

INTRODUCCIÓN
PÁG. 2

**SERVICIOS DE SALUD
MENTAL DE DISTRITO**
PÁG. 4

**SERVICIOS
HOSPITALARIOS**
PÁG. 13

**HOSPITALIZACIÓN
PARCIAL**
PÁG. 19

**ATENCIÓN
INFANTO-JUVENIL**
PÁG. 21

**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**
PÁG. 26

**UNIDADES DE
REHABILITACIÓN
Y CUIDADOS
PSIQUIÁTRICOS
PROLONGADOS.**
PÁG. 40

CONCLUSIONES
PÁG. 44

COORDINADOR:
Iván de la Mata Ruiz

COLABORADORES:
María Alonso Suárez
Pedro Cuadrado Callejo
Miguel Donas Hernández
Josefina Mas Hesse
Encarnación Mollejo Aparicio
Alberto Ortiz Lobo

A M S M

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental
Observatorio de Salud Mental de Madrid

número
extraordinario
primavera

**BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL**

**JUNTA DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD MENTAL**

AMSM

PRESIDENTE

Pedro Cuadrado Callejo

VICEPRESIDENTES

Iván de la Mata Ruiz
Laura Hernangómez Criado

SECRETARIA

María Alonso Suárez

TESORERA

Ana Hospital Moreno

VOCAL DE PUBLICACIONES

Alberto Ortiz Lobo

VOCALES

Luis Javier Sanz Rodríguez
Raquel Morales Andueza

BOLETÍN

Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz

INTRODUCCIÓN

OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL MADRID.

El Observatorio de Salud Mental de Madrid es hijo directo del Observatorio de Salud Mental de la AEN, que precedió al Observatorio del Sistema Nacional de Salud, creado en el 2003 como órgano dependiente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo con el objetivo de “proporcionar un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y resultados”. El Observatorio de la AEN se planteó estos mismos objetivos centrándose en el sistema de Salud Mental. Los datos y análisis de este Observatorio fueron publicados en un número monográfico de la Revista de la AEN: “El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los Recursos de Salud Mental en España”, nº 93, Enero-Marzo 2005.

El objetivo del Observatorio de Salud Mental Madrid, es trasladar a nuestra Comunidad ese modelo de análisis que se va a traducir en una valoración del modelo asistencial, organización, provisión de servicios y funcionamiento puestos en marcha por el Plan de Salud Mental 2003-2008. El primer análisis del Observatorio se va a centrar en los recursos humanos de los distintos dispositivos asistenciales y su distribución por población atendida, con un análisis de la distribución por distritos y áreas sanitarias y las necesidades de personal de cada uno de ellos tomando como referencia los objetivos que se había marcado el Plan. El objetivo último de este análisis es evaluar y poner en cuestión unos de los principios generales del modelo, junto al carácter público y universal de la asistencia, “la equidad y accesibilidad de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid al Sistema Público de Salud”.

Los datos de recursos humanos de los dispositivos dependientes de la Consejería de Sanidad se han recogido, en la mayor parte de los casos, directamente de los dispositivos a través de información directa de sus responsables o de profesionales que trabajan en ellos. Los datos de los dispositivos de Rehabilitación dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales se han tomado de sus propias Memorias. Se ha tomado Diciembre de 2005 como momento de la evaluación, mientras que para los datos de población se han utilizado el número de tarjetas sanitarias asignadas a los distintos dispositivos a fecha de Septiembre de 2005.

El análisis de los datos se ha hecho diferenciando los recursos de atención a adultos de los de atención a infancia-adolescencia. En Atención a Adultos se han analizado los recursos de los Servicios de Salud Mental de Distrito (Centros de Salud Mental), servicios hospitalarios, Hospitales de Día,

Unidades de Media y Larga Estancia y Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial: Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Día y Minirresidencias y Pisos Supervisados. En Atención a Infancia-Adolescencia, los Servicios de Salud Mental de Distrito (Centros de Salud Mental), Hospitalización Psiquiátrica Breve y Hospitales de Día. Los datos de cada dispositivo se han presentado en Tablas y se ha hecho una valoración de cada uno de ellos, en el caso de atención a adultos, y un análisis en conjunto en el caso de los recursos de atención a infancia-adolescencia.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO. ATENCIÓN A ADULTOS

SITUACIÓN ACTUAL Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2003-2008

Los objetivos de recursos humanos que se marcaba el Plan, para la atención a adultos eran: 5 psiquiatras, 2.5 psicólogos y 2.5 diplomados en enfermería por cien mil habitantes. No se marcaban objetivos para los diplomados en trabajo social. Los datos, a diciembre de 2005, ponen de manifiesto que aún estamos lejos de los objetivos que se habían planteado y en unos profesionales mucho más que en otros. A mitad de recorrido del Plan faltarían 20 psiquiatras (Tabla 1), 20 psicólogos (Tabla 2) y 27 Diplomados en enfermería (Tabla 3) y en cuanto a diplomados en trabajo social, si se quiere mantener la relación actual entre recursos de enfermería y de trabajo social que es de 1.5, faltarían 20 (Tabla 4). Hay carencias de todos los profesionales pero proporcionalmente hay más de unos que de otros, lo que implica un cierto modelo de trabajo de los Servicios de Salud Mental de Distrito (SSM de Distrito). Se han contratado preferente y mayoritariamente psiquiatras, los que faltan suponen un 10% del objetivo final marcado, mientras que de psicólogos suponen un 16% y de diplomados en enfermería y trabajo social un 20%. Las carencias de psiquiatras y psicólogos afectan directamente al funcionamiento general de los servicios, con un reflejo en los indicadores generales, sobre todo en la lista de espera; mientras que las desigualdades entre profesionales repercute más directamente en el manera de trabajar y, sobre todo, en la atención que van a recibir determinadas patologías y demandas.

Las mayores carencias de psicólogos repercuten especialmente en las demandas que precisan intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas específicas como puede ser lo neurótico y lo adaptativo, que tenderá a no atenderse y a considerarse no susceptible de atención, y aquellas patología severas como los trastornos de personalidad con distintos síntomas diana, en los que la atención se va a hacer de una manera tan insuficiente que termina planteándose la necesidad de dispositivos específicos para ellas fuera de los Servicios de Salud Mental de Distrito, con el incremento de circui-

tos paralelos y una disgregación creciente de la red de atención a la salud mental.

Las grandes carencias de diplomados en enfermería y trabajo social repercuten de una manera general en la cohesión de los equipos. Sus funciones de recepción, acogida, contención, intermediación y filtro están desapareciendo en la mayor parte de los SSM de Distrito. La otra gran perjudicada va a ser la atención a las patologías crónicas severas. La falta de implantación y desarrollo de los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados está directamente ligada a estas carencias y por ello el destino de estos programas está siendo la ubicación de sus funciones fuera de los SSM de Distrito, ya sea a través de la asunción creciente de funciones por parte de los Centros de Rehabilitación Psicosocial o por la creación de dispositivos específicos como los Equipos de Apoyo Social Comunitario. Y de esta forma se incrementa la fragmentación de la atención a los problemas de salud mental.

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES POR ÁREAS

En la distribución de profesionales por Áreas por cien mil habitantes, existen diferencias importantes con rangos que van, para los psiquiatras (Tabla 1), entre 5.93 del Área 10 y 3.47 del Área 6. En psicólogos (Tabla 2), pasa lo mismo, entre el 2.49 del Área 1 y el 1.06 de Área 3. En enfermería (Tabla 3) las cifras son más homogéneas: entre el 1.94 del Área 6 y el 1,37 del Área 4, al igual que en trabajo social (Tabla 4), donde con excepción del Área 1 con 1.64, todas las demás áreas se mueven en un rango entre 1.25 y 0.86. Los datos de profesionales de SSM de Distrito agrupados por Áreas no se pueden interpretar sin tener en cuenta la dotación de los otros dispositivos, sobre todo la dotación de psiquiatras hospitalarios (Tabla 8). La relación entre psiquiatras hospitalarios y psiquiatras de SSM de Distrito nos habla de diferentes modelos en cada Área. El caso

del Área 10 es un ejemplo: tiene las ratios más altas de psiquiatras en los SSM de Distrito (Getafe y Parla) al tiempo que las ratios más bajas de camas de Hospitalización Breve y el menor número de psiquiatras hospitalarios. También hay Áreas con un reparto equilibrado de los profesionales y de sus carencias, que suelen coincidir, en la mayoría de las ocasiones, con aquellas Áreas con hospitales y unidades de hospitalización de creación reciente, y otras con un exceso llamativo de profesionales hospitalarios al tiempo que carencias importantes en los SSM de Distrito. Esta relación nos habla, no solo de lo preponderante del modelo (lo hospitalario versus lo comunitario) sino también del nivel de integración y coordinación de los dispositivos dentro de cada Área.

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES POR SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

En la distribución de profesionales por SSM de Distrito por cien mil habitantes, también encontramos diferencias entre Áreas y dentro de cada Área. En la distribución de los psiquiatras el rango va desde 3.21 de Majadahonda a 6.63 de Getafe (Tabla 1; en los psicólogos va desde el 0.95 de Torrejón al 3.53 de Usera (Tabla 2); en enfermería desde el 0.96 de Colmenar al 3.40 de Moncloa; en trabajo social desde el 0.64 de Arganzuela al 2.47 de Retiro. Dentro de cada Área pasa lo mismo: hay Áreas más homogéneas que otras. No se encuentran muchas razones para explicar estas diferencias, aparte de la historia propia de cada SSM de Distrito que sigue teniendo mucho peso no solo en la composición de los equipos sino en su manera de funcionar. Los equipos se componen mayoritariamente de personal que tiene una dependencia administrativa del Servicio Madrileño de

Salud (SERMAS) y del Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD), con proporciones diferentes de unos y otros para cada centro y con una cultura asistencial y una asunción de funciones diferente dependiendo de que predominen unos u otros. Además hay servicios que cuentan con psiquiatras de cupo, no integrados en lo SSM de Distrito y que a efectos de cálculo se han contabilizado como un tercio de profesional. Esto es lo que ocurre en los SSM de Salamanca, Ciudad Lineal, Hortaleza y San Blas. En otros casos son psiquiatras ubicados en el hospital de referencia que pasan consulta uno o dos días en el SSM de Distrito y que también se han contabilizado como un tercio de profesional. Más difícil de cuantificar es el papel de los profesionales que dependen administrativamente del Ayuntamiento de Madrid, que en algunos casos están plenamente integrados en el SSM de Distrito y en otros no. En todos los casos en los que se da se han contabilizado como un profesional más, plenamente integrados. En esta situación están los SSM de Moratalaz-Vicalvaro, Puente de Vallecas, Tetuan, y Centro.

Lo que sí hay, entre áreas y dentro de cada área, son diferencias importantes en cuanto a la demanda tanto de casos nuevos como de frecuentación, como ponen de manifiesto las Memorias de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y este debería ser el principal criterio tanto para explicar las diferencias existentes, cosa que no es así, como para establecer las necesidades de cada centro. Sin éste elemento corrector, aparte de otros que tengan en cuenta las características de la población atendida, la distribución de profesionales con criterios exclusivamente poblacionales, cuestiona gravemente la equidad y la igualdad en el acceso a los dispositivos asistenciales.

TABLA 1. PSIQUIATRAS ACTUALES Y NECESIDADES EN ATENCIÓN A ADULTOS POR SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN TSI SEPTIEMBRE 2005

Servicios de Salud Mental de Distrito	Pobl. >18 TSI Septiembre 2005	Casos nuevos (borrador memoria 2004)	Psiquiatras	Psiquiatras por 100.000 Hab.	Diferencia psiquiatras actualidad/Objetivos PSM (5 por 100.000 Hab.)
NECESIDADES					
AREA 1	601.733	6334	31	5.15	1.23
Arganda	106.047		4	3.77	1.23
Moratalaz	126.786		7	5.52	-
Retiro	105.243		6	5.70	-
Puente Vallecas	153.215		8	5.22	-
Vallecas Villa	110.442		6	5.43	-
AREA 2	378.947	3832	17	4.48	1.81
Chamartin	118.092		5	4.23	0.77
Coslada	126.071		5	3.96	1.04
Salamanca	134.784		7	5.19	-
AREA 3	282.425	4096	12	4.24	1.68
Alcalá	178.071		8	4.49	0.51
Torrejón	104.354		4	3.83	1.17
AREA 4	489.291	4117	20.8	4.25	2.49
Barajas	36.950		2	5.41	-
Ciudad Lineal	232.426		8.6	3.70	1.30
Hortaleza	120.551		4.6	3.81	1.19
San Blas	99.364		5.6	5.63	-
AREA 5	597.124	6048	28.6	4.77	1.19
Alcobendas	207.972		8	3.84	1.16
Colmenar	80.404		4	4.97	0.03
Fuencarral	177.905		9.5	5.33	-
Tetuán	130.843		7	5.34	-
AREA 6	489.705	4013	17	3.47	4.32
Collado Villalba	171.269		6	3.50	1.50
Majadahonda	217.853		7	3.21	1.79
Moncloa	100.583		4	3.97	1.03
AREA 7	489.353		22	4.49	2.55
Centro	114.942		7.5	5.01	-
Chamberí	152.263		4.5	2.95	2.05
Latina	222.148		10	4.50	0.50
AREA 8	396.453	3826	18	4.54	2.15
Alcorcón	141.363		7.5	5.30	-
Móstoles	183.839		8	4.35	0.65
Navalcarnero	71.251		2.5	3.50	1.50

AREA 9	324.899	6481	17	5.23	0.23
Leganés	155.354		9	5.79	-
Fuenlabrada	169.545		8	4.71	0.23
AREA 10	261.031	2920	15.5	5.93	-
Getafe	135.695		9	6.63	-
Parla	125.336		6.5	5.19	-
AREA 11	701.390		35.5	5.06	1.94
Aranjuez, Valdemoro y Ciempozuelos	118.168		4	3.38	1.62
Arganzuela	133.352		7	5.24	-
Carabanchel	213.391		10	4.68	0.32
Usera	113.173		6,5	5.74	-
Villaverde	123.306		8	6.48	-
TOTAL	5.012.351		177.4	3.53	19.59

TABLA 2. PSICÓLOGOS ACTUALES Y NECESIDADES EN ATENCIÓN A ADULTOS POR SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN TSI SEPTIEMBRE 2005

Servicios de Salud Mental de Distrito	Pobl. >18 TSI Septiembre 2005	Psicólogos	Psicólogos por 100.000 Hab.	Diferencia Psicólogos actualidad/Objetivos PSM (2,5 por 100. 000 Hab.) NECESIDADES
AREA 1	601.733	15	2.49	1.31
Arganda	106.047	2	1.88	0.62
Moratalaz	126.786	4	3.15	-
Retiro	105.243	3	2.85	-
Puente Vallecas	153.215	4	2.61	-
Vallecas Villa	110.442	2	1.81	0.69
AREA 2	378.947	8	2.11	1.15
Chamartin	118.092	3	2.54	-
Coslada	126.071	3	2.37	0.13
Salamanca	134. 784	2	1.48	1.02
AREA 3	282.425	3	1.06	2.93
Alcalá	178. 071	2	1.12	1.38
Torrejón	104. 354	1	0.95	1.55

AREA 4	489.291	12	2.45	0.80
Barajas	36.950	2	5.41	-
Ciudad Lineal	232.426	4	1.72	0.78
Hortaleza	120.551	3	2.48	0.02
San Blas	99.364	3	3.01	-
AREA 5	597.124	12.5	2.09	1.82
Alcobendas	207.972	3.5	1.68	0.82
Colmenar	80.404	2	2.48	0.02
Fuencarral	177.905	5	2.81	-
Tetuán	130.843	2	1.52	0.98
AREA 6	489.705	9	1.83	1.88
Collado Villalba	171.269	3	1.75	0.75
Majadahonda	217.853	3	1.37	1.13
Moncloa	100.583	3	2.98	-
AREA 7	489.353	10.50	2.14	1.23
Centro	114.942	3.50	3.04	-
Chamberí	152.263	3	1.97	0.53
Latina	222.148	4	1.80	0.70
AREA 8	396.453	5.5	1.38	2.91
Alcorcón	141.363	2	1.41	1.09
Móstoles	183.839	2	1.08	1.42
Navalcarnero	71.251	1.5	2.10	0.40
AREA 9	324.899	5	1.53	1.90
Leganés	155.354	3	1.93	0.57
Fuenlabrada	169.545	2	1.17	1.33
AREA 10	261.031	5	1.91	1.20
Getafe	135.695	3	2.21	0.29
Parla	125.336	2	1.59	0.91
AREA 11	701.390	16	2.28	2.05
Aranjuez,				
Valdemoro y				
Ciempozuelos	118.168	2	1.69	0.81
Arganzuela	133.352	2	1.49	1.01
Carabanchel	213.391	5	2.34	0.16
Usera	113.173	4	3.53	-
Villaverde	123.306	3	2.43	0.07
TOTAL	5.012.351	101.5	2.02	19.18

TABLA 3. DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA ACTUALES Y NECESIDADES POR SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN TSI SEPTIEMBRE 2005

Servicios de Salud Mental de Distrito	Pobl. >18 TSI Septiembre 2005	Enfermería	Enfermería por 100.000 Hab.	Diferencia Enfermería actualidad/Objetivos PSM (2,5 por 100.000 Hab.)
NECESIDADES				
AREA 1	727.452	13	1.78	3.38
Arganda	135.801	2	1.47	1.03
Moratalaz	152.921	2	1.30	1.20
Retiro	121.039	3	2.47	0.03
Puente Vallecas	185.032	3	1.62	0.88
Vallecas Villa	132.659	3	2.26	0.24
AREA 2	444.788	8	1.79	2.24
Chamartín	136.597	2	1.46	1.04
Coslada	155.287	4	2.57	-
Salamanca	152.904	2	1.30	1.20
AREA 3	346.799	6	1.73	1.32
Alcalá	216.457	3	1.38	1.12
Torrejón	130.142	3	2.30	0.20
AREA 4	580.740	8	1.37	3.62
Barajas	44.484	1	2.24	0.26
Ciudad Lineal	271.963	3	1.10	1.40
Hortaleza	143.688	2	1.39	1.11
San Blas	120.605	2	1.65	0.85
AREA 5	721.004	13	1.80	3.09
Alcobendas	258.804	4	1.54	0.96
Colmenar	103.591	1	0.96	1.54
Fuencarral	209.147	4	1.91	0.59
Tetuán	149.462	4	2.67	-
AREA 6	617.187	12	1.94	1.76
Collado Villalba	219.399	4	1.82	0.68
Majadahonda	280.142	4	1.42	1.08
Moncloa	117.646	4	3.40	-
AREA 7	556.289	10	1.79	2.07
Centro	129.070	3	2.32	0.18
Chamberí	171.364	2	1.16	1.34
Latina	255.855	5	1.95	0.55
AREA 8	474.927	7	1.47	3.22
Alcorcón	167.318	3	1.79	0.71
Móstoles	219.727	3	1.36	1.14

Navalcarnero	87. 882	1	1.13	1.37
AREA 9	397. 719	7	1.76	1.42
Leganés	183. 467	4	2.18	0.32
Fuenlabrada	214. 252	3	1,40	1.10
AREA 10	318. 283	6	1.88	1.24
Getafe	161. 141	3	1,86	0.64
Parla	157. 142	3	1.90	0.60
AREA 11	834. 829	16	1.91	3.30
Aranjuez, Valdemoro y Ciempozuelos	148. 142	2	1.35	1.15
Arganzuela	155. 155	3	1.93	0.57
Carabanchel	247. 825	6	2.42	0.08
Usera	138. 915	2	1.43	1.07
Villaverde	144. 702	3	2.07	0.43
TOTAL	5. 012. 351	106	2.11	26.66

TABLA 4. TRABAJADORES SOCIALES ACTUALES Y NECESIDADES POR SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN TSI SEPTIEMBRE 2005

Servicios de Salud Mental de Distrito	Población total TSI Septiembre 2005	Trabajadores Sociales	Trabajadores Sociales por 100.000 Hab.
AREA 1	727. 452	12	1.64
Arganda	135. 801	1	0.73
Moratalaz	152. 921	3	1.96
Retiro	121. 039	3	2.47
Puente Vallecas	185. 032	3	1.62
Vallecas Villa	132. 659	2	1.50
AREA 2	444. 788	5	1.12
Chamartin	136. 597	1	0.73
Coslada	155. 287	2	1.28
Salamanca	152. 904	2	1.30
AREA 3	346. 799	3	0.86
Alcalá	216. 457	2	0.92
Torrejón	130. 142	1	0.76

AREA 4	580. 740	6	1.03
Barajas	44. 484	1	2.24
Ciudad Lineal	271. 963	2	0.73
Hortaleza	143. 688	2	1.39
San Blas	120. 605	1	0.82
AREA 5	721. 004	8	1.10
Alcobendas	258. 804	2	0.77
Colmenar	103. 591	1	0.96
Fuencarral	209. 147	2	0.95
Tetuán	149. 462	3	2
AREA 6	617. 187	5.5	0.98
Collado Villalba	219. 399	2	0.91
Majadahonda	280. 142	2	0.71
Moncloa	117. 646	1.5	1.27
AREA 7	556. 289	6	1.07
Centro	129. 070	2	1.54
Chamberí	171. 364	2	1.16
Latina	255. 855	2	0.78
AREA 8	474. 927	5	1.05
Alcorcón	167. 318	2	1.19
Móstoles	219. 727	2	0.91
Navalcarnero	87. 882	1	1.13
AREA 9	397. 719	4	1.00
Leganés	183. 467	2	1.09
Fuenlabrada	214. 252	2	0.93
AREA 10	318. 283	4	1.25
Getafe	161. 141	2	1.24
Parla	157. 142	2	1.27
AREA 11	834. 829	9	1.07
Aranjuez,			
Valdemoro y			
Ciempozuelos	148. 142	1	0.67
Arganzuela	155. 155	1	0.64
Carabanchel	247. 825	3	1.21
Usera	138. 915	2	1.43
Villaverde	144. 702	2	1.38
TOTAL	5. 012. 351	67.5	1.34

MÁS ALLÁ DE LOS NÚMEROS DEL PLAN DE SALUD MENTAL

El Problema actual de los SSM de Distrito no es solo un problema de número de profesionales por población asignada, sino el de hacer frente a una realidad asistencial que ha cambiado y el de hacerlo con un modelo coherente y con los profesionales adecuados para ello. Los SSM de Distrito nacieron para integrar la atención a los problemas de salud mental dentro del sistema sanitario y lo hicieron como un dispositivo especializado para implantar un modelo de atención comunitaria y hacerse cargo de la atención ambulatoria de las patologías psiquiátricas graves que se estaba haciendo en unidades hospitalarias y fuera del sistema sanitario. Pero también para asumir el papel que desempeñaban los neuropsiquiatras de zona que cubrían las demandas de patologías psiquiátricas menos graves y que constituían el segundo nivel de atención dentro del sistema sanitario. Dar cuenta de una y otra función debe seguir siendo la tarea de los SSM de Distrito. Es preciso redefinir y recuperar el funcionamiento por programas y seguramente hacer agrupaciones diferentes a las que se hicieron en su momento. Lo que no parece viable es un programa para cada problema, trastorno o síntoma diana. El modelo de consulta específica, que se ha planteado como alternativa, no permite resolver las necesidades asistenciales de la mayoría de los pacientes que se atienden en los SSM de Distrito, en los que en su manejo y evolución, aparte de la psicopatología de base, tienen mucho peso los recursos psicológicos de afrontamiento, el nivel de adaptación psicosocial y las redes de apoyo social con las que cuentan.

El incremento de nivel de vida de la población ha incrementando las demandas en salud mental y las demandas de atención especializadas y específica. Las ratios de profesionales establecidas hace más de 20 años no se corresponden con las necesidades actuales. Las listas de espera crecientes no se van a poder enjugar aportando los profesionales que faltan para cumplir los objetivos del Plan. La mayor parte de los trastornos psiquiátricos severos y con tendencia a la cronicidad precisan tratamientos combinados e intervenciones psicosociales. Si a esto le añadimos que las demandas ligadas a la confluencia de insuficiencias de la personalidad y situaciones estresantes vitales han crecido proporcionalmente mucho más, el resultado es un incremento muy importante de las necesidades de intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas. Si la ratio de 5 psiquiatras por cien mil habitantes se ha quedado insuficiente, la ratio de 2.5 psicólogos por cien mil habitantes hace prácticamente inviable el abordaje integral de la mayor parte de la demanda, y se debería plantear ir a ratios similares a las de los psiquiatras. Lo mismo podemos decir de la atención a las patologías severas crónicas. Con un incremento grande de los dispositivos de Rehabilitación y de los pacientes atendidos en los mismos, el punto débil de la atención está, en este momento, en los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los SSM de Distrito, debido a la insuficiencia de profesionales, especialmente de enfermería y trabajo social.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

CAMAS TOTALES

El Plan de Salud Mental (PSM) estima como necesarias 12 camas por cien mil habitantes en unidades de hospitalización breve para cubrir las necesidades de la población. No se conoce la metodología empleada para determinar esa estimación de necesidades. Desde luego queda muy lejos de las propuestas por la AEN (20 camas por cien mil habitantes) o de la media europea (dos a cuatro veces más). En cualquier caso en una estructura asistencial como la red de salud mental es difícil calcular y posteriormente analizar las necesidades de camas, plazas o profesionales de un solo recurso de manera aislada.

En la tabla 5 aparece la evolución del número total de camas, y camas por cien mil habitantes desde el año 2000 hasta la actualidad. Si bien el número total de camas en UHB ha aumentado desde el año 2000 de 425 a 454 este aumento no ha sido proporcional al crecimiento de la población, encontrándonos en el 2005 con una estimación de camas por cien mil tarjetas sanitarias de 9,05, peor situación que hace cinco años (10,6 X 100.000 habitantes). Para cumplir los objetivos del Plan de Salud Mental de 12 camas por cien mil habitantes serían necesarias alrededor de 601 camas es decir que actualmente hacen falta alrededor de 147 camas. La Consejería de Sanidad y Consumo tiene pre-

visto la puesta en marcha de siete nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid que según el número de Junio de 2005 de su Boletín de Comunicación entrarían en funcionamiento en su mayoría en el 2007. Es decir que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental tiene todavía un margen para acercarse a los objetivos del Plan si en este tiempo consigue convencer a los máximos responsables de la necesidad de apertura de unidades de hospitalización psiquiátrica en estos nuevos hospitales y reordenar el resto de camas

CAMAS HOSPITAL GENERAL/ CAMAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

El PSM tiene además como objetivo que el total de estas hospitalizaciones sea en hospitales generales. Respecto al número de camas en hospitales generales frente a los hospitales psiquiátricos la situación ha mejorado notablemente desde la puesta en marcha del Plan de Salud Mental con la apertura de las unidades de los hospitales de Alcorcón, Severo Ochoa de Leganés, Fuenlabrada y La Paz. No obstante todavía quedan 91 camas de agudos (un 20% del total) en hospitales psiquiátricos repartidas entre el Hospital Lafora y el Centro asistencial Benito Menni de Ciempozuelos, lo que significa una población de referencia en torno a 800.000 habitantes.

TABLA 5. CAMAS ACTUALES Y NECESIDADES POR ÁREAS SANITARIAS SEGÚN TSIDIC 2005

	Distritos de cobertura	TSI >18 a Septiembre 2005¹	Nº Camas	Camas /100.000 hab año 20002	Camas /100.000 TSI 2005	Nº camas para objetivo PSM	Diferencia camas Actual/ objetivo PSM
TOTAL		5.012.356	454	10,6	9,05	601,48	147,48
ÁREA 1							
H.G.U.G. Marañón	Arganda, Moratalaz, Retiro Vallecas	601.733	75	14,6	12,46	72,20	+2,79
ÁREA 2							
H. de la Princesa	Coslada, Salamanca, Chamartin.	378.947	24	7,3	6,33	45,47	-21,47
ÁREA 3							
H. Príncipe de Asturias	Torrejon y Alcala	282.425	15	7,4	5,3	33,89	-18,89
ÁREA 4							
H. Ramón y Cajal	Barajas y Hortaleza	157.501	24	17,1	15,2	18,9	+5,08
H. Lafora	C. Lineal y San Blas	331.790	36	15,83	10,85	39,81	-3,81
AREA 5							
H. La Paz y H. Lafora	Alcobendas, Colmenar, Fuencarral y Tetuán	597.124	56 (21 en La Paz y 35 en Lafora)	15,83	9,37	71,65	-15,65
ÁREA 6							
H. Puerta de Hierro	Collado, Majadahonda y Moncloa	489.291	22	6,8	4,49	58,71	-36,71
ÁREA 7							
H. Clín. San Carlos	Area 7 (Chamberí y Latina) y Área 11 (Carabanchel)	586.502	55	10,4	9,37	70,38	-15,38
Fund. Jiménez Díaz	Área 7 (Centro) y Área 11 (Arganzuela)	248.294	19	5,8	7,65	29,79	-10,79

AREA 8

H. Mostoles	Mostoles	183.839	20	13,6	10,87	22,06	-2,0
H.Alcorcon	Alcorcon y Navalcarnero	212.614	24	10,14	11,28	25,51	-1,51

AREA 9

H. Severo Ochoa	Leganes	155.359	18	10,15	11,58	18,64	-0,64
H Fuenlabr	Fuenlabrada	169.545	16	10,15	9,43	20,34	-4.34

AREA10

H. Getafe	Getafe y Parla	261.031	12	6,2	4,5	31,3	-19.32
-----------	----------------	---------	----	-----	-----	------	--------

AREA 11

H 12 de Octubre y C.A. Benito Menni	Usera, Villaverde y Aranjuez	341.959	40(20 en 12 de oct. Y 20 en B.Menni)	14,9	11,69	41,03	-1,03
--	------------------------------------	---------	---	------	-------	-------	-------

1. Fuente: TSI Septiembre 2005

2. Datos: Memoria de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental. Año 2000. No incluye Alcoholología ni UDA

3. Datos del Hospital Psiquiátrico de Madrid. Incluye camas de alcoholología, UDA y toxicomanías.

4. Datos de la UHB del Instituto Psiquiátrico José Germain.

NÚMERO DE CAMAS POR ÁREA SANITARIA

Como se observa en la tabla 5 en la mayoría de las áreas sanitarias ha disminuido la ratio de camas por cien mil habitantes. Solo han mejorado su situación Alcorcón y el Área 9 (tomada en conjunto) respecto a cuando ingresaban en la UHB del Instituto Psiquiátrico José Germain y la Fundación Jiménez Díaz ampliando el número de camas por habitación. Aún así en este último hospital el alivio es poco y continua en el rango bajo de camas con 7,65 x 100.000 TSI.

Los datos muestran la existencia de grandes diferencias entre unas áreas sanitarias y otras con un rango que oscila entre las 15,2 x 100.000 del Hospital Ramón y Cajal y las 4,49 del Hospital Puerta de Hierro. Los hospitales de Getafe, Alcalá, Puerta de Hierro y La Princesa son los que menor número de camas tienen en relación a su población de referencia situándose (menos de la mitad de las necesarias). No podemos demostrarlo, pero imaginamos que los dos últimos se ven aliviados en parte por el mayor poder adquisitivo de sus poblaciones que en parte utilizan recursos privados. En cualquier caso creemos que el Sistema Nacional de Salud debe dar respuesta a todos los segmentos sociales so pena de terminar con los principios fundamentales del mismo. Trabajar en áreas sanitarias con esa baja tasa de camas repercute no solo en la presión asistencial de los hospitales y servicios de urgencias sino en el resto de los dispositivos.

En la columna de la derecha de la tabla 5 aparecen el número de camas que se necesitarían para cumplir los objetivos del Plan de 12 camas por cien mil habitantes en cada una de las áreas sanitarias. Se puede ver que en algunos hospitales las necesidades doblan el número de camas actuales. Los planes de construcción de nuevos hospitales para el 2007 pueden aliviar el problema de camas de alguna de estas áreas. A excepción del nuevo Hospital de Puerta de Hierro, el resto de hospitales planificados son de pequeño tamaño, entre 100 y 240 camas para el conjunto de especialidades. El ejercicio aquí es saber si hay voluntad política para cumplir el Plan y planificar la apertura de las unidades de psiquiatría correspondientes desde este momento. Los hospitales previstos para Parla y Coslada podrían solucionar los problemas de camas de Getafe y La Princesa y el de Alcobendas podría además de solucionar los problemas del Área 5 reducir el número de camas de agudos del Hospital Psiquiátrico. Más difícil de imaginar es qué va a pasar con los hospitales de Vallecas y Arganda cuyos habitantes ingresan actual-

mente en el Gregorio Marañón, cómo se va a solucionar el problema de Alcalá y la Fundación Jiménez Díaz o saber si la población de Ciudad Lineal y San Blas podrán contar con un hospital general para sus ingresos. El nuevo Hospital Puerta de Hierro va a atender a una de las zonas de mayor crecimiento demográfico de la Comunidad de Madrid que ya con la población actual necesitaría una unidad de alrededor de 60 camas.

No queremos pasar por alto el hecho de que los nuevos hospitales planificados se desarrollaran bajo el marco de las nuevas modalidades de gestión. Creemos que el funcionamiento de estos hospitales como unidades independientes de financiación proveedoras de servicios son una amenaza para el trabajo coordinado que requiere la red de salud mental. No cabe imaginar cómo un hospital puede tomar sus decisiones estratégicas en materia de salud mental sin trabajar con los recursos ambulatorios, es decir sin gestionarse el conjunto de dispositivos de cada área como un todo. Esa fue la amenaza que hubo en el Área 9 con la apertura de la Unidad de Fuenlabrada y que se solucionó con un acuerdo entre el Hospital de Fuenlabrada y la gerencia del Instituto

INTERCONSULTA

El Plan de salud Mental no establece indicadores del número de profesionales que deben existir en los programas de interconsulta y enlace ni establece prioridades sobre que actividades de enlace deben desarrollarse. En general, se puede desprender de las ratios y perfiles de los profesionales que esta actividad está muy poco desarrollada, con una actividad centrada en la demanda de interconsulta de los distintos servicios y con escasos programas de enlace. Tan solo se dedican a interconsulta alrededor de 25 psiquiatras, 5 psicólogos y 3,5 enfermeros. En algunos casos la ausencia de psicólogos se cubre con personal a cargo de otros servicios (por ejemplo psicólogos trabajando en servicios de oncología) sin que esté regulada su contratación y selección.

CONSULTAS EXTERNAS

Existen actualmente ocho hospitales que cuentan con consultas externas. No existen en Alcalá, Leganés, Fuenlabrada, Getafe, Alcorcón, Móstoles y los hospitales monográficos. Es decir la existencia de estas consultas suele ser en los hospitales de mayor antigüedad, mayor capacidad y generalmente universitarios y

con plantillas mejor dotadas. Cabe preguntarse la pertinencia de la existencia de estas consultas, el peso real en la asistencia y si su funcionamiento supone una complementariedad con los servicios de salud mental de distrito o por el contrario generan distorsiones en el funcionamiento de la red. En general estas consultas externas ofrecen intervenciones que se podrían desarrollar adecuadamente en los centros de salud mental y su permanencia parece tener que ver más con la herencia arrastrada y las necesidades de los profesionales que con factores asistenciales o capacidad tecnológica de los hospitales. El modelo de consultas externas lejos de extinguirse, parece estar potenciándose con la creación de unidades o programas específicos (unidades de trastornos de personalidad, de trastornos bipolares, de primeros brotes, etc) en los que los criterios de accesibilidad vienen marcados por el que las diseña.

RECURSOS HUMANOS

El número de profesionales, como se puede ver en las tablas 6, 7 y 8 es muy desigual según los hospitales existiendo a grandes rasgos dos tipos de hospitales. Aquellos de creación más recientes con una media de cuatro psiquiatras y ningún psicólogo, que se tienen que ocupar de la planta, interconsulta y urgencia, repartiéndose como pueden el trabajo en las vacaciones, cursos o congresos. Y otros con una dotación más generosa de psiquiatras, donde existen consultas externas, y que pueden tener en la plantilla algún psicólogo. Estos últimos hospitales suelen tener además residentes por tiempo más prolongado. Esto supone una clara desigualdad en la carga asistencial según el hospital. La presencia de psicólogos en los hospitales es testimonial (15 psicólogos en todo Madrid) y no es la norma pensar en este tipo de profesionales cuando se abre un nuevo hospital. El personal de enfermería se ha contado por número de plazas en los tres turnos y su reparto es más homogéneo. Los terapeutas ocupacionales en las unidades de agudos siguen siendo una rara excepción y por eso no figuran.

TABLA 6. RECURSOS HUMANOS DE LA UHB, CAMAS, ESTANCIA MEDIA Y URGENCIAS (MODIFICADO DEL BORRADOR DE LA MEMORIA DE 2004 DE LA OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL)

	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeras	camas	Estancia media	Urgencias/día
H.G.G.M	16	2	21	75	15,10	13,88
H. La Princesa	3	0,5	5	24	20	4,55
Alcala	2	0	4	15	18	8,56
H.R. y Cajal	3,5	0,5	9	24	20,31	11,05
H. La Paz	3	0	9	21	15,2	11,86
H Lafora	9	2	12	71		
H.P.Hierro	3	0	5	22	11,59	
H. Clínico	6	0	21	55	15,4	7,3
F. J. Díaz	2	0	6	19		
H.F. Alcorcón	2	0	7	24		
H. Móstoles	3	0	8	20	17	
H Sev Ochoa	2	0	8			
H Fuenlabrada	2	0	6			
H. Getafe	2	0	4	12	12,8	13
H. Doce Octubre	2,5	0	6	20	18,79	11,66
C.A.B. Menni	2,5	0	3	20	27,11	

TABLA 7. RECURSOS HUMANOS DE LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA Y CONSULTAS EXTERNAS

	Psiquiat interconsulta	Primeras interconsultas	Psiqui consulta extern	Psicólogo interconsulta	Psicólogo consulta externa	p. enfermería
H.G.G.Marañón	2		2	2		0
H. La Princesa	1,5	389	1,5		0,5	1
H. P. Asturias	1	283	0	0	0	0
H. Ramón y Cajal	3	603	2,5	0,5	0,5	0
H. La Paz	3	670	1,5		1	1
H.Puerta de Hierro	1		0	0	0	0
H. Clínico	4	830	3	1	1	
F. Jiménez Díaz	1		1	0	1	0
H. Móstoles	1	297	0	0	0	0
H. Severo Ochoa	3	817	0	0	0	0
H. Getafe	1		0	0	0	0
H. Doce Octubre	2,5	775	2,5	0,5	0,5	1,5

TABLA 8. PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS TOTALES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

	camas	Psiquiatras	Psicólogos	Facultativos x 100.000 TSI
H.G.G.M	75	23	4	4,5
H. La Princesa	24	7	1	2,1
H. P. Asturias	15	4	0	1,14
H.R. y Cajal	24	10	3	8,25
H. La Paz	21	9,5	1	
H Lafora	71	14	2	
H.P.Hierro	22	5	0	1,02
H. Clínico	55	14	2	2,7
F. J. Díaz	19	4	1	2,0
H.F. Alcorcón	24	4	0	1,9
H. Móstoles	20	4	0	2,1
H Severo Ochoa		5	0	3,2
H Fuenlabrada		4	0	2,3
H. Getafe	12	3	0	1,14
H. Doce Octubre	20	8	1	3,3
C.A.B. Menni	20	2,5	0	
TOTAL		121	15	

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

En pocos años se han ido implantando hospitales de día en casi todas las áreas de la Comunidad de Madrid, lo que sin duda supone un avance significativo en la atención a los pacientes con trastornos mentales graves.

Pero sin embargo, el reparto de plazas no es equitativo, el número de ellas por 100000 habitantes es muy diferente en las distintas áreas, como se ve en la tabla de hospitales de día: el área 5 aún no tiene y en las áreas 4, 9 o 10 hay menos de la mitad de plazas que en la 2, 3, 7 u 8.

Y además, la comparación de los recursos humanos en cada una hace dudar de que se trate del mismo tipo de dispositivos. Esta disparidad entre centros a los que se denomina hospitales de día no es nueva. Ya en 1998, preocupados por la ambigüedad del término y por la diferencia entre hospitales de día del estado español, se formó en la AEN un grupo de trabajo, desde el que se dieron algunas directrices sobre lo que sería necesario ofrecer para que un hospital de día pudiera acreditarse como tal. Poco después se redactó en INSALUD una “guía de gestión para la hospitalización de día psiquiátrica” y posteriormente, en el plan de Salud Mental la Comunidad de Madrid 2003-2008, se incluyó un apartado sobre hospitales de día. Los tres documentos coinciden en que deben contar con un equipo multidisciplinar con psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales o tiempo acreditado de los que trabajan en el área (1).

Varios de los hospitales de día actuales están infradotados, así, en lo que respecta a psicólogo/psiquiatra es especialmente llamativo el caso del área 2, con un cuarto por diez pacientes, seguido del área 8 y el hospital de día de Chamberí con poco más de medio, lejos del aproximadamente 1 del resto de centros. Tampoco hay equidad en el resto de personal, la diferencia en el número de enfermeras, con 1.6 en el área 6 y 0.33 en las áreas 7 u 11 es muy importante, pero la mayor desigualdad está en la presencia o no de terapeutas ocupacionales y en la acreditación de tiempo de trabajadores sociales, inexistentes ambos en muchos hospitales de día. Sorprenden estas diferencias entre los recursos de las distintas áreas y entre los existentes con lo considerado necesario en los documentos sobre hospitales de día de INSALUD y Comunidad.

No sólo nos hacen plantearnos que tengan funcionamientos muy dispares sino, en algunos casos, dudar que puedan cumplir la función de los hospitales de día, el tratamiento activo e integral de pacientes con trastornos mentales en régimen de día, que incluyen tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, atención familiar y tratamientos biológicos, así como actividades socioterápicas. Para esto es necesario un mínimo de profesionales capacitados que no encontramos en todos los centros considerados hospitales de día en Madrid.

Sabemos que bajo este nombre se están agrupando servicios muy diferentes: en algunos casos se ofrecen tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos a medio plazo, en otros tratamiento postalta; unos admiten pacientes graves con diagnósticos diversos, como trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, otros son monográficos; en unos se expulsa a los pacientes si no cumplen las normas y hacen, por ejemplo, intentos de suicidio o consumen tóxicos, mientras que otros incorporan estas conductas dentro del plan de tratamiento. Además unos son públicos y otros concertados, con diferente grado de coordinación con el resto de recursos del área, y mayores dificultades para la continuidad de tratamiento cuando la coordinación no es estrecha.

Así que un paciente que lo requiera será derivado o no a un hospital de día en función de la zona de Madrid en que viva, una vez derivado tendrá más o menos lista de espera, probablemente más cuantas menos plazas haya, y una vez admitido le ocurrirán cosas muy distintas, no sólo en el tipo de tratamiento que reciba, sino en las posibilidades de ser expulsado si infringe las normas.

Esto es especialmente importante para los pacientes con trastornos de la personalidad grave, una de los mayores retos que se nos plantean actualmente, en los que el tratamiento psicoterapéutico en hospital de día en algunos periodos de su evolución parece que puede mejorar el pronóstico. Además, en su tratamiento y también en la salud mental de los encargados de realizarlo está incidiendo negativamente que los equipos se formen sin pedir perfil profesional, con lo que tienen que hacerse cargo de tratamientos difíciles y al menos teóricamente muy especializados.

(1) Hubo acuerdo en el número de psiquiatras/psicólogos en los dos primeros documentos se consideró el mismo: 1 por 10 plazas, con el resto de profesiones no hubo tanto acuerdo, pero sí hay mínimos que son compartidos (en el grupo de la AEN se preveían, para 30 plazas, 2 enfermeros, un terapeuta ocupacional, otros 2 profesionales con titulación que suponga formación y capacitación para el desarrollo de los programas de tratamiento de día, 1 trabajador social o tiempo acreditado del o los trabajadores sociales del área. En la guía del INSALUD, también para 30 plazas, se calculaban: 3 personas de enfermería, al menos una de ellas enfermera; 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajador social disponible. En el Plan de la Comunidad de Madrid se considera necesario un equipo multidisciplinar con psicólogos, psiquiatras, enfermeros terapeutas ocupacionales etc.)

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS Y RECURSOS HUMANOS EN HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

Hospitales de día de adultos de Área	Plazas	Plazas/100000 habitantes	Psiquiatras /10 plazas	Psicólogos /10 plazas	DUEs /10 plazas	Trabajadores sociales /10 plazas	Terapeutas ocupacionales/10 plazas
1	24	3,99	0,83	0,42	0,42	0	0,42
2	35	9,23	0	0,28	0,57	0,28	0,85
3	20	7,08	1	0,15	0,5	0	1
							0.5 monitora de terapia ocupacional
4	15	3,06	0,66	0,33	1,33	0,66	0,66
5	-	-	-	-	-	-	-
6	25	5,10	0,8	0	1,6	0	0
7 Clínic	35	7,15	0,57	0,28	0,28	0	0
7 Chamberí	30	6,13	0,33	0,33	0,33	0,16	0,66
8	30	7,57	0,33	0,33	0	0,33	0,33
							(auxiliar clínica)
9 y 10	30	5,12	0,66	0,33	0,66	0	0
11	30	4,28	0,66	0,33	0,33	1	0,66

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

El plan de salud mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, recoge que la atención a los menores de 18 años debe realizarse en una red única de atención psiquiátrica y salud mental, cuyo fin es la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales, por medio de un programa asistencial diferenciado, que se llevará a cabo en los siguientes recursos.

1. Los equipos de salud mental infanto-juvenil de distrito, deberían estar formados por un Psiquiatra por cada 20.000 menores de 18 años, un psicólogo por cada 25.000, un trabajador social y enfermera, teniendo cada uno de ellos una dedicación plena al programa de infantil. La mayoría de los distritos cuentan con al menos un psiquiatra y psicólogo, aunque en algunos casos su dedicación al programa infantil es a tiempo parcial por atender también a la población adulta. Esta situación que es excepcional para psiquiatras y psicólogos, es lo habitual para trabajadores sociales y DUEs, cuya ocupación en infantil es de un 15 a un 50% y son muy pocos los equipos infantiles que disponen de uno de estos profesionales al 100%. La dotación de personal en los diferentes equipos de infantil de distrito es muy diferente entre unos y otros, aunque en los últimos años se han incrementado las plazas de infantil, siguen estando infradotados de personal en la mayoría de los distritos (tabla 10). Son importantes y necesarias las diferentes funciones que lleva a cabo cada uno de los profesionales del equipo de infantil para el desarrollo de la actividad asistencial y la realización de las variadas coordinaciones interinstitucionales; imprescindibles en la mayoría de los casos con alguno de estos servicios: sanitarios (atención primaria y otros servicios de atención especializada), servicios sociales (generales y especializados, I.M.M.F.), con los equipos educativos, con la administración de justicia y con otras instituciones.
2. La interconsulta hospitalaria de niños y adolescentes, está implantada en casi todos los hospitales generales de Madrid, con diferente número de profesionales en cada uno de ellos.
3. Unidades de hospitalización breve para menores de 12-17 años, con 20 camas en el Hospital Gregorio Marañón (áreas 1,3,4,5,6,9,11) y 17 camas en el Hospital Niño Jesús (áreas 2,7,8,10). Habitualmente estas camas cubren las necesidades de ingreso psiquiátrico para estas edades (tabla 11).
4. La hospitalización de niños menores de 12 años con trastornos mentales, se realiza en el servicio de pediatría del Hospital Niño Jesús, en 6 camas destinadas a este fin (tabla 11).
5. Hospitales de día para niños y adolescentes con plazas diferenciadas por edades: de 0-6 años, de 6-12 y de 12-17, distribuidas en 5 hospitales de día, Hospital Niño Jesús, H. Pradera de San Isidro en Carabanchel, H. Montreal y dos nuevos creados en últimos años en Alcalá de Henares y Puente Vallecas (tabla 12). En la actualidad disponemos de 35 plazas para niños de 6-12 años y 95 plazas de 12-17 años. En los últimos años la Oficina Regional de Salud Mental ha aumentado el número de plazas para mayores de 12 años, pues estamos asistiendo a niños y adolescentes que presentan graves trastornos de conducta y de personalidad, que requieren una atención intensiva y prolongada en el tiempo, fundamental e indispensable para evitar y prevenir patologías más graves en la edad adulta. De 0-6 años, solo existen 10 plazas en Hospital Niño Jesús para toda la comunidad de Madrid. Estas plazas son insuficientes para cubrir las necesidades, quedando desatendidas las patologías infantiles más graves (autismo, psicosis, trastornos generalizados del desarrollo) que precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo (varias horas de atención especializada diaria), continuado, polivalente e integrado. Para poder realizar un tratamiento adecuado se precisa de hospitales de día, unidades o lugares de tratamiento intensivo, reuniendo a diferentes profesionales y coordinando las actuaciones de: psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, maestros, logopedas, psicomotricistas. Aunque estos recursos suponen un coste económico elevado en personal e infraestructuras, son imprescindibles para conseguir una evolución más

favorable y menos invalidante para estos niños, gravemente enfermos, y con los que tenemos la obligación de ofrecer el mejor y más eficaz tratamiento. La Oficina Regional de Salud Mental tiene prevista la creación de dos hospitales de día para niños de 0-6 años en Vallecas y Parla.

6. Dispositivos sanitarios de internamiento de media y larga estancia (comunidades terapéuticas), en estos momentos no existen ninguno en la comunidad de Madrid. Está prevista la creación de un centro residencial terapéutico para menores con trastornos mentales que precisan un internamiento prolongado.

Además de suficientes recursos humanos y de infraestructura para ofrecer una atención de calidad, es preciso contar con profesionales bien formados, con programas de estudios en psiquiatría infantil, homogéneos, en centros acreditados y reconocidos dentro de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente.

Ante la falta de una formación homogénea y de calidad en centros acreditados, se produce la contratación de psiquiatras sin conocimientos ni formación específica, para cubrir plazas en dispositivos asistenciales que requieren experiencia y formación en psiquiatría infantil. Ofrecer una atención de calidad en salud mental infanto-juvenil es tarea de todos, pues es sabido que la mejor prevención de la patología severa en la edad adulta empieza por una buena asistencia en la infancia y adolescencia.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS PROGRAMAS DE INFANTO-JUVENIL DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Centro de Salud Mental	Psiquiatras infantiles	Objetivo según el plan: 1/20000	Diferencias entre la realidad y el plan	Psicólogos infantiles	Objetivo según el plan: 1/25000	Diferencias entre la realidad y el plan
AREA 1						
Arganda	1	1,48	- 0.48	1	1,19	- 0.19
Moratalaz	1	1,3	- 0.3	2	1,04	+ 0.96
Retiro	1	0,79	+ 0.21	1	0,63	+ 0.37
Puente Vallecas	2	1,59	- 0.41	1	1,27	- 0.27
Vallecas -villa	1	1,31	- 0.31	1	1,04	- 0.04
AREA 2						
Chamartin	1	0,92	+ 0.08	1	0,74	+ 0.26
Coslada	1	1,46	- 0.46	1	1,17	- 0.17
Salamanca	1	0,90	+ 0.10	1	0,72	+ 0.28
AREA 3						
Alcala	1	2,14	- 1.14	2	1,72	+ 0.28
Torrejon	1	1,07	- 0.07	1	0,86	+ 0.14
AREA 4						
Barajas	0	0,37	- 0.37	1	0,30	+ 0.70
Ciudad Lineal	2	1,97	- 0.03	2	1,58	+ 0.42
Hortaleza	2	1,16	- 0.84	1	0,92	+ 0.08
San Blas	2	1,06	- 0.94	1	0,85	+ 0.15
AREA 5						
Alcobendas	1	2,54	- 1.54	2	2,03	- 0.03
Colmenar Viejo	1	1,16	- 0.16	1	0,92	+ 0.08
Fuencarral	2	1,56	- 0.44	2	1,25	+ 0.75
Tetuan	2	0,93	+ 1.07	3,5	0,74	+2.76
AREA 6						
Villalba	2	2,41	- 0.41	0	1,92	- 1,92
Majadahonda	1	3,11	- 2.11	2	2,49	- 0.49
Moncloa	1	0,85	+ 0.15	0	0,68	- 0.68
AREA 7						
Centro	0,5	0,71	- 0.21	0,5	0,56	- 0.06
Chamberí*		0,95			0,76	
Latina*	1	1,68	- 0.68	1	1,35	- 0.35
AREA 8						
Alcorcon	1	1,30	- 0.30	1	1,04	- 0.04
Mostoles	2	1,79	+ 0.21	2	1,43	+ 0.57
Navalcarnero	0,5	0,83	- 0.33	0,5	0,66	- 0.16

AREA 9

Leganés	1	1,40	- 0.40	3	1,12	+ 1.88
Fuenlabrada	2	2,23	- 0.23	3	1,79	+ 1.21

AREA 10

Getafe	1	1,27	- 0.27	2	1,02	+ 0.98
Parla	0,5	1,59	- 1.09	1	1,27	- 0.27

AREA 11

Aranjuez, Valdemoro, Cienpозuelos	2	1,50	+ 0.50	1	1,20	- 0.20
Arganzuela	1	1,09	- 0.09	1	0,87	+ 0.13
Carabanchel	2	1,72	+ 0.38	2	1,38	+ 0.62
Usera	0,5	1,29	- 0.79	2,5	1,03	+ 1.47
Villaverde	2	1,07	+ 0.93	2	0,85	+ 1.15

En Chamberí y Latina la población de adultos es a partir de los 17 años. Los menores de 16 se atienden en el hospital Clínico San Carlos

Tabla 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS Y RECURSOS HUMANOS DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

UHB infanto-juvenil	Áreas de referencia	Camas	Psiquiatras	Psicólogos	DUEs	Trabajadores Sociales	Auxiliares clínicos	Profesores
H. Gregorio	Áreas							
Marañón (Unidad de adolescentes)	1,3,4,5,6,9,11	20	4	2	8	1	0	0
Hospital	Áreas							
Niño Jesús	2,7,8,10	17 (12 a 18 años)	(2 en la UHB) 4(1 Jefe)	3,5 (1 neuropsicólogo)	5	1	5	2
	Todo Madrid	6 (< 12 años)	(1 en cons. ext.)					

Tabla 12. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS Y RECURSOS HUMANOS DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL INFANTO-JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Hospitales de día Infanto-Juveniles	Áreas de referencia	Plazas	Psiquiatras	Psicólogos	Auxiliares	DUEs	Maestros	Monitores	Terapeutas ocupacionales
Hospital Niño Jesús	Todo Madrid	15 (<6a)	1	0	2	0	1	0	0
		10 (>6a)	1/2	1/2	0	1	0	0	0
"Norte"	<12 años: todo madrid	15	2	2	0	1	0	0	0
	>12años: areas 5,6,7	15							
Carabanchel (Pradera San Isidro)	<12años: todo madrid	20	2	5 (2 a tiempo parcial	0	0	4	0	
	>12años: areas 8,11	20		con adultos)					
Puente de Vallecas	>12años: areas 1,9,10	30	2	1	0	1	4	1	1
Alcalá de Henares	>12años: areas 2,3,4	15	1	1	A tiempo parcial con adultos	A tiempo parcial con adultos			

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

A) *RATIO DE PLAZAS, LISTA DE ESPERA, ACCESIBILIDAD*

CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (CRPS)

El Plan de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (en esta sección cuando se habla de Plan se refiere a este) se plantea una ratio mínima a alcanzar de 30 plazas por 100.000 hb. El documento de la AEN sobre rehabilitación psicosocial se planteaba una ratio mínima de 20 y óptima de 50 plazas por 100.000.

Actualmente existen 16 CRPS (2 dependientes de sanidad), con 1214 plazas y una ratio media de 29 plazas por 100.000 hb (tabla 13). El Plan se plantea llegar a 22 CRPS con 1750 plazas.

Durante el 2006 está prevista la apertura de 5 nuevos CRPS con 340 aprox. (Alcorcón, Vallecas, Villaverde, Majadahonda, Mostoles). Si se llevaran a cabo estas aperturas, quedarían por abrir 3 CRPS y 270 plazas durante el 2007 para cumplir el Plan.

Resumiendo:

- Los distritos en peor situación con respecto a déficit de plazas de rehabilitación psicosocial hay son: Chamartín, Salamanca en el área 2 y Tetuán en el área 5. En estos distritos no hay planes de apertura de CRPS por parte del Plan y están utilizando San Enrique, cuya ratio de plazas es de 13,09 por 100.000, esto sin entrar a debatir si su intervención es equivalente a la CRPS. ¿Es esto consecuencia de tener 2 Planes?
- Otras áreas con posible déficit de plazas de rehabilitación psicosocial, incluso aunque se cumplieran los planes de apertura de centros para el 2007 son las áreas 1, 8 y 9.
- Área 1. Actualmente tiene 2 CRPS y una ratio de 36 plazas por 100.000 hb. Sin embargo, hay que tener en cuenta que uno de los CRPS se encuentra en

Arganda y es de difícil acceso, por lo que la mayor parte de las derivaciones se realizan al CRPS de Retiro, que tiene una lista de espera de 50 personas, lo que significa no menos de 18 meses de espera. ¿Con la apertura del CRPS previsto en Vallecas prevista para 2006 se cubre este déficit? Se pasaría a una ratio de 56,25 plazas por hb para los distritos de Vallecas, Retiro y Moratalaz pero, ¿se reduciría la lista de espera lo suficiente?

- Áreas 8 y 9. Actualmente atendidos por CRPS de IPJG de Leganés (Salud Mental) con una ratio de 14,3 plazas por 100.000 hb. La apertura prevista para 2006 de un CRPS en Móstoles y otro en Alcorcón (ambos de 60 plazas) supondría que, si fuera a atender únicamente al área 8, una ratio de 37,7 plazas por 100.000 en esa área, lo que superaría el mínimo de plazas que se propone el Plan pero sin plazas para el área 9. En el caso de que esas plazas fueran compartidas por ambas áreas la ratio de plazas por 100.000 hb sería de 20,2, que no alcanzan el mínimo que se propone el Plan.
- Otras áreas en situación deficitaria actualmente, ya sea por la ratio (área 6), ya sea por la lista de espera (áreas 11 y 7), tienen prevista la apertura de un CRPS en cada una (en 2006 prevista apertura en Majadahonda-área 6, en Villaverde-área 1; y el antes del 2007 el Plan tiene prevista apertura de CRPS en Latina).
- Listas de espera (personas en lista de espera a 31 de Marzo de 2006). Los CRPS donde hay una mayor lista de espera son los que pertenecen al área 1 (CRPS Retiro, 50 personas), al área 11 (CRPS Carabanchel, 21 personas; CRPS Los Cármenes, 17 personas) y el área 7 (CRPS Vázquez de Mella, 19 personas). En estas 3 áreas el Plan tiene prevista la apertura de un CRPS en cada una antes de 2007.

TABLA 13. CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

CRPS	Plazas	DISTRITOS	Pob 18-65 a1 (padrón 2003)	Plazas x 100.000
Retiro	90	AREA 1 Retiro , Vallecas, Morataláz	383.675	23
Arganda	80	AREA 1 Arganda (y apoyo Vallecas, Moratalaz y Retiro)	78.490	50
San Enrique (depende de Sanidad)	64	AREA 2 Salamanca y Chamartin AREA 5 Tetuán, Fuencarral	488.612	13.09
San Fernando	80	AREA 2 Coslada	107.045	72
Alcala	90	AREA 3 Alcalá de Henares	154. 682	58
Torrejón	60	AREA 3 Torrejón de Ardoz	75.588	80
Elipa	90	AREA 4 (toda)	370.565	48
Hortaleza	90	AREA 4 (toda)	370.565	48
Alcobendas	80	AREA 5 Alcobendas, Colmenar Viejo	239.822	33
Martínez Campos	90	AREA 6 Moncloa, Collado V, Mahalahonda AREA 7 Chamberí	487.494	46
Vázquez Mella	90	AREA 7 Centro, Latina	269.347	33
IPJG Leganés (depende de sanidad)	90	AREAS 8 Y 9	627.580	14,3
Getafe	90	AREA 10 (toda)	212.756	42
Carabanchel	60	AREA 11 Carabanchel, Usera, Arganzuela y Villaverde	411.371	36
Los Carmenes	90	AREA 11 Carabanchel, Usera, Arganzuela y Villaverde	411.371	36
Aranjuez	60	AREA 11 Aranjuez	83.328	71

CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

EL Plan se plantea una ratio mínima a alcanzar de 15 plazas por 100.000 hb. El documento de la AEN se planteaba una ratio mínima de 15 y óptima de 30 plazas por 100.000.

Actualmente existen 8 CRL, con 390 plazas y una ratio media de 10 plazas por 100.000 hb dependientes del Plan de servicios sociales y dos talleres laborales dependientes de la consejería de Sanidad (tabla 14). El Plan se plantea llegar a 15 CRL con 750 plazas.

Durante el 2006 está prevista la apertura de 5 nuevos CRL con 240 aprox. (Fuenlabrada, Alcorcón, Collado Villalba, Mostoles y Villaverde o Vallecas). Si se llevaran a cabo estas aperturas quedarían para el 2007 3 CRL por abrir o 120 plazas.

Resumiendo:

- Los distritos en peor situación con respecto a déficit de plazas en rehabilitación laboral son Salamanca y Chamartín del área 2, pues tienen asignadas 20 plazas (ratio de 10,8 pl x 100.000 hb) del CRL Nueva Vida (que es el que tiene lista de espera más elevada, 37 personas). Los planes de apertura no parece que vayan a aliviar la situación de estos dos distritos, pues lo que se abre en su misma área estará en San Fernando/Coslada, y lo que se abre en el área 6 (el otro área atendida por Nueva Vida) estará en Collado Villalba (por lo que parece poco probable que Nueva Vida se vea aliviado ¿cuántos usuarios de Majadahonda/ Collado Villalba están acudiendo a Nueva Vida?).
- El área 7 (Centro, Chamberí y Latina) tiene pocas plazas (13,6 pl x 100.000 hb), no hay previsión de apertura de CRL en el área y tiene una amplia lista de espera (CRL Vázquez de Mella).
- Área 3. Resulta llamativo que esté prevista la apertura de dos CRL en las áreas 2 y 3, atendidas actualmente por el CRL de Torrejón (sin lista de espera y con ratio de 14,8 pl x 100.000, la segunda más elevada), sin que esa apertura mejore la situación de déficit de plazas de los distritos del área 2.
- Salvo en el área 10, en todas las demás áreas no se llega actualmente al mínimo de plazas que se plantea el Plan pero si se cumplieran las previsiones de apertura, en todas las demás áreas se sobrepasarían las 15 pl x 100.000 hb. Por ejemplo, teniendo en cuenta las previsiones de apertura del 2006, las áreas 8 y 9 pasarían a tener una ratio de 28, 3 y 18 pl x 100.000 hb con la próxima apertura de un CRL en Móstoles (50 pl), otro CRL en Fuenlabrada (50 pl) y otro en Alcorcón (40 pl).
- Listas de espera (personas en lista de espera a 31 de Marzo de 2006). Los CRL con mayor lista de espera son los que atienden a las áreas 1 (CRL Retiro, 20 personas en lista de espera; hay prevista apertura de CRL en Vallecas), área 4 (CRL Hortaleza, 27 personas en lista de espera; hay prevista apertura de CRL en San Blas/Ciudad Lineal), distritos de Salamanca y Chamartín (área 2) y área 6 (todos atendidos por CRL Nueva Vida, 37 personas en lista de espera; hay prevista apertura de CRL en Collado Villalba para el 2006), área 7 (CRL Vázquez de Mella, 21 personas esperando), área 11 (CRL Carabanchel, 19 personas). En el área 5 (atendido por CRL Pedrezuela) no hay lista de espera, pero el motivo más probable es su localización, de tan difícil acceso que se plantean pocas derivaciones. En el CRL de Torrejón no hay lista de espera.
- Accesibilidad. Con la situación actual la accesibilidad a los CRL en Madrid (distancia, transporte) no está asegurada (por ejemplo, los usuarios de Arganda van a Retiro, los de Tetuán a Pedrezuela. Si se cumplieran las previsiones del Plan apenas habría dificultades de acceso. Seguirían teniendo dificultades los usuarios de municipios pequeños.

Tabla 14.- CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

CRL	plazas	SECTORIZACIÓN por Áreas/Distritos (Datos Padrón 2003 DE 18-65 años)	Plazas x 100.000 hab (18-65 años)	GESTIÓN
CRL NUEVA VIDA	- 50	AREA 2:Salamanca, Chamartín AREA 6 :Moncloa, Majadahonda y Collado-Villalba: 390.416 hb	8,7	Concierto con la Asociación Psiquiatría y Vida
CRL VÁZQUEZ DE MELLA	50	ÁREA 7: Centro, Chamberí y Latina: 366.425 hb	13,6	Contrato de Gestión de Serv. Públicos con la empresa GRUPO 5
CRL AFAP-PEDREZUELA	50	ÁREA 5 Tetuan Fuencarral, Alcobendas y Colmenar Viejo: 477.638 Hb. 18-65 años	10,4	Concierto con la Asociación AFAP
CRL GETAFE	50	AREA 10 Getafe y Parla: 212.756 hb Algunas plazas mancomunados con l Área 9 y 8	23,5	Contrato de Gestión de Serv. Públicos con la entidad INTRESS
CRL HORTALEZA	50	AREA 4 (Ciudad Lineal, San Blas, Hortaleza y Barajas) 370.565 hb. 18-65 años	13,5	Concierto con la Fundación Manantial
CRL CARABANCHEL	40	AREA 11 (Carabanchel, Usera, Arganzuela, Villaverde y Aranjuez) 494.699 hb.	8,0	Concierto con la Fundación Buen Samaritano
CRL RETIRO	50	AREA 1 (Retiro, Moratalaz, Vallecas y Arganda) 462.165 hb.	10,0	Concierto con la Entidad HH Hospitalarias
CRL TORREJÓN DE ARDOZ	50	ÁREA 3 Alcala de Henares y Torrejón de Ardoz 230.270 AREA 2 Coslada: 107.045 hb	14,8	Contrato de Gestión de Serv. Públicos con la entidad FUNDACIÓN MANANTIAL
Talleres laborales San Enrique	48	AREA 2 Salamanca y Chamartin AREA 5 : Fuencarral y Tetuan		Publico. Consejería de Sanidad
Talleres laborales del IPJG de Leganés	30	Areas 8 y 9		Publico. Consejería de Sanidad
TOTAL: 10 CRL	468			

CENTROS DE DÍA (CD)

EL Plan se plantea una ratio mínima a alcanzar de 15 plazas por 100.000 hb. El documento de la AEN se planteaba una ratio mínima de 15 y óptima de 30 plazas por 100.000.

Actualmente existen 11 CD, con 340 plazas y una ratio media de 8,7 plazas por 100.000 hb dependientes de la consejería de Asuntos Sociales y Familia y 10 Centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud con 232 plazas (Tabla 15). El Plan se plantea llegar a 22 CD con 750 plazas.

Durante el 2006 está prevista la apertura de 10 nuevos CD con 340 plazas aprox. (Fuenlabrada, Vallecas, Villaverde, Latina, Arganzuela, Centro, Parla, Moncloa-Aravaca, Ciudad Lineal, Chamberí). Si se llevaran a acabo estas aperturas, durante el 2007 quedaría pendiente únicamente la apertura de un CD o 70 plazas aprox.

Resumiendo:

- En el caso de los CD es donde más se observa la existencia de dos planes de salud mental, puesto que existen distritos donde éstos centros dependen de Salud Mental y donde por tanto el Plan no se plantea la apertura de CD. Salud Mental tiene Centros de Día en las áreas 2 (Coslada y San Fernando), área 4 (Hortaleza y Ciudad Lineal), área 5 (Colmenar V., Tetuán, Alcobendas), área 6 (Majadahonda), área 7 Chamberí y área 8 (Mostoles y Alcorcón).
- No ha sido posible estimar qué ratio de plazas de CD x 100.000 hb hay en esos distritos atendidos por Salud Mental al desconocer la población de 18-65 años de esos distritos. Aunque conociéramos el ratio de plazas sería necesario saber si los CD de una y otra administración ofrecen el mismo tipo de programas e intervenciones para poder saber si existe equidad en la distribución de los recursos por áreas.
- En cuanto a los CD dependientes del Plan de Servicios Sociales, si se cumplen las previsiones de apertura, en todas las áreas menos en el área 9 (con la apertura prevista del CD de Fuenlabrada habría 10,8 pl x 100.000) se cumpliría con las 15 plazas por 100.000 hb que el Plan se plantea como mínimo.
- Listas de espera (personas en lista de espera a 31 de Marzo de 2006). Los CD con mayor lista de espera son los que atienden a las áreas 10 (CD Getafe, 11 personas esperando) y los que atienden al área 11 (CD Usera, 10 personas; CD Carabanchel 13 personas). En algunos CD en los que no hay lista de espera el motivo puede ser, como en el caso de Retiro, que el acceso al CD es a través del CRPS.

Tabla 15. CENTROS DE DÍA (CD)

DENOMINACION	Plazas	Dependencia administrativa	Distritos	Población (padrón 2003)	Plazas x 100.00
CD Retiro”	30	C Servicios sociales	Retiro, Vallecas y Moratalaz	383.675	7,8
CD Madrid/ Arturo Soria	50	C Servicios sociales	Salamanca, Chamartín (apoyo a C lineal, San Blas y Barajas)	453.679	11
CD Coslada	25	Servicio madrileño de Salud	Coslada		
CD Torrejón”	30	C Servicios sociales	Torrejón	75.588	40
CD “ Alcalá de Henares”	30	C Servicios sociales	Alcalá	154.682	19
CD Hortaleza	25	Servicio madrileño de Salud	Hortaleza		
CD Ciudad Lineal	25	Servicio madrileño de Salud	Ciudad lineal		
CD Tetuán	20	Servicio madrileño de Salud	Tetuán		
”CD “Fuencarral	30	C Servicios sociales	Fuencarral	142.333	21
CD Alcobendas	25	Servicio madrileño de Salud	Alcobendas		
CD Colmenar Viejo	20	Servicio madrileño de Salud	Colmenar Viejo		
CD Majadahonda	30	Servicio madrileño de Salud	Majadahonda		
CD Collado Villaba	30	C Servicios sociales	Collado Villaba	137.235	21
CD Chamberí	12	Servicio madrileño de Salud	Chamberí		
CD Mostoles	30	Servicio madrileño de Salud	Mostoles		
CD Alcorcon	20	Servicio madrileño de Salud	Alcorcón		
CD Navalcarnero	30	C Servicios sociales	Navalcarnero	50.961	60
CD Getafe	30	C Servicios sociales	Getafe y Parla	212.756	14
CD Aranjuez	30	C Servicios sociales	Aranjuez	83.238	36
CD Usera	30	C Servicios sociales	Usera, Arganzuela, villaverde	260.537	11.5
CD Carabanchel	20	C Servicios sociales	Carabanchel	150.384	13

21 Centros de Día 572 plazas

MINIRESIDENCIAS (MR) Y PISOS SUPERVISADOS (PS)

El Plan se plantea una ratio mínima a alcanzar de 15 plazas de MR por 100.000 hb y de 6 plazas de PS por 100.000 hb. El documento de la AEN se planteaba una ratio mínima de 10 y óptima de 25 plazas por 100.000 para MR y para PS un mínimo de 10 plazas y un óptimo de 25 plazas (es en las plazas de pisos donde más discrepancia se plantea entre lo considerado mínimo a alcanzar por el Plan y lo considerado en el documento de la AEN).

Actualmente existen 14 MR, con 353 plazas y una ratio media de 9 plazas por 100.000 hb. Actualmente existen 26 PS, con 104 plazas y una ratio de 2,6 pl x 100.000 hb. El Plan se plantea llegar a 28 MR con 750 plazas y a 70 pisos con 300 plazas.

Durante el 2006 está prevista la apertura de 3 MR con 90 plazas en total (aunque aún no está concretada el área de una de ellas) y 6 pisos asociados a las mismas con 24 plazas en total. Si se llevaran a cabo estas aperturas, durante el 2007 estaría pendiente para cumplir el Plan la apertura de 11 MR y 307 plazas y la apertura de 49 pisos y 172 plazas.

Resumiendo:

- Existe un déficit de plazas residenciales en todas las áreas con respecto a los mínimos que plantea el Plan. Los ratios actuales para MR oscilan entre 5,4 pl x 100.000 hb del área 8 y las 11, 6 del área 2. Los ratios actuales para pisos oscilan entre 2,7 del área 2 y las 6, 5 del área 9 (con pisos de Salud Mental).
- El Plan prevé la apertura de plazas en todas las áreas que podría reducir ese déficit (a excepción del área 5 donde no hay planes de apertura). El Plan es-

tablece que se deberán abrir 12 MR más añadidas a las actuales 14 distribuidas entre las distintas áreas

- Teniendo en cuenta el ritmo actual de apertura de MR ¿será posible abrir las 10 MR restantes que el Plan se plantea antes del 2007?. Están pendientes de abrir 12 MR. Durante el 2005 se pudieron abrir 2 MR y está prevista la apertura durante el 2006 de 3 MR aunque aún no está concretada el área de una de ellas. Las otras dos son en Parla (área 10) y en un municipio por establecer del área 8.
- Lo mismo cabe preguntarse con respecto a los pisos, ¿será posible abrir los 43 pisos previstos (descontando aperturas ya previstas para 2006) antes del 2007? En cuanto a los PS, existe déficit también en el número de plazas en todas las áreas salvo en el área 9 que cuenta con 18 plazas en 6 pisos dependientes del IPJG de Salud Mental. El Plan se plantea abrir 49 pisos añadidos a los 26 ya existentes. Durante el año 2005 se abrieron 7 nuevos pisos. Durante el año 2006 se prevé abrir 24 plazas en 6 pisos vinculados a las 3 MR previstas (una por definir dónde).
- La localización actual de muchas de las MR no facilita la integración en su comunidad de los usuarios allí derivados*. De las 14 MR existentes, la mitad están a más de 10 km de alguno de los distritos a los que atienden
- Listas de espera (personas en lista de espera a 31 de Marzo de 2006. Las áreas donde la lista de espera es mayor son las atendidas por las MR de Carabanchel (área 11, 40 personas en lista de espera), la MR de Getafe (área 10, 16 personas en lista de espera; apertura de MR de 30 pl prevista para 2006 en Parla), la MR de Hortaleza (11 personas en lista de espera).

*. **Accesibilidad.** A la MR de Pedrezuela, a 47 km de Madrid, se deriva desde distritos del área 5 como Tetuán, Fuencarral o Colmenar V. (a 26 km) y tienen como alternativa es la MR de Alcobendas (a 21 km de Madrid y 22 de Colmenar V.). También a Pedrezuela se deriva desde distritos del área 7 como Centro, Latina y Chamberí. A la MR de Cobeña (a 35 km de Madrid) se deriva principalmente desde el área 11 (Carabanchel, Usera, Arganzuela, Villaverde, Aranjuez (a 76 km)). Los distritos de Centro, Latina y Chamberí del área 7 y Moncloa del área 6 derivan a la MR de Aravaca (12 km de Madrid). El distrito de Majadahonda del área 6 deriva a la MR de Alpedrete (a 28 km de Majadahonda). A la MR de Navalcarnero se deriva desde los distritos de Móstoles (a 17 km) y de Fuenlabrada (a 21 km) del área 8 y 9 respectivamente. Los usuarios de Torrejón (área 3) utilizan la MR de Alcalá, a 14 km. Por último, los usuarios atendidos por los programas para enfermos mentales sin hogar son derivados a la MR de Moralzarzal (a 47 km de Madrid). Aun teniendo en cuenta que no todos los potenciales usuarios que usan las MR viven en los núcleos desde los que se han calculado las distancias, puede concluirse que la localización de muchas de las MR no facilitan la integración su comunidad de los usuarios que las utilizan. La accesibilidad a las MiniResidencias no está asegurada actualmente.

TABLA 16. MINIRESIDENCIAS (MR)

AREA	Población (TSli >18-65 a 2005)	DENOMINACIÓN	VINCULACIÓN	NUMERO PLAZAS	Plazas x 100.000 TSI > 18 a 2005
Área 1	462.165	MiR Retiro	Concertada	43	9,3
		MR San Juan B	Concertada	30	
Área 2	291.076	MR San Miguel	Concertada	34	11,6
		MR San Juan B	Concertada	30	
Área 3	230.070	MR Alcalá Henares	Concertada	4	10,4
		MR Cobeña	Concertada	20	
Área 4	370.565	MR Hortaleza	Concertada	4	10,8
		MR San Juan B	Concertada	40	
Área 5	477.638	MR Alcobendas	propia	39	8,1
		MR Pedrezuela	Concertada	26	
Área 6	441.966	MR Aravaca	Concertada	13	6,8
		MR Río Sil	Concertada	35	
		MR Moralarzal C. Villalba	Concertada	6	
		MR Moralarzal-Moncloa	Concertada	15	
Área 7	366.425	MR Aravaca	Concertada	8	10,1
		MR Pedrezuela	Concertada	37	
Área 8	318.466	MR Navalcarnero	Concertada	13	5,6
		MR Navalcarnero	Concertada	18	
Área 9	276.280	MR Getafe	propia	15	5,4
		MR Navalcarnero	Concertada	13	
Área 10	212.756	MR Getafe	propia	2	6,1
Área 11	494.699	MR Getafe	propia	13	8,7
		MR Carabanchel	propia	45	
Programa ARCO	Todas las áreas	MR Cobeña	concertada	26	13
			Sanidad	19	
TOTAL	3.890.156	14 MiniResidencias		356	9,15
Exclusión Social				12	
Equipo de calle				6	
CASI				6	

TABLA 17. PISOS SUPERVISADOS Y PENSIONES CONCERTADAS

PISOS	Plazas	S sociales	Sanidad	Población 18-65	Plazas x 100.000
ÁREAS					
1	15	15	0	462.165	3,24
2	8	8	0	291.076	2,74
3	16	12	4	230.270	6,94
4	16	4	12	370.565	4,31
5	16	12	4	477.638	3,34
6	2	2	0	441.966	0,45
7	19	18	1	3666.425	5,18
8	4	0	4	318.466	1,25
9	15	0	15	276.280	5,4
10	8	8	0	212.756	3,7
11	28	25	3	494.699	5,66
TOTAL	150	104	46	3.890.156	3,85
PRISEMI	21	21	0	Enf sin hogar	
Pensiones	11	11	0	Área 7	

EQUIPOS DE ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIO (EASC)

No existe en el Plan una estimación de mínimo número de plazas en EASC por 100.000 hb.

Actualmente existen 5 EASC, con 150 plazas y una ratio de entre 19 y 38 plazas por 100.000 hb. El Plan se plantea llegar a 15 EASC con 450 plazas.

Durante el año 2006 está prevista la apertura de 12 nuevos EASC con un total de 360 plazas, por lo que en caso de llevarse a cabo se habrían cumplido los objetivos del Plan para 2007 en cuanto a plazas de EASC.

Los 5 EASC se han abierto a finales de 2005 en Alcalá, Collado Villalba, Getafe, Usera y Puente de Vallecas.

TABLA 18. EQUIPOS DE ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA.

Equipos apoyo social comunitario	Plazas	Distrito	Población 18-65 (censo 2003)	Plazas x 100.000 h
EASC Madrid Vallecas Puente	30	Puente de Vallecas	115.887	26
EASC Alcalá	30	Alcala	154.682	19
EASC Collado Villalba	30	Collado-villalba	137.235	21
EASC Getafe	30	Getafe	113.745	20
EASC Usera	30	Usera	78.394	38

B) COMPOSICIÓN DE LAS PLANTILLAS

El Plan describe cuál es la plantilla habitual de cada tipo de centro.

En el caso de los CRL, las MR y los EASC no existen apenas diferencias en las plantillas entre unos centros y otros, respondiendo a la descripción que se hace desde el Plan. (Tabla 19 y 20)

Sin embargo, entre los CRPS y los CD se encuentran diferencias importantes en la composición de la plantilla.

Algunos ejemplos extremos:

Un CD de 30 plazas puede llevarse adelante lo mismo con 1 monitor, 1 terapeuta ocupacional y 1/4 de director psicólogo (CD Retiro) que con 4 monitores, 1 terapeuta ocupacional y 1 director psicólogo (CD Fuencarral).

Un CRPS de 90 plazas (CRPS Vazquez de Mella) puede llevarse adelante igual que uno de 60 plazas (CRPS

Aranjuez) sólo con contratar un monitor más (el resto de la plantilla serían 1/2 director psicólogo, 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajador social y 3 monitores). Un CRPS de 90 plazas puede tener 2 (Martínez Campos), 3 (Alcalá) o 4 monitores (Getafe), según el CRPS, manteniendo el resto de la plantilla muy similar (1 director psicólogo, 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajador social).

Por otro lado, en todos los tipos de recursos existen diferencias entre unos centros y otro en la presencia de uno, 1/2, 1/3, o 1/4 de director. Es decir, en algunos casos el director-psicólogo dirige un único centro y en otros casos dirige 2, 3 y 4 centros.

No existe una relación entre cuál es la empresa concertada y la situación de la plantilla.

TABLA 19. RECURSOS DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES (Marzo 2006)

Recurso	Director (psicólogo)	Psicólogos	T.O.	Monitores educadores	T.S.	Administrativo	Maestro taller	Técnico inserción laboral Preparado laboral	Personal Mantenimiento (2)	Auxiliar doméstico /cocina /limpieza (2)
Centro Rehabilitación Psicosocial Alcalá	1	3		3	1	1				
Crps Elipa	1	3	1	2	1	1				
Crps Retiro	1/4	3	1	3	1	1/2			1/2	1
Crps Los Carmenes	1	3	1	2	1	1				
Crps Martínez Campos	1	3	1	2	1	1				1/2
Crps Getafe	1	3	1	4	1	1				1
Crps Vázquez Mella	1/2	2	1	4	1	1				
Crps Arganda	1	2	1	4	1	1				1
Crps Alcobendas	1/2	2	1	2	1	1/2			1/2	
Crps Hortaleza	1	2	1	3	1	1			1/5	1
Crps 1/3 Carabanchel	2	1	3	1	1/3					
Crps Torrejón	1/3	1	1	3	1	1			1/5	1/3
Crps Aranjuez	1/2	2	1	3	1	1/2				1/2
Crps San Fernando	1	2	1	4	1	1				1/2
Centro de Día Retiro	1/4		1	1		1/2				1
CD Carabanchel 1/3			1	1		1/3				
CD Torrejón	1/3	1	1	2,5					1/5+conductor	1/3
CD Aranjuez	1/2	1	1	1		1/2				1/2
CD Navalcarnero 1			1	2	1	1				1

CD Fuencarral	1		1	4	2			1/2, 1/2
CD Alcalá de Henares	1/2	1	1	2	1			1/2
CD Collado Villalba	1/2	1	1	2	1			
CD Getafe	1/2	1	1	2				1
CD Usera	1/2	1	1	2				1/21/2
CD Madrid Arturo Soria San Miguel	1/2	1	1	3	1			1/2
Equipo Apoyo Social Comunitario Alcalá	1/2	1		2	1			
EASC Collado Villalba	1/2	1		2	1			
EASC Getafe	1/2	1		2	1			
EASC Usera	1/2	1		2	1			
EASC Madrid Vallecas Puente	1/2	1		2	1			
Centro Rehabilitación Laboral Nueva Vida	1	1	1		1	2	1	1/2
CRL Vázquez de Mella	1/2	1	1		1	3	1	
CRL AFAP-Pedrezuela	1	1	1		1	2	1	1
CRL Getafe	1	1	1		1	3	2	1/2
CRL Hortalez	1	1	1		1	3		1/3
CRL Retiro	1/4	1	1		1/2	3	1	1
CRL Carabanchel	1/3	1	1		1/3	3	1	
CRL Torrejón	1/3	1	1		1	3	2	2/3
Mini Residencia Retiro	1/4	1	1	15	1/2			externalizado
MR Carabanchel	1	1	1	14	1			4
MR Aravaca	1	1	1	15	1		1/2	4
MR Alcala	1	1	1	13	1/2		1/5	1,5
MR Navalcarnero	1	1	1	13	1			1,5
MR Río Sil - Alpedrete	1	1	1/2	10			1	2
MR Ceteva Cobeña	1	1	1	16	1		1	4
MR Getafe	1	1/2	1	14	1			3
MR Alcobendas	1/2	1	1	15	1/2		1/2	externalizado
MR Hortaleza	1	1	1	13	1		1/5	2,5
MR Moralzarzal	1	1	12		1/2		1,5	
MR San Miguel	1	1	1	15	1			6
MR AFAP Pedrezuela	1	1	1	15	1			6
MR Arturo Sora	1	1	1	15	1			5

26 Pisos vinculados a Miniresidencias (104 plazas)

11 plazas de pensiones Supervisión desde la Mini de Carabanchel y el CSM.

PRISEMI	1	4						
(Programa de rehabilitación e inserción enfermos mentales indigentes)								
5 Pisos PRISEMI								
Equipo FIR en Centro Acogida San Isidro		1		4				
Equipo Apoyo Social para personas sin hogar enfermas mentales en calle y recursos de baja exigencia		1		4	1			

(1) dos monitores dedicados a pisos

(2) En muchos recursos se contrata con empresas ajenas la limpieza, comida y mantenimiento.

TABLA 20. RECURSOS DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

	Director	Psicólogo	Psiquiatra	Trabajador Social	Terapeuta ocupacional	Monitor-educador	Jefe de taller	Auxiliar de clínica Técnico auxiliar	Auxiliar administrativo	Auxiliar de control
Centro de Rehabilitación "San Enrique"	1 (trabajadora Social)			2	1	1	1 (2 a media jornada)	2	1	1
Talleres laborales "San Enrique"	1 (trabajadora Social)				1		2			
Centro de Rehabilitación Instituto Psiquiátrico José Germain	2 psicólogos al 50%	4 psiquiatras (tiempo parcial con resto de recursos de rehabilitación del area)	7 jefes de taller	3 terapeutas ocupacionales	1 monitor + 1/3 monitor educación física, 1 administrativo, 1 aux control					
16 Pisos (46 plazas) asignados a CSM	Supervisión desde los CSM de distrito									

C) RESUMEN Y ESBOZO DE OTROS ASPECTOS PARA LA REFLEXIÓN

¿El Plan se está cumpliendo?

El informe de la Consejería acerca de la evolución del Plan en su ecuador (noviembre de 2005) concluía que "en dos años se ha alcanzado el 53% del objetivo de plazas marcado para el final del 2007". Con las plazas que se prevé abrir durante el 2006 se alcanzaría el 82% de las plazas previstas.

El ritmo de apertura de centros incluido lo previsto para el año 2006 permite predecir un alto grado de cumplimiento de planificado en los que se refiere a CRPS, CD, CRL y EASC.

Sin embargo, en lo que se refiere a la apertura de plazas residenciales, resulta muy complicado ser optimista con respecto a que se puedan abrir las plazas previstas antes del 2007.

¿Cómo se está desarrollando el Plan?

El Plan supone triplicar el número de plazas y recursos existentes en cuatro años y crear un red comprehensiva y distribuida territorialmente que facilite el acceso a estos recursos.

Aún partiendo de la consideración global de los importantes beneficios que un Plan como este significa para esta población y del importante avance que esta red de

recursos supone para Madrid (y como referencia en otras comunidades), existen algunos aspectos acerca del modo que se está desarrollando sobre los que quizá merezca la pena reflexionar:

- Tendencia a abrir "complejos" compuestos por varios recursos. El caso más llamativo es Retiro, donde en el mismo edificio comparten instalaciones una MR, un CD, un CRPS y un CRL. Pero no es la excepción. Por ejemplo, en Getafe comparten dirección el CRL, el CRPS y la MR; en Torrejón están en la misma ubicación el CRPS, el CD y el CRL; en Carabanchel comparten edificio e incluso salas a turnos el CRPS, el CRL y el CD, entre otros ejemplos que podrían citarse, la mayor parte son aperturas recientes.
- Esto supone la creación de instalaciones para unos 150-200 usuarios, lo que ha motivado críticas en torno cuánto de integrador es un centro con tantos usuarios. En relación con esto se puede mencionar también la reciente apertura de una "¿Mini?"-Residencia de 50 plazas en Pedrezuela (solo 30 plazas son concertadas). Y además ha fomentado que se cree la figura de un director para varios centros.

- Tendencia a que la concertación de los recursos sea una opción cada vez más frecuente que la apertura de centros propios con gestión contratada. En cualquiera de las dos opciones el personal es contratado por una empresa privada. A finales de 2005, 54 de los 79 recursos eran concertados y 25 centros propios con gestión contratada. De los nuevos recursos previstos para el 2006, 26 son concertados y 5 son propios. Esto supone la presencia actualmente de 12 empresas distintas con concierto o contrato de gestión: Hermanas Hospitalarias (25 recursos incluyendo los pisos), Grupo 5 (12), Intrass (11), Fundación Manantial (9), EXTER (6), AFAP (5), Walk Redi (5), Fundación Buen Samaritano (3), Asociación Psiquiatría y Vida (1), Letin (1) y Hermanos Franciscanos Cruz Roja (1). Cada una de estas empresas tiene un origen y una historia diferente, así como diferentes intereses, idearios y valores, políticas de selección de personal, políticas de formación interna, condiciones laborales de sus empleados, etc. Por ejemplo, mientras en unas empresas hay mayor tendencia a contratar psicólogos clínicos (con la especialidad) en otras sin embargo la tendencia es a primar la promoción de psicólogos que inicialmente se contratan como monitores. O mientras la gerencia de algunas empresas está compuesta parcialmente por religiosos, en otras por familiares de enfermos. También existen diferencias salariales importantes entre unas empresas y otras. Puede ser un debate interesante la medida en que todos estos aspectos repercuten finalmente en que la atención que se esté prestando sea o no equivalente por su influencia sobre asuntos como: la rotación del personal en los centros, su motivación, la formación de los profesionales (por ejemplo, su conocimiento del resto de la red de salud mental en la que se trabaja integrado), el sentimiento de pertenencia a la empresa vs. a la red de salud mental, la formación en valores que la empresa fomenta entre sus trabajadores, etc.
- Existencia de algunos recursos en los que usuarios de las plazas concertadas comparten el centro con usuarios de plazas privadas. Por ejemplo, en la MR de Pedrezuela, existen 30 plazas concertadas y 20 privadas compartiendo el recurso. Sería interesante conocer con qué plantilla cuentan las plazas privadas, y si ambas plantillas atienden a poblaciones distintas o comparten funciones.
- Con respecto a la accesibilidad, ya se ha comentado que no está actualmente asegurada en el caso de las MiniResidencias (pues la mitad atienden al menos a un distrito cuyo centro urbano está a más de 10 km). Es razonable pensar que las nuevas MR que se abran tratarán de invertir esta situación. Las MR que están en esa situación se encuentran con dificultades importantes para poder trabajar objetivos con sus usuarios generalizables al entorno en el que luego la persona va a vivir, por ser muy diferentes al lugar en que se ubica la MR. Por tanto, ¿existe un riesgo de mayor alejamiento de la comunidad tras el paso por una MR “en el campo”?
- Aunque el Plan tiene prevista una apertura de centros distribuidos territorialmente en función de los déficits detectados en cada área, a medida que el plan se desarrolla se da la situación de que en algunos distritos más que en otros resulta más o menos difícil encontrar terreno o edificios, ya sean cedidos por las administraciones u otras entidades, ya sea encontrando una entidad con la que concertar que disponga de la infraestructura. Por tanto, ahora que la recta final del Plan está en marcha y queda poco para que los centros previstos hayan tenido que abrirse, será importante observar si es posible mantener el espíritu de Plan de concertar donde es necesario y no donde se pueda. ¿Puede ser un signo de que esto pueda estar ocurriendo es el hecho de que en el área 3 vayan a existir 2 CRL (ver datos previos)?

¿El Plan es suficiente?

Parte del análisis previo de déficit en ratio de plazas se ha centrado en el déficit que habría “aunque” se desarrollara el Plan, por lo que si no se alcanzaran sus objetivos, la situación sería muy negativa.

El Plan ha establecido unos mínimos de plazas por 100.000 habitantes que se propone desarrollar. Los valores que se han establecido encajan en términos generales dentro del intervalo de mínimo y óptimo número de plazas recomendado por la AEN, salvo en el caso de los pisos supervisados. Dada la ausencia de referentes claros sobre cuáles son las plazas necesarias para 100.000 hb, resulta difícil saber si esas plazas que el Plan se marca alcanzar son o no las adecuadas, pero tampoco se puede cuestionar.

Un método complementario para poder establecer las necesidades existentes es conociendo las listas de espera de cada recurso. Sin embargo, el dato de listas de es-

pera sería realmente válido únicamente en el caso de que se tuviera la certeza de que todas las personas que podrían necesitar ese recurso están en la lista.

Hay varios factores que nos hacen dudar de que se esté derivando a todo el que lo necesita. Por un lado, la constatación de que existen diferencias muy grandes entre el número de pacientes que derivan unos psiquiatras u otros (o unos equipos de continuidad de cuidados u otros). Por tanto, si un psiquiatra atendiera a los pacientes de otro que no deriva a rehabilitación, ¿se derivarían más? A pesar de que estos recursos existen hace años, aún es frecuente encontrarse con que algunos profesionales de la red que no los conocen bien. Otro factor es la probable tendencia a no derivar cuando la lista de espera es ya elevada. Aunque también es cierto que en ocasiones las listas de espera están infladas puesto que se deriva al paciente con tanto “tiempo”, teniendo en cuenta lo que se le va a tardar en atender, que cuando le llega la plaza no es momento adecuado. Y todo esto sin contar con las diferentes peculiaridades con las que se construyen las listas de espera en cada Comisión de Rehabilitación. ¿Existe algún modo de controlar las listas de espera para que se conviertan en un instrumento fiable sobre las necesidades en cada área?

Por último, con respecto a si el Plan es suficiente, previamente se han comentado los datos de algunos distritos en los que, aunque el Plan se cumpliera totalmente, seguirían existiendo déficits en la ratio de plazas por 100.000 (tomando lo establecido por el propio Plan). Lo más destacado es la situación de los distritos de Salamanca y Chamartín, tanto en plazas de CRPS como de CRL, el distrito de Tetuán en plazas de CRPS, las áreas 8 y 9 en plazas de CRPS y el área 7 en plazas de CRL.

¿Por qué hay dos planes?

Por ejemplo, el hecho de que el Plan no se haya planteado la apertura de CD en aquellos distritos donde existe un CD dependiente de Salud Mental puede ser un signo de la buena coordinación entre ambos planes para no duplicar recursos. Pero, ¿se llega a la misma ratio de plazas de CD en los distritos atendidos por SM y por SS?, ¿los CD de una administración u otra son similares en cuanto a plantilla, programas, etc.?, ¿se ofrece lo mismo?

Otro ejemplo similar ocurre con los distritos de Salamanca y Chamartín, que utilizan San Enrique y donde no hay planes de desarrollar un CRPS. La ratio de plazas de San Enrique por 100.000 es muy baja pero, en cualquier caso ¿se llevan a cabo intervenciones similares?, ¿tienen las mismas oportunidades de rehabilitación los pacientes de estos distritos? Si atendemos únicamente a las diferencias de plantillas (en San Enrique no hay psicólogos) difícilmente se puede sostener que sea lo mismo.

Por último, otro ejemplo de la importancia de coordinar ambos planes aparece con la nueva creación de los EASC que van a funcionar integrados con los equipos de continuidad de cuidados. Teniendo en cuenta que en los SSM los equipos de continuidad de cuidados están en pleno desarrollo pero con nulas inversiones en personal, la aparición de estos equipos, tan necesarios y complementarios, ¿puede llevar a considerar que el apoyo comunitario está cubierto y que los equipos de continuidad de cuidados de los SSM no tienen que desarrollarse más?

UNIDADES DE REHABILITACIÓN Y DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación

La Comunidad de Madrid tiene 127 camas de UHTR, el 48,8% están adjudicadas a 3 áreas sanitarias (8, 9 y 10) y el 51,2% restante tienen que cubrir 8 áreas sanitarias. Esta distribución desigual da como resultado que las áreas 8, 9 y 10 tienen una cama de UHTR por cada 15.845 tarjetas sanitarias, mien-

tras que las otras 8 áreas cuentan con una cama de UHTR por cada 61.999 tarjetas sanitarias (tabla 21) Como consecuencia de esta distribución, en Marzo del 2.006 las áreas 8, 9 y 10 sólo tienen 8 pacientes en lista de espera y las otras 8 áreas suman un total de 74 pacientes en lista de espera.

TABLA 21. RELACIÓN DE UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION

HOSPITAL	Sectorización	TSI>18 a	Nº DE CAMAS	Camas x 100.000 TSI
Unidad Rehabilitación del I.P.José Germain	Areas 8,9 10	982.388	60	6.1
Unidad de Media Estancia del Complejo Asistencial Benito Menni	Resto de areas	4.029.688	30	1.61
Unidad de Media Estancia del Centro. San Juan de Dios	Resto de areas	4.029.688	35	1,61
TOTAL		5.012.236	125	2.09

En el Plan de Salud Mental 2.003-2.008 no se establece ningún indicador sobre cuantas camas de UHTR tiene que haber por habitantes o tarjetas sanitarias. Sólo indica que “se considera que deben tener un aforo de 20 a 30 camas y estar ubicadas próximas a las áreas sanitarias de referencia, para evitar el desarraigo familiar y social de los pacientes y favorecer la reinserción social de los mismos”. Es obvio que al estar las unidades ubicadas en Leganés y Ciempozuelos este criterio de proximidad se cumple en escasas ocasiones.

Los datos suministrados por la Oficina Regional de Salud Mental de los recursos sanitarios y de apoyo social por áreas no figuran los tiempos de espera por dispositivos y para cada área sanitaria. Sería interesante obtener este dato (oficiosamente sabemos que para ingresar en las UHTR de Ciempozuelos se puede esperar 2 o 3 años). El Plan de Salud Mental 2.003-2.008 establece como objetivo la apertura de una unidad con 30 camas en el Hospital Psiquiátrico de Madrid para

las áreas 3, 4 y 5 y la puesta en marcha de otras 2 unidades (no especifica dónde) con cobertura a las áreas 3, 4 y 5 y otra a las áreas 1, 2, 6, 7 y 11.

Más allá de los datos, salvo en el caso de las Unidades de Rehabilitación del IPJG, no tenemos información sobre la conexión de estas unidades con programas de rehabilitación externos.

Los datos de profesionales de estas unidades son difíciles de valorar. Los que figuran en el borrador de la memoria 2004 de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental no los detalla por cada una de las unidades por lo que es difícil establecer comparaciones sobre la dotación de las mismas (Tabla 22). Además en el caso de Leganés los profesionales reparten sus actividades en el conjunto del programa de rehabilitación (que incluye además de las unidades de rehabilitación los pisos supervisados y el Centro de Día). El personal de las unidades de Ciempozuelos se reparte también en distintos dispositivos, por lo es difícil saber la dedicación que tienen.

TABLA 22. RECURSOS HUMANOS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (SACADO DEL BORRADOR DE LA MEMORIA DE 2004)¹.

Nº Psiquiatras	5
Nº Psicólogos	4
Nº ATS/DUEs	19
Nº Auxiliares de Enfermería	40
Nº de supervisores	2
Otros (Administrativos)	6

1. Se considera que el valor 1" equivale a la dedicación de un profesional en régimen de jornada completa a esta actividad, (en caso contrario se consignan fracciones de la unidad

Las estancias medias varían de 210 días en Benito Menni a 533 en San Juan de Dios. Al no tener datos del funcionamiento de las unidades, destino de las altas (domicilio, pisos, MR, UCPP, etc) o perfil de los pacientes derivados a estas unidades (sexo, diagnóstico, edad, situación económica, etc.) es difícil extraer ninguna conclusión.

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA CUIDADOS DE MEDIA DURACIÓN (BORRADOR DE LA MEMORIA DE 2003)

TABLA 23. UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN

Nº de camas	41
Nº de ingresos/ año	5
Nº de altas/ año	6
Nº de estancias/ año	5.849
Estancia media (en días)	324,68
Porcentaje de ocupación	92

TABLA 24. COMPLEJO ASISTENCIAL BENITO MENNI

Nº de camas	30
Nº de ingresos / año	20
Nº de altas / año	22
Nº de estancias / año	10511
Estancia media (en días)	210,22
Porcentaje de ocupación	95,99

TABLA 25.UHTR DEL CENTRO SAN JUAN DE DIOS

Nº de camas	35
Nº de ingresos / año	21
Nº de altas / año	18
Nº de estancias / año	11194
Estancia media (en días)	533
Porcentaje de ocupación	95,88

Comentario general

El resumen anterior deja claro un reparto desigual de las camas de UHTR en la Comunidad de Madrid, teniendo como consecuencia la discriminación de los pacientes por motivo de su lugar de residencia en el uso equitativo de estas unidades. Como se señala en los puntos anteriores, la falta de datos impide hacer valora-

ciones sobre la dotación de estas unidades, el perfil de los pacientes y cómo se están utilizando dentro de la red de Salud Mental.

Por otro lado, respecto al Plan de Salud Mental, se pone de manifiesto que no hay indicadores para la planificación de las camas que se necesitan en el futuro y que a día de hoy no se han cumplido los objetivos marcados en el Plan.

Unidades Hospitalarias de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

1. Los datos de UHCPP son difíciles de valorar en cuanto al uso equitativo de estas unidades por las distintas áreas sanitarias, debido a que muchas de estas camas están ocupadas por pacientes que ingresaron con anterioridad al proceso de Reforma y de la creación de la red de Salud Mental actual. Para establecer una valoración ajustada de su actual funcionamiento habría que separar al menos las dos etapas correspondientes a dos modelos distintos. Por otro lado, en los datos suministrados por la Oficina Regional de Salud mental aparece incluida entre estas unidades la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico de Madrid, sin que esté clara la equivalencia de esta unidad con otras unidades de los otros dos centros monográficos y sin que esté tampoco clara la diferencia de ésta con la UHCPP del mismo Hospital. Por esto es difícil comparar las ratios entre las áreas.
2. Existen 104 camas concertadas fuera de la Comunidad de Madrid. Este dato no se refleja en el Plan de Salud Mental 2.003-2.008 ni figura cual será la política a seguir con estas camas en el futuro.
3. En los datos suministrados sólo aparecen hasta Marzo de 2.006 73 pacientes en lista de espera para las dos unidades de Ciempozuelos. No hay datos de la lista de espera del Hospital Psiquiátrico de Madrid ni del Instituto Psiquiátrico José Germain. Tampoco hay datos sobre los tiempos de espera para ingresar en estas unidades.
4. En el Plan de Salud Mental 2.003-2.008 no hay ningún indicador sobre estimación de camas necesarias de UHCPP por habitantes o tarjetas sanitarias. , sólo se reflejan las camas existentes en 2.003 con excepción de lo señalado en el punto 2.
5. El Plan de Salud Mental 2.003-2.008 establece como objetivos para estas unidades los siguientes:
 - “Conjuntamente con la Consejería de Servicios Sociales también se alcanzará un número de plazas suficientes de alojamiento en Miniresidencias, Pisos protegidos, Pensiones supervisadas, etc., aumentando el abanico de posibilidades de alojamiento supervisado para los pacientes que los requieran. También se considera de interés potenciar alternativas a la hospitalización con un alto apoyo asistencial como la hospitalización a domicilio, intervención en crisis, etc.”
 - “Con el fin de optimizar la gestión de este tipo de recursos hospitalarios y acorde con los planes específicos que el Servicio Madrileño de Salud determine para el Hospital Psiquiátrico de Madrid y el Instituto Psiquiátrico José Germain, se propone una asignación de camas de cuidados psiquiátricos prolongados a cada área, según población, pudiendo tener distintos proveedores. En este sentido se impulsará la apertura de una unidad de este tipo con 40 camas en el Hospital psiquiátrico de Madrid”

En este momento los objetivos de asignación de camas por área sanitaria según población y la creación de una nueva unidad de 40 camas en el Hospital Psiquiátrico de Madrid no se han cumplido.
6. Sería interesante considerar si debería existir un criterio unificado para el uso de estas unidades por parte de las áreas sanitarias. Por ejemplo decidir si se asignan cupos por área, si es más adecuado utilizar un baremo de puntuación según gravedad y situación del paciente, o si sería más equitativo la existencia de una lista de espera nominal que contemple exclusivamente el tiempo de espera.

7. El Plan de Salud Mental 2.003-2.008 indica que estas unidades deben funcionar como último escalón asistencial después de haber utilizado el resto de recursos de Salud Mental. En este sentido habría que conocer cuantos pacientes derivados a estas unidades han pasado previamente por una UHTR.

Llama la atención que existan 757 camas de larga estancia frente a tan solo 125 de rehabilitación. Del mismo modo sería útil conocer el perfil de los pacientes que ingresan en estas unidades especialmente en la etapa de funcionamiento de la red de Salud Mental actual.

TABLA 26. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA CUIDADOS PSIQUIATRICOS PROLONGADOS SITUADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

HOSPITAL	Sectorización	TSI>18 a	camas	Camas x100.000 TSI
Unidad Residencial del I.P.J. Germain	Áreas 8,9, 10	982.388	96	9,77
H. Dr. R. Lafora.(1)	Áreas 3,4,5	1.368.840	1701	12,41
Complejo Asistencial Benito Menni	Áreas 1,5,6,7,11	2.660.848	220	18,45
Centro San Juan de Dios	Áreas 1,5,6,7,11	2,660.848	271	18,45
TOTAL		5.012.076	757	15.1
Fuera de la Comunidad de Madrid			104	

1. Incluye las camas de la unidad de psicogeriatría (50 camas)

CONCLUSIONES

La implantación en la Comunidad de Madrid del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Plan de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales 2003-2007 ha supuesto un estimable impulso en la planificación y el desarrollo de los recursos asistenciales de la red de salud mental. El análisis de los datos que hacemos desde el Observatorio de Salud Mental de Madrid de la Asociación Madrileña de Salud Mental pretende aportar un elemento de discusión a como se está desarrollando la consecución de ambos planes. El análisis que ofrecemos no deja de ser limitado ya que atiende solo a los elementos cuantitativos pero ha permitido, como hemos visto en los distintos capítulos, llegar a importantes conclusiones respecto a la situación actual y el futuro de la Red de Salud Mental.

La primera conclusión que podemos sacar de todo el documento es la importancia central que tiene contar con un instancia administrativa (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental) para el adecuado estudio de necesidades y planificación de las políticas de

salud mental. Esta instancia administrativa cobra cada vez más importancia ante la nueva situación de descentralización de las decisiones al integrarse la salud mental en la estructuras de asistencia especializada de cada área sanitaria. Sabemos que este es uno de los principales retos por los que pasa actualmente la red de salud mental en Madrid. Su capacidad operativa siempre ha estado limitada a los recursos dependientes del antiguo Servicio Regional de Salud y corre el peligro de vaciarse aún más de contenido o quedarse como simple ente gestor de los servicios concertados en alza. Así mismo otro de los elementos de debate que salen a la luz con los datos del observatorio es si la existencia de dos planes de salud mental de consejerías distintas está suponiendo a día de hoy un elemento dinamizador o por el contrario políticas paralelas a la hora de planificar las necesidades. La existencia de dos planes de salud mental parece haber instalado dos culturas asistenciales sobre un mismo tipo de población cuyo alcance y repercusiones solo podemos apuntarlo desde los datos del observatorio como algo sobre lo que reflexionar.

Equidad

Si una conclusión se saca de los datos y comentarios del Observatorio es que los planes de salud mental no han logrado todavía una suficiente equidad en las prestaciones básicas de salud mental entre las distintas áreas sanitarias. Esto ocurre en todo tipo dispositivos y en todas las áreas sanitarias de manera que en cada una de ellas se podía hacer un mapa específico de sus carencias y fortalezas dando un panorama demasiado heterogéneo y desigual. La equidad en las prestaciones básicas debe seguir siendo el objetivo de los planes de salud mental. Un mismo paciente con problemas parecidos puede tener distinta suerte asistencial dependiendo de si en su área hay suficientes recursos ambulatorios, de rehabilitación o residenciales. Las indicaciones terapéuticas se hacen en muchos casos con lo que se puede y no con lo que se necesitaría. Esto hace que muchos dispositivos se adapten a necesidades para las que no estaban preparados o se planifiquen actuaciones desde un lugar porque existe la carencia en otro.

Este problema de la falta de equidad tiene distintos orígenes pero quizás se puede explicar todo si vemos como durante todo el proceso de la reforma, y por distintos contextos históricos y políticos, no ha existido nunca una autoridad sanitaria con competencias plenas y capacidad ejecutiva en materia de salud mental. El desarrollo siempre ha estado condicionado por las prioridades de las distintas administraciones y de poderes locales. Las líneas de desarrollo de la red de salud mental a primera vista han seguido un camino común (todas las áreas tiene una estructuras de servicios similares) pero las divergencias en cuanto a dotación y funcionamiento son muy dispares según cada historia local. Estos son los factores a corregir. Establecer unas ratios de profesionales como hacen los planes de salud mental (con notables ausencias y ratios insuficientes como hemos visto) es un primer paso, pero insuficiente.

Especialización

No cabe duda de que uno de los retos que tienen actualmente los Servicios de Salud Mental es la especialización. El primer Plan de Salud Mental 1989-1991 estableció una serie de programas longitudinales a través de los cuales se intentó ofertar una actuación específica sobre una serie de poblaciones consideradas prioritarias (infanto-juvenil, alcoholismo, psicogeriatría, rehabilitación). La implantación de estos programas nunca fue lo suficientemente adecuada. El programa de infanto juvenil ha ido poco a poco haciéndose un hueco, con notables carencias a fecha de hoy y con el tema pendiente de la capacitación específica de sus profesionales. El programa de rehabilitación desde Salud Mental siempre ha sido la cenicienta por la poca inversión en personal de enfermería y trabajadores sociales en los servicios ambulatorios. La prioridad del plan ha sido hasta la fecha la contratación de psiquiatras. Además la formación postgrado en salud mental no cumple las necesidades que el sistema tiene de estos profesionales.

Ahora mismo la mayor especialización de la red viene dada por la existencia de los recursos de rehabilitación psicosocial dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales pero que plantean intersecciones no

bien resueltas con los servicios de salud mental (por ejemplo los programas de continuidad de cuidados o la utilización de estos recursos por patologías como los trastornos de personalidad) y espacios sin intersección donde serían necesarios (programas de rehabilitación de las unidades de media y larga o programas de hospitalización parcial).

Otra forma de especialización que viene de largo, pero que está recobrando actualidad es la aparición de unidades específicas para algún tipo de patología concreta que generalmente se ofrecen en las consultas externas de determinados hospitales. Podríamos pensar que los servicios de salud mental no han sabido adaptarse a los cambios en la demanda social con unos criterios más exigentes en cuanto al nivel de intervenciones. La respuesta a través de estas unidades no parece la más adecuada desde un punto de vista asistencial si sobre todo se hace a costa de la inversión en las necesidades básicas de las que hablábamos en el punto anterior. La complejidad de la intervenciones en patologías graves como la anorexia, los trastornos de personalidad o los trastornos bipolares por poner unos ejemplos exigen actuaciones de todos los dispositivos de la red y eso implica el trabajo por programas y no por unidades.

Cohesión de la red

La red de salud mental tradicionalmente ha estado fragmentada por las distintas administraciones que intervenían y que tenían culturas asistenciales diversas. Esta inercia no ha logrado resolverse. Analizando los datos del observatorio se pueden ver tres tipos de elementos que son necesarios abordar para una adecuada integración de la red de salud mental.

En primer lugar la tradicional separación entre los servicios hospitalarios y los servicios ambulatorios en algunas áreas donde el hospital tiene una importante presencia y poder de decisión aparece en este momento decisiva en el horizonte de la integración en atención especializada. Nada se ha resuelto sobre cómo se va a hacer esta integración.

En segundo lugar la separación entre los recursos de salud mental y los de rehabilitación psicosocial que dependen de otro plan y otra consejería sin que el horizonte de la integración en sanidad se vea cercano hace necesario mejorar los mecanismos de coordinación a nivel central en la planificación y a nivel local en la coordinación.

Por último y en tercer lugar la existencia de cada vez más dispositivos con nuevas formas de gestión descentralizadas y autónoma establece poco a poco una cultura de proveedores cuyo impacto en la cohesión de la red de salud mental todavía está por ver.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Madrileña de Salud Mental)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

.....
Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º
el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma: