EDITORIAL

Plan de Salud Mental: ¿discriminación positiva o integración?

Se cumplen ahora veinte años desde que la Ley General de Sanidad en su artículo 20 refrendara la necesidad de la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. Con la perspectiva de la evolución del sistema, parece ahora una obviedad tal afirmación, hasta el punto de que el anuncio de un nuevo Plan de Salud Mental para nuestra Comunidad Autónoma pueda resultar anacrónico o cuando menos pueda cuestionar el cumplimiento de ese objetivo.

Nada más lejos de la realidad. Con independencia del reto aún pendiente de la integración de los dos Hospitales Psiquiátricos, hoy nadie duda de que esa integración se haya producido. La disponibilidad y accesibilidad de los recursos sanitarios tanto ambulatorios, como de atención hospitalaria, su diversidad, incorporando servicios como la rehabilitación o la hospitalización prolongada, configuran un panorama en el que el ciudadano puede hacer uso de estos servicios en términos de funcionamiento equiparables a cualquier otra patología.

Esta integración ha supuesto indudables beneficios, pero en los últimos años se viene alertando también de sus riesgos: puede ser relegada en relación con otras necesidades, o no tener en cuenta la consideración de sus especificidades o provocar inequidades entre territorios si no se garantizan unos servicios mínimos y básicos. Para afrontar y mitigar estos riesgos, todas las Comunidades Autónomas han aprobado Planes de Salud Mental y todas disponen de una instancia que se ocupa de la coordinación y planificación de las actuaciones.

Garantizar la calidad y continuidad de cuidados a ciudadanos con un amplio, y a veces frecuente, consumo de recursos..., es un reto que supera al sistema sanitario y requiere del concurso y la financiación de otros sectores

Conscientes de ello, importantes sectores de opinión comienzan a alertar de los riesgos de un abandono excesivamente prematuro de las políticas de salud mental en aras de una integración sin matices. Por ello propugnan la necesidad de seguir realizando actuaciones que garanticen tanto un avance en los recursos, como una consideración más amplia de los objetivos de trabajo. Así lo viene planteando y alertando la OMS y los propios ministros de Sanidad de la Unión Europea (Documento de Helsinki) y la Comisión de las Comunidades Europeas (Libro Verde "Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental"), todos ellos de 2005. Haciéndose eco de estos compromisos supranacionales, el propio Ministerio de Sanidad y Consumo está elaborando una Estrategia Estatal de Salud Mental, que junto con otras iniciativas, como la cartera de servicios o la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, permitan unos servicios básicos y mínimos a todos los ciudadanos del Estado, como herramienta fundamental para garantizar la integración en el sistema sanitario.

A nadie se le escapa tampoco la peculiaridad de la atención de patologías que requieren una gama amplia y diversificada de recursos sociales y sanitarios, coordinada en ocasiones con otros sectores como el judicial, el educativo o el laboral. Garantizar la calidad y continuidad de cuidados a ciudadanos con un amplio y a veces frecuente consumo de recursos y cuyas necesidades van desde la atención ambulatoria a la hospitalización más o menos prolongada, pasando por la rehabilitación o la disponibilidad de recursos de apoyo social y laboral, es un reto que supera al sistema sanitario y requiere del concurso y la financiación de otros sectores. Si a ello le añadimos la necesidad de incorporar actuaciones de promoción, prevención y desestigmatización que impregnen otros ámbitos normativos, el objetivo se configura como política regional.

TRIBUNA

Eduardo Corchero Rodríguez

Médico

Reflexiones sobre EREA

(Euroregión Extremadura Alentejo)

No es nuevo el asunto que recientemente ha tratado la prensa regional sobre asistencia sanitaria mas allá de la frontera a nuestros vecinos portugueses de la región del Alentejo y que las actuales autoridades sanitarias pretenden llevar a cabo.

Hace algunos años, allá por 1999, tuve la oportunidad de participar en unas jornadas celebradas en Mérida y organizadas por el Gabinete de Iniciativas Transfronterizas. El tema que me correspondió desarrollar era más o menos: " Reflexiones sobre la sanidad transfronteriza".

Quiero recordar que cuando llegué como gerente al Complejo Hospitalrio Infanta Cristina, se encontraba en fase de borrador el Plan Estratégico, iniciado por mi antecesor D. Juan Pérez Miranda, y que coordinaba por encargado el Dr. Agustín Pijierro. Aprovecho la oportunidad que me brinda esta publicación del Servicio Extremeño de Salud para agradecerles junto a grupos de trabajo y directivos que tanto se involucraron en la elaboración del documento. Exquisito trabajo, que sirve para conocer el pasado, aquel presente y como deseábamos que fuera el futuro el buque insignia de la sanidad regional extremeña, inmersa hoy en un escenario diferente.

Algunas líneas de acción tuvimos que cambiar para que el Plan fuese aprobado por los servicios centrales del Insalud. Al fin se consiguió en junio de 1999, comenzando su ejecución, sin presupuesto alguno.

Pero al hilo de lo que tratamos, fue aceptado el cambio considerado en principio un punto de debilidad, como era la cercanía de la frontera portuguesa y no sin razón por su histórico, que paso a ser una fortaleza.

Un estudio socioeconómico y un mapa superpuesto tuvieron la culpa. ¡Eureka!

El CHIC podía pasar de ser un hospital de referencia allá en un extremo de la comunidad a ser el centro de la región extremeño alentejana.

Demografía, economía, puntos débiles y reformas en curso del SS Portugués entre otras, así como el interés mostrado por los responsables sanitarios de Elvas, que recientemente había inaugurado un hospital comarcal con las limitaciones propias de estos y las posibilidades tecnológicas a este lado de la frontera nos hizo replantear la situación. No podemos olvidar la existencia de convenios internacionales y el uso del P-111, con alto costo para el complejo hospitalario y sin resultados tangibles.

Así establecimos una primera línea de acción que se definió como: "El hospital en su entorno" y que planteaba entre otros el estudio de atracción de la población portuguesa y análisis de su repercusión sobre el hospital, así como la necesidad de definir unas normas de admisión, conveniencia de captación de pacientes portugueses, promover el contacto entre las instituciones y el intercambio de profesionales.

Se solicitaron algunos proyectos a través de los programas InterregIII aprovechando la posibilidad de las nuevas tecnologías en: cirugía, maxilofacial y medicina nuclear, con menos éxito del deseado e informe negativo de servicios jurídicos centrales para convenios tan particulares. Hoy ese PET-TAC del que puede disponer el Servicio de Medicina Nuclear del Infanta, tan luchado por el Dr. Rayo es un lujo a favor de los ciudadanos de esta EREA.

El Servicio Extremeño de Salud debe prestar asistencia a un millón de habitantes y conocemos los déficits en listas de esperas, costes en farmacia, escasez de profesionales que curiosamente "migran" a la zona vecina. Es razonable un importante incremento de la demanda, inviable con los medios humanos y materiales actuales, cuando además va a recaer sobre el hospital de referencia regional. Aunque acciones concretas necesitan estudios concretos, rigurosos y sin duda contar con los profesionales. ¿Y son coherentes con las externalizaciones de la cartera de servicios?

Algunas experiencias euroregionales se están iniciando en el ámbito de la salud pública, pero un proyecto asistencial de tal calibre nos hace recordar a los clásicos por aquello de:"una aparente imposibilidad es siempre preferible a una posibilidad no conveniente".

LA VIÑETA

José Antonio Mateos Pombero