio, si bien esto supone un importante avance, los mecanismos de acción positiva dirigidos a favorecer el acceso a la vivienda de estas personas deberían ir más allá del establecimiento de un cupo o reserva y articular globalmente un sistema de adjudicación que favorezca la atención de situaciones individualizadas de necesidad de vivienda de estas personas. Por otro lado, la fórmula de los alojamientos dotacionales, de carácter temporal y de titularidad pública, prevista en la Ley del Suelo 2/2006 puede, en el futuro, resultar especialmente adecuada para cubrir las necesidades de estas personas en materia de vivienda.





La atención comunitaria de la enfermedad mental⁵

Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario⁶, eficaz, equitativo y evaluable.

Cuando hablamos de **modelo comunitario de atención** nos referimos a aquél cuyos objetivos se orientan a la inclusión social, a la participación activa en la comunidad y las redes sociales, así como a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales de las PCEM. El proceso de desinstitucionalización, de búsqueda de respuesta a los problemas de salud mental en el ámbito comunitario, exige este nuevo modelo de atención en el que la participación social, las respuestas individualizadas, la continuidad de los cuidados, o la corresponsabilidad y la coordinación entre los diferentes sectores y servicios son condiciones indispensables.

Consideramos que los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados.

Como ya hemos indicado, las personas con trastorno mental crónico viven, en general, en **peores condiciones que el conjunto de la población**: bajos niveles de ingresos y de ocupación laboral, peor salud, relaciones sociales más limitadas (sobre todo las personas de más edad y de mayor cronicidad), una vida menos autónoma y satisfactoria... **Sus necesidades no son sólo sanitarias** sino también de residencia, de ocupación, de desarrollo personal, de integración social, etc. Tienen iguales derechos a participar en

⁵ En 1992 el Ararteko abordó, con carácter monográfico, la problemática de las personas con enfermedad mental, y publicó el informe extraordinario *“Los Psiquiátricos. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos”*. En 2000, como complemento de aquél, se abordó la atención extrahospitalaria y comunitaria a estas personas en el informe extraordinario sobre *“la atención comunitaria de la enfermedad mental en la CAPV”*

En otros estudios monográficos ha surgido el planteamiento de problemáticas asociadas a la salud mental de las personas mayores, de los menores o de colectivos residencializados, o limitaciones en las respuestas a sus necesidades: así, por ejemplo, en los estudios sobre los menores infractores (*“Intervención con menores infractores”*), en los informes extraordinarios sobre la respuesta a las necesidades educativas especiales (*La respuesta a las necesidades educativas especiales en la CAPV*), sobre la situación en las cárceles, sobre las residencias para personas mayores (*Las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca*), o sobre la atención no residencial (*La asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*)

⁶ *“Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares y amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible”*. Principio séptimo de los principios para la protección de los enfermos y el mejoramiento de la atención de la salud mental adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991.





los recursos de la sociedad. Sin embargo, su conocimiento de los derechos de la 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...

Los recursos que se ofrecen a las PCEM han de ser suficientes y estar adaptados a sus necesidades (las de asistencia en períodos de crisis, las motivadas por el progresivo envejecimiento de la población, las de estructuras intermedias y las de recursos residenciales, entre otras). Los centros de salud mental son los servicios más extendidos y con mayor cobertura y utilización. A pesar de ello se siguen registrando quejas sobre su saturación, el escaso tiempo de dedicación a las y los pacientes, los cambios en el personal y, por tanto, en la continuidad de la relación, el excesivo uso de psicofármacos, la reducción de las intervenciones psicoterapéuticas o de rehabilitación, o sobre la escasa dedicación a las familias. Otros servicios, como los centros de empleo especial, programas de enfermería o clubes de tiempo libre, son más desconocidos. Los recursos de psicoterapia, de rehabilitación y de estructuras intermedias son, a menudo, insuficientes y, en algunos casos, inexistentes. Por ello, podemos afirmar que no se da la correlación suficiente o la adecuación entre las necesidades de estas personas, sus derechos y los recursos necesarios para garantizar, en la práctica, tales derechos. Así, es necesario incrementar los servicios destinados específicamente a la población de menores, aumentar los recursos residenciales para las personas mayores, garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral, dedicar una mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental y garantizar el acceso a la rehabilitación.

La coordinación entre las diferentes redes y servicios de atención es imprescindible. No siempre la mejora de la atención exige nuevos recursos. A veces, la calidad de la respuesta depende de la coordinación y el mejor aprovechamiento de los que ya existen, de su definición (más o menos clara), de su organización (más o menos eficiente), de su enfoque, de lo acertado de sus programas o de los mecanismos de colaboración. En la respuesta a las necesidades de estas personas son muchos los servicios implicados y es precisa una adecuada coordinación entre ellos: entre los servicios de atención primaria y los de salud mental, entre los propios del ámbito hospitalario y los extrahospitalarios, entre los servicios públicos y los promovidos por las asociaciones, entre los servicios educativos y los de mediación en la búsqueda de empleo, etc. La dependencia orgánica de unos y otros servicios a diferentes administraciones, la indefinición de funciones o campos de actuación entre diferentes equipos, la falta de planificación y de evaluación, o a la ausencia de mecanismos de participación en los programas relacionados con la salud mental obstaculizan esa necesaria coordinación.

Existe un consenso pleno sobre la **necesidad y la utilidad de cuidados y estructuras intermedias**: hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos protegidos, centros ocupacionales, clubes... Se trata de instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitucionalización de personas que están, o estaban, en los hospitales





psiquiátricos, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia. Su insuficiencia o el que presenten problemas en la dotación de recursos humanos y materiales, problemas presupuestarios, etc., supone cargar a las familias con todo el peso de la atención.

Las asociaciones de familiares y PCEM siguen reivindicando recursos residenciales, centros de rehabilitación psicosocial, centros de orientación y actividad laboral y otros programas de atención en la comunidad. En repetidas ocasiones han manifestado a esta institución del Ararteko su preocupación por esta carencia del sistema público, que de una manera sacrificada tratan de paliar con su dedicación.

En los casos en que no existe el apoyo familiar, el control y la evaluación por parte de las instituciones resulta imprescindible. Así, por ejemplo, respecto a las condiciones de los alojamientos (pensiones, pisos) en los que viven personas con enfermedad mental y sin ningún apoyo familiar, o a las condiciones de tutela.

Por último, no podemos olvidar la existencia de grupos de población con dificultades particulares para el acceso real a los servicios de atención a la salud mental existentes en el ámbito comunitario: las personas que viven en el medio rural o que no residen en los grandes núcleos de población, donde se centralizan la inmensa mayoría de los recursos; las personas sin hogar; aquellas de origen extranjero que no han conseguido regularizar su situación administrativa; quienes pertenecen a minorías étnicas o las personas que permanecen ingresadas en las cárceles.

El desarrollo del espacio sociosanitario⁷ entendido como un espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales.

Como venimos señalando, para garantizar el cuidado y fomento de la autonomía de las PCEM es preciso **cubrir no sólo necesidades sanitarias** (atención médica, tratamiento, rehabilitación...) **sino también necesidades sociales** como las de alojamiento, alimentación, capacitación cultural o profesional e integración social. Así, lo social y lo sanitario van en muchas ocasiones de la mano a la hora de abordar los problemas de las personas afectadas. El llamado “espacio sociosanitario” es esa zona de encuentro en la respuesta a estos problemas.

El Plan estratégico para la atención sociosanitaria incluye a las personas con enfermedad mental como grupo de personas especialmente necesitadas de este tipo de atención.

⁷ Informe extraordinario sobre la “atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos”. Año 2008



Se trata de articular un procedimiento que garantice la **prestación de servicios adaptados a necesidades complejas y mixtas**, ajustándose en dicha prestación al principio de continuidad de acción. Hay determinadas necesidades a las que se debe dar una respuesta integral y personalizada. No pueden ser atendidas exclusivamente por la estructura tradicional de los servicios de salud o por la de los servicios sociales de manera independiente sino que requieren un paquete de servicios de naturaleza mixta, prestados de forma simultánea o secuencial, en la sociedad, en su domicilio o en el ámbito hospitalario o residencial.

Los sistemas sanitarios vigentes en la actualidad se diseñaron y desarrollaron en respuesta a las patologías agudas y a las necesidades urgentes: examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y curar, son sus sellos distintivos. La dificultad estriba en que este modelo, muy eficaz para la atención de las contingencias para las que fue ideado, no se adapta bien a la atención de las condiciones crónicas.

El protagonismo adquirido en esta última década por la atención sociosanitaria se explica también por la orientación general que, afortunadamente, han tomado tanto las políticas sanitarias como sociales hacia fórmulas que otorgan prioridad a la permanencia en el domicilio y a la atención en el ámbito comunitario.

El **modelo sociosanitario vasco** es un modelo de coordinación y no una nueva red de asistencia sociosanitaria diferenciada de la sanitaria y la social. Hay factores que facilitan la consolidación de la coordinación sociosanitaria: el establecimiento de metas y objetivos; el apoyo y compromiso institucional en sus tres ámbitos, municipal, foral y autonómico; una dirección y gestión eficaces, y el apoyo técnico; por el contrario, las diferencias organizativas, los planteamientos profesionales divergentes o la inseguridad financiera la obstaculizan.

Entre la gran variedad de agentes implicados en este tipo de atención hay una **valoración** moderadamente negativa respecto al desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Los avances se consideran, en general, insuficientes y los logros inferiores tanto a las expectativas creadas como a las posibilidades y a las necesidades. Se considera que los avances que se han producido en este ámbito no se han trasladado con claridad ni a sus destinatarios ni a los profesionales de las dos redes. Sin embargo, no se puede hablar de una experiencia fallida. Hay avances claros, como la adopción de una herramienta común para la valoración de la dependencia, el inicio del diálogo entre las dos redes, mayor conciencia institucional de la necesidad de intervenir en el espacio sociosanitario o la consolidación de una estructura organizativa.

Con relación al **Plan Estratégico para el Desarrollo del Espacio Sociosanitario** (2005- 2008), se estima que no se ha avanzado de forma significativa en ninguno de sus principales objetivos, es decir, por lo que se refiere al establecimiento de un sistema de acceso único, una ventana de servicios única, los sistemas de información compartido y una planificación conjunta. Los agentes implicados achacan esta situación a la ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo de este espacio, a la carencia de un





modelo compartido y consensuado, al escaso peso de los ayuntamientos en el proceso o a la necesidad de pactar continuamente la cofinanciación de los diversos recursos.

Todas las voces apuntan a que son cuatro los **recursos que requieren un desarrollo prioritario**: recursos residenciales para personas con enfermedad mental, programas de intervención sociosanitaria a domicilio, programas de carácter terapéutico y educativo para personas menores de edad con trastornos de conducta y mayor desarrollo de las unidades específicas para personas mayores con necesidades sociosanitarias.

Se mantienen **diferencias interterritoriales** muy importantes en el desarrollo de los recursos sociosanitarios entre los tres territorios históricos y dentro de cada territorio histórico, dada la concentración de los recursos en las capitales.

El espacio sociosanitario vasco se ha centrado más en cuestiones estratégicas, competenciales y financieras que en la coordinación de los instrumentos de atención a las personas. De ahí que sea preciso conseguir un funcionamiento más dinámico y efectivo, así como nuevas fórmulas en el ámbito de la organización de los servicios y el fomento del trabajo interdisciplinar.

Los dos sistemas, sanitario y social, se estructuran territorialmente de manera distinta. Se debería intentar un acercamiento de la **zonificación** de cada uno de los dos sistemas. Una mayor coincidencia en la zonificación permitiría que los dos tipos de servicios fueran prestados a un mismo grupo de población.

La atención sociosanitaria no supone un “coste cero”, sino que exige **dotaciones económicas específicas**. Hay, por tanto, que ajustar las previsiones de coste de la atención sociosanitaria y hacer un uso más racional de los medios ya disponibles.

Sería muy conveniente contar con instrumentos comunes de valoración de los ámbitos preferentes o prioritarios, favorecer la creación de equipos interdisciplinares y de estrategias de coordinación, reforzar las fórmulas de apoyo a la red sociofamiliar de atención, por ejemplo, intensificando las ayudas a domicilio.

Es necesario poner en marcha iniciativas que sirvan para testar **fórmulas nuevas** en el ámbito sociosanitario. En particular, podrían ensayarse fórmulas de atención intermedia y fórmulas de atención domiciliaria muy intensivas. La creación de puestos de trabajo social en un centro de salud o en una estructura hospitalaria, los llamados “enclaves”, o la denominada “gestión de caso” (evaluación conjunta de necesidades y diseño conjunto de planes de atención individual) son herramientas muy valiosas en el ámbito de este tipo de atención.





La mejora de las condiciones del tercer sector de intervención social⁸

Diversos servicios y **recursos** de carácter social destinados a la atención de las personas con enfermedad mental se encuentran **gestionados por asociaciones o entidades de iniciativa social** que reciben, para ello, ayudas económicas de diferentes administraciones (Gobierno Vasco, diputaciones forales y ayuntamientos). Esta **colaboración entre lo público y lo privado**, frecuentemente **sin la clarificación y regulación adecuadas** y, a menudo, caracterizada por una **gran inestabilidad en la financiación** (retraso en la concesión de las subvenciones, periodicidad anual de las adjudicaciones de fondos con cuantías presupuestarias disponibles de carácter variable), no sólo tiene un impacto en las condiciones de trabajo de un gran número de personas, sino que también influye en la calidad del servicio y en la continuidad de los programas. Dados los problemas de inestabilidad en la financiación, independientemente de cuál sea el modo de relación (concertación, subvención o convenio), las entidades no cuentan con una perspectiva de trabajo a largo plazo, por lo que se topan con serias dificultades en la creación y mantenimiento de equipos estables y experimentan en ocasiones una elevada rotación de personal.

En muchos casos la inestabilidad de la financiación mantiene en permanente duda la **continuidad de los programas**. Si a esto añadimos una mala práctica administrativa – ya denunciada por esta institución con anterioridad y sobre la que hemos efectuado más de una recomendación general–, como es la de resolver las convocatorias anuales y efectuar los pagos con el año muy avanzado, es fácil imaginar la precariedad y los apuros que algunas entidades tienen para mantener sus programas o su servicio.

Esta situación se explica en gran medida por la **falta de una “cartera de servicios” en el ámbito social** que establezca con claridad qué recursos o programas se consideran necesarios y cuáles son las responsabilidades que corresponden a cada administración. En este sentido, la reciente aprobación de la Ley de Servicios Sociales y su futuro desarrollo deben suponer, a juicio de esta institución, un paso decisivo en la dirección apuntada y, por tanto, una mejora en las condiciones del sector, algo que el seguimiento de los próximos años deberá confirmar.

La sensibilización social como herramienta para combatir la estigmatización, la exclusión o la discriminación de estas personas.

La enfermedad mental, como otras condiciones humanas, tales como el sexo, el lugar de nacimiento o la orientación sexual, supone en muchos casos un proceso de estigmatización. Todavía hoy existe entre nosotros un estigma que acompaña a las PCEM y, en muchas ocasiones, a sus familias, y que se manifiesta en comportamientos

⁸ Informe extraordinario sobre “*las condiciones de trabajo en el tercer sector de intervención social*” Año 2008



de rechazo y de segregación. Este estigma, a veces, es reforzado por el tratamiento incorrecto o sensacionalista de la enfermedad mental en los medios de comunicación. El rechazo social es, según estas personas⁹, la razón que les lleva a incrementar el aislamiento y la desesperanza. Muchas de las personas con enfermedad mental crónica (especialmente las mayores y las que llevan más años de enfermedad) solamente se relacionan con su propia familia o con otras personas en su misma situación. El prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral en áreas tales como el alojamiento o el acceso a formación o empleo¹⁰.

La lucha contra la exclusión social¹¹ o, dicho de otro modo, la integración social de estas personas exige trabajar sistemáticamente y con decisión en la sensibilización del conjunto de la sociedad, en la promoción de las ofertas de empleo - principal vía de inserción- y en el impulso de la participación en los recursos comunitarios normalizados.

⁹ Estudio sobre “*el estigma y la enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad*”. Año 2006. Universidad Complutense de Madrid.

¹⁰ “*La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete*”.- Apartado 6.2 del Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Año 2005.

¹¹ Artículos 44 a 50 de la Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental. Pide a los Estados miembros la realización de una batería de acciones orientadas a la lucha contra la estigmatización.

