

pación de los afectados en la toma de decisiones.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Se estima que una de cada cinco personas en España podrá sufrir algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y el 9% de su población puede estar afectada en un momento dado. En el último año aproximadamente un 5% ha padecido algún tipo de trastorno de ansiedad y un 4%, del estado de ánimo. Una de sus principales consecuencias, el suicidio, es la segunda causa de muerte en Europa entre personas de entre 15 y 34 años, tras accidentes de tráfico.

Una de cada cinco personas atendida en Primaria padece uno o más trastornos mentales y durante 2005 un 20% de la población adulta extremeña consumió algún tipo

de ansiolítico y un 14%, de antidepresivos. Cuatro de cada diez familias dedican a la atención de personas con enfermedad más de 8 horas al día y el 67% lo lleva haciendo desde hace más de 8 años. En 2020 serán los mayores responsables de la carga de enfermedad en el mundo, por encima de enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Las últimas décadas han supuesto un avance decisivo en la consideración y mejora de la atención de las personas con enfermedad mental. La antigua manicomialización de la atención fue superada por un nuevo modelo de servicios menos estigmatizantes, incluidos en los sistemas sanitarios y próximos al paciente. Este modelo ha recibido un impulso desde Europa y el ministerio, con la aprobación de la Estrategia en SM del SNS.



BALANCE DEL I PLAN DE SALUD MENTAL
Más dispositivos y mejor desarrollo de estructuras de coordinación



Centro residencial de Cáceres.

El I Plan de Salud Mental de Extremadura data de 1995 y en su desarrollo cabe distinguir dos períodos claramente diferenciados. De 1995 a 2001 se desarrollan los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial y se inician los procesos de transformación de los hospitales psiquiátricos. De 2002 a 2005, coincidiendo con la asunción de las transferencias en materia de asistencia sanitaria, se produce el incremento de los dispositivos sanitarios, al tiempo que se continúa el desarrollo de los de apoyo social y la totalidad de las estructuras de coordinación.

AMBULATORIA Y HOSPITALARIA

Por lo que respecta a la atención ambulatoria se ha producido un importante incremento de profesionales, exclusivamente desde 2002, doblando prácticamente el número de los existentes en el 95. Existe, a pesar de todo, un déficit de dotación.

También se ha logrado unificar el modelo de atención, basado en el Equipo de Salud Mental como eje y se ha suprimido el modelo de consultas y centros sin sectorizar. Destaca la escasez de desarrollo en los dispositivos de atención infantojuvenil.

Se han incrementado las

Unidades de Hospitalización Breve que cuentan con un adecuado número de plazas, aunque la mitad de las mismas continúan en los Hospitales Psiquiátricos.

Se han creado las dos Unidades de Media Estancia, y resta una de las de Rehabilitación Hospitalaria prevista. Como elemento destacado hay que señalar la ausencia de Hospitales de Día y camas de hospitalización infantojuvenil específicas, en contra de las previsiones.

REHABILITACIÓN

La atención en el ámbito de la rehabilitación aparece como uno de los elementos destacados del Plan, muy por encima de las previsiones del mismo y logrando poner en marcha dispositivos ni siquiera contemplados inicialmente, hasta situarnos en segundo lugar entre las regiones españolas con mayor número de plazas por habitante.

El déficit aparece en las estructuras de apoyo social específicos, especialmente las residenciales (pisos y residencias), en relación con las necesidades.

Durante este período de tiempo, el SES ha asumido la gestión de los dos Hospitales Psiquiátricos por lo que la gestión de la red se encuentra ya unificada. Queda pendiente su transferencia definitiva a la Administración Autonómica, aspecto éste que se está negociando en este momento. La evolución de su proceso de transformación ha sido significativo pero dispar, habiéndose completado en mayor medida en el de Plasencia que en el de Mérida.

Uno de los aspectos destacados es que se ha conseguido una puesta en marcha prácticamente total de las estructuras de coordinación previstas: Comisiones de Salud Mental de Área, Coordinadores de Área y de dispositivo.

Las estructuras de coordinación interinstitucionales de ámbito regional previstas para la gestión integral y potenciación de la red de salud mental son asumidas por la Subdirección de Salud Mental del SES desde su creación.

Pacientes, familiares y profesionales opinan sobre el estado de la SM en la región

Para realizar el análisis de situación de la Salud Mental se organizaron tres grupos focales -usuarios, familiares y profesionales- para conocer su opinión sobre el estado de esta atención. La principal percepción de los pacientes respecto al II Plan de Salud Mental es su ayuda a romper el estigma social que posee la EM y el trato marginal que se le da respecto a otras enfermedades; entre sus prioridades está la transformación de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de Equipos de Salud Mental, seguido de los recursos de residenciales y de alojamiento. Los pacientes observan una mejora en el trato recibido por los profesionales y una insuficiente accesibilidad a los recursos. Sus prioridades para el Plan son la rehabilitación, la coordinación, las residencias y alojamientos, la sensibilización social y el aumento de dispositivos.

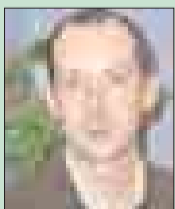
Existe unanimidad entre los familiares a la hora de considerar prioritarias las acciones de sensibilización y desestigmatización y consideran que poseen suficiente información sobre dónde y a quién deben dirigirse ante un problema, pero refieren descoordinación

a la hora de proporcionarla. Consideran correcto el trato recibido por los profesionales pero falta mayor personalización en el trato. Proponen un mayor número de dispositivos y profesionales, mayor cualificación y coordinación de la atención. Consideran que un pilar básico para la reinserción de estos pacientes es su incorporación al mercado laboral. Perciben una mejora en la atención pero que progresa de forma muy lenta.

Por su parte, los profesionales apuestan por la integración de los hospitales psiquiátricos como actuación más importante, y creen necesario aumentar el retorno de información asistencial a los profesionales, implicarlos en la formulación de objetivos e indicadores, que deben centrarse en la evaluación de la calidad asistencial. También abogan por mejorar la coordinación entre EAP y ESM, estableciendo protocolos comunes de actuación y comunicación, regulando especialmente la atención a la demanda no programada y crisis. Confían en la participación, la formación, la carrera profesional y el trabajo en equipo, para la motivación.

LA CARTA

Una planificación necesaria



Miguel Simón Expósito

Subdirector de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios

La decisión de elaborar un Plan es la consecuencia de un fracaso del sistema. Se recurre a él cuando los recursos, por escasos, no son proporcionales a las necesidades, cuando las respuestas son diversas y no están adecuadamente organizadas o cuando se requiere formalizar una manera determi-

nada de organizar la atención. Su utilización en el ámbito sanitario supone reconocer de manera implícita la incapacidad de los distintos sectores para generar por sí mismos y en su dinámica de funcionamiento habitual, estas respuestas.

Para la mejora de la atención a la salud mental siempre hemos necesitado Planes, Leyes o procesos de Reforma, que evitaran tanto la tendencia a la marginación de las personas afectadas como la exclusión de los sistemas de protección social y atención a la salud.

Esta discriminación no buscada fue necesaria en la Ley General de Sanidad, para sancionar algo tan evidente ya a mediados de los ochenta como que la atención en salud men-

tal tenía que formar parte del sistema sanitario, que era necesario transformar los Hospitales Psiquiátricos y que el paciente debía ser atendido y rehabilitado en la comunidad.

Fue necesaria en nuestra región cuando en los noventa se elabora el I Plan de Salud Mental para impulsar el desarrollo de la rehabilitación, los recursos de apoyo social, la transformación de los hospitales psiquiátricos, el crecimiento de los servicios sanitarios y la coordinación entre las Administraciones.

Desde entonces y gracias a ese primer impulso hemos alcanzado logros inimaginables para sus redactores y promotores. Tanto, que se pone en entredicho a quienes

desconfían de la utilidad de este tipo de documentos.

Sin embargo, esa discriminación positiva sigue siendo necesaria hoy. Aún tenemos pendiente la acogida plena y digna en el sistema social y sanitario de las personas que permanecen en nuestros Hospitales Psiquiátricos, la mejora de la atención de los niños y los adolescentes, la respuesta proporcional a las múltiples necesidades de las personas afectadas por trastornos mentales graves, patología dual o que se encuentran internados en los centros penitenciarios.

Confiemos en que el éxito de este II Plan haga inútil la necesidad de un tercero.