

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

NÚMERO 40 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE DE 1997



**Consell Insular
de Mallorca**



Núm 40

Segona Època, desembre de 1997

Edita: Consell Insular de Mallorca
Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat
General Riera, 67
07010 Palma
Tel.: (971) 76 07 62
Fax: (971) 76 19 52

Portada: **Xisco Fuentes**

Maquetació
i impressió: Gràfiques Son Espanyolet

Dipòsit Legal: PM - 128 - 1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

Rafael de la Rosa,
psiquiatre

1. Evolució

Fa mig segle, a Balears i en concret a Mallorca per haver-hi la “Clínica Mental de Jesús” -avui Hospital Psiquiàtric- es desplegava una atenció psiquiàtrica adequada a l'època i a l'entorn, i capdavantera en alguns aspectes, per exemple la laborteràpia, que es duia a terme a l'hospital. Des de llavors, el nostre model d'atenció en salut mental ha evolucionat molt i, possiblement, però, no ho ha fet, en termes generals, com a la resta de l'Estat tot situant-nos en els darrers llocs de l'escalafó.

Es tot cas, depenent de les voluntats autonòmiques i, a la fi, per l'empena de la Llei General de Sanitat (abril 1986), s'ha anat passant d'una assistència psiquiàtrica bàsicament a càrrec de la “beneficència” de les administracions locals, d'asilar, i centrada en els hospitals psiquiàtrics (“manicomis”) al que ara es denomina *psiquiatria comunitària*.

En aquest model de *psiquiatria comunitària*, els equips d'atenció primària esdevenen el primer filtre assistencial. Els equips de salut mental, l'assistència domiciliària i la desinstitucionalització dels pacients crònics, són els eixos de l'atenció. S'estableixen fortes connexions amb el sistema general de salut i els serveis socials, s'exigeix la conversió dels hospitals psiquiàtrics en comunitat terapèutiques i el desplegament d'un ampli dispositiu d'estructures intermèdies i socials (centres de dia, llars tutelades d'integració laboral, ...).

Aquesta evolució, que s'entén per *reforma psiquiàtrica*, s'ha produït de manera molt diversa en les diferents comunitats autònomes, tot depenent, en part, del color polític dels seus respectius governs i del nivell de transferències, però, sobretot, de la sensibilització de la seva societat i principalment dels seus professionals. En els cims de major desplegament se situen Astúries i Andalusia.

A Balears s'ha produït una evolució dispar. Eivissa, que fa desset anys només disposava -com Menorca- d'un neuropsiquiatre en una consulta de dues hores cada dia, passà, amb el temps, a disposar de set psiquiatres, diversos psicòlegs, un centre de desintoxicació, una unitat d'hospitalització, una xarxa per a l'atenció infanto-juvenil i es recuperaren unes quantes desenes de pacients eivissencs internats en el psiquiàtric de Palma. Probablement, en aquesta època va ser una de les regions amb més recursos de l'Estat. Avui, la seva organització ha sofert un cert deteriorament.

Menorca ha deixat de ser, durant els darrers anys, la Ventafocs quant a dispositius de salut mental i amb seguretat és l'illa amb un desplegament de recursos més equilibrat, tot i que insuficient, ja que a més de cobrir el tracta-

ment ambulatori i hospitalari disposa d'un centre per a rehabilitació.

A Mallorca l'evolució ha estat més complexa. Per una part, l'INSALUD ha desplegat en la darrera dècada la seva típica cartera de recursos: un equip de salut mental (psiquiatre, psicòleg i infermer) per quasi 100.000 habitants, i una unitat d'hospitalització breu a Son Dureta de 20 llits, concertant-ne d'altres amb l'Hospital Psiquiàtric. Ha fet aquest desplegament sense tenir en compte els recursos existents, els possibles solapaments o la mínima coordinació exigible.

Per altra, a l'Hospital Psiquiàtric s'ha anat efectuant una actualització i gran remodelació interna encara que sense una planificació adaptada a les necessitats de la societat: s'han organitzat unitats d'hospitalització per a casos aguts, s'han desplegat programes de rehabilitació i, sobretot, s'ha reduït el seu nombre d'interns, de més de 600 fa 15 anys, a 200 en l'actualitat. Això ha estat possible per distintes raons:

1. La desinstitucionalització efectuada que, tot i no comptar amb programes específics, ha estat efectiva. En els últims 5 anys, per exemple, s'ha reinserit 1 de cada 5 interns.
2. Per l'edat avançada de molts dels seus interns i els traspassos lògics.
3. La creació de recursos sanitaris i socials que assumeixen casos que abans eren "clients habituals" de l'Hospital Psiquiàtric: retards mentals, alcohòlics, demències senils, nombrosos casos de marginació, etc.
4. Les noves tècniques terapèutiques, principalment a l'àmbit de la psicofarmacologia, que ajuden a evitar els ingressos llargs o indefinits que tant es donaven abans.

Com he assenyalat, un dels elements que més ha ajudar a l'evolució del model asilar al comunitari ha estat, i no sols a la nostra Comunitat, l'important desplegament de la xarxa de serveis socials en tots els nivells. Nombrosos casos poden mantenir-se integrats socialment i familiar o, en tot cas, ser atesos en institucions normalitzades gràcies al suport d'aquests serveis.

2. Situació actual

La nostra situació és complexa, amb buits assistencial importants i, en comparació amb el nostre entorn, poc brillant. Tal volta una bona manera de descriure-la serà seguint els recursos disponibles recollits en el quadre 1. Els recursos que s'esmenten són els que depenen de pressuposts "sanitaris"; hi ha recursos dependents de "serveis socials" que despleguen importants tasques de salut mental però que són difícils d'estandaritzar.

- Els equips de salut mental són pobres. Per a aquests contingents de població s'hauria de disposar, com a mínim, del doble de professionals i tenir integrats treballadors socials. D'aquí bona part dels nostres mals. Amb tan poca dotació es produeixen llargues llistes d'espera, no es pot fer un seguiment adequat dels casos més complicats i, per això, les demandes es tradueixen en urgències i aquestes en ingressos hospitalaris.
- En part com a resultat de l'anterior, disposam d'una xifra important

de llits per a ingressos de casos "aguts", una de les taxes més altes de l'Estat (la norma està entre 10 i 13 per 100.000 habitants) i malgrat això tenim problemes d'ocupació. Nombrosos problemes de salut mental, en no poder-se solucionar ambulatoriament per manca de recursos comunitaris, acaben ingressant i reingressant. Conseqüentment, tenim una taxa d'ingressos elevada, 3 per 1.000 habitants, quan en els territoris amb un bon desplegament de recursos comunitaris no arriben a l'1 per 1000 habitants.

- Com a recursos "intermedis" només comptam amb dos centres de dia, un a Palma i l'altre a Maó, i algunes places en llars tutelades. Aquesta pobresa de dispositius rehabilitadors i de suport als casos greus i crònics perquè siguin integrats a la seva comunitat, a més de provocar nombrosos reingressaments no impedeix el deteriorament de molts casos, alguns dels quals acaben internats indefinidament en les unitats del Psiquiàtric. En l'àmbit de la Comunitat Europea es considera adequat disposar al voltant de les 40 places per 100.000 habitants en dispositius rehabilitadors.
- La ratio de places de llarga estada s'adiu amb el nostre entorn, no tant la seva distribució (totes a Palma) i la seva ocupació, ja que segons es veu en el quadre 2 només els dos darrers grups estarien ben ubicats. I viceversa, alguns malalts seria més adequat que residissin en aquestes unitats que on ho fan ara, en la marginació.

Una altra qüestió és l'estat ben deplorable de les instal·lacions de les unitats de llarga estada i la penúria de programes de rehabilitació i reinserció, temes que ja assenyalà el Defensor del Poble en el seu informe sobre assistència psiquiàtrica fa gairebé una dècada.

- Els recursos humans disponibles són quelcom inferiors a la mitjana del nostre país (5,5 psiquiatres per 100.000 habitants). Aquesta petita diferència no justifica els nostres problemes assistencials, deriven més aviat del nostre model "hospitalocèntric": tenim recursos però mal distribuïts.

Tots aquests dispositius i recursos despleguen una activitat assistencial important (més de 43.000 consultes i 2.000 ingressos l'any 1996) però deixen necessitats sense cobrir i les principals se situen en l'atenció als problemes de la salut mental de la població infanto-juvenil, en estat rudimentari, i l'atenció als problemes de les malalties mentals greus incapacitants (sobretot les esquizofrènies) que per manca de recursos rehabilitadors van cap al deteriorament i la marginació. En el quadre 3 s'assenyalen les prioritats de la nostra Comunitat en matèria de salut mental.

Bona part d'aquests recursos rehabilitadors (llars tutelades, centres de dia, programes d'integració laboral, etc.) haurien de ser gestionats pels serveis socials. En aquesta mancança rau una de les diferències amb els territoris més desenvolupats en matèria de salut mental. Les administracions que tenen competències sobre serveis socials en la nostra Comunitat no accepten clarament els malalts mentals crònics com a clients, fins i tot amb certificació de

minusvàlua; els atribueixen a la xarxa sanitària i aquesta darrera els descriu com a "problemes socials". Aquesta orfenesa competencial que es dona més clarament a Mallorca és un exemple clar de l'absència d'organització i planificació. No ens trobam únicament davant de problemes econòmics, ja que la despesa en salut mental en la nostra illa és similar a la dels territoris més desenvolupats.

Cal assenyalar, per completar el quadre de recursos i com a característica diferencial amb la mitjana de l'Estat, la importància del sector privat en l'atenció als problemes de salut en general i mental en particular.

3. Perspectives

Sense una planificació sobre salut mental, som l'única autonomia sense ella i sense coordinació de les administracions serà impossible adequar l'assistència i, probablement, aquesta es complicarà. Un exemple és Mallorca: hi actuen distintes institucions sense cap òrgan coordinador i amb diferències quant a estil d'atenció, dotació de recursos, registre de dades o cartera de serveis: la Fundació de l'Hospital de Manacor -que atén uns 100.000 habitants-, Son Dureta -a uns 400.000- i Gesma -a uns 170.000. Encara es podria completar més el quadre incloent el Consell Insular de Mallorca que segueix subvencionant l'Hospital Psiquiàtric amb prop de 900 milions de pessetes cada any, les administracions amb competències sobre serveis socials, sobre menors, sobre toxicomanies, sobre planificació, algunes iniciatives privades...

Aquesta descoordinació i dispar desplegament de recursos fa que, per exemple, a nivell ambulatori la població infantil atesa per Gesma disposi d'atenció psiquiàtrica i la resta de Mallorca no; o que la població adulta de Palma atesa directament per l'INSALUD tenguí el doble de facilitats per accedir a un psicòleg quan calgui que l'atés per Gesma.

Aquesta manca d'equitat es dona no només a distintes sectors de Mallorca, sinó també a les diferents illes. Segons on resideixis tindràs o no accés a diferents serveis i de manera diferent.

Relacionat amb les pressions d'associacions de familiars i professionals, el setembre de 1995 es constituí, amb gestors i professionals, una "Comissió Mixta INSALUD / Conselleria de Sanitat per a la Reforma Psiquiàtrica de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears" que, un any després, lliurà un informe amb propostes per a la reorganització de l'assistència en el camp infantil, en el dels adults i en el de la cronicitat. Aquest informe consensua els professionals i proposa uns mínims de funcionament assumibles pel que semblava que podria ser la primera passa per, com ha passat a altres Comunitat, efectuar d'un cop la tan suada i gastada reforma. I de moment no hi ha signes clars que pugui ser així.

Una Comunitat amb el nivell de desplegament econòmic com el nostre és estrany que no hagi estat capaç, encara, d'adequar-se al seu entorn i posar missions clares per una reforma en el camp de la salut mental. Probablement l'única explicació és la manca de sensibilitat de la societat en general sobre aquests temes i l'inhabilitat dels professionals en particular per convèncer d'aquesta necessitat als gestors i als polítics.

Hi ha signes d'insatisfacció entre els usuaris i les seves famílies, per una part, i els professionals per altra; tal volta aquests revulsius serveixin per avançar.

QUADRE 1
SALUT MENTAL A BALEARS. RECURSOS

DISPOSITIUS

- * 9 Equips de Salut Mental (psiquiatre, psicòleg i ATS). (1/85.000 hab)
- * 4 Unitats d'Hospitalització breu. 126 llits (17/100.000 hab)
 - 3 a Hospitals Generals. 41 llits (Son Dureta 20; Can Misses 14; Monte Toro 7)
 - 1 a l'Hospital Psiquiàtric. 85 llits
- * 2 Centres de Dia. 40 places (5/100.000 hab)
- * Unitats de Llarga Estada (Hospital Psiquiàtric) 240 places
- * 2 Equips de Salut Mental Infanto-juvenil

RECURSOS HUMANS

34 Psiquiatres (4,5/100.000 hab)
16 Psicòlegs (2/100.000 hab)
34 ATS/DUE (4,5/100.000 hab)
8 Treballadors Socials (1/100.000 hab)
150 auxiliars

QUADRE 2
UBICACIONS NORMALITZADES DELS RESIDENTS
DE L'HOSPITAL PSIQUIÀTRIC

Família / Llar tutelada.....	12%
Centre Greus discapacitats	16%
Gerontopsiquiatria	16%
Unitats residencials.....	30%
Centre de rehabilitació	16%

QUADRE 3
SALUT MENTAL A BALEARS. PRIORITATS

- * Crear un sol sistema d'informació
- * Unificar la xarxa assistencial
- * Potenciar els Equips de Salut Mental
- * Transformar l'Hospital Psiquiàtric
- * Desplegar recursos intermedis
- * Desplegar equips per a l'atenció infanto-juvenil