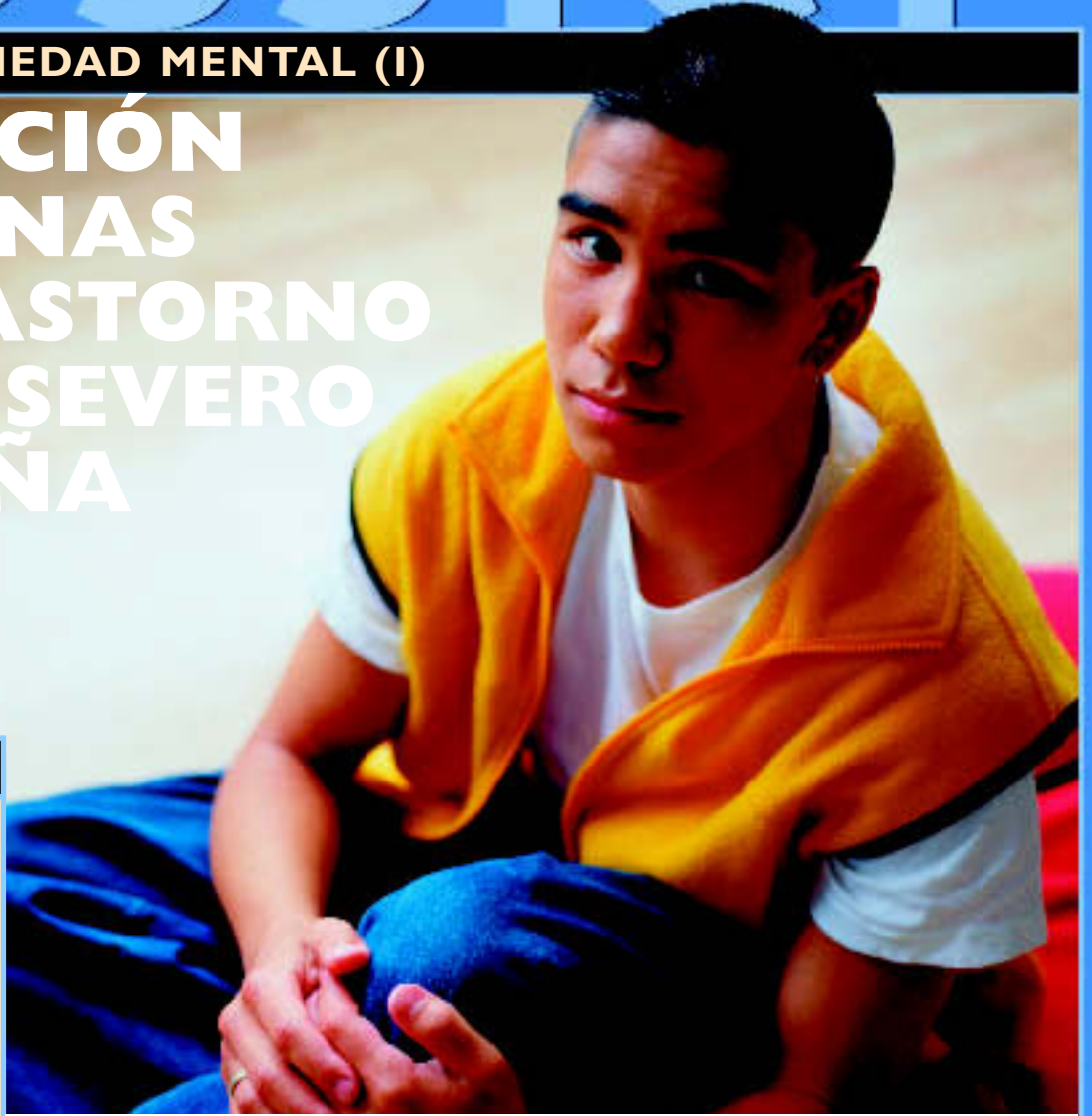


ENFERMEDAD MENTAL (I)

LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN ESPAÑA



SUMARIO

LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN ESPAÑA

PILAR DURANTE MOLINA
BLANCA NOYA ARNAIZ
Págs. 17-21

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ
Págs. 20-22

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

JOSÉ LUIS GARCÍA
Págs. 23-25

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO
Pág. 26-28

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

ISAURO GÓMEZ TATO
SARA FERNÁNDEZ LAMAS
Págs. 29-31

REGIÓN DE MURCIA

MERCEDES NAVARRO CARRIÓ
Págs. 32-33

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

ALVARO IRUIN SANZ
Págs. 34-35

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

JOSÉ MARÍA ARNAL ALONSO
Págs. 36-38

ENCUESTA

Págs. 38

Nota: En el próximo número de MINUSVAL se publicarán los programas de las Comunidades Autónomas restantes.

PILAR DURANTE MOLINA* BLANCA NOYA ARNAIZ**

*Responsable de los programas de Salud Mental

**Responsable de los programas domiciliarios
Walk, Rehabilitación y Desarrollo Integral

A raíz de la reforma psiquiátrica y de la desinstitucionalización, se plantea en España, en los años 80, el modelo de atención basado en la comunidad. A partir de este momento, se rechaza la idea del hospital psiquiátrico como elemento terapéutico ideal, y se comienzan a organizar dispositivos alternativos comunitarios.

La desinstitucionalización se ha comprendido a menudo como la clausura de instituciones. Pero la desinstitucionalización no sólo es una cuestión organizativa, sino que debe incluir también el cambio de conocimientos, habilidades y actividades de los profesionales que trabajan en rehabilitación. La desinstitucionalización se define por tanto como un proceso permanente en el que las estructuras, contenido y organización de las instituciones sociales, así como la forma en que sus empleados trabajan, se confecciona para satisfacer los requisitos y perspectivas de las personas con discapacidad.

Este cambio de perspectiva conlleva la revisión y redefinición de los conceptos que sustentan el método, la organización de estructuras y dispositivos y la práctica profesional.

En el presente artículo pretendemos presentar las líneas de acción actuales existentes sobre la atención a personas con Trastornos Mental Severo (TMS), entendiendo según lo indicado anteriormente que éstas parten de las administraciones públicas competentes, desde los propios afectados (personas con TMS y familiares y allegados) y desde los profesionales dedicados a este campo.

REVISIÓN DE CONCEPTOS

La rehabilitación se concentra en el individuo y en el sistema social simultáneamente. La persona rehabilitada recibe una vez más su estatus social como miembro similar de la comunidad y la sociedad cambia igualmente su actitud hacia la persona que estaba socialmente excluida anteriormente.

No será suficiente adaptar a las personas discapacitadas a las normas de la sociedad, se tendrán que hacer esfuerzos para adaptar a la sociedad a un concepto de normalidad que incluya la discapacidad en la definición de lo que es normal. Esto significa que el entorno tiene la responsabilidad de minimizar los efectos de la discapacidad creando un medio que apoye la discapacidad.

La rehabilitación comprende un proceso en el cual las personas con discapacidad son capaces de incrementar su independencia y autonomía por medio del desarrollo de sus habilidades. Pero no sólo. Debe considerar también el aspecto de la integración, la capacidad que tiene la sociedad para cambiar de tal forma que la persona con discapacidad tenga los mismos derechos y oportunidades que las demás personas. Incluso cuando la rehabilitación ha tenido éxito, la persona discapacitada sigue teniendo desventajas, es incapaz de competir con las personas sin minusvalía, no discapacitadas. Por esta razón la rehabilitación debe contar además con el aspecto de la integración.

Ningún programa de rehabilitación debería llevarse a cabo sin que se preguntara a sus usuarios, durante el programa y al final del mismo los beneficios que han obtenido de él, y sobre las modificaciones que harían sobre el programa.

El principal objetivo de la rehabilitación es garantizar que las personas con TMS sean capaces de maximizar su funcionalidad, tener acceso a los servicios y oportunidades fundamentales y llevar a cabo la integración social plena en su comunidad.

El derecho de las personas con TMS a vivir dentro de su comunidad y a participar plenamente en las actividades educativas, sociales, culturales, religiosas, económicas y políticas debería ser un componente fundamental de cualquier política de rehabilitación.

La atención a las personas discapacitadas debe sustituirse por consejo y apoyo. Los servicios de rehabilitación deben considerar su tarea como una que ayude a las personas discapacitadas a tomar sus propias decisiones. Los servicios de rehabilitación deben tener como objetivo el máximo posible de autonomía para las personas con TMS creando un medio que apoye, y no que sobreproteja, en línea con las necesidades del individuo. Al definir estas necesidades se debe prestar más atención a cómo percibe estas necesidades el individuo y no sólo los profesionales.

Los programas de rehabilitación integral no tienen respuestas estandarizadas ni soluciones que puedan prescribirse, sino que tienen que ver con procesos individualizados complejos que han de encontrar la solución más adecuada en función a las necesidades y habilidades de las personas con discapacidad.

Es imperativo que se conciba un plan de rehabilitación individual que se construya a partir de la valoración de cada caso y de una revisión de los servicios comunitarios accesibles disponibles.

En resumen, el principal objetivo de toda esta presentación es demostrar que la rehabilitación sólo puede tener sentido unida a la integración. La rehabilitación es sólo un elemento de un enfoque de integración más amplio basado en la comunidad. La plena integración de las personas con TMS debe ser el objetivo de todos nuestros esfuerzos.

En la actualidad y en el proceso de búsqueda y ajuste constante de los expertos por implementar la calidad y eficacia de la atención a las personas con TMS y a sus familias y allegados, se han venido llevando a cabo acciones de investigación y estudio



El principal objetivo de la rehabilitación es garantizar que se maximice su funcionalidad, tener acceso a los servicios y oportunidades fundamentales y llevar a cabo la integración social plena en su comunidad

desde entidades, asociaciones profesionales y asociaciones de familiares y allegados de personas con enfermedad mental.

EL IMSERSO Y LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TMS

El IMSERSO ha tomado un papel impulsor de la armonización y articulación de las actuaciones entre las diferentes Administraciones Públicas y la normativa vigente en los temas de su competencia relacionados con la salud mental, dando cabida a la promoción de instrumentos de desarrollo y transformación que (según cita literal de la propia entidad) “implementen la calidad de los servicios, promuevan la investigación, potencien nuevas líneas de intervención social y mejoren la participación e integración de los colectivos de personas con TMS”.

A partir de esta iniciativa del Programa de Formación Especializada en Servicios Sociales, se han ido llevando a cabo diversas acciones destinadas a confluir en los objetivos antes citados:

En noviembre de 2001 se presentó el estudio titulado “Situación, necesidades y demandas de las personas con enfermedad mental” con el objetivo de “profundizar en las necesidades y demandas de las



de las personas con trastorno mental severo sean capaces de ejercer sus derechos y oportunidades fundamentales y llevar a cabo la

personas con enfermedad mental crónica y su entorno”. En el estudio se recogen los conceptos de salud y enfermedad mental, el marco legislativo de la salud mental en España, las características y necesidades de las personas con enfermedad mental y sus familias y la visión de los expertos y profesionales de la salud mental, así como una serie de conclusiones y propuestas.

Entre los días 29 y 30 enero de 2002 se celebraron las “Jornadas sobre Salud mental: Problemas de adaptación en integración social de la persona con enfermedad mental crónica”.

Posteriormente, en ese mismo año, se creó un foro de debate entre expertos en la atención y apoyo a la persona con TMS y sus familiares, compuesto por tres grupos de trabajo: rehabilitación psicosocial, inserción laboral y vivienda. Desde este foro se convocó a expertos en el tema representantes de todas las Comunidades Autónomas. En los grupos de trabajo se revisaron y analizaron de manera crítica los programas y dispositivos existentes en la actualidad en las tres áreas citadas, se aportaron y analizaron datos de eficacia, se señalaron los puntos de dificultad encontrados en el desarrollo de estos dispositivos y programas, se apuntaron soluciones para la resolución de dichas dificultades, se

propuso un modelo de referencia nacional que de cabida a matices y peculiaridades de cada región autónoma y los criterios de calidad a cumplir y se determinaron las necesidades presupuestarias para dar respuesta adecuada a la población a atender.

Se encuentra en edición el estudio titulado “Bases para un modelo de atención sociosanitaria” elaborado por la Comisión Técnica de Servicios Sociales, en el cual se recoge la atención a personas con enfermedad mental.

En este momento se está poniendo en marcha un Master en “Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Severo” en colaboración con la Universidad de Valencia.

También se encuentra en proyecto la creación de un Centro de Referencia sobre Atención a Personas con Trastornos Mental Severo.

ORGANIZACIONES DE PROFESIONALES

La mejora de la calidad de la atención a personas con TMS está estrechamente relacionada con la búsqueda, investigación, estudio y debate de los diferentes profesionales y disciplinas implicados en dicha atención. Sería imposible recoger las múltiples acciones llevadas a cabo por los profesionales, tanto de manera interdisciplinar como por disciplinas profesionales.

Nos parece importante resaltar por su repercusión y su novedad (publicado en 2002) el estudio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), titulado “Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones”, como resultado del debate, reflexión y análisis durante dos años del Grupo de Trabajo de la AEN, compuesto por profesionales de diferentes Comunidades españolas.

En dicho documento se definen los conceptos cruciales relacionados con las personas con TMS, se describen fundamentos sobre la atención integral en la comunidad a dichas personas, se propone un modelo de sistema de atención integral (describiendo la red de recursos recomendada para dicho modelo y las intervenciones terapéuticas de la rehabilitación psicosocial) y

se expone la situación actual de la rehabilitación psicosocial en España.

Recientemente (en mayo de 2002) se ha puesto en marcha la Federación Nacional de Asociaciones de Rehabilitación psicosocial (FEARP) con el objetivo principal de dar a conocer los avances científicos y asistenciales en relación con la rehabilitación psicosocial como disciplina de salud mental.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La situación de la atención a personas con TMS desde las Comunidades Autónomas no presenta un patrón homogéneo. En unas Comunidades la atención a este colectivo depende de Salud, en otras de Servicios Sociales y en otras de fundaciones. En los artículos que se presentan a continuación se recogen los planes de Salud Mental y la situación presente de las Comunidades Autónomas, descritos por las personas más indicadas y cualificadas para ello: los propios responsables de dichos planes.

ASOCIACIONES Y FEDERACIONES DE FAMILIARES

Las asociaciones de familiares y la Federación Española de Asociaciones de Familiares de enfermos mentales (FEAFES) vienen desarrollando acciones y dispositivos de atención y soporte a personas con TMS, debido sobre todo a que la necesidad de esta población no queda cubierta desde los recursos existentes en la Administración.

Las asociaciones de familiares participan activamente y gestionan centros de rehabilitación psicosocial concertados, poseen clubes de ocio, promueven iniciativas de rehabilitación y ayuda a domicilio, poseen viviendas para personas con TMS y promueven y participan en proyectos de inserción laboral; además desde sus sedes contratan a profesionales y les proporcionan formación y experiencia; y llevan a cabo estudios y elaboran documentos que potencien y optimicen la calidad de la atención. Entre otros se encuentra la publicación presentada por FEAFES “Modelo de Inserción Laboral para personas con Enfermedad Mental”.

Foto: Archivo fotográfico Turespaña



En la última década y dentro del marco general del proceso de reforma psiquiátrica se ha venido desarrollando en Andalucía una red específica de actuaciones, dispositivos y programas de apoyo social para personas con enfermedades mentales graves. Red integrada en el sector público –Junta de Andalucía- y gestionada a través de una estructura igualmente específica, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ

Psiquiatra. Sociólogo

Director de programas, evaluación e investigación
FAISEM (Centro Colaborador de la OMS) Sevilla.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

DESARROLLO DE PROGRAMAS DE APOYO SOCIAL

La red forma parte del conjunto de nuevos servicios especializados de salud mental, que ha ido sustituyendo progresivamente a los tradicionales Hospitales Psiquiátricos, permitiendo superar esas viejas e inadecuadas sustituciones, en línea con lo sucedido en una creciente proporción de países desarrollados. En ese sentido, los nuevos recursos de apoyo social complementan las intervenciones más específicamente sanitarias y las de los servi-

cios sociales generales, a la hora de facilitar la permanencia en la comunidad de personas con graves problemas de salud mental. En Andalucía el proceso de Reforma Psiquiátrica iniciado en 1984 está permitiendo acabar con algunas formas tradicionales de atención a las personas afectadas por trastornos mentales graves. Así, la creación de una nueva red sanitaria, de base y orientación preferentemente comunitarias e integrada en el Servicio Andaluz de Salud, ha ido permitiendo el cierre progresivo de los Hospitales Psiquiátricos, instituciones

asociadas a siglos de marginación y exclusión social hacia estas personas.

El objetivo último de la reforma es permitir que cualquier andaluz afectado por un problema de salud mental no pierda por ello su condición de ciudadano, manteniéndose en la comunidad con los máximos niveles posibles de autonomía personal e integración social. Lo que exige, como acabamos de mencionar, además de una progresiva modificación de no pocas actitudes sociales, un conjunto coordinado de actuaciones sanitarias y de apoyo social, con soportes profesionales, organizativos y financieros complejos.

Si el conjunto de intervenciones sanitarias encuentra ahora su base en el marco del sistema sanitario general (Servicio Andaluz de Salud), las medidas de apoyo social, necesarias para complementar eficazmente aquéllas, han venido encontrando más dificultades para integrarse en el marco histórico de las prestaciones de los Servicios Sociales, sobre los que recae la respuesta a una multiplicidad de necesidades de muy distintos colectivos desfavorecidos.

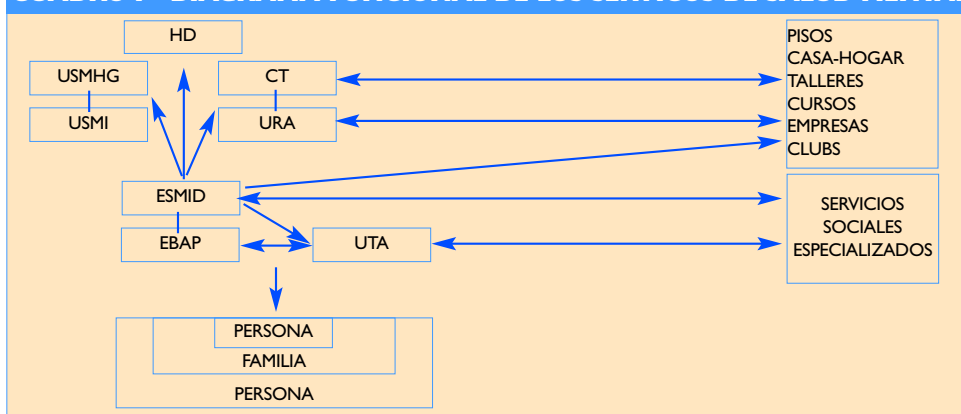
Una breve descripción del nuevo sistema puesto en marcha con la Reforma (cuyo modelo funcional puede verse en el CUADRO I), debe incluir los siguientes aspectos:

ATENCIÓN SANITARIA

La atención sanitaria es realizada, con características de cobertura universal, gratuidad e integración en el sistema sanitario general, por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), que cuenta para ello con una red de dispositivos articulada territorialmente en 15 Áreas de Salud Mental, demarcaciones territoriales que pretenden ser relativamente autosuficientes para atender los problemas de salud mental de su población.

De acuerdo con lo previsto para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, la entrada en el sistema se produce a través de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), que asumen funciones similares a las que afectan a personas con otro tipo de problemas de salud. Desde ellos se accede a los dispositivos especializados (cuya dotación cuantitativa puede verse en el CUADRO II) y que incluyen Equipos de Salud Mental comunitaria o de Distrito (ESMD, Unidades de Salud Mental de Hospital General (USMHG), Unidades de Salud Mental

CUADRO I - DIAGRAMA FUNCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



CUADRO II - RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

ESMD		USM-HG		USMI	URA	HD	CT			
Nº PERSONAS ATENDIDAS	Nº	CAMAS	INGRESOS				Nº	Nº CAMAS	P. HOSPIT.*	
71	158.154 (626.296 consultas)	19	508	11.284	11	9	5	13	200	618

* Cifras referidas al año 2001.

CUADRO III - DOTACIÓN DE PLAZAS EN LOS DISTINTOS PROGRAMAS (2002)

PROGRAMA RESIDENCIAL	89 Pisos	330 Plazas	
	20 Casas Hogar	320 Plazas	887 Plazas
	40 Residencias Conveniadas	227 Plazas	
	6 Pensiones Conveniadas	10 Plazas	
	126 Usuarios atendidos en Programas de Apoyo domiciliario durante el año		
PROGRAMA OCUPACIONAL	95 Talleres Ocupacionales	1469 Plazas	
	8 Empresas Sociales	170 Puestos de trabajos de personas con problemas de salud mental	
PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL	61 Cursos de Formación Profesional	349 Plazas	
	5 Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo		
	24 Clubes Sociales	720 Plazas	
PROGRAMA DE FOMENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES	Plan Vacacional	970 Usuarios beneficiados	

Infantil (USMI), Unidades de Rehabilitación de Área (URA), Hospitales de Día (HD) y Comunidades Terapéuticas (CT).

Es importante hacer hincapié en que, a diferencia de lo habitual en otras Comunidades Autónomas, los servicios de salud mental ya no incluyen Hospitales Psiquiátricos e incorporan, dentro del sistema sanitario, dispositivos específicos de rehabilitación (URA) y hospitalización activa de media-larga estancia (Comunidades Terapéuticas).

RED DE RECURSOS

Además de la utilización de los recursos sociales comunitarios, el proceso de Reforma Psiquiátrica ha supuesto en Andalucía la creación de una red específica

de recursos de apoyo social para personas con trastorno mental severo. La opción en Andalucía contempla la responsabilidad y financiación pública de carácter intersectorial, así como la gestión mediante un organismo específico con figura jurídica de Fundación.

Así, a instancias del Parlamento andaluz, se crea en 1993 la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), institución pública de la Junta de Andalucía vinculada a las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Economía y Hacienda, y financiada a través de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma. La Fundación desarrolla actividades distintas áreas para personas con trastorno mental severo.

VALORACIÓN GENERAL

En un análisis un poco más detallado, cabe señalar como aspectos positivos o “fortalezas” del sistema, los siguientes:

- El cambio radical en el conjunto, con cierre de viejas e inadecuadas instituciones y sus sustitución por un modelo organizativo y funcional más acorde a lo que constituye hoy la referencia mundial para este tipo de programas. Así, aunque son necesarios más recursos y caben evidentemente modificaciones parciales, hay al menos un modelo general que permite orientar el crecimiento por canales nuevos, razonablemente consensuados y bastante más adecuados que los tradicionales.

- En lo que respecta específicamente a dispositivos y programas de apoyo social la solución adoptada permite, en nuestra opinión, garantizar bastante correctamente algunos aspectos claves, como son el compromiso público con este sector hasta ahora bastante abandonado de la atención social, la coordinación intersectorial, imprescindible para llevarlo adelante, y la participación del movimiento asociativo con menos riesgos de hipotecar su papel de interlocutor y defensor de derechos del colectivo, que el que supone descargar sobre él la gestión directa de recursos.

Pero, al mismo tiempo, tenemos que tener en cuenta los problemas (o “debilidades”) con los que se enfrenta hoy la red que acabamos de describir, problemas que podemos agrupar en tres grandes grupos, según guarden relación con:

- La cobertura actual de la red y de sus distintos componentes, incluyendo, con diferencias variables en y dentro de cada tipo, la todavía insuficiente dotación general del conjunto de dispositivos y profesionales con que se cuenta (pese al importante crecimiento, cuantitativo y cualitativo, experimentado en estos años), y la desigual distribución territorial que siguen teniendo, en detrimento habitualmente de zonas rurales (además de otras diferencias más circunstanciales y limitadas).

- Los aspectos organizativos que dificultan la consecución de un mejor rendimiento de los recursos existentes y cuya modificación (junto a los de funcionamiento, de los que hablaremos a continuación) es condición previa a cualquier incremento cuantitativo, si queremos aprovechar adecuadamente sus posibilidades.

Fotos: Archivo fotográfico Turespaña



CUADRO IV - EVOLUCIÓN DE PERSONAS ATENDIDAS Y PRESUPUESTO DE LA FUNDACIÓN

	PROGRAMA RESIDENCIAL				PROGRAMA OCUPACIONAL-LABORAL				Presupuesto anual (miles de ptas.)	
	Plazas recursos específicos	Plazas recursos generales	Programa Apoyo Externo	TOTAL	Nº de talleres	Plazas en talleres	Plazas en formación	Puestos en empresas		TOTAL
1994	224	133		357	36	548	72	16	636	727.000
1995	229	168		397	50	750	216	39	1.005	828.000
1996	342	233		575	50	750	238	65	1.053	1.311.000
1997	404	225		629	67	1.000	199	105	1.304	1.409.000
1998	475	239		714	72	1.080	421	134	1.635	1.500.000
1999	494	268	65	827	82	1.230	167	158	1.555	1.904.000
2000	553	247	115	915	86	1.290	522	155	1.967	1.939.000
2001	573	238	98	909	85	1.275	313	155	1.743	2.267.000
2002	660	227	126	1.013	95	1.469	349	170	1.988	2.611.000

PERSPECTIVAS DE FUTURO

En lo que respecta al programa residencial, además del crecimiento general de plazas específicas y la disminución progresiva de convenios con Residencias generales (que van a ir transfiriéndose progresivamente a los correspondientes programas de Servicios Sociales), se trabaja en la línea de establecer una mayor diferenciación en la tipología de recursos, graduándola según niveles de autonomía de sus usuarios, haciendo énfasis en el desarrollo de recursos que podríamos denominar “blandos” (fundamentalmente formas de apoyo en el propio domicilio).

Y en lo que respecta al programa ocupacional-laboral, se trabaja igualmente en una mayor continuidad y diversificación de las actuaciones y un importante crecimiento cuantitativo, afianzando los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, y complementando las Empresas Sociales con programas de apoyo al empleo en empresas ordinarias.

Aspectos a los que hay que añadir, con carácter general, el esfuerzo por mejorar la formación del personal, la coordinación con los servicios de salud mental y los servicios sociales no específicos, el estableciendo un sistema de información más ajustado y la ampliación de las actividades de investigación. En este sentido, son importantes los dos proyectos de investigación financiados en estos años por el FIS: uno recientemente finalizado sobre el programa residencial, cuyos resultados están en proceso de publicación, y otro en curso sobre el programa laboral.

- Y, finalmente, los problemas de funcionamiento, entre los que hay que mencionar la aún excesiva heterogeneidad de modelos y prácticas concretas, con un todavía insuficiente desarrollo de un modelo comunitario de atención, razona-

blemente compartido y científicamente fundado.

Aspectos sobre los que debemos continuar trabajando si queremos hacer realidad una atención de calidad a las personas con problemas mentales severos y persistentes.



La atención integral a las personas con enfermedad mental constituye una prioridad en el marco de las políticas de protección social de la Junta de Castilla y León. Los motivos son muchos: la elevada prevalencia de estas enfermedades, la pérdida de calidad de vida que suponen, la necesidad de superar la estigmatización de las personas afectadas y de apoyar suficientemente a sus familias...

JOSÉ LUIS GARCÍA

Director general de Planificación Sociosanitaria de Castilla y León

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA



Tal es el camino iniciado a través del “Programa de patología psiquiátrica de larga evolución y mal pronóstico”. El Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, aprobado mediante Decreto 16/1998, de 29 de enero, previó entre sus contenidos el “Programa de patología psiquiátrica de larga evolución y mal pronóstico”. Dicho Programa, además de hacer énfasis en la necesidad de conocer las características socio-familiares, clínicas y funcionales del colectivo de usuarios potenciales, incorporaba cuatro actuaciones básicas:

- Colaboración con la Federación de Asociaciones de Autoayuda de familiares de enfermos psiquiátricos.

- Creación de una red de unidades de protección comunitaria (hogares protegidos).
- Establecimiento de Programas de Formación Ocupacional en centros especializados que permitan la posterior incorporación de este colectivo al mundo laboral ordinario, protegido o con apoyo.
- Creación de una Unidad Regional de larga estancia.

El desarrollo de este programa ha dado lugar a una concepción más amplia, en la que la intervención de los Equipos de Atención Primaria y de los Equipos de Salud Mental, las estructuras intermedias y los recursos de hospitalización (en el ámbito del Sistema de Salud), y la actividad de los Centros de Acción Social, las Asociaciones de familiares y pacientes, y los recursos de

alojamiento e inserción laboral antes mencionados, deben cada vez más actuar de manera sinérgica persiguiendo la continuidad de cuidados y una atención integral.

EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

Las estimaciones aplicables al conjunto de países desarrollados y Comunidades Autónomas de España sitúan la prevalencia de las enfermedades mentales graves y prolongadas (esquizofrenia, trastornos psicóticos...) en torno al 1% de la población, lo que en Castilla y León supondría alrededor de 25.000 personas. Por otro lado, cerca de 16.000 castellanos y leoneses tienen reconocida una discapacidad por razones de trastorno psíquico.

Existen en Castilla y León 11 Asociaciones de Enfermos Mentales agrupadas en una Federación Regional (FEAFES Castilla y León, anteriormente FECLEM). Además, existe una Fundación Tutelar de Enfermos Mentales, creada en el año 2001.

La colaboración entre la Administración de la Comunidad Autónoma y las Asociaciones de familiares de enfermos psiquiátricos ha sido intensa, estableciéndose, con carácter general, un Convenio marco de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y la Federación de Familiares y Enfermos Mentales, que ha encontrado desarrollo en diversos ámbitos y actuaciones concretas. Se trata con ello de impulsar la promoción de la Federación, la intervención educativa a familias y asociados y la organización de actividades de tiempo libre y soporte sociolaboral, articulándose el correspondiente apoyo financiero por parte de la Administración regional.

Por otro lado, con fecha 11 de julio de 2001 se firmó el Protocolo general de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y la Fundación Tutelar FECLEM, que ha contribuido a la puesta en marcha de dicha Fundación Tutelar, de indudable importancia en el contexto de la necesidad de garantizar la protección de los derechos e intereses de las personas con enfermedad mental sobre las que recae una sentencia de incapacitación.

La Junta de Castilla y León participa en el mantenimiento de las Asociaciones, en el desarrollo de proyectos laborales y, más

recientemente, en el desarrollo de un foro para la promoción de las personas con enfermedad mental. Además, se ha estimulado e incorporado al movimiento asociativo en las iniciativas comunitarias europeas, y se han establecido acuerdos para el desarrollo de programas ocupacionales y de integración laboral a través del Fondo Social Europeo.

Por lo que se refiere a las unidades de protección comunitaria, se ha impulsado la existencia de una red de Hogares protegidos, como dispositivos de alojamiento comunitario cuyo fin es constituir la residencia habitual de personas con enfermedad mental cuyo nivel de autonomía sea suficiente para poder vivir de forma autónoma y con control de su conducta.

En la actualidad existen 45 hogares protegidos en Castilla y León, con un total de 157 plazas.

En relación con la inserción laboral, los Centros Especiales de Empleo constituyen dispositivos destinados a proporcionar empleo protegido a personas con discapacidad, y que pueden estar específicamente dirigidos a personas con enfermedad mental.

Existen actualmente 5 Centros Especiales de Empleo en Castilla y León dirigidos a este colectivo, de los cuales dos se encuentran en Zamora, uno en Soria, uno en León y uno en Valladolid.

Por lo que se refiere a dispositivos de larga estancia, debe señalarse la existencia de una unidad de referencia regional ubicada en el hospital Santa Isabel, de León, dependiente de Sacyl, con 50 plazas.

El anterior elenco de dispositivos se completa con:

- 37 Equipos de Salud Mental (28 dependientes de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2 de Diputaciones y 7 de Consorcios). Estos Equipos tuvieron en 2001 más de 240.000 consultas, lo que supone 973 consultas al día, con un aumento sostenido en los últimos años. El número de casos nuevos ha sido superior a 30.000, lo que supone una media de 123 casos nuevos al día.

- Los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil ejercen las funciones propias de los Equipos de Salud Mental en el ámbito de la población menor de 18 años. En la actualidad, Castilla y León dispone de 5 Equipos

Fotos: Javier C. Roldán



específicos, ubicados en las Áreas de Salud de Burgos, León, Salamanca, Valladolid-Este y Valladolid-Oes. En Castilla y León existen actualmente 9 Centros de Rehabilitación Psicosocial, situados en las Áreas de Salud de Ávila, Burgos, León, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid-Este, Valladolid-Oeste y Zamora, que cuentan con un total de 205 plazas. Estos dispositivos atendieron a 333 pacientes en el año 2001.

- Los recursos de hospitalización de día (hospitales de día y programas de hospitalización parcial) constituyen otra estructura intermedia de especial importancia. Existen 3 Hospitales de Día Psiquiátricos en Castilla y León, que se encuentran en las Áreas de Salud de Burgos y Salamanca (bajo dependencia de los respectivos Consorcios Sacyl-Diputaciones) y conjuntamente para

las Áreas de Valladolid Este y Oeste (bajo dependencia de Sacyl y ubicado en el Hospital Clínico Universitario). Estos dispositivos cuentan con un total de 60 plazas. En cuanto a los Programas de Hospitalización Parcial, este dispositivo se han desarrollado de manera específica en el Área de Salud de Ávila, que cuenta con 6 plazas ubicadas en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Estos recursos atendieron a 271 pacientes en el año 2001.

- Las doce Unidades de Hospitalización Psiquiátrica existentes en Castilla y León (una por Área de Salud, y dos en el caso de Palencia), con un total de 246 camas, atendieron cerca de 5.000 ingresos en 2001, los cuales generaron más de 68.000 estancias hospitalarias.

- Las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica constituyen servicios hospitalarios (a diferencia de los Centros de Rehabilitación Psicosocial) en los que los pacientes con enfermedad mental grave y prolongada reciben un tratamiento multidisciplinar, dirigido a su rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo es alcanzar el mayor grado de autonomía posible. Actualmente se encuentran funcionando en Castilla y León 7 de estas unidades, que prestan servicio a 9 Áreas de Salud: Ávila, Burgos, León y Ponferrada, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid Este y Oeste. La dependencia de estas Unidades de Rehabilitación corresponde a Sacyl en las áreas de Ávila, León, Ponferrada y Soria, a diferentes consorcios establecidos entre Sacyl y Diputaciones Provinciales en las Áreas de Salud de Burgos, Salamanca, Valladolid-Este y Valladolid-Oeste, y a la Diputación Provincial en el Área de Salud de Segovia. Estas unidades atendieron 237 ingresos en 2001.

- La Unidad Regional para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria, ubicada en el Hospital Divino Valles de Burgos, cuenta con 8 camas.

En el ejercicio 2002, se ha destinado a la atención social y sanitaria de las personas con enfermedad mental en Castilla y León en torno a 180 millones de euros.

PROPUESTAS DE FUTURO

La Junta de Castilla y León ha elaborado la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Entre las propuestas de futuro contenidas en la misma, cabe destacar:

- La potenciación de las estructuras intermedias, a través de la inclusión de la rehabilitación psicosocial dentro de la cartera de servicios sanitarios al mismo nivel que la rehabilitación física, y de la extensión de los sistemas de hospitalización de día a todas las Áreas de Salud.
- El impulso de actuaciones de sensibilización dirigidas a modificar las actitudes y comportamientos de la población en relación con las enfermedades mentales, a través, entre otros cauces, del apoyo estable al movimiento asociativo.
- Las actuaciones en el ámbito de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales, en consonancia con el Proyecto de Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud que actualmente se tramita en las Cortes de Castilla y León, y también a través del apoyo a la Fundación Tutelar FECLEM.
- El apoyo a las familias de las personas con enfermedad mental, a través del impulso y dotación progresiva en todas las Áreas

- de Salud de Unidades de Convalecencia Psiquiátrica, el desarrollo de servicios de alojamiento comunitario, el impulso de programas de escuela de familias, el desarrollo de recursos de ocio y tiempo libre y la articulación de nuevos servicios tales como el de "atención al cuidador familiar en la comunidad", integrado en la cartera de servicios de Atención Primaria.
- El desarrollo de acciones e itinerarios individualizados y actuaciones especialmente orientadas a determinados colectivos que, por diferentes razones, requieren especificaciones propias en cuanto a la atención prestada, tales como personas con enfermedad grave y prolongada, menores y jóvenes, mujer, personas mayores, personas con problemas de salud mental y otras discapacidades asociadas, personas con problemas derivados del abuso de alcohol y otras drogas, inmigrantes, personas sin techo y otros colectivos en posible situación de desprotección.

LINEAS ESTRATÉGICAS

En la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, se establecen actuaciones en el horizonte desde el momento actual hasta el año 2007, y se asume como objetivo principal la garantía de la continuidad de cuidados, estableciéndose 5 líneas estratégicas básicas:

- Salud mental: mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental.
- Ordenación y desarrollo de la red asistencial: establecer un modelo integrado y completar el mapa regional.
- Asistencia psiquiátrica: mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos.
- Rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental: hacia una integración social y laboral plena.

- Actuaciones transversales: potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad. De la importancia de esta Estrategia da una idea el hecho de que su cumplimiento global, durante su período de vigencia hasta el año 2007, conllevará una financiación por parte de la Junta de Castilla y León de más de 1.200 millones de euros (por encima de los 200.000 millones de pesetas).

INFORMACIÓN GENERAL

Si bien la gestión de estos programas recae, en función de su naturaleza y despliegue territorial, bien en Sacyl, bien en la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León o en determinadas Diputaciones Provinciales y Consorcios, con carácter general la dirección de los mismos corresponde a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Una información general al respecto, o la remisión a los órganos más adecuados dependiendo del caso, puede obtenerse de la Dirección General de Planificación Socio-sanitaria de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Servicio de Coordinación Socio-sanitaria (Avda. de Burgos 5, 47009, Valladolid, Tfno. 983 - 413 698, Fax. 983 413 798 y correo electrónico coordinacion.sociosanitaria@csbs.jcyl.es)

MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO

Subdirector de Salud Mental y RRSS del Servicio Extremeño de Salud

Por ello, además de las prestaciones consideradas estrictamente sanitarias (tratamiento, intervención en crisis y hospitalización), debe prestarse cobertura a la rehabilitación psicosocial de las discapacidades, a la necesidad de apoyo social y comunitario y a las necesidades de alojamiento e inserción laboral.

En este ámbito, lo sanitario y lo social se interrelacionan profundamente: existe un gran número de personas con trastorno mental grave que no pueden beneficiarse de la atención sanitaria si no disponen de apoyos sociales y viceversa, lo que exige disponer de ambas redes de manera articulada y próxima.

En este sentido, el Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del año 1996 preveía la creación de una serie de estructuras de rehabilitación, reinserción y resocialización, destinadas a personas con enfermedad mental crónica y grave, organizadas en programas de rehabilitación psicosocial e integración social, rehabilitación e integración laboral, ocio y tiempo libre y atención residencial. A partir de ese momento se desarrollan de una manera más decidida las estructuras básicas del programa, especialmente los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y distintas alternativas de ocio y laborales.

En la actualidad y en el marco de la creación del Servicio Extremeño de Salud (SES), se ha creado el Programa de Trastornos Mentales Severos, de tipo transversal y ámbito regional, que trata de coordinar las actuaciones sanitarias y de apoyo social prestadas a este tipo de pacientes en el marco del Área Sanitaria.

OBJETIVOS

Los objetivos del Programa se desarrollan en tres niveles de actuación: generales, por estructuras y unidades asistenciales e individuales en función del plan terapéutico.



Fotos: Dirección General de Turismo de Extremadura

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA



Hasta hace poco tiempo el Hospital Psiquiátrico proveía las necesidades básicas a todos los pacientes en un marco de "institución total". Su sustitución como provisor exclusivo de atención por un modelo de orientación comunitaria, ha puesto de manifiesto las necesidades de los pacientes, que no son otras que las derivadas de su acceso a una ciudadanía plena.

Como objetivos generales, plantea los siguientes:

- Detectar y evaluar la problemática sanitaria y social de los pacientes.
- Atender y tratar los problemas de salud mental y las situaciones de crisis Psicosocial.
- Prestar rehabilitación psicosocial y apoyo a la reintegración.
- Proporcionar rehabilitación laboral y apoyo a la reinserción laboral.
- Procurar alojamiento y atención residencial en el marco comunitario.
- Facilitar apoyo y ayuda socioeconómica.

En Extremadura, el programa se enmarca en el ámbito sanitario, y va destinado a personas con trastornos mentales severos de entre 18 y 65 años, cuyo trastorno mental grave, desde el punto de vista diagnóstico, vaya acompañado de una serie de déficits en su funcionamiento psicosocial básico y cuya evolución diagnóstica sea de al menos 2 años

- a) Dar apoyo y asistencia a las familias.
- Mejorar la coordinación de recursos y niveles asistenciales y facilitar la continuidad de cuidados.
 - Orientar las actuaciones a las necesidades y demandas de los usuarios.

CARACTERÍSTICAS Y SERVICIOS

El programa se enmarca en el ámbito sanitario, y va destinado a personas con Trastornos Mentales Severos de entre 18 y 65 años, cuyo trastorno mental grave, desde el punto de vista diagnóstico, vaya acompañado de una serie de déficits en su funcionamiento psicosocial básico y cuya evolución diagnóstica sea de al menos 2 años.

Sobre la base inicial del Plan de Salud Mental, el actual Programa con-

templa diversos dispositivos, organizados y estructurados en red y con dependencia diversa:

- Una red sanitaria diversificada e integral que contempla la asistencia a nivel ambulatorio y hospitalario y la rehabilitación.

Comenzando con la atención que se presta en los propios Equipos de Salud Mental (ESM) del SES, mediante la identificación, la captación y el seguimiento, que en la actualidad se pretende incrementar haciendo que pivote sobre los Equipos de Atención Primaria bajo la supervisión de los ESM.

Además de la atención propiamente ambulatoria, el Programa pretende dar cobertura a las necesidades de hospitalización más prolongada de determinados pacientes con diagnóstico grave, que por su clínica no pueden mantenerse en la comunidad, ni en dispositivos residenciales con escasa supervisión, especialmente, varones psicóticos jóvenes, con graves alteraciones conductuales y severa psicopatología persistente. En este sentido contempla el adecuado dimensionamiento o la inclusión en la red asistencial de las Unidades de Media Estancia y de Rehabilitación existentes en los Hospitales Psiquiátricos, pertenecientes en la actualidad a las Diputaciones Provinciales.

Como dispositivos específicos, el Programa dispone en la actualidad de 6 Centros de Rehabilitación Psicosocial destinados a la recuperación o implantación de habilidades básicas, a proporcionar soporte psicosocial, apoyo y educación de las familias, así como distintas actividades ocupacionales y de ocio o de soporte residencial. En nuestro caso la fórmula elegida para su funcionamiento es mediante concierto con distintas entidades sin ánimo de lucro (Asociaciones de Familiares y Hermanas Hospitalarias) y Administración Local (Ayuntamiento de Plasencia), siendo enteramente financiados por la Consejería de Sani-

dad, supervisados y evaluados por la Subdirección de Salud Mental del SES.

- Una red de apoyo específico, que actúe como sustituto de la familia y potencie las posibilidades de integración social de los pacientes: políticas activas de empleo, formación, pensiones... En la actualidad, la Consejería de Sanidad financia la construcción de un Centro Residencial de Rehabilitación en Cáceres, promovido por la Asociación de Familiares AAPAFENES, y el funcionamiento de un Centro de Rehabilitación Laboral, gestionado por la misma entidad. Asimismo, financia 4 pisos supervisados en Mérida gestionados por la Diputación de Badajoz.

- Teniendo en cuenta la diversidad de los dispositivos, es necesario que el Programa se dote de una estructura de funcionamiento en red, que incluya todos los dispositivos anteriores, con independencia de la entidad que lo gestione y que contemple las estructuras y mecanismos de coordinación y dirección de la red a nivel regional y del Área Sanitaria única (Atención Primaria y Atención Especializada). En este sentido contempla:

a) Órganos de participación y coordinación a nivel regional (Comisión Regional de Salud Mental y Comisión Técnica), que se implantarán en el primer trimestre de este año.

b) Órganos de participación y coordinación a nivel de Área (Comisión de Salud Mental), cuyo funcionamiento se irá extendiendo a todas de manera progresiva.

c) Estructuras de dirección del Programa en cada Área (jefes de Área de Salud Mental), también de manera progresiva, comenzando por las Áreas más complejas.

d) Instrumentos y mecanismos compartidos y unificados para la captación, la evaluación y la derivación de pacientes entre los dispositivos.

e) Un sistema de información a nivel regional que permita evaluar el programa.

NÚMERO DE USUARIOS Y COSTES DEL PROGRAMA

Con independencia de los pacientes atendidos en el marco de los dispositivos ambulatorios u hospitalarios, el Programa atendió durante el año 2002 en los recursos específicos del mismo los siguientes:

- 451 en los Centros de Rehabilitación Psicosocial.
- 20 en los pisos supervisados.
- 90 en los Clubes de Ocio.

El presente año la partida destinada al Programa es de 1.864.283 Euros, algo más de 310 millones de pesetas.

PROPUESTAS DE FUTURO

Con independencia de los pacientes atendidos en el marco de los dispositivos ambulatorios u hospitalarios, el Programa atendió durante el año 2002 en los recursos específicos del mismo los siguientes:

- Aumentar la capacidad de atención de los ESM, especialmente en lo que se refiere a:
 - a) Capacidad, detección y enganche.
 - b) Seguimiento, en colaboración con Atención Primaria.
 - c) Rehabilitación y apoyo familiar, en especial en zonas alejadas de los núcleos urbanos con CRPS.

● Favorecer la coordinación de los CRPS con los dispositivos sanitarios de atención ambulatoria y hospitalaria.

● Crear una estructura específica que promueva, gestione y coordine los dispositivos de apoyo específico de tipo residencial y laboral.

● Aumentar los dispositivos residenciales y los programas de inserción laboral.

Información: Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud, Avda. Cristóbal Colón s/n 06800 Mérida (Badajoz).

Recursos de rehabilitación Psicosocial

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres.

- Dependencia: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.
- Plazas: 60.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida.

- Dependencia: Asociación de Familiares "APENESMER".
- Plazas: 60.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz.

- Dependencia: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.
- Plazas: 60.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Plasencia.

- Dependencia: Ayuntamiento de Plasencia.
- Plazas: 60.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de D. Benito.

- Dependencia: Asociación de Familiares "PROINES".
- Plazas: 60.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zafra.

- Dependencia: Asociación de Familiares "AFENEZA".
- Plazas: 60.

Recursos residenciales y de Ocio

Pisos supervisados.

- Ubicación: Mérida.
- Dependencia: Hospital Psiquiátrico de Mérida. Diputación de Badajoz.
- Pisos: 4.
- Plazas: 12.

Piso supervisado

- Ubicación: Don Benito.
- Dependencia: Asociación "PROINES".
- Pisos: 1.
- Plazas: 4.

Centro Residencial de Rehabilitación.

- Ubicación: Cáceres.
- En construcción.
- Plazas: 30.

Club de Ocio.

- Ubicación: Cáceres.
- Dependencia: APAFENES.

Otros Servicios

Programa "SADEM". Ayuda a domicilio.

- Ubicación: Mérida, Don Benito y Zafra.
- Dependencia: Asociación de Familiares.
- Financiación: ministerio de Asuntos Sociales. Fondos provenientes del 0,5% del IRPF.

Taller de Artes Gráficas.

- Ubicación: Mérida.
- Dependencia: Asociación de Familiares "APENESMER".
- Financiación: Ayuntamiento de Mérida y Fundación "La Caixa".

Centro de Rehabilitación Laboral.

- Ubicación: Cáceres.
- Dependencia: Asociación de Familiares "APAFENES".





En el momento actual existen un total de 17 centros subvencionados por la Xunta de Galicia, con un total de 449 plazas reconocidas, y con dependencia funcional de las asociaciones de familiares que realizan la actividad

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO

Desde el año 1996, la Comunidad Autónoma de Galicia viene trabajando con dos objetivos importantes, para encaminar la atención al enfermo mental crónico: el desarrollo del decreto por el que se regula la Salud Mental en Galicia, y el incremento de los recursos económicos para la creación de los dispositivos de apoyo comunitario.

ISAURO GÓMEZ TATO
SARA FERNÁNDEZ LAMAS

Subdirección Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria Consellería de Sanidade.
Xunta de Galicia.

El Decreto por el que se regula la salud mental en Galicia fue aprobado el 15 de diciembre de 1994 y, en su artículo 14, establece la existencia de los dispositivos complementarios, clasificando las unidades de apoyo comunitario como aquellas que tienen la finalidad de actuar en el área de la rehabilitación e integración comunitaria, en colaboración con los servicios de atención social y con los organismos que tienen incidencia en la vida laboral. Este artículo del decreto se desarrolla en la orden que regula los denominados Centros de Rehabilitación psicosocial y laboral (Orde do 23 de outubro de 1998), en el que se

establecen las siguientes características y funciones del recurso:

El centro de rehabilitación constituye un dispositivo recurso de apoyo social y sanitario comunitario, con el fin de acercar la atención al usuario. Sus funciones son:

- El mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedad mental crónica, promoviendo y apoyando su integración psicosocial y laboral.
- Mejorar el funcionamiento psicosocial del enfermo, posibilitando la mayor autonomía e independencia posible.
- El apoyo a las familias de los enfermos mentales crónicos, favoreciendo sus capacidades y recursos de adaptación a la enfermedad, y promoviendo una mejoría en su calidad de vida.
- La prestación de servicios de rehabilitación psíquica, social y laboral, pudiendo estar conectados con otros recursos que los realicen.

Las actuaciones a llevar a cabo en el centro, dentro de un modelo de atención comunitaria, y basándose en los principios de igualdad, normalización, rehabilitación, integración y participa-

ción del usuario, se centrarán principalmente en el desarrollo de actividades dirigidas a:

- Adiestramiento en habilidades sociales.
- Participación en actividades de la vida diaria.
- Psicoeducación del usuario.
- Prevención de las recaídas.
- Actividad prelaboral.
- Apoyo a las familias.
- Actividades de ocio y tiempo libre.

La orden además regula los requisitos mínimos de personal y de dirección (psicólogo o titulados superior en ciencias de la salud), arquitectónicos, de accesibilidad y acogida en el centro.

DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS

Desde el año 1996, y al amparo de esta normativa reguladora de los centros de rehabilitación psicosocial, en nuestra comunidad se han ido creando los diferentes dispositivos, extendiéndose a todas las áreas sanitarias, de tal manera que, en este año 2003, se cumplirá nuestro primer objetivo fundamental que es: "ninguna área sanitaria sin centro de rehabilitación diurno para la atención comunitaria del enfermo con trastorno mental persistente".

En el momento actual existen un total de 17 centros subvencionados por la Xunta de Galicia, con un total de 449 plazas reconocidas, y con dependencia funcional de las asociaciones de familiares, que realizan la actividad regulada en la orden. En el presente año se abrirá uno más, en el Barco de Valdeorras, Ourense, con lo que todas las áreas sanitarias dispondrán de un recurso para mejorar la atención en este campo de la salud.

ALTERNATIVAS RESIDENCIALES COMUNITARIAS

Un elemento importante dentro de este sistema de atención comunitaria

Foto: Dirección Xeral de Turismo de Galicia



El incremento presupuestario, incremento de plazas y de recursos en aquellas zonas que se encuentran más desprotegidas o que tienen una población suficiente como para tener un centro de rehabilitación, es una de las prioridades de la Consellería de Sanidade

Programa Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

Dependencia funcional	Localidad	Área Sanitaria	Provincia	Plazas
Asociación Pro Enfermos Mentales APEM	A Coruña	A Coruña	A Coruña	39
Asociación Pro Enfermos Mentales APEM	Carballo	A Coruña	A Coruña	15
Asociación Pro Enfermos Mentales APEM	Cee	A Coruña	A Coruña	15
A. Bergantiñán de Familiares, amigo e enfermos mentais.				
Cabana de Bergantiños	Cabana	A Coruña	A Coruña	15
A. de Familiares y Amigos de Enfermos Psíquicos PORTA NOVA	Ferrol	Ferrol	A Coruña	25
A. Fonte da Virxe Familiares e Amigos dos Enfermos Mentais.				
Santiago de C.	Ames	Santiago	A Coruña	28
A. Pro Saúde Mental A CREBA. Noia	Noia	Santiago	A Coruña	30
			Total Coruña	167
Asociación Lucense de Axuda a Enfermos Mentais	Lugo	Lugo	Lugo	25
Asociación Monfortina de Apoio os Enfermos Mentais. ALBORES	Monforte	Monforte de Lemos	Lugo	15
A. De Axuda ó enfermo psíquico A Mariña" Burela	Burela	Burela	Lugo	15
			Total Lugo	55
Asociación de Familiares y Enfermos Mentales MOREA	Ourense	Ourense	Ourense	30
Asociación de Familiares y Enfermos Mentales MOREA	Verin	Ourense	Ourense	15
Asociación * apertura ano 2003	O Barco	Ourense	Ourense	15
			Total Ourense	60
Asociación de familiares y amigos de Enfermos Psíquicos ALBA	Pontevedra	Pontevedra	Pontevedra	30
Asociación LAR pro Salud Mental	Vilagarcía	Salnés	Pontevedra	45
Asociación Ayuda al Enfermo Mental DOA	Vigo	Vigo	Pontevedra	45
Asociación de Axuda ó Enfermo Psíquico LENDA	Redondela	Pontevedra sur	Pontevedra	30
Asociación Axuda o Enfermo Mental AVELAÑA	A Garda	Pontevedra sur	Pontevedra	17
			Total Pontevedra	167
			TOTAL GALICIA	449

son los servicios residenciales. Sin contar con un apropiado rango de opciones de alojamiento y soporte residencial, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas con trastorno mental severo (TMS) pueden verse seriamente limitados u obstaculizados. Las dificultades, por parte de las familias, para asumir a la persona enferma, junto con una situación de insuficiente provisión de servicios residenciales comunitarios, contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas, de cara a la atención e integración comunitaria de esta población:

- Uso inapropiado de la atención hospitalaria.
- Incremento de reingresos hospitalarios (fenómeno de la puerta giratoria).
- Sobrecarga familiar.
- Dificultades de integración comunitaria.
- Incremento del riesgo de marginalización e indigencia, de algunos enfermos mentales sin apoyo familiar ni social.

Un sistema de servicios comunitarios, que pretenda atender e integrar socialmente a las personas con TMS, debe proporcionar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial.

Una vez más, el Decreto por el que se regula la salud mental en Galicia preveía, entre los recursos residenciales comunitarios propuestos, los pisos protegidos y viviendas de transición como fórmulas de alojamiento, alternativas a la institucionalización del enfermo con trastorno mental persistente, públicos y privados y las unidades residenciales. Estos recursos fueron regulados recientemente mediante un decreto, diciembre de 2002, estableciendo las funciones, dependencia funcional, requisitos mínimos, personal... etc., así como las posibilidades de participación o copago del usuario en los gastos del mantenimiento del mismo. En el momento actual, existen 23 recursos que dan alojamiento alterna-

Programa de alojamiento alternativo a la institucionalización (pisos protegidos, minirresidencias)

Dependencia funcional	Localidad	Área Sanitaria	Nº pisos	Plazas
Asociación Pro Enfermos Mentales APEM	A Coruña	A Coruña	3	12
A. de Familiares y Amigos de Enfermos Psíquicos PORTA NOVA	Ferrol	Ferrol	1	5
A. Fonte da Virxe Familiares e Amigos dos Enfermos Mentais	Ames	Santiago	1	4
A. Pro Saúde Mental A CREBA	Noia	Santiago	2	10
Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela	Santiago	Santiago	2	10
			Total Coruña	41
Asociación Lucense de Axuda a Enfermos Mentais	Lugo	Lugo	1	5
Asociación Monfortina de Apoio os Enfermos Mentais ALBORES	Chantada	Monforte	1	4
A. De Axuda ó enfermo psíquico A Mariña"	Burela	Burela	1	5
			Total Lugo	14
Asociación de Familiares y Enfermos Mentales MOREA	Ourense	Ourense	pensión	6
Asociación de Familiares y Enfermos Mentales MOREA	Ourense	Ourense	Minirresidencia	20
Complejo Hospitalario de Ourense	Ourense	Ourense	2	6
			Total Ourense	32
Asociación de familiares y amigos de Enfermos Psíquicos ALBA	Pontevedra	Pontevedra	2	10
Fundación LAR Pro Saúde Mental	Vilagarcía	Salnés	1	5
Fundación LAR Pro Saúde Mental	Vilagarcía	Salnés	Minirresidencia	20
Asociación Ayuda al Enfermo Mental DOA	Vigo	Vigo	3	11
Asociación Ayuda al Enfermo Mental DOA	Chapela	Vigo	1	4
Asociación Ayuda al Enfermo Mental DOA	Salceda de Caselas	Vigo	1	4
Asociación Ayuda al Enfermo Mental DOA	O Rosal	Vigo	1	4
			Total Pontevedra	58
			TOTAL GALICIA	145

Un sistema de servicios comunitarios que pretenda atender e integrar socialmente a las personas con trastorno mental severo debe proporcionar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial

tivo a la institucionalización. Posiblemente en el 2003 se incrementarán, con un número de 145 plazas ocupadas.

COSTE DE LOS PROGRAMAS

Desde 1996 se han ido incrementando los presupuestos dedicados a estos programas lo que sin duda alguna ha contribuido a una mejora en la calidad de atención, más profesionales cualificados, mas interdisciplinariedad, mayor coordinación y atención, que, aunque no son todos los recursos económicos que querríamos, el esfuerzo año a año ha sido importante en un campo a veces tan olvidado, otras veces tan recurrido, que ha permitido situarnos en un lugar privilegiado en la salud mental española.

EL FUTURO

El incremento presupuestario, incremento de plazas y de recursos en aquellas zonas que se encuentran más desprotegidas o que tienen una población suficiente como para tener un centro de rehabilitación, es una de las prioridades de la Consellería de Sanidade.

Mejorar en la prestación del servicio con programas de calidad asistencial y formación de los profesionales.

Implantar un sistema de información específico para la atención del enfermo mental basado en el instrumento Resident Assessment Instrument Mental Health 1.0, traducido y adaptado por un grupo de expertos de la comunidad, de su versión canadiense, y de la Corporación InterRAI. En el primer trimestre se instalará en todos las unidades de CRPL un aplicativo informático para la validación del instrumento.

La asistencia psiquiátrica en Murcia ha estado históricamente asociada al Hospital Psiquiátrico Provincial, y supone la principal fuente de referencia para cualquier análisis de la evolución de la atención a la salud mental en nuestra comunidad. A partir de este referente se van sucediendo diferentes etapas acompañadas de las consiguientes modificaciones tanto a nivel conceptual como técnico y arquitectónico.

Foto: José L. Montero



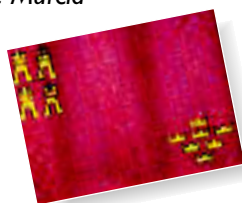
Fachada de la Catedral de Murcia

MERCEDES NAVARRO CARRIO

Directora del ISSORM

REGIÓN DE MURCIA

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA



El hecho determinante de la situación actual, es la segregación que se produce en 1987, del Hospital Psiquiátrico en dos áreas:

Una, denominada Hospital Psiquiátrico Román Alberca, la cual conservaba su dependencia de la Consejería de Sanidad e incluía el pabellón de agudos, un pabellón de subagudos y un centro de día. La otra área, denominada Residencia "Luis Valenciano", que se conformaba con el resto de los pabellones de crónicos, con población con necesidades de atención residencial, y pasaba a depender de Servicios Sociales, es en la actualidad, Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia (ISSORM).

En febrero de 1996 se pone en marcha el Proyecto de Reordenación de la Residencia "Luis Valenciano"; este hecho supone un importante paso, y conllevó entre otras actuaciones:

- La externalización de un importante número de personas mayores a residencias normalizadas, públicas y privadas de nuestra Región.
- La apertura de la Unidad Geropsiquiátrica en la Residencia de Personas Mayores de Espinardo, a la que se trasladaron 75 usuarios procedentes de la Residencia "Luis Valenciano".
- La apertura de la Residencia Psicogeriatrica "Dr. Francisco Javier Asturiano", donde se trasladaron 55 usuarios.
- La apertura del C.O. "Dr. Julio López-Ambit Mejías", donde se tras-

ladaron 96 usuarios, y que se configuró como C.O. para discapacitados psíquicos con trastornos mentales crónicos asociados.

- La originaria Residencia "Luis Valenciano" donde permanecieron 63 usuarios enfermos mentales crónicos de cuya procedencia ya hemos hablado, la misma que la del resto.

DESARROLLO GENERAL DEL PROGRAMA

La atención que presta el ISSORM a los enfermos mentales crónicos gira alrededor de tres ejes fundamentales:

- Los programas de atención en centros especializados propios, concretados en centros residenciales; establecimientos de naturaleza asistencial, sustitutivos del hogar, donde se presta de una forma permanente atención y cuidados de tipo social y sanitario, en régimen de internamiento los 365 días del año.
- Los programas destinados a la "normalización" de personas cuyas capacidades permiten la convivencia ocasional en ambiente familiar, bien en la propia familia o en otras alternativas y que continúan realizando sus actividades ocupacionales y terapéuticas en los

centros del Instituto. En esta línea de "normalización social" se incluyen la potenciación de pequeñas unidades de convivencia "viviendas tuteladas". Colateralmente pero dentro de la misma línea, está el programa de "familias alternativas" para fines de semana, vacaciones, actividades socio-culturales de ocio y tiempo libre.

- La acción convenida con instituciones privadas a través de convenios con entidades sin ánimo de lucro, cuya finalidad viene, por una parte, a diversificar la atención y favorecer el acercamiento de las personas a su medio natural, por la cercanía del centro a su domicilio; por otra, la atención a personas con necesidades especiales que no encuentran cabida en los propios recursos del ISSORM. También se incluyen la aplicación de programas destinados a la integración, promoción e integración socio-laboral a través de talleres, terapias, etc., de internos y de externos al centro de referencia.

CARACTERÍSTICAS

Las características de los servicios que se prestan básicamente son: la Atención residencial en régimen de internamiento, los 365 días del año en centros residencial

CENTRO	NÚMEROS DE USUARIOS	Nº USUARIOS
Residencia "Luis Valenciano"		61
CO "Dr. Julio López-Ambit Mejías"		92
Residencia Psicogeriatrica "Dr. Francisco Javier Asturiano"		55
Unidad Geropsiquiátrica de Espinardo		65
Asociación Asprodes		7
Camp-Turia		3
Cumbres Calicanto		1
La Torre		3
Los Robles		5
Vivienda Tutelada "Alfa"		1
Total		293

CENTRO	COSTES DEL PROGRAMA	IMPORTE
Residencia "Luis Valenciano"		2.013.620€
CO "Dr. Julio López-Ambit Mejías"		2.937.060€
Residencia Psicogeriatrica "Dr. Francisco Javier Asturiano"		1.669.427€
Unidad Geropsiquiátrica de Espinardo		2.000.987€
Asociación Asprodes		8.085,42€/MES
Camp-Turia		3.984,72€/MES
Cumbres Calicanto		1.232,07€/MES
La Torre		3.696,21€/MES
Los Robles		6.215,00€/MES
Vivienda Tutelada "Alfa"		1.155,06€/MES
Total		8.645.462,480€

NOTA: Adviértase que los totales corresponden a los diferentes centros, tanto propios como concertados, y de plazas contratadas. Casos en los que el cómputo es anual, y casos en los que lo es mensual. Téngase en cuenta que cada usuario paga del total del coste de su estancia solamente el 75% de lo que supongan sus ingresos en función de su pensión (ver Decreto de aplicación de precios públicos).

propios; la Atención residencial en centros concertados con instituciones sin fines de lucro, también en régimen de internamiento, y la Atención desarrollada a través de la prestación de servicios por empresas y asociaciones que cubren aspectos para cuyo cumplimiento el ISSORM no dispone de recursos propios; tales como fisioterapia, educación física, terapias ocupacionales, actividades lúdicas, de ocio, vacaciones, talleres de teatro, expresión corporal, desarrollo de habilidades de comunicación, sistemas de comunicación alternativa, estimulación cognitiva, relaciones con el entorno y uso de los recursos normalizados, etc...

SERVICIOS

- Alojamiento y manutención.
- Lavandería, ropero y limpieza.
- Higiene y aseo personal.
- Asistencia sanitaria: psiquiátrica y médica no hospitalaria, es decir de bajo complejidad técnica.
- Cuidados de enfermería continuados.
- Control y seguimiento médico periódico.
- Atención psicológica del usuario y de su entorno familiar.
- Atención a problemas sociales (prestaciones, subvenciones, pensiones...).
- Asistencia jurídica (incapacitaciones, tutelas, gestión de fondos y rendimiento de cuentas).
- Actuaciones en el área personal, a nivel preventivo y rehabilitador de implementación de HHSS.AVD, para lograr el máximo grado de autonomía personal y social.
- Actividades encaminadas a la participación y promoción cultural, social, ocupacional, vacacional, etc.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Atención integral de las personas y sus familias.
- Prestación de servicios continuados de naturaleza asistencial.
- Prestación de servicios de naturaleza social y sanitario.
- Servicios de promoción, integración e inserción socio-laboral.

EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

Como ya se ha especificado en la introducción, los recursos con que cuenta el Instituto son los siguientes:

- Residencia "Luis Valenciano" para enfermos mentales crónicos (El Palmar, Murcia).
- C.O. "Dr. Julio López-Ambit Mejías", para discapacitados psíquicos con trastornos mentales crónicos asociados (El Palmar, Murcia).
- Residencia Psicogeriatrica "Dr. Francisco Javier Asturiano" (El Palmar, Murcia).
- Unidad Geropsiquiátrica de la Residencia de Personas Mayores de Espinardo (Espinardo, Murcia).
- Convenio con la Asociación Asprodes (Lorca, Murcia).
- Camp-Turia (Valencia).
- Cumbres Calicanto (Valencia).
- La Torre (Valencia).
- Los Robles (Burgos).
- Vivienda Tutelada "Alfa".

PROPUESTAS DE FUTURO

El Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, ante la demanda crecien-

Foto: José L. Montero



Teatro Romano

te de la población, motivada por diferentes aspectos, no privados de interés, pero motivo de análisis en otros apartados, es evidente que hace frente con proyectos de futuro la mencionada demanda, cuya motivación principal es la de prestar la atención necesaria que los ciudadanos necesitan y solicitan.

Entre ellos, destacamos los que se encuentran ya en muy avanzada fase de ejecución, o han sido sometidos a prórroga o ampliación.

- Nueva construcción de la Residencia "Luis Valenciano", que ampliará la oferta hasta 100 plazas.
- Programa de ampliación de plazas conveniadas con Asprodes, Alfa.
- Ampliación de proyecto y presupuesto para "Familias alternativas".
- Convenio de Nutrición con la Universidad de Murcia, que culminará el estudio para la mejora en la alimentación de nuestros usuarios.
- Prórroga y ampliación de concertación con los centros de Valencia y Burgos.

La atención sociosanitaria supone la actuación coincidente de recursos, programas y servicios tanto sociales como sanitarios e implica al conjunto de los centros y programas sociales y sanitarios; esto es, la globalidad de los recursos así como sus áreas de inserción e interacción. Dentro del colectivo de atención sociosanitaria se encuentran las personas con enfermedad mental crónica invalidante, que genera dependencia.

ÁLVARO IRUIN SANZ

Jefe de Asistencia Psiquiátrica
y Salud Mental

En el desarrollo de los programas de atención a estas situaciones participan las dos partes implicadas (Sistema Sanitario y Diputaciones Forales) mediante líneas de trabajo desarrolladas al amparo del Acuerdo Marco elaborado entre ambas, siendo sus objetivos principales la atención a las necesidades de este colectivo de manera eficaz, y la optimización de las prestaciones, evitando solapamientos o inadecuación de las mismas.

Es esta la perspectiva bajo la que se plantea la atención sociosanitaria a las personas con enfermedad mental crónica en nuestra Comunidad Autónoma.

COLECTIVOS

El Plan Sociosanitario de la CAPV, en su informe de situación de partida elaborado en el año 2001, establece los colectivos y grupos de impacto potencial del Plan. En el mismo aparecen, relacionados con el tema motivo de este informe los siguientes:



COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

PROGRAMAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA



1. **Colectivo:** Personas Mayores.
Grupo: Enfermedad psíquica invalidante.
2. **Colectivo:** Personas con enfermedades de gran impacto social.
Grupo: Patología de tipo psíquico.
3. **Colectivo:** Personas con enfermedades de gran impacto social evolutivas a la cronicidad y alto riesgo de dependencia funcional.
Grupo: Personas afectadas de SIDA.
Grupo: Drogodependientes.

Para cada uno de ellos se efectúa una descripción del grupo, así como los criterios de atención sociosanitaria y la descripción de los cuidados a suministrar. Los datos de afectación estimada en cada colectivo, siempre teniendo en

cuenta la posibilidad de que el mismo sujeto se encuentre incluido en más de un grupo, son:

- Personas mayores con discapacidad psíquica: 25.000 personas (6,74% de las personas mayores de 65 años).
- Enfermos mentales crónicos con necesidades de atención sociosanitaria: 20.000.
- Drogodependientes: 10.000.
- SIDA: 4.000.

RECURSOS

Los recursos existentes para la atención a ambos niveles de necesidades en los casos de personas con enfermedad mental crónica invalidante en nuestra Comunidad se presentan en el gráfico adjunto.



LÍNEAS DE TRABAJO

La “juventud del Plan hace que su desarrollo, hasta el momento actual, haya sido muy limitado; concretándose, por el momento, en cuatro líneas de trabajo:

- La apertura de Centros de Día psicosociales en aquellas zonas donde los recursos intermedios eran más escasos.
- Convenios de colaboración con empresas de trabajo protegido que han permitido la incorporación progresiva del paciente con trastorno mental crónico.

- El desarrollo de estudios de situación, referidos principalmente a la situación de los enfermos mentales crónicos institucionalizados en Hospitales Monográficos de Psiquiatría, por entender que este colectivo precisa de un desarrollo importante de recursos sociosanitarios que permitan iniciar su proceso de desinstitucionalización o transinstitucionalización.
- Elaboración de un informe, desde las Organizaciones de Salud Mental de cada Territorio Histórico, referente a las necesidades de alojamiento para pacientes psiquiátricos percibidas por los profesionales que trabajan en los Centros de Salud Mental, en clara relación al progresivo envejecimiento de las familias que constituyen el soporte actual de estos pacientes, como base para el estudio y discusión de posibles formas de desarrollo de alojamientos protegidos, desde el espacio sociosanitario; habiéndose incrementado el número de plazas de alojamiento convenidas.

En un futuro breve, está previsto el nombramiento de un coordinador del Plan Sociosanitario que será quien contará con información económica y de evolución del Plan. Por el momento, la gestión del Plan se lleva desde las diferentes Organizaciones de Servicios implicadas y desde las Direcciones Territoriales de Sanidad de cada Territorio Histórico; por lo que carecemos de datos centralizados.

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS INVALIDANTES

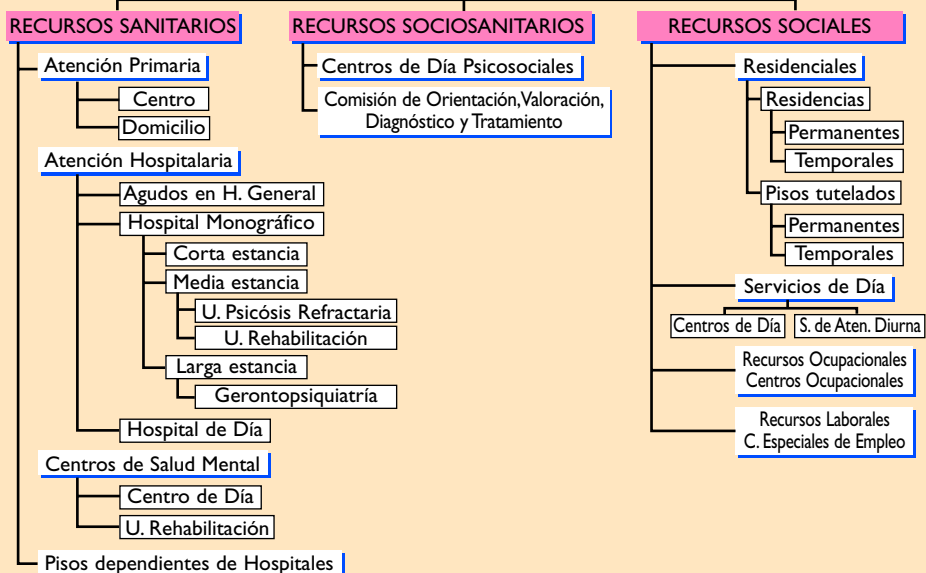




Foto: Turismo de Aragón



El Plan de Salud Mental aporta las bases para la integración de los actuales recursos en una estructura unificada de gestión que permita la coordinación eficaz de servicios y dispositivos

JOSÉ MARÍA ARNAL ALONSO

Director de Salud Mental del Servicio Aragonés de Salud

El pasado mes de octubre, el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón presentó en las Cortes el Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental en Aragón, que se desarrollará en los próximos ocho años y que conecta con otras iniciativas, ya en marcha, como el Plan de Atención a la Dependencia.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

PLAN ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Para el Gobierno de Aragón los enfermos mentales forman uno de los colectivos con mayor incidencia y riesgo de estigmatización, marginalidad y exclusión, por lo que constituye una obligación impostergable de la sociedad reconocer al enfermo mental su dignidad como persona y su condición de ciudadano, por lo que es preciso un sistema eficaz de protección frente a la crisis vital de la enfermedad y de apoyo a sus familiares. El propósito del plan es reducir las diferencias actuales con las comunidades autónomas más avanzadas en este campo asistencial y progresar hacia estándares europeos en la calidad de los servicios de salud mental.

En la Comunidad Autónoma de Aragón se producen anualmente más de 1.6 millones de consultas de salud mental en Aten-

ción Primaria, y 12.600 estancias hospitalarias agudas. Actualmente hay ocupadas casi un millar (980) de plazas en la red de recursos de salud mental (240 de ellas concertadas) en la que trabajan 925 profesionales (entre el sector público y el concertado). Los costes sociales globales ascienden cada año a 102 millones de euros (17.000 millones de pesetas) y los sanitarios (incluido el gasto farmacéutico) a casi 54 millones de euros (9.000 millones de pesetas).

El Plan de Salud Mental aporta las bases para la integración de los actuales recursos en una estructura unificada de gestión que permita la coordinación eficaz de servicios y dispositivos; la creación de una red de servicios asistenciales que atiendan tanto las patologías "leves" de la población general, como las específicas de los enfermos mentales graves y crónicos; la dignidad del enfermo y especialmente la de los crónicos con años de internamiento en los hospitales psiquiátricos, así como la definición de centros y equipos ligados al espacio sociosanitario de forma que se atiendan necesidades residenciales y de inserción social, y se reduzca el riesgo de exclusión y de marginalidad.

Para ello se plantea la intervención en tres grandes ámbitos: la atención a las manifestaciones del malestar psíquico de la población aragonesa (patologías comunes o leves); la contención de la enfermedad mental grave y crónica, y la lucha contra la exclusión sociolaboral del enfermo mental.

JUSTIFICACIÓN DEL PSM

Al margen de que la salud mental es una prioridad de la OMS para el siglo XXI, la justificación estaría en primer lugar en la magnitud de la enfermedad mental y sus perspectivas epidemiológicas. La enfermedad mental es la responsable del 25% de los años de vida perdidos por discapacidad. El 20% del gasto social en Europa se relaciona con la enfermedad mental, que en Aragón representa el 0'5% del PIB y del 3 al 5% de su presupuesto sanitario.

Se calcula que en Aragón, el 15% de la población requerirá a lo largo de su vida

CAMAS/PLAZAS X 100.000 HABITANTES

Tipología	Aragón	España	CC.AA. Ref.
Sanitarias	12	12	>20
Rehabilitación	30	16	>60
De inserción	24	4	>40

algún tipo de consulta o tratamiento por problemas relacionados con la salud mental. En nuestra comunidad autónoma residen 6.500 psicóticos (de los cuales 1.200 son tratados activamente en dispositivos específicos) y anualmente se diagnostican 200 nuevos casos anuales de esquizofrenia, y 600 personas permanecen internadas en media y larga estancia. Aunque comparada con la media española la situación de Aragón no es mala, se desea la equiparación con aquellas otras comunidades que se sitúan en vanguardia de las prestaciones y calidad de los servicios de salud mental.

Si efectuamos una comparación de las plantillas, tenemos que en Aragón hay 61 profesionales en salud mental por cada 100.000 habitantes, mientras la media española es de 36.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas del PSM son ocho:

- Potenciación de la atención comunitaria
- Creación de una red sociosanitaria de salud mental
- Reorganización de la atención psiquiátrica hospitalaria
- Integración social del enfermo mental
- Atención prioritaria de los colectivos de riesgo
- Sistema de información de salud mental
- Política de calidad
- Reactivación del compromiso con los profesionales

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Ordenar las estructuras de gestión y de coordinación sociosanitarias tras las

SANITARIOS o Básicos

- CENTRO DE SALUD MENTAL** Atención ambulatoria de adultos y/o infarto-juvenil
Apoyo a los Centros de Salud
- UNIDAD DE CORTA ESTANCIA HOSPITAL DE DÍA** Hospitalización breve de pacientes en crisis
Tratamiento intensivo de hospitalización parcial
Apoyo a CSM y UCE. Alternativa a la UCE o post UCE
- UNIDADES MONOGRÁFICAS** Trastornos de conducta alimentaria
Trastornos Graves Refractorios y Trastornos de personalidad

INTERMEDIOS REHABILITADORES

- CENTRO DE DÍA** Rehabilitación activa ambulatoria a pacientes jóvenes graves
- UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA** Rehabilitación activa hospitalaria
- PISO TUTELADO** Supervisados desde CSM, C.DÍA o UME con prog. de apoyo residencial
Vinculados al funcionamiento y rotación de las UMEs
Mantenimiento de capacidades y alt. al abandono y marginación
Mayores de 65 años y pacientes no externalizables
- UNIDAD RESIDENCIAL ASISTIDA** Rehabilitación hospitalaria con terapias de largo plazo < 65 años

DE INSERCIÓN SOCIAL

- CENTRO OCUPACIONAL** Espacios terapéuticos a través de actividades de aprendizaje
Recuperación de habilidades de convivencia y comunicación
Aprendizaje para la integración de pacientes rehabilitados
Funcionamiento bajo rentabilidad empresarial y autofinanciación
- CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO**
- CLUB DE OCIO Y TIEMPO LIBRE** Atención necesidades convivencia de enfermos y familias

transferencias de los recursos y centros que anteriormente dependían de las Diputaciones Provinciales y del INSALUD.

- Reforzar los recursos sanitarios de la red actual
- Diversificar los dispositivos de rehabilitación e inserción sociolaboral (centros de día, media estancia, residencias y pisos tutelados, centros especiales de empleo, clubes psicosociales...)
- Asegurar la sostenibilidad del Plan (con crecimientos de gasto dentro de márgenes presupuestarios asumibles)

FINANCIACIÓN

La financiación total del plan se aproxima a los 48 millones de euros (casi 8.000 millones de pesetas) lo que representa un incremento en el gasto corriente de 9.6 millones de euros (1.600 millones de pesetas) y de 21 millones de euros en inversiones en infraestructuras (3.500 millones de pesetas).

ACCIONES PREVISTAS EN EL PERIODO 2003/2010

Se resumen en estos puntos: ordenación y sectorización de la salud mental; el refuerzo de plantillas; puesta en marcha de equipos de gestión y seguimiento de casos, y la creación de los siguientes dispositivos:

- Tres nuevos centros de Salud Mental
- Dos nuevas unidades de agudos (infanto-juvenil y senior)
- Apertura de cuatro hospitales de día
- Dos nuevas unidades de estancia media
- Apertura de 175 plazas en pisos tutelados y miniresidencias
- Dos unidades residenciales-rehabilitadoras
- Dotación de dos unidades de trastornos graves y de trastornos de la personalidad
- Así como el incremento de 400 plazas en centros de inserción laboral y la creación de clubes.

PRÓXIMO NÚMERO

MinusVal 139

La atención a personas con trastorno mental (II)



encuesta

OPINAN LOS LECTORES

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

Sebastián Cuesta Sánchez

Presidente de la Asociación AGROFEM-COMARES de Granada

En Andalucía se hizo un gran esfuerzo en los años 80 dotándose de un proyecto claro. La puesta en marcha de este proyecto ha sido más lenta de lo deseable; ha habido una demora de diez años en completar los recursos previstos en el Proyecto de Reforma Psiquiátrica. La actividad reivindicativa del movimiento asociativo consiguió la creación de FAISEM que supuso un aliciente a las demandas sociales al ser la responsable de poner a disposición de las personas con enfermedad mental recursos residenciales, laborales y ocupacionales.

Rosario Gutiérrez

Trabajadora social en Castilla-La Mancha

Los servicios en salud mental de Castilla-La Mancha son esencialmente escasos. Aún existen enfermos mentales sin familia o con familiares muy mayores que no pueden "ejercer de cuidadores" sin techo y con un PNC insuficiente para cubrir sus necesidades básicas. El acceso a las VTT está muy limitado, tanto por el número de plazas como por el nivel de autonomía que se precisa. También existe una deficiente coordinación sociosanitaria y un escaso número de trabajadores sociales.



Mónica Micol
Trabajadora social en Murcia

Desde la Federación de Asociaciones de Familias y Enfermos Mentales, consideramos que tanto la calidad como la cantidad de recursos existentes en la región de Murcia son insuficientes para la demanda que existe en nuestra región. Estimamos necesario la creación de más recursos en materia de salud mental y más preocupación por la sensibilización de la población.

Mariví Ercilla Gil
Directora coordinadora de ARFES. La Rioja

Una de las necesidades para mejorar la salud mental en La Rioja sería dotar al Plan de Salud Mental de los suficientes recursos económicos, como

instrumento coordinado de las distintas administraciones y sectores implicados en la atención a las personas con enfermedad mental: servicios sociales, salud, vivienda, empleo, protección jurídica, etc.

Hilario Crespo
Presidente de FEFES de Aragón

El nivel actual es similar al resto de Comunidades, es necesario mejorar en primer lugar la asistencia psiquiátrica integral a las personas con enfermedad mental y sus familiares que los cuidan tanto ambulatoriamente como en su propio domicilio. Necesitamos urgentemente residencias tipo casa-hogar y demás recursos contemplados en el Plan de Atención a la Salud Mental, presentado a final del pasado año a las Cortes Autonómicas por el Gobierno de Aragón.