

## A PROPOSITO DE BIZITEGI: ¿QUIÉN SE HACE CARGO DE LOS SIN TECHO?

Amando Vega, Catedrático de Pedagogía, UPV  
Raul Rubio, Educador de la asociación Bizitegi

El pasado día 4 de julio abrió sus puertas en Bilbao el Centro de Noche Hontza, un centro de baja exigencia que tenía como objetivo atender a las personas drogodependientes sin techo que viven en la ciudad. El centro fue clausurado poco después debido a la oposición vecinal, en un nuevo capítulo de la lucha por el acceso al espacio urbano que a menudo enfrenta a vecinos y comerciantes con los promotores de este tipo de servicios (SIIS, 2001).

**Y** surge la pregunta ¿por qué sucede este tipo de reacciones precisamente ante servicios que dan respuesta a esos personas de la calle, molestos sólo con su presencia? Porque no hace falta moverse mucho para encontrar o, mejor dicho, ver en nuestro propio entorno personas de cualquier edad desgredados, sucios, a veces borrachos o colocados que se acercan a nosotros para pedir "algo pa comer". Y pasamos de prisa, cuando no de largo, muchas veces indignados porque las instituciones no dan soluciones, rara vez cuestionados por un problema social que también es nuestro. El rechazo a los pobres está más extendido de lo que parece en nuestra sociedad (Cortina, 2000).

¿Y quién se hace cargo de los que no tiene hogar, sobre todos de aquellos que unen a su pobreza, abuso de alcohol, dependencia de drogas, problemas de salud mental? Urge reflexionar sobre unos problemas sociales muchas veces desconocidos, unas veces porque no se quieren ver y otras, por cierto miedo a entrar en situaciones que pueden cuestionar nuestro pensar y sentir. De todas formas, la actual sociedad postindustrial, como señala Marquez (1999), empuja a algunos sectores sociales, jóvenes principalmente, a la inactividad laboral, a la limitación de sus expectativas. Las expectativas de consumo y bienestar

sobreestimadas se tornan en frustración y surgen patologías, como trastornos de la alimentación, ludopatías, dependencias de sustancias legales e ilegales, etc.

Precisamente, la visita al centro de día de Bizitegi (Bilbao), corta en tiempo pero densa en contenido, removió inquietudes, abrió la mirada a realidad compleja, a las que pocos profesionales y voluntarios ofrecen respuestas grandes dentro de sus posibilidades. De este encuentro surge precisamente este artículo, en trabajo conjunto, sobre una cuestión que a todos nos afecta como ciudadanos y como profesionales.

### La Salud Mental en Euskadi

Con la reforma de la atención psiquiátrica, recuerdan Marquez y otros (1999) se devolvió a la comunidad su responsabilidad sobre la atención a los enfermos mentales, ya que el internamiento de por vida se había acabado. Pero la atención en la comunidad exige disponer de recursos comunitarios, programas y servicios, accesibles y diversificados. No existe atención comunitaria "sin articular diferentes abordajes, que atienden diferentes aspectos de la vida de las personas", mas allá de las barreras administrativas y las limitaciones presupuestarias. Las necesidades son



personales, por lo tanto variadas;

El País Vasco, de todas formas, ha optado por el modelo comunitario a la hora de prevenir y tratar las cuestiones de salud, educación y servicios sociales. Sin embargo, queda mucho por hacer para conjuntar esfuerzos entre los sistemas educativo, sanitario y social. Y no extraña que existan ciertos colectivos de personas excluidos de los centros educativos, de los servicios ocupacionales, del empleo protegidos, etc., sobre todo los más etiquetados como pueden las personas sin hogar que además tienen problemas de drogas y salud mental.

Y gracias a la presión de las asociaciones, últimamente, los servicios sociales públicos comienzan a darse cuenta que deben atender también a este sector de población....Y se financia a las asociaciones para que gestionen programas y servicios de atención comunitaria, etc. Pero se trabaja en función de la demanda, sin la orientación de una política bien definida. No se presta suficiente atención a la rehabilitación, a la integración social, a la prevención de recaídas. "Se intenta evitar la incapacidad, pero no se promueve la capacidad. Y el déficit progresivo de capacidad, de autonomía, también es marginación, aunque sea marginación en la comunidad, en vez de en el hospital", recuerdan los autores antes indicados.

La atención comunitaria implica diferentes dispositivos con diferentes funciones a desarrollar, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas con necesidades especiales. Pero no todos los componentes de una ideal atención comunitaria se han desarrollado por igual, como se indica en este estudio de Markéz y otros (1999) sobre la atención comunitaria de la enfermedad mental en el País Vasco, estudio hecho por encargo del Ararteko. Desde este estudio se extraen precisamente las conclusiones más importantes relacionadas con este apartado que aparecen a continuación.

La descentralización y el abordaje farmacológico son los aspectos mejor resueltos en la actualidad; en el resto de los aspectos se encuentran respuestas casi testimoniales. Las personas con enfermedad mental no son demandantes de servicios, no se constituyen en grupo de presión. Ellas se han de adaptar a los programas y servicios, y no los programas a sus necesidades. Es llamativamente escaso el apoyo institucional a asociaciones de autoayuda y/o de usuarios de los servicios.

Por otro lado, además de la atención ofertada desde los servicios de salud mental, existen personas con trastornos graves que requerirán de la participación de otros componentes del sistema de protección social. Es el caso de la seguridad social (proporcionando pensiones contributivas), los servicios sociales (subsidiarios asistenciales, pensiones no contributivas, alojamiento, entrenamiento en habilidades sociales, en actividades prelaborales), educativos (formación profesional, reciclaje), de mediación en la búsqueda de empleo (entidades especializadas en el mercado de trabajo para personas con necesidades especiales), etc.

Los centros de día, talleres ocupacionales, centros de empleo protegido, pisos protegidos, etc., en suma, los dispositivos destinados a completar la atención comunitaria, no fueron desarrollados desde la iniciativa sanitaria ni desde los servicios sociales, sino que han surgido desde asociaciones no gubernamentales, principalmente desde las asociaciones de familiares y otras organizaciones sociales. Escasos en número, mal dotados de recursos materiales y humanos y con presupuestos escasos y volátiles. El que todos estos dispositivos sean frágiles, su incapacidad para acoger la demanda generada, tiene el riesgo de convertir la atención comunitaria en pura retórica.

La participación de la comunidad en el diseño y modificación, en su caso, de las políticas y

programas ha sido nula. No han existido espacios de participación ciudadana, ni siquiera espacios para que las personas con necesidades pudieran influir en los programas de atención. No se ha propiciado desarrollar un sistema más dinámico y participativo que permitiera a colectivos con necesidades particulares influir, como una más de las partes implicadas, en las políticas que les afectan. Las personas con trastorno mental crónico no figuran en los agendas políticas, son olvidadas en la planificación de la atención comunitaria a colectivos con necesidades especiales.

La continuidad de cuidados, pilar básico de la atención comunitaria, se ha visto enfrentada a la frecuente rotación de profesionales por los servicios. Si los recursos físicos (centros de salud mental y otros) se han establecido en el medio, y han permanecido en él, no se puede decir lo mismo de los profesionales, que rotan con frecuencia de uno a otro servicio. La situación ha resultado en que los usuarios y usuarias han permanecido demandando atención y ayuda en sus centros de salud mental de referencia, pero han sido atendidos por profesionales distintos, que iban cambiando con el tiempo, lo cual produce insatisfacción, desconfianza y dudas en las personas usuarias. Es conocida la importancia del desarrollo estable del trabajo profesional, en un espacio geográfico determinado, para permitir el ser realmente una referencia para las personas usuarias, además de factor positivo en cuanto al conocimiento por el profesional de los recursos comunitarios existentes en su zona de actuación, su disponibilidad y tolerancia para acoger a las personas con trastornos o necesidades especiales, etc. No sólo los lugares físicos, las instalaciones materiales, sirven de referencia, también la permanencia de los trabajadores que desarrollan tareas de atención a personas.

Por otro lado y desde los servicios sociales, nunca se ha visto a las personas "enfermas mentales" como susceptibles de ser atendidas

por el sistema. Como su etiqueta indicaba eran "enfermos y enfermas", por lo que era el sistema de salud quien debía hacerse cargo de sus necesidades de atención. Pero la atención comunitaria implica también al sistema de servicios sociales, en cuanto que trabaja para prevenir la marginación, así como para sacar de la exclusión a quienes ya se encuentran en ella. El sistema de servicios sociales, sin embargo, no está en condiciones de ampliar la cobertura a otros colectivos que además eran "enfermos y enfermas". Aun así y presionados por el movimiento asociativo, han subvencionado algunas iniciativas de atención comunitaria que en la actualidad se encuentran totalmente saturadas, no pudiendo absorber más demanda en programas de día y alojamiento. El principal problema, al fin, es la no existencia de una política clara sobre la articulación de la atención comunitaria a las personas con trastornos mentales graves. Coexisten iniciativas más o menos locales, pero es patente la carencia de dispositivos de atención comunitaria distintos de los centros de salud mental, los servicios sociales de base, y de los pocos centros y servicios desarrollados por el movimiento asociativo de familiares. Entre las "partes implicadas" en el desarrollo de las políticas de atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves existe consenso en cuanto a cómo realizar el abordaje, lo que no existen son suficientes recursos para ponerlo en marcha.

La saturación está bastante relacionada con los distintos tipos de dispositivo: existen listas de espera en recursos de día, alojamiento, ocupación, empleo, etc., la rehabilitación es la parte no atendida desde los servicios de salud mental y la integración social, la intervención sobre las causas que llevan a la marginación es la parte no atendida por los servicios sociales o financiada al movimiento asociativo de forma exigua (falta de vivienda, carencias formativas, ausencia de rentas o disponer de rentas mínimas, falta de integración laboral y relacional).



En consecuencia, aparece claro que las personas con un trastorno mental crónico presentan generalmente peores condiciones de vida que la población general: tienen un bajo nivel de estudios, un bajo nivel de ingresos personales y ocupación laboral, peor salud y relaciones sociales cualitativamente deficientes (se relacionan principalmente con gente de su condición). Presentan, en resumen, peores condiciones para desarrollar una vida autónoma y satisfactoria, y se dicen, en gran medida, limitados por su trastorno y necesitados de ayuda. Los marginados "sin hogar" tienen aquí todas las oportunidades no sólo para seguir al margen sino también para que, cuando se pretenda dar alguna solución, sea recibida con suspicacia cuando no con agresivo desprecio.

### Los Enfermos Mentales sin Techo

Mendigos, personas 'sin techo' y vendedores de prensa social son personajes no difíciles de encontrar en los medios urbanos. Según un estudio realizado en Inglaterra existe una estrecha relación entre estos tres colectivos: la práctica totalidad de los entrevistados había experimentado diversas situaciones traumáticas (abusos de algún tipo, drogodependencias, encarcelamiento, etc.), dormir en la calle casi siempre precede a la mendicidad y que el abuso de drogas es por lo general un factor clave en la materialización de estas experiencias. En este itinerario que lleva a dormir en la calle también aparecen la ruptura de relaciones personales, la salida de la cárcel o de otras instituciones cerradas, la pérdida del empleo o un desahucio. Las razones concretas que llevan a la mendicidad giran en torno a las necesidades materiales de supervivencia, y muy a menudo a la necesidad de conseguir dinero para afrontar los gastos derivados de la drogodependencia (SIIS, 2001).

Los marginados sin hogar suele tener unas características comunes, como señala la FEMP (1993), que tienden a agruparlos: imposibilidad de atender por sí mismos, sus

necesidades básicas, carencias o grave deterioro de las relaciones de convivencia sociofamiliar, grave deterioro de sus capacidades para establecer vínculos de convivencia social, problemas psico-sociales y sanitarios que dificultan su integración.

En este colectivo están, en primer lugar, los transeúntes, personas aisladas que se encuentran con medios económicos mínimos, y en paro laboral, que no disponen de hábitat propio para alojarse. Sin recursos personales para afrontar su situación y rotos los vínculos familiares, suelen recurrir a las instituciones sociales para subsistir. Se caracterizan, por su relación, ocasional o estable, con albergues de transeúntes y comedores públicos, dedicándose esporádicamente a la mendicidad. En segundo lugar, los mendigos y vagabundos que suelen encontrar su medio habitual de subsistencia en la limosna, viven casi permanentemente en la calle, entre ellos pueden encontrarse algunos chabolistas y sólo ocasionalmente, se alojan en albergues. Por último, los refugiados e inmigrantes, personas que por su procedencia extranjera presentan problemas de idioma, de regularización administrativa, desarraigo cultural, y escasos o nulos recursos económicos. La característica general de los marginados sin hogar es la falta de vivienda.

Podríamos concluir que el colectivo de Marginados sin Hogar está integrado por un conjunto de individuos aislados con mínimos medios económicos y en paro laboral, que no disponen de hábitat propio para alojarse, que han roto con los lazos familiares, recurriendo a las instituciones sociales para sobrevivir, al no poseer los recursos personales para afrontar su situación.

¿En que situación están los "sin hogar" en el País Vasco? A falta de un estudio que ofrezca una visión general y actualizada, puede servir para la reflexión el informe de la fundación Gizaide (1998), centra en la situación de los enfermos mentales sin hogar de Guipúzcoa.

Según este estudio, el colectivo está compuesto sobre todo, por hombres de edad madura, pues las mujeres constituyen excepción, si bien esta minoría no implica menor gravedad ya que sus especiales características las hacen más susceptibles de todo tipo de abusos y violaciones.

Las relaciones familiares de estas personas son escasas, son solteros, viven solos, si bien el 41 % de ellos ha tenido descendencia. Su nivel de estudios es más bajo que el de la media poblacional de Guipúzcoa, y sus profesiones no son cualificadas a lo que hay que unir que constituyen excepción los que trabajan ahora y que son pocos los que han trabajado antes, siempre sin carácter de continuidad. En consecuencia, han de beneficiarse económicamente de las ayudas previstas para estos casos, pero, aún y todo, cuarenta y ocho personas no perciben nada (de estos la mitad son menores de treinta años).

Esta forma de vida explica su inestabilidad domiciliaria. Se confirma el círculo que va desde la calle, a las pensiones, las residencias, los ingresos hospitalarios, etc., en una rueda sin nuevos horizontes. Su vida transcurre sobre todo por aquellos lugares en los cuales existen servicios de acogida para pernoctar. La posibilidad de dormir en alguna institución suele ser la principal motivación para desplazarse.

En estas condiciones precarias no extraña que tengan un estado deficitario de salud, con 89% que ha visitado los Centros de Salud Mental. En concreto, se han diagnosticado 76 patologías diversas, 76 casos de alcoholismo y 55 toxicómanos. Los toxicómanos suelen ser jóvenes, mientras que los alcohólicos son de edad madura.

En cuanto a la existencia de servicios para este colectivo, de acuerdo con las manifestaciones de diversos profesionales de la gama socio-sanitaria, la conclusión fue rotunda: no existen Servicios que se ocupen, de forma efi-

caz, de los enfermos mentales sin hogar, cuando estos no están ingresados en un centro sanitario.

Este vacío origina unas consecuencias verdaderamente negativas para quienes lo padecen, con el consiguiente costo social que implica, según señala este estudio. Cuando estos enfermos se encuentran en un estado verdaderamente crítico son ingresados en un Psiquiátrico, pero al ser dados de alta todo lo que se les ofrece es el tratamiento ambulatorio voluntario, a través de los Centros de Salud Mental y, como, verdaderamente, muchas de estas personas carecen de la capacidad necesaria para medicarse y acudir en la periodicidad establecida a un Centro de Salud Mental, el resultado es que vuelven a recaer una y otra vez en una vía degenerativa.

De esta situación son conscientes los profesionales implicados en esta problemática. Con todo, al no existir un servicio específico, en la mayoría de los casos se buscan soluciones provisionales o se desvía el problema hacia entidades como Aterpe y el Centro Municipal de Acogida Social que no están preparadas para dar respuesta a esta casuística. Esta carencia ha convertido a Aterpe y al Centro Municipal de Acogida Social de San Sebastián en el saco sin fondo a donde van a parar todos los casos que nadie quiere o puede atender, pero estas entidades no están planteadas tampoco para ello.

En torno a este grave problema hay una serie de comportamientos de implicados que empeoran la situación como las dificultades con que se encuentran las responsables de los Centros de Acogida cuando tienen que ingresar a un enfermo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Guipúzcoa, dados los impedimentos del servicio médico. Impedimentos que se hacen extensivos a la hora de emitir su diagnóstico para ser presentado a los jueces que así lo exigen en los casos en que sea precisa su incapacitación. Hay que hacer notar



que estos obstáculos son comunes a los Centros de Salud Mental y a los propios jueces que ven con suspicacia la tramitación de esas diligencias.

Ante tal estado de cosas, se plantean en el estudio algunas sugerencias que nos parecen muy factibles como el poder disponer de camas de urgencia en las Residencias, la facilitación de los ingresos en los Psiquiátricos, el seguimiento de estos casos por parte de los trabajadores sociales de los Centros de Salud Mental, la aceptación por la judicatura de la dimensión social de estas situaciones, la coordinación de las Instituciones, públicas y privadas, para atender estos casos, el incremento de talleres ocupacionales para estas personas y la creación de Centros de Día y, naturalmente, de pisos de inserción y, sobre todo, la asunción de responsabilidades por parte de Osakidetza, de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos y de la Diputación ante un problema abordable, que no porque tenga menor eco es menos importante (Gizaide, 1998:141).

Y lo que está claro es que entre las necesidades más urgentes y más insatisfechas de estas personas son las relativas a formación y trabajo. Su satisfacción posibilitaría una mayor autonomía económica y un mayor sentido de realización personal y una mayor participación en la comunidad, se destaca en las conclusiones. Se trata de dotarles de poder y autonomía, aspecto en el que resulta imprescindible la acción educativa.

### **La Respuesta de Bizitegi**

De todas formas, no conviene olvidar, como antes se indicaba, que no faltan diferentes servicios (centros de día, talleres ocupacionales, centros de empleo protegido, pisos protegidos,...), que han surgido de asociaciones no gubernamentales. Tanto su escasez como las limitaciones que sufren en recursos materiales y humanos constituyen una prueba del impre-

sionante trabajo que estas asociaciones desarrollan en un terreno tan complejo como la marginación de las personas con enfermedad mental con todos los problemas que llevan asociados.

Entre estas asociaciones se pueden destacar el trabajo que realiza Bizitegi, asociación para el apoyo e inserción de personas en situaciones desfavorecidas, surgida en 1980 del trabajo comunitario desarrollado en el barrio de Otxarkoaga a partir del conocimiento de personas en situación de exclusión del propio barrio. En 1988 la asociación Bizitegi adquirió entidad jurídica y en 1997 fue declarada entidad de utilidad pública. La población atendida son personas en situación de exclusión social, con importante deterioro psicosocial, que precisan de respuestas multiprofesionales para reducir su vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida.

De ahí que el trabajo se desarrolle fundamentalmente en dos ámbitos: 1) el sociosanitario, para crear conciencia de la necesidad de desarrollar políticas de protección e incorporación social, programas y financiaciones que respondan a las problemáticas y necesidades que deben ser asumidas por la sociedad y por la Administración pública, 2) el personal, para posibilitar la máxima normalización en todas las dimensiones.

Bizitegi cuenta con diversos programas para poblaciones en exclusión social con problemáticas añadidas de drogodependencias, VIH/Sida, otros que participan en programas de mantenimiento con metadona, inmigración, privación de libertad y apoyo a la salida de prisión, etc. La financiación de sus programas es mixta: de instituciones públicas y privadas, y partidas diversas (venta de productos de los talleres, cuotas de usuarios, colaboraciones voluntarias, cesión de locales sociales, etc.).

Bizitegi cuenta con tres programas bien diferenciados y que atienden diversas problemáticas:

1) Bizitegi Diversificado, dirigido a personas en situación de exclusión social, con problemas de salud mental y alcoholismo. Existen 2 tipos de recursos:

a) Centros de Día: Centro de Día de Rehabilitación de déficits cognitivos y físicos, Centro de Día General, Talleres Ocupacionales de cuero, cartón, madera, reciclaje de ropa, Taller de Inserción de Cuero

b) Recursos Residenciales: Miniresidencia, 14 pisos protegidos, 1 piso autónomo.

2) Bizitegi Inserción, dirigido a personas en situación de exclusión social, con problemática de toxicomanía, enfermedad mental, sida.

a) Centros de Día: Centro de Día de Baja exigencia, Centro de Día de Media exigencia, Talleres ocupacionales de papel y cartón, Talleres de inserción laboral de encuadernación y cartón, Intervención en Centros Penitenciarios

b) Recursos Residenciales: 2 Pisos de Incorporación Social, 1 Piso de Reinserción

3) Bizitegi Intervención en Calle, dirigido a personas en situación de exclusión social, tanto con problemática de salud mental, toxicomanía, alcoholismo, SIDA. Los recursos con los que cuenta este programa son: 1 Educador de Calle y 1 Piso tutelado.

Entre los diferentes servicios que oferta Bizitegi en Rekalde esta el Centro de Día: dirigido a:

Personas que presentan "Patología Dual" (toxicomanía y enfermedad psiquiátrica), sin cobertura socio-familiar o muy deteriorada, derivados tanto de Centros de Salud Mental y Hospitales Psiquiátricos.

Personas con un largo historial de drogode-

pendencia, indomiciliados, y con graves problemas de salud física (VIH-SIDA).

Personas drogodependientes o en situación de exclusión que no tienen apoyo sociofamiliar y a los que se les concede beneficiarse del tercer grado, permisos, libertad provisional, libertad condicional o libertad definitiva.

El Centro de Día de baja Exigencia, oferta un espacio cómodo y agradable a personas drogodependientes consumidores, donde puedan cubrir necesidades básicas de calor, alimentación, higiene, limpieza, que sea un espacio referencial y donde se pueda orientar además hacia la cobertura de necesidades sanitarias, sociales y de tratamiento.

El Centro de Día de Media Exigencia pretende facilitar, orientar, acompañar y formar en itinerarios de incorporación social a personas drogodependientes que estén consumiendo o no, a partir de un PDCA y a través de una serie estructurada de actividades e intervenciones multidisciplinares que faciliten un tratamiento integral del sujeto y permitan el aprovechamiento de los recursos sociosanitarios a todos los niveles, buscando el máximo nivel de satisfacción de los usuarios. Al mismo tiempo, actúa como interlocutor válido frente a instituciones y empresas, posibilitando la toma de conciencia de la sociedad en general sobre las situaciones de Exclusión existentes y la necesidad de darles respuesta.

La intervención tiene, pues, un carácter socio-sanitario y formativo-laboral que se complementa con otros recursos del programa y de la Asociación y que está en permanente coordinación con las redes normalizadas de atención social y de salud. Las áreas abordadas, en esta perspectiva, son la sociocomunitaria, la jurídica, la sociosanitaria, la psicológica, la formativa y la ocupacional y prelaboral. Como actividades resaltan deporte, euskera, salidas, habilidades sociales, informática, relajación y reflexoterapia, video-forum. En los aspectos



escolares se trabaja lengua, matemáticas, ciencias sociales y ecología. Se desarrollan al mismo tiempo diferentes talleres: taller de actualidad, taller de cestería, taller de cuero, taller de pirograbado, taller de salud. Estas actividades se complementan con diferentes grupos como el Grupo de evaluación, el Grupo de motivación y el Grupo de prevención de recaídas.

La modalidad integral que incluye rehabilitación con alojamiento supervisado y actividades específicas de día, atiende todos los días del año 24 horas al día. La de rehabilitación y actividades específicas de día se desarrolla todos los días laborables a excepción de un mes de vacaciones, en el que se desarrollan actividades de ocio. El Centro está en permanente coordinación con todos los servicios normalizados de la Red de Atención Social y de Salud que intervienen en cada caso.

### Hacia el Compromiso Social

¿Pero es sólo cuestión de recursos?. Bienvenidos sean los recursos y que estos dispongan de medios humanos y materiales para desarrollar su tarea con ilusión y eficacia. Pero, ¿hasta dónde puede llegar su compromiso y acción si la comunidad no se compromete?

En primer lugar, no conviene dejar de lado que los propios mendigos consideran situación como degradante, arriesgada e incómoda. Si la practican, asegura el informe inglés, es por evitar el recurso a actividades delictivas, toda vez que buena parte de ellos han pasado por la cárcel y conocen sus consecuencias. En este sentido, hay que tener en cuenta que ellos son los primeros interesados en salir de esta dura situación.

Existe, por otra parte, consenso (personas con trastorno mental, sus familiares, profesionales de atención, gestores de distintas instituciones públicas y privadas) sobre las ventajas de la atención comunitaria, es decir, "sobre las ven-

tajas de abordar las problemáticas que presentan las personas con trastornos mentales graves, por medio de programas y servicios que puedan desarrollar su tarea sin necesidad de desvincular a estas personas de su medio social, de sus redes naturales de soporte social", señalan Markez y otros (1999).

Se reconoce además que la atención comunitaria en la sociedad actual es más viable tras los avances psicofarmacológicos de los últimos cincuenta años, que han posibilitado un mejor abordaje de las conductas disruptivas que a veces surgen como consecuencia del trastorno mental, bien "activas" (alucinaciones, delirios, agresividades, agitaciones, suicidios, etc.), bien "pasivas" (aislamiento, inactividad, falta de intereses, falta de capacidad para persistir en acciones complejas, depresión, etc.).

Y se asume también que las personas con trastornos mentales tienen derecho a tener atendidas sus necesidades relacionadas con la renta, alojamiento, ocupación, información, ayuda práctica, soporte emocional y acceso a servicios. Como también tienen "derecho a una vivienda digna, al trabajo, a no ser discriminados; y también el derecho a ser atendidos por especialistas en salud mental".

En esta perspectiva, es interesante la propuesta de "una ética para la vida" frente a una "ética para el trabajo" de Bauman (2000: 125) al tratar los "nuevos pobres". Y recalca en este sentido: "Imaginar la posibilidad de otra forma de convivencia no es el fuerte en nuestro mundo de utopías privatizadas, conocido por su inclinación a reconocer las pérdidas cuando ya se produjeron y a sustituir la administración de la crisis por lubricaciones políticas. Este mundo nuestro es menos capaz, todavía, de reunir la voluntad y la decisión necesarias para hacer realidad cualquier alternativa a "más de lo mismo".

¿Qué se puede hacer entonces? Que existan servicios como Bizitegi es una muestra de que

respuestas existen, pero un colectivo de profesionales poco puede hacer sin el compromiso de la sociedad. Lo sucedido con el centro Hontza constituye una llama de atención para todos nosotros ya que muestra no sólo la intolerancia hacia los más que tiene problemas sino también la incapacidad de comprender el trabajo que pueden hacer otros en respuesta a los derechos de los más débiles y marginados. Urge reflexionar, pues, como nunca sobre el sentido del modelo comunitario con todas sus exigencias tanto para los profesionales y a la administración como para los ciudadanos de a

pie. Nada nuevo hay que inventar. De todas formas, no hay que olvidar que la tarea comunitaria es compleja y complicada (Vega, 2000).

Porque, como señala el último párrafo del informe de Gizaide (1998), "es inadmisibile que siendo un problema social abordable por su número y existiendo recursos susceptibles de ser orientados hacia los enfermos mentales sin techo, estos carezcan de Servicios Sociales adecuados sólo porque su problema no aflora a la opinión pública".



#### Bibliografía

- BAUMAN, Z. (2000). Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Barcelona, Gedisa.
- CASTEL, R. (1986), "De la peligrosidad al riesgo" en, *Materiales de sociología crítica*, La Piqueta, Madrid 1986, pp. 219-243.
- CORTINA, A. (2000), "Aporofobia", *El País*, 7 marzo, 2000.
- FEMP (1993). Respuesta desde los municipios para la atención a marginados sin hogar. Madrid, FEMP.
- GIZAIDE (1998). Informe anual de la Fundación Gizaide.
- MARKEZ, I.; POO, M.; ARIÑO, J y otros (1999). Atención comunitaria de la enfermedad mental Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria, Informes del Ararteko al Parlamento Vasco.
- MARKEZ, I; IRAURGI, J.; PÓO, M. y otros (2000). Los programas de mantenimiento con metadona en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Valoración tras tres años de funcionamiento. Consejo de Colegios Farmacéuticos de Euskadi, Bilbao,
- SIIS (2001), "Buscarse la vida en la calle: la mendicidad, los sin techo y la prensa social. Boletín Documental sobre Servicios Sociales 7. Enero, 2001: 11.
- SIIS (2001), "Compartir la ciudad: el cierre del Centro de Noche Hontza". *CDD*, 77, Septiembre, 2001, pág. 10.
- VEGA, A. (1994). *Pedagogía de Inadaptados Sociales*. Madrid, Narcea.
- VEGA, A. (2000). *Las drogas en el País Vasco. Los retos del proyecto comunitario en las escuelas*. San Sebastián, Gakoa.