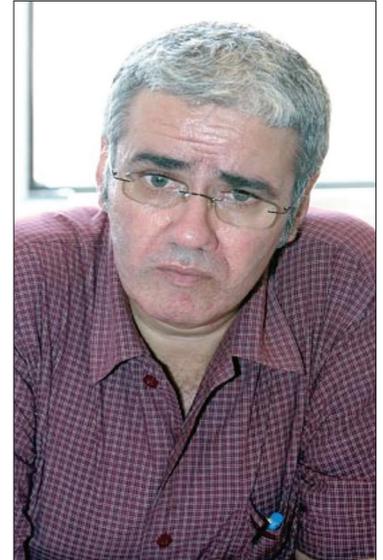


Francisco Rodríguez Pulido

Vicepresidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Presidente de la sección de Rehabilitación de la AEN. Profesor Titular de psiquiatría de la ULL. Promotor de la Iniciativa Legislativa Popular en Defensa de la sanidad y salud Pública. Fundador y Responsable del Equipo Comunitario Asertivo (2005-2011).



“En Canarias marcamos una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas”

¿Consideras que hay mayor malestar subjetivo en la población canaria hoy?

La ausencia de planificación y la carencia de financiación, los dos problemas principales de la sanidad pública en las islas, están deteriorando progresivamente el bienestar de la población canaria. La situación de la asistencia psiquiátrica es preocupante porque no se ha producido ninguna nueva inversión estratégica desde hace más de ocho años, y hay indicadores que hablan de un mayor malestar en la población. Por ejemplo, por las políticas de ajuste presupuestario, el SCS contará con 20 millones de euros menos de aportación por parte del Estado para 2016, lo que hace que los servicios de salud sufran una gran tensión y la asistencia psiquiátrica, como la cien por ciento de la medicina, lo siente especialmente.

Entre los indicadores de malestar subjetivos tendríamos el alto índice de consumo de benzodiazepinas y antidepresivos. De las 124.498 personas que el pasado año recibieron en Atención Primaria tranquilizantes y antidepresivos, 40.616 eran mujeres de entre 45 y 60 años.

Asimismo la encuesta de Salud de Canarias del 2004, aunque mejora en 2009, refleja que el 22% de las mujeres, frente al 12% de los hombres, hacen una autovaloración negativa de su salud.

Es más, una investigación elaborada por un equipo interdisciplinar de la Universidad de Castilla-La Mancha y el Servicio Canario de Salud ha puesto de manifiesto que, por detrás de las enfermedades osteomusculares,

la segunda causa de baja laboral la ocupan los trastornos mentales. El trabajo, publicado en el *European Journal of Health Economics*, ha valorado el impacto económico y social de estos trastornos, constatándose que son muy elevados, a pesar de que este grupo de patologías son la cuarta causa de cuidados informales, es decir, de apoyo prestado por familiares y no por profesionales sanitarios, después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

Y es que una economía dependiente es muy sensible a las políticas públicas y la actual crisis está colocando a amplios sectores de la población canaria en riesgo de vulnerabilidad psicológica y exclusión social. El INE destaca que uno de cada tres canarios vive bajo el umbral de la pobreza, una infancia en riesgo (tres de cada diez niños en riesgo de exclusión social), el desempleo (50% de jóvenes canarios), altas tasas de divorcio, el hacinamiento en el hogar, altos porcentajes de mujeres víctimas de la violencia machista, una peor alimentación infantojuvenil, alto índice de personas mayores que viven solas, y unas 20.000 personas sin hogar –mujeres de mediana edad con hijo a cargo–, según Cáritas. Esta situación social y económica, así como la ausencia de planificación inciden en el aumento de la morbilidad y la mortalidad por problemas psiquiátricos en las islas, cuyo impacto lo podremos medir en los próximos años. De hecho, en el 2012, el Instituto Anatómico Forense en Gran Canaria, se alarmó del alto índice de suicidios en esa isla.



¿Y la asistencia psiquiátrica cómo ha evolucionado?. ¿Ha mejorado en las islas?

Al final de la década de los setenta y principio de los ochenta, al calor de las aspiraciones democráticas, las transferencias sanitarias, la LGS, y los cambios de la realidad asistencial psiquiátrica en Europa, se generaron condiciones para iniciar los cambios en los institutos totalitarios de los manicomios. Proceso que se inició y se cerró en Gran Canaria (2005), pero en Tenerife sufrió una reconversión que aún no ha finalizado. Paralelamente a este proceso, se desarrolló la red comunitaria de salud mental, aumentando las plazas de hospitalización breve en los hospitales generales, y se transfirieron las competencias sanitarias de los Cabildos a la Consejería de Sanidad. También se descentralizó la asistencia psiquiátrica a nivel insular con recursos propios en las islas de más de 20.000 habitantes. Digamos que hasta la segunda década de los noventa estas transformaciones, al calor del I Plan de Salud de Canarias, con diferentes ritmos, se materializaron en cada isla. En estos veinte años los profesionales más comprometidos y las organizaciones de familiares han empujado de forma constante en la dirección adecuada, ante una vacilante administración pública. A finales de los noventa, con el desarrollo de los Consejos Insulares de Rehabilitación y Acción Social, al calor de las Direcciones de los PIRP, y en el marco de los Planes Insulares de Rehabilitación y el Plan Sectorial de la Discapacidad, se ha operativizado una red comunitaria de atención a las patologías psicóticas grave y crónicas. Pero digamos con rotundidad, que debido a la crisis económica, la inversión en recursos en salud mental ha sido mínima o nula, tanto en el ámbito asistencial como en rehabilitación. Esta parálisis, nos llevó a promover, con mis compañeros del Foro, la iniciativa legislativa popular en defensa de la sanidad y salud pública.

¿Las Unidades de salud mental están bien dotadas y con coberturas poblacionales sectorizadas?

Las actuales dotaciones de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, tanto a nivel de recursos humanos como de infraestructura, siguen siendo irregulares y heterogéneas entre islas e incluso dentro de la misma área de salud. La distribución de los profesionales no ha sido ajustada de acuerdo al crecimiento poblacional de hecho, que es la que está sometida al riesgo. Canarias supera los dos

millones de habitantes, con una población flotante de trece millones por año. Se requieren más recursos y ser consecuentes con su dependencia administrativa de Atención Especializada, en lo relacionado con la planificación de espacios y ajustes en el pago de lo singular de sus funciones (desplazamientos de los profesionales).

Se está llegando a un grado de deterioro en el que las Unidades de Salud Mental Comunitaria carecen de los espacios adecuados para desarrollar de forma eficiente y con calidad su labor asistencial, lo que ha sido comunicado por la ACN y por los profesionales a los gestores responsables, sin que se haya producido ningún cambio. Esperamos que en el nuevo plan de infraestructuras los nuevos gobernantes tengan esto en cuenta, porque en salud mental los espacios son esenciales para el trabajo grupal y comunitario.

“Entre los indicadores de malestar subjetivos tendríamos el alto índice de consumo de benzodiacepinas y antidepresivos”

Las listas de espera superan los tres meses en las Unidades de salud mental, para unos pacientes con trastorno mental grave que tienen una morbilidad física dos o tres veces superior a la de la población general, con picos elevados anuales en las tasas de suicidio. Carecemos de programas preventivos y las ratios de enfermería están por debajo de lo óptimo. No hay programas específicos de intervención extensos para toda la red asistencial. Carecemos de terapeutas ocupacionales. Los registros de casos están desvinculados de las necesidades de transformación de los servicios.

Se necesita una formación participativa, integrada, y evaluada de forma independiente y realizar un esfuerzo de colaboración entre atención primaria y atención especializada. Los sistemas intranet de consultoría y las tutorías in situ han dado buenos resultados en la cogestión del sistema en otras especialidades y en salud mental tenemos que profundizar en estas medidas sin añadir más confusión.

¿Podemos hablar de un modelo de asistencia comunitaria?

En absoluto, eso se pretendió al comienzo de los cambios, en los años ochenta, pero sólo hemos llegado a un modelo ambulatorio reforzado con fragmentación de dispositivos. Una aplicación errática y vacilante, así como, una visión muy administrativa ha condicionado este desarrollo en las islas. La psiquiatría comunitaria es una tecnología y una cultura de los cuidados. La gestión hospitalocéntrica, los estilos de trabajo individualizados de los profesionales, la dinámica escasamente asertiva y móvil, el escaso contacto con la sociedad civil de cada territorio



donde se ejerce la actividad, la concentración de la mayoría de los profesionales en el hospital, una figura de dirección de las unidades devaluada, y la escasa participación de los pacientes en los servicios, así lo confirman. Esto no es lo que algunos hemos tenido como proyecto. Uno de los desequilibrios más sangrantes que sufre la asistencia es la acumulación excesiva de profesionales de la salud mental en el ámbito hospitalario frente al de la comunidad. Se ha diseñado un sistema hospitalocéntrico, donde la mayoría de los efectivos esperan a que lleguen los pacientes al hospital. Una distribución más equilibrada nos permitiría anticipar y frenar los riesgos de ingreso, con mayor presencia en el territorio, fomentando un estilo de asistencia asertivo, y con una enfermería con gran liderazgo. Las islas son un territorio donde la escasa movilidad de la población permitiría hacer algunos ensayos controlados de mejora de la eficiencia y la efectividad en la distribución del personal sanitario. Hay mucho inmovilismo en los profesionales y en las instituciones y esto a medio plazo tiene consecuencias tremendas. También habría que añadir lo poco que se ha cuidado a los profesionales. La especialidad de enfermería en salud mental sigue sin estar reconocida en Canarias, los trabajadores sociales tienen que compartir su labor con otros dispositivos, y los auxiliares de clínica asumen funciones administrativas.

“Los trastornos mentales ocupan la segunda causa de baja laboral”

¿Y la atención en urgencias, como la están viendo los pacientes?

La atención en los servicios de urgencia de los hospitales también es desigual, existiendo criterios diferentes de unas islas a otras. Se requieren mejoras estructurales y funcionales significativas para adecuarse a las necesidades de los pacientes con trastorno mental y de los profesio-

sionales que atienden las urgencias psiquiátricas. Resulta imprescindible disponer de un espacio propio para enfermos mentales graves, que permita dispensar lo singular de su atención, evitando fugas y agresiones innecesarias, y acortando la permanencia a lo estrictamente necesario por razones clínicas. Estas zonas deben estar a cargo de personal especializado y bien coordinado con las unidades clínicas asistenciales y resto de dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios.

Esperamos que el Plan de Urgencias hospitalarias corrija esta situación que está llevando, me atrevería a decir, a la violación de derechos de los pacientes con medidas de contención por carencia de personal y espacios adecuados, agravado por la saturación actual que sufren los servicios de urgencias.

¿Hay áreas ciegas de atención en su comunidad?

Aun hoy hay “puerta falsa” o “la puerta giratoria” en el ámbito de la salud mental. Quienes sufren patología dual entran y salen de las unidades asistenciales de drogodependencias y las unidades de psiquiatría en un circuito cerrado. Cuando llegan a una unidad asistencial para las drogodependencias son remitidos a Psiquiatría y Psiquiatría les remite a Drogodependencias. Son pacientes que “se pierden” y terminan por cronificar su adicción. El tratamiento de las drogadicciones, sigue llevándose a cabo en redes paralelas al sistema de salud. No existe voluntad política en integrar las adicciones en Salud Mental, como proponen las sociedades científicas, como la Sociedad Española de Patología Dual. En Canarias se sigue marcando una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas, a diferencia de otras Comunidades: Navarra, Valencia, Murcia...etc. y ello a pesar que en el III Plan Canario de Drogas se apuesta por la integración. También es preocupante la atención psicogeriatrica

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 50 euros semestrales para los socios con trabajo y 60 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista salud2000

Fecha: Firma



así como los trastornos límites de la Personalidad (TLP), y la psiquiatría forense y penitenciaria. Estas áreas de atención especializada no están en la agenda de las autoridades sanitarias, y son parte del cuerpo doctrinal de la psiquiatría y hay que tomar una posición decidida y activa, evitando su segregación y abandono. Los TLP no tienen recursos específicos de carácter público y la alternativa privada tiene un coste elevado que no está al alcance de todos. Cabe señalar que en el programa de gobierno de los nuevos responsables sanitarios figura este tema como prioritario. Esperemos que lo cumplan. Y sobre todo es urgente que se despliegue de forma definitiva la red completa de atención infanto juvenil y se establezca líneas de colaboración estables con los servicios sociales y educación.

¿Podrías detenerte más en la situación de la atención infanto juvenil?

Sabemos que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello. El desarrollo de estrategias que promuevan la Salud Mental de los niños es fundamental para el adecuado desarrollo individual y social, entendiendo que no puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia.

La asistencia para los niños, niñas y jóvenes debe ser específica y diferenciada de los dispositivos de asistencia mental para adultos. Tal como señala nuestro Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, aunque las actuaciones han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. A pesar de que la implementación del Programa se puso en marcha hace ya casi una década, el desarrollo de los dispositivos ha sido lento, irregular y poco equitativo. No todas las áreas geográficas disponen de USMIJ completamente dota-

das de especialistas así como físicamente diferenciadas de los espacios destinados a la atención de los adultos. Existen desajustes graves en la infancia y adolescencia que requieren de intervenciones en régimen de hospitalización tales como los intentos de autolisis, trastornos de la conducta alimentaria graves, psicosis y otros trastornos de conducta. En el momento actual no existe ninguna Unidad de Hospitalización en toda la Comunidad autónoma, y la derivación de los casos a Unidades específicas de otras comunidades no resulta posible, independientemente de la gravedad de los casos, debido a que se trata de población infantil, en la que el distanciamiento del entorno familiar sería contraproducente. En su defecto, la hospitalización se está llevando a cabo en Unidades de hospitalización no preparadas para las características y necesidades del paciente pero adecuadas para su edad (Pediatría) o en Unidades preparadas (sin personal específico para la atención infanto juvenil) para las características y necesidades del paciente pero no adecuadas para su edad (Unidades de Hospitalización Breve de adultos). Esta situación, además de la permanencia de los dispositivos comunitarios en Unidades de adultos, implica problemas que van más allá de la calidad en la atención e intervención, refiriéndonos a problemas éticos y legales. Parece claro, que el desarrollo de la red de Psiquiatría Infanto-Juvenil, no ha supuesto una prioridad en los últimos años, asistiendo a un crecimiento y desarrollo en la misma muy lento y poco equitativo.

Queda poco para asistir al reconocimiento de esta especialidad, y esperemos que ello conlleve a una mayor independencia en el desarrollo de la red asistencial, que favorecerá al menos que la atención infanto-juvenil no se quede a la cola esperando que desde los servicios de adultos entiendan las necesidades de esta población. Así, el desarrollo de Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, independientes de los Servicios de Psiquiatría de Adultos, constituiría una acción también prioritaria, en aras al desarrollo e implementación de las necesidades comentadas. ♦



ADSP

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

SOLICITUD DE ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 50 euros semestrales para los socios con trabajo y 60 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: Firma