

EDITORIAL

PÁG. 2

**Informe de los Servicios de Salud
Mental de distrito**

PÁG. 4

**Informe de los Servicios de
Psiquiatría de los hospitales**

PÁG. 14

**Informe sobre la Rehabilitación
Psicosocial**

PÁG. 25

Informe de los Hospitales de Día

PÁG. 38

PANÓPTICO

PÁG. 43

HEMOS ESTADO

PÁG. 46

NUEVA SOLICITUD

PÁG. 52

A M S M

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

o t o ñ o

**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

EDITORIAL

Balance

Coinciden en el tiempo el fin de la legislatura de esta junta directiva, la finalización del Plan de Salud Mental 2003-2008, hace un año el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 y es tiempo de balance. Han sido tres años marcados por los cambios en el modelo sanitario de la Comunidad de Madrid. El Gobierno del Partido Popular de la Comunidad de Madrid decide intervenir en la sanidad y lo hace con una apuesta decidida por la sanidad privada y la descapitalización y desmantelamiento de la red pública. La incorporación a la red de los hospitales de nueva creación, los cambios en los modelos de gestión y la puesta en marcha de una nueva manera de entender la zonificación sanitaria han sido las puntas de lanza del modelo sanitario que se está implantando. Esta apuesta va de menos a más. Si los de los primeros siete hospitales que se construyeron, cinco salían con el modelo de gestión privada para empresas públicas, los últimos tres que acaban de salir lo hacen con las características de concierto de toda la atención especializada para una población determinada y un canon por actividad asistencial realizada a la población de fuera de su ámbito de aplicación del concierto. La cesión completa de la atención a empresas privadas vía conciertos para las nuevas incorporaciones, el cambio de modelo de gestión para la red antigua, la competencia entre dispositivos y la ausencia de zonificación marcan las características del nuevo modelo.

Para la Salud Mental, las repercusiones del nuevo modelo se han hecho sentir en la composición de las plantillas de los nuevos hospitales, que dibujan unos servicios hospitalarios sobredimensionados, lo que unido a la aplicación flexible de la zonificación y a la filosofía de competencia entre dispositivos, permite vislumbrar unas funciones y un papel en la red completamente diferentes a los actuales y al margen del modelo comunitario de atención. También lo ha hecho, en el proceso de selección del personal y jefaturas de los servicios de psiquiatría de los nuevos hospitales, más parecido a un proceso de selección de una multinacional que de un servicio sanitario público, donde los méritos adquiridos en la red sanitaria pública y el compromiso con ésta se han convertido en una rémora para acceder a los nuevos dispositivos. La puesta en marcha de hospitales concertados, como el de Valdemoro, ha supuesto el cierre del Centro de Salud Mental y su conversión en consultas externas hospitalarias. También se ha cerrado el Centro de Salud Mental de Carabanchel, al que le han aplicado anticipadamente la nueva zonificación, dispersando su equipo y cambiando de profesionales de referencia y dificultando la accesibilidad a los dispositivos asistenciales a miles de pacientes. Una mención aparte merece la destitución del Director Médico de los Servicios de Salud Mental de Leganés, Manolo Desviat, y de la mayoría de los jefes clínicos de su equipo. Su papel en los procesos de reforma psiquiátrica y la implantación de un modelo comunitario de atención a la salud mental ha sido indiscutible y en la defensa de los principios de ese modelo ha estado una de las causas fundamentales de su cese. Desde aquí, la junta directiva de la Asociación Madrileña de Salud Mental, en nombre de toda la asociación, quiere expresarles su reconocimiento y apoyo.

El Balance general del desarrollo del Plan de Salud Mental 2003-2008 hasta hace un año podía tener su claros y sus sombras. En su haber está el incremento de las plantillas de los CSM, la apertura de Unidades de Hospitalización Breve y de Hospitales de Día; en sus deberes su inanición en las reformas organizativas y el debilitamiento del modelo comunitario de atención y de la Oficina Regional de Coordinación. Lo ocurrido en los últimos 2 años en la sanidad madrileña hace que estos últimos se agranden y el balance no pueda ser más que negativo. Sin duda, su gran deber ha sido no introducir las reformas organizativas necesarias para “consolidar una Red Integrada de Salud Mental” y no haber promovido una integración ordenada y homogénea de la atención en salud mental en atención especializada, que preservase nuestras especificidades, modelos de atención y modos de intervención. Desde la Oficina Regional de Coordinación no se ha sido capaz de defender el modelo que se plasmaba en el Plan, ni de influir en las decisiones importantes respecto a la planificación de los nuevos hospitales y nueva zonificación sanitaria, y con ello, de defender su propio papel recogido en el Plan. El resultado ahí está: la marea de cambios que se han producido en la sanidad madrileña ha encontrado a la salud mental sin ninguna defensa y la aplicación del nuevo modelo sanitario a la atención en salud mental bajo el lema “la psiquiatría una especialidad más”, amenaza con llevarse por delante toda una red, incluida la propia Oficina Regional de Coordinación, y un modelo de atención que, aún con sus carencias, se ha mostrado muy eficaz.

Antes de que haya finalizado este plan, está en marcha la gestación de uno nuevo. Tenemos noticias de que se quiere hacer rápido y que ya se han constituido distintos grupos de trabajo, pero desconocemos la composición de la mayoría de ellos. La falta de transparencia informativa y de participación de los ciudadanos, usuarios y profesionales en la planificación y puesta en marcha de los nuevos hospitales y nuevas formas de gestión ha sido una constante y parece que la elaboración del nuevo plan de salud mental discurre por los mismos derroteros. Únicamente sabemos que la AMSM no está ni se le ha pedido parecer. Tenemos cosas que decir y nos gustaría decirlas en el proceso de elaboración. Se ha nombrado un Coordinador para la elaboración del Plan al margen de la Jefatura de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y también, al margen de la misma, están funcionando los grupos de trabajo y una buena parte de la propia Oficina. El futuro de la propia Oficina parece estar en juego. Las noticias son muy preocupantes y no parece que esta sea la mejor manera de elaborar un nuevo plan. Esta Junta ha hecho una valoración positiva, con puntuación de notable, del conjunto del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. El Plan tiene lagunas y hay muchas cosas que pulir y se puede discrepar de si el Plan se merece un seis o un ocho; pero no se puede negar que ha transformado la atención a las personas con trastornos mentales graves y nos gustaría creer que lo ha hecho de una manera irreversible, aún en tiempos de crisis económica y de recortes presupuestarios y esta ha sido la principal consideración de la Junta a la hora de evaluar.

El balance de la Junta es el balance de lo hecho. Más allá de las actividades habituales (Jornadas, Boletines), los acontecimientos nos han ido marcando la agenda. Casi nunca hemos tenido la iniciativa y los acontecimientos se sucedían con tanta rapidez que hemos tenido dificultades para tenerlos al corriente e implicarnos en las iniciativas. Dado que la inmediatez se ha convertido en la medida de las cosas en estos tiempos, necesitamos todos vuestros correos electrónicos. La integración fue nuestro caballo de batalla en los dos primeros años de la legislatura: no conseguimos reactivar la Comisión para la Integración ni tuvimos interlocutores a los que decirselo cara a cara. Con los nuevos modelos de gestión, que incorpora la puesta en marcha de los nuevos hospitales, nos cambian las preguntas y nos quedamos sin nadie a quien pedirle que nos integre. La resolución de la convocatoria de las jefaturas de los nuevos hospitales, la dotación de las plantillas, su propuesta de funcionamiento sin zonificación y lo ceses en Leganés nos llevan a la Asamblea del 12 de Febrero, en el Hospital del Niño Jesús. Esta Asamblea supuso un darnos cuenta que los movimientos aislados de la salud mental no tienen sentido en este momento fuera del proceso general, que es un proceso de toda la sanidad madrileña y que el eje vertebrador de nuestra acción debía ser la defensa de la asistencia sanitaria pública, que era esto lo que estaba en juego y que en esto estaba en juego también el modelo de atención que defendemos. La estrategia, desde entonces, ha sido estar presentes en aquellas iniciativas y movimientos que tuviesen como objetivo la defensa de la sanidad pública. En eso estamos. Por último, este Boletín que se entrega en este VIII Congreso de la AMSM, recoge un informe del estado de la red de salud mental dividido en cuatro partes: Centros de Salud Mental, Servicios Hospitalarios, Hospitales de Día y Rehabilitación Psicosocial que, con excepción de este último, tienen como base una encuesta elaborada por la Junta con el objeto de conocer no solo los datos cuantitativos de los dispositivos asistenciales sino el funcionamiento de los mismos y su integración en la red. Un cordial saludo.

INFORME DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

1. RECURSOS Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL.

Cuestiones metodológicas.

El cuestionario se pensó para ser contestado por algún profesional que trabajase en el dispositivo o conociese el funcionamiento de éste. La encuesta (disponible en la versión ampliada de este informe se componía de preguntas mayoritariamente abiertas, donde los términos que se utilizan para nombrar las cosas no forman parte de un glosario donde vengan definidas éstas, lo que le da un carácter subjetivo y nos informa tanto del hecho preguntado como de la manera que tiene el informante de entender la pregunta. En este caso, la elección, disponibilidad e implicación de los informantes va a introducir un sesgo en los resultados. Por lo tanto, los resultados tienen un carácter fundamentalmente cualitativo, con las virtudes y los defectos de estos enfoques. Creemos, sin embargo, que aporta suficiente información para darnos una imagen del funcionamiento de la red que puede servir de punto de partida para definir lo que queremos que sean los Servicios de Salud Mental de Distrito, delimitar sus funciones y homogeneizar criterios de funcionamiento. Se elaboró un cuestionario para atención a adultos y otro para el programa Infante-Juvenil (disponibles en la versión completa del Observatorio de Salud Mental de Madrid 2007, disponible en la página Web de la AMSM). Sin embargo el análisis se va a centrar, excepto en el apartado de Recursos, en los datos recogidos en el cuestionario de atención a adultos, que se dividió en los siguientes apartados: Recursos, Manejo de la Demanda, Modos de Intervención, Trabajo en Equipo, Coordinación Externa y Docencia, Investigación y Formación Continuada. Aunque se intentó recoger la información de todos los CSM, y así se hizo respecto al apartado de Recursos, para el resto de los apartados únicamente obtuvimos información de 30 de los 36 CSM existentes.

1.1. Recursos.

Se han recogido datos de los 36 Centros de Salud Mental. En la Tabla 1 aparecen recogidos los datos de los distintos profesionales sumados los de atención a adultos y los del Programa Infante-Juvenil. Los datos totales, desglosados y analizado su nivel de cumpli-

miento pueden consultarse en la versión completa del Observatorio de Salud Mental de Madrid 2007, disponible en la página Web de la AMSM.

La puesta en marcha del Plan ha supuesto un aumento importante de recursos para los CSM en su conjunto. Según los datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, que no coincide con los nuestros sobre todo en los psiquiatras y enfermería, han pasado de: 231 psiquiatras a 316, de 146 psicólogos a 179, de 103 Diplomados en Enfermería a 129 y de 63 Diplomados en Trabajo Social a 82. Con estas cifras y utilizando las Tarjetas Sanitarias a fecha de marzo 2007, tendríamos por 100000 habitantes: 5 psiquiatras, 2.86 psicólogos, 2 Diplomados en enfermería y 1.3 Diplomados en Trabajo Social. Los objetivos del Plan, (5 psiquiatras, 2.5 psicólogos y 2.5 Diplomados en enfermería por 100.000 habitantes) se habrían cumplido excepto para Diplomados en enfermería que faltarían, más de 30 profesionales. Con nuestros datos, las carencias serían de 13 psiquiatras y 50 Diplomados en Enfermería

En cuanto a la distribución de profesionales, en atención adultos, es muy llamativa la escasez de psiquiatras en los CSM del Área 6, están 1.58 puntos por debajo de la media, y también por debajo de la media los CSM del Área 2, excepto Coslada, y los del Área 7, especialmente Chamberí, con 1.72 puntos por debajo de la media. La distribución de los psicólogos es mucho más desigual tanto entre Áreas como entre distritos dentro de cada Área. Las contrataciones ligadas al 11 M y el punto de partida muy desigual, explicaría el resultado. El Área 1, 4 y la 11 están por encima de la media, mientras que el Área 5, 9 y 10 están por debajo. El déficit de Diplomados en enfermería es muy homogéneo en todas las Áreas, siendo más acusado en el Área 4.

En cuanto al programa Infante-Juvenil no ha variado mucho en los últimos dos años. Nos encontramos que se han cumplido los objetivos para los psicólogos (4 por 100.000 habitantes), pero no así para psiquiatras (5 por 100.000 habitantes) que faltarían, al menos, 9. En cuanto a la distribución de los psiquiatras por CSM: Por encima de los objetivos previstos el Área 1 y el Área 5, por encima de la media (4.19) pero por debajo de objetivos las Áreas 2, 3, 4 y 8, y muy por debajo de objetivos las Áreas 9,10 y 11 y especialmente el Área 6, que está a 2.5 puntos de los objetivos previstos. Respecto a los psicólogos, todas las Áreas, excepto la 6 que está a 2.5 pun-

Tabla 1. Profesionales de los Servicios de Salud Mental de Distrito a fecha de diciembre 2007.

Servicios de Salud Mental de Distrito	TSI Marzo 2007	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermería	Trabajadores Sociales
AREA 1	754.390	44.5	28	15	13
Arganda	150.083	144.091	117.887	188.721	135.569
Moratalaz	144.091	9	7	3	2
Retiro	117.887	6.5	4	3	3
Puente Vallecas	188.721	13	7	3	4
Vallecas Villa	135.569	9	6	3	2
AREA 2	456.095	21.3	12	8	6
Chamartín	139.685	6	4	3	3
Coslada	162.050	8	5	3	2
Salamanca	154.360	7.3	3	2	1
AREA 3	360.709	19.50	8	6	4
Alcalá	242.351	14	6	3	3
Torrejón	118.318	5.5	2	3	1
AREA 4	597.300	28	19.5	8	8
Barajas	46.462	3	3	1	1
Ciudad Lineal	274.421	12	7.5	3	3
Hortaleza	150.785	7	4	2	2
San Blas	125.362	6	5	2	2
AREA 5	750.499	38	21	13	9
Alcobendas	274.485	11	5	3	3
Colmenar	109.712	5	3	2	2
Fuencarral	213.753	11	7	4	2
Tetuán	152.549	10	6	4	2
AREA 6	656.121	21	13.5	12	5.5
Collado Villalba	233.471	8	3	4	2
Majadahonda	302.203	8	7.5	4	2
Moncloa	120.447	5	3	4	1.5
AREA 7	562.894	22.5	12	9	8
Centro	145.905	8	5	3	2
Chamberí	156.754	4.5	3	2	2
Latina	260.235	10	4	4	3
AREA 8	487.585	24	13	8	5
Alcorcón	170.153	9	5	3	2
Móstoles	224.795	11	6	3	2
Navalcarnero	92.637	4	2	2	1
AREA 9	409.786	21	13	8	5
Leganés	188.403	10	6.5	5	3
Fuenlabrada	221.383	11	6.5	3	2
AREA 10	334.751	17	8	6	4
Getafe	164.657	9	4.6	3	2
Parla	170.094	8	3.4	3	2
AREA 11	878.163	42	25.5	14	10.5
Aranjuez, Valdemoro y Ciempozuelos	157.004	5	2.5	2	1.5
Arganzuela	159.049	8	4	3	2
Carabanchel	258.816	13	8	3	3
Usera	141.958	8	5	3	2
Villaverde	161.336	8	6	3	2
TOTAL	6.248.293	298.80	174.5	107	78

tos de los objetivos, están muy por encima de los objetivos previstos, compensando el déficit de psiquiatras.

1.2. Manejo de la demanda

Las preguntas hacían referencia al acceso al servicio y a la forma de asignar los profesionales que llevaban a cabo la primera evaluación, al manejo de la atención de las demandas urgentes, al número de casos nuevos atendidos por cada profesional y a la consideración de las derivaciones internas y pacientes compartidos.

Acceso al servicio y asignación de profesionales

En el 20% de los CSM los pacientes derivados a los mismos son citados a una entrevista de recepción y acogida que evalúa la demanda y asigna los profesionales en función de la misma. En la mitad de estos centros, esta entrevista únicamente se hace a las demandas preferentes. Los diplomados en enfermería y en trabajo social son los encargados de las mismas. La escasez de estos profesionales en los centros y su asignación prioritaria a los programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados han sido la causa fundamental de la desaparición de lo que se denominaba “programa de evaluación”. En el resto de los CSM, los pacientes derivados son asignados directamente a los profesionales que van a evaluar el caso. De éstos, en 3 CSM la cita se hace directamente desde Atención Primaria que dispone de las agendas de nuevos de los mismos. En el resto de los CSM funcionan distintas opciones: En el 14% la asignación la hace el propio jefe de servicio, en el 10% en una reunión de equipo semanal, y en el 57% se hace desde administración.

En los criterios para asignar profesional se tiene en cuenta tanto criterios de organización de la atención como criterios clínicos. En el 23% de los CSM tienen organizada la atención por subequipos que se hacen cargo de toda la demanda de uno o varios Equipos de Atención Primaria y es dentro de los mismos donde se hace el reparto de la atención y el manejo de los tratamientos compartidos. La primera evaluación la hacen, en el 83% de los CSM, tanto psiquiatras como psicólogos; pero aún hay un 17% de los centros donde los psicólogos, a pesar de su reconocimiento como facultativos, no hacen evaluaciones. En todos los casos se acuden criterios clínicos para asignar a unos profesionales u otros, tomando como punto de partida, en unos casos, el criterio del Médico de Atención Primaria que cita directamente, el criterio de los profesionales que ha-

cen la entrevista de recepción y en otros, a partir de la información recogida en el PIC de derivación, el criterio del jefe de servicio, del equipo asistencial o del administrativo que da la cita.

Atención de Urgencias

En el 13% de los centros no hay atención de Urgencias, en el resto hay atención de Urgencias para los pacientes que están en seguimiento en el Centro. En estos casos, la atención la hace el profesional responsable del caso y si no está por un profesional asignado para ello. Esto ocurre en el 70% de los CSM y el profesional de Urgencias es, en el 57% de los casos, únicamente el psiquiatra, mientras que en el 13% lo son tanto el psiquiatra como el psicólogo. En algunos centros hay un filtro previo para las demandas de Urgencia que lo lleva a cabo enfermería.

Casos nuevos atendidos y derivaciones internas

En el 27% de los centros los psicólogos y los psiquiatras ven el mismo número de nuevos, entre 4.5 y 6. En el resto de los centros los psiquiatras ven más nuevos que los psicólogos. El rango para los psiquiatras es entre 6 y 10 nuevos semanales: 6 en el 20%, 7 en el 23% y más de 7 semanales en el 30%. El rango para los psicólogos es de 3 a 7 nuevos semanales: 5 en el 30%, menos de 5 en el 16% y más de 5 en el 27%.

Los criterios para considerar como “nuevos” varían de unos centros a otros. “Nuevo” es el que ocupa un hueco de nuevo. Los huecos de nuevos pueden ocuparse por lo que acuden por primera vez al CSM, pero en algunos CSM también ocupan huecos de nuevos los que teniendo historia llevan más de un periodo de tiempo sin acudir (este periodo puede variar de unos CSM a otros, en algunos casos es un año, en otros dos o más) son los denominados “retornos” o “nuevos con historia”. Este criterio es el mayoritario dentro de los CSM. También pueden ocupar huecos de nuevos, para un profesional, pacientes que están siendo vistos por otro profesional del centro y son derivados a éste, ya sea para tratamientos compartidos o para hacerse cargo de la totalidad del tratamiento, son las “derivaciones internas”, así como los pacientes procedentes de un “cambio de terapeuta”, que en algunos centros contabilizan como pacientes nuevos y en otros no.

Únicamente en el 30% de los CSM están fijados los huecos de derivación interna entre psiquiatras y psicólogo y aún menos, un 23%, entre psicólogos y psiquiatra. En algunos centros ni siquiera existe la posibilidad de derivación interna y en los CSM donde el psicólogo

no evalúa, todas sus intervenciones son derivaciones internas. Esto indica que la especificidad de las intervenciones y el manejo de procesos complejos, que precisan varias intervenciones y la concurrencia de varios profesionales, no tiene mucho peso en la organización de la atención. Los recursos parecen utilizarse de una manera generalista y donde la adjudicación inicial, esté bien o mal hecha, va a marcar el tipo de atención que recibe el paciente. Una demanda muy variada y con un rango amplio de severidad, un sistema de adjudicación ciego y con pocas opciones donde elegir y una composición de los equipos, con un predominio muy importante de los psiquiatras respecto a los psicólogos, hacen de la toma a cargo indiscriminada el modelo preponderante de atención que se presta.

1.3. Modos de intervención

Se preguntaba sobre el modelo predominante de atención, programas y consultas específicas implantados y descripción del funcionamiento por programas, presencia de intervenciones grupales: su denominación, profesionales que los llevan a cabo y pacientes que son atendidos a través de este modelo y existencia de intervenciones psicoterapéuticas específicas: su denominación y los profesionales que las llevan a cabo.

Modelo predominante de atención.

A la pregunta “Señale con una cruz cual es el modelo predominante en su servicio”, en el 87% de los CSM se marcó “Consulta Inespecífica”. que en el 30% de los casos se asoció a “Funcionamiento por programas” y en el 13% a “Consulta específica”. Únicamente en el 7% la respuesta única fue “Funcionamiento por programas”. Que los CSM no funcionan por programas, aunque en el Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) y en las memorias sigan estando ahí, es un hecho asumido por los profesionales de los mismos, lo que se refleja en que no se obtuvieron respuestas a la petición de “descripción del funcionamiento por programas” o en que únicamente en un 17% de los centros existen designados los profesionales responsables de las consultas y programas y únicamente en un 10% los programas y consultas están protocolizados y existe una evaluación de resultados.

Sigue habiendo programas nominales y eso es lo que se recoge también cuando se pide que se citen, aunque también se citan como programas otros que no se consideraban como tales. Los más citados son: Alcoholismo en el 30%, Continuidad de Cuidados, también denominado como Seguimiento de Crónicos, Seguimiento y

Rehabilitación en el 17%, Psicogeriatría en el 13%, Trastornos de Personalidad y Trastornos de la Alimentación en el 7% y Coordinación con Atención Primaria en el 3%. Cuando se pide que se nombren las consultas específicas, la de Trastornos de Conducta Alimentaria, con el 23%, es la más numerosa. También se citan Ludopatía en el 7% de los centros y Adicciones y patología dual e Interrupción Voluntaria del Embarazo en el 3% cada una.

El Programa Infanto-Juvenil se haya plenamente consolidado en todos los CSM y las características de su funcionamiento se han recogido en un cuestionario aparte del de atención a adultos. El análisis de los datos y las conclusiones no son muy diferentes a los recogidos en el Observatorio de 2005 que se puede consultar en la página Web de la AMSM.

Intervenciones Grupales.

Las intervenciones grupales están presentes en todos los CSM. El rango es amplísimo, desde 1 hasta 17. En el 50% de los CSM se llevan a cabo menos de 5 intervenciones grupales, Entre 5 y 9 en el 35% y más de 10, en el 15%.

La oferta de intervenciones grupales es muy heterogénea y responde a distintas lógicas: unas ligadas a las necesidades asistenciales y su manera de enfocarlas por parte de los responsables y profesionales de los CSM y otras por la propia composición, formación y orientación teórica de los equipos. Los Grupos de Relajación son los más frecuentes, están presentes en el 87% de los centros y son llevados a cabo en exclusiva por enfermería en el 63%, seguido por psicología en el 13% y en el resto de los centros por psicólogos, personal de enfermería y trabajo social.

Hay intervenciones grupales dirigidas a procesos específicos. En el 30% de los centros hay intervenciones grupales para psicóticos (autoayuda, habilidades sociales, hábitos saludables, psicoeducación, grupo de continuidad de cuidados, grupo para familiares) que llevan a cabo trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y psicólogos, por ese orden. Terapia de Grupo para psicóticos en el 27% de los centros, siendo los psiquiatras los que los llevan en todos los casos, apoyados por enfermería en el 10% de los centros y por psicología en el 7%. Para Manejo de ansiedad y conductas fóbicas hay grupos en el 27% de los centros, todos ellos a cargo de psicólogos. Desde una orientación psicodinámica, “Grupos de neuróticos” en el 23% de los centros, que son llevados cabo tanto por psicólogos como por psiquiatras. Similar al anterior pero desde una perspectiva

cognitivo conductual son los grupos para “Distimias” o “Depresiones neuróticas” presentes en el 10% de los centros y realizados por psicólogos. Para Trastornos de la personalidad hay grupos en el 17% de los CSM, llevados a cabo tanto por psiquiatras como por psicólogos. Para Fibromialgia y Malestar laboral o conflictos laborales, en el 13%, llevados a cabo por psicólogos. Para Alcoholismo, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Duelo los hay en el 10% de los centros. Para Trastornos Bipolares o Trastornos afectivos, en el 7% y llevados a cabo tanto por psiquiatras como por psicólogos, y para Trastornos Adaptativos y pacientes con Cáncer de Mama, en el 3%, llevados a cabo por psicólogos.

También hay intervenciones grupales dirigidas a poblaciones específicas ya sean en función de la edad o el género. En el 17% Grupo de Adultos, en el 10% Grupo de Tercera edad o de Mayores de 65 años, en el 7% Grupo de Apoyo a jóvenes y Grupo de Adolescentes y Grupos de Mujeres y en el 3% Grupo de neuróticos jóvenes y Grupo de neuróticos mayores. La orientación teórica tiene mucho menos peso en la oferta de intervenciones grupales. En el 13% Psicoterapia dinámica o Grupo psicoterapéutico, en el 7% Grupos multifamiliares e Intervenciones Familiares y en el 3% Grupo Cognitivo Conductual y Psicodrama. Las Intervenciones Grupales, permiten tratamientos intensivos (una vez a la semana) pero atienden a un número reducido de pacientes. Menos de 10 pacientes por grupo y año en el 15% de los grupos, entre 10-20 pacientes en el 20% de los grupos y más de 20 en el 65% de los grupos. Los psicólogos realizan el 37% de las intervenciones grupales, les siguen los enfermeros, un 23%, los psiquiatras, un 20%, los trabajadores sociales, un 4% y los Terapeutas ocupacionales, que no están representados en la mayor parte de los CSM. Como se ha ido señalando anteriormente, existe un reparto de las intervenciones grupales por profesionales dependiendo del tipo de intervención, el proceso hacia el que va dirigido y la orientación teórica. En general, las intervenciones para los procesos más graves están en manos de los psiquiatras apoyados por enfermería, trabajo social y terapeutas ocupacionales y los menos graves en manos de los psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales.

Psicoterapias

A la pregunta “Rellene la siguiente tabla si existen intervenciones psicoterapéuticas específicas en su servicio” Únicamente han rellenado este apartado poco más del 50% de los CSM. ¿En el otro 50% ninguna de las actividades psicoterapéuticas se consideran inter-

venciones psicoterapéuticas específicas, o es una pregunta tan abierta que el silencio dice más que cualquier afirmación? Las respuestas de los que han contestado tampoco nos sacan de dudas respecto al papel de las Psicoterapias en los CSM.

Entre los que han contestado, el rango de oferta de psicoterapias por CSM va de 1 a 4 (4 en el 7%, 3 en el 10%, 2 en el 23% y 1 en el 17%, con una gran variedad en cuanto a las denominaciones (Terapia de apoyo, Psicoterapia de orientación analítica, Psicoterapia dinámica, Terapia dinámica breve, Individual dinámica, Individual cognitivo conductual, Terapia cognitivo conductual, Terapia de orientación dinámica, Terapia familiar, Psicoterapia de familia (sistémica), Terapia de integración, Terapia de pareja, Terapia de pareja sistémica, Terapia conductual, Terapia cognitiva). Si las agrupamos nos encontramos: Terapia de orientación Cognitivo Conductual en el 37%, Psicoterapia de orientación psicodinámica en el 33%, Terapia de Apoyo en el 13%, Terapia Sistémica (Familia) en el 13%, Terapia de Pareja en el 7% y Terapia de Integración en el 3%.

Por profesionales implicados, la Psicoterapia de orientación psicodinámica la llevan a cabo tanto psiquiatras como psicólogos. En manos de los psicólogos están la Terapia cognitivo conductual y de pareja, y en manos de los psiquiatras: la Terapia de apoyo, familiar y de integración.

1.4. Trabajo en equipo

Para evaluar el trabajo en equipo, se ha tomado como referencia la existencia de reuniones, frecuencia, duración y participantes en las mismas. En el 80% de los CSM hay Reuniones de Equipo, de duración entre 1 y 2 horas y con una frecuencia semanal en el 47%, Quincenal en el 10% y Mensual en el 23%. En estas reuniones está presente todo el equipo en la mayoría de los CSM y en algún caso aislado en casos aislados no está presente la parte administrativa del equipo.

Las Reuniones de Coordinación del Programa de Continuidad de Cuidados, también llamado de Rehabilitación, también está presente en casi todos los CSM, aunque en algunos integrada dentro de la Reunión de Equipo o de Atención a Adultos. Tiene una duración variable entre 1 y 2 horas y la frecuencia es semanal en la mitad de los CSM, quincenal en el 15% y mensual en el 35%. En esta Reunión participa el Coordinador del Programa de Continuidad de Cuidados, enfermeros y trabajadores sociales y puntualmente se incorporan los psiquiatras o psicólogos.

Existen Reuniones de Atención a Adultos o de Derivación Interna, en el 20% de los centros, y suelen ser semanales, de una hora de duración y participa el equipo asistencial de atención a adultos. En los CSM que funcionan con subequipos existen reuniones semanales con las mismas funciones que la de atención a adultos.

1.5. Coordinación externa

Se pedía que se rellenase una tabla reflejando la existencia de reuniones de coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios, su frecuencia, duración, los profesionales que llevaba a cabo esa coordinación y la presencia de otros dispositivos en las mismas.

El rango de reuniones de coordinación externa por CSM es muy amplio, va desde 1 a 15. En el 20% hay menos de 5 reuniones, En el 50% hay entre 5 y 8 reuniones, en el 23% hay entre 8 y 10 reuniones y en el 7% más de 10 reuniones de coordinación.

Las reuniones más frecuentes aparecen recogidas en la Tabla 2. Como vemos las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación y Coordinación con Hospitalización Breve están presentes en la mayoría de los CSM.

En el análisis por Áreas sanitarias, cabe señalar algunas particularidades. En el área 1, participación en la Comisión de violencia de género y únicamente 1 de sus 5 CSM, señala la existencia de coordinación con atención primaria. En el Área 2 las comisiones de Asistencia y Docencia no están programadas regularmente y no se reseña coordinación con atención Primaria. En el Área 3 se reseña la coordinación con atención Primaria en un único CSM. En el área 4, la coordinación con Hospitalización Breve es mensual/bimensual en algún distrito, la coordinación con los dispositivos de rehabilitación únicamente está presente en un CSM de los cuatro y en dos se reseña la coordinación con atención primaria. En el Área 5 la coordinación con la hospitalización breve no aparece reseñada en ningún CSM y es mensual en otros, no existe coordinación con los dispositivos de rehabilitación en todos los CSM y ningún CSM reseña coordinación con atención primaria. En el Área 6, únicamente aparece reseñada la Comisión de Rehabilitación de Área, no existiendo ni comisión de asistencia ni de docencia de área y un único CSM informa de coordinación con los dispositivos de rehabilitación y ninguno con atención primaria. En el área 7 no tenemos información. En el Área 8 no

Tabla 2.- Reuniones de coordinación externa.

Denominación	% de CSM	Frecuencia	Duración
Comisión de asistencia	73%	quincenal/mensual bimensual /trimestral/cuatrimstral	1-2horas
Comisión de docencia	67%	trimestral / cuatrimstral	1-2 horas
Comisión de rehabilitación	77%	mensual/bimensual/trimestral	2-3 horas
Coordinación hospitalización breve	63%	semana/quincenal/mensual	1 hora
Coordinación dispositivos de rehabilitación	67%	mensual/bimensual	1-2 horas
Derivación dispositivos de rehabilitación	17%	mensual	1-2 horas
Coordinación media y larga estancia	13%	trimestral	1 hora
Hospital de día	10%	mensual	1 hora
Comision de usuarios	13%	trimestral	1 hora
Coordinación atención primaria	20%	mensual / trimestral	1 hora
Coordinación servicios sociales	17%	mensual/bimensual/ trimestral	1-2 horas
Coordinación cad / caid	7%	bimensual / trimestral	1 hora
Coordinación junta de distrito	7%	bimensual / trimestral	1 -2 horas
Comisión violencia de género	13%	trimestral	1-2 horas
Comisión de investigación	3%		
Coordinación consultas específicas	7%	mensual / bimensual	1 hora
Comision ejecutiva de área	13%	semanal	1 hora

está programada la comisión de asistencia, existen reuniones de coordinación con el CAID y un único CSM reseña reuniones de coordinación con atención primaria. En el Área 9 existe reunión de coordinación con CAD y Comisión de violencia de género. En el Área 10 no aparece reseñada la Comisión de Asistencia. En el Área 11 existe una Comisión ejecutiva de área, que se reúne semanalmente con participación de los jefes de los CSM, mientras que la Comisión de Asistencia se reúne cuatrimestralmente y solo un CSM reseña la coordinación con atención primaria.

Se puede concluir que se han perdido elementos importantes de integración de la red sanitaria, como la coordinación con atención primaria que es imprescindible recuperar, y que algunas Áreas sanitarias funcionan poco integradas o completamente desintegradas. Sin embargo, siguen funcionando elementos importantes de integración en la Red de Atención Única que hay que conservar y potenciar e implantarlos en las nuevas Áreas y dispositivos recién creados.

1.6. Docencia, investigación y formación continuada.

Docencia

La formación Pregrado de medicina, psicología y enfermería, está presente en alguno de los CSM del Área 1, Área 3, Área 4, Área 6 y Área 10.

En todas las Áreas existe formación de Postgrado. Los MIR de psiquiatría rotan por el 90% de los CSM, pertenecientes a todas las Áreas sanitarias. Los PIR, hay menor número, lo hacen por el 67% de los centros, pertenecientes a todas las Áreas, mientras que los EIR hacen su rotación por el 37% de los CSM, pertenecientes a las Áreas 1, 3, 5, 8 y 9 y los MIR de Familia rotan por el 80% de los CSM, pertenecientes a todas las Áreas.

Los CSM organizan cursos de formación continuada o sus profesionales participan en cursos de formación organizados por otros dispositivos y entidades. En nuestra encuesta, en el 2007, el 60% de los habían organizado cursos de Formación continuada con una media de 2 cursos por CSM. Los profesionales del 77% de los CSM participaron en cursos de formación de la Agencia Laín Entralgo, con una media de tres profesionales por CSM, y en menor medida, 43%, en cursos organizados por agencias diferentes a la Laín Entralgo.

Investigación.

En únicamente un 30% de los CSM existen líneas de investigación. En el 27% son de investigación clínica, con financiación FISS en el 7% y sin financiación en el

20%. En el 10% se hace investigación psicoterapéutica, con financiación FISS en el 7% y sin financiación en el 3%. En el 13% se hace investigación psicofarmacológica, con financiación FISS en el 3% y con financiación por parte de la industria farmacéutica en el 10%.

Formación continuada.

En el 93% de todos los CSM han existido sesiones clínicas a lo largo del 2007. La frecuencia de las mismas es lo que es más irregular. En el 33% la frecuencia es semanal, en el 10% quincenal, en el 27% mensual, en el 3% bimensual, en el 6% trimestral y en el 13% sin programación estable. También hay variabilidad entre los CSM en los profesionales que imparten las sesiones clínicas. En el 53% de los centros lo hacen psiquiatras y psicólogos, en el 30% el equipo asistencial al completo, en el 7% únicamente los psiquiatras y en el 3% no se tiene este dato.

A lo largo del 2007, todos los grupos profesionales de todos los CSM han recibido cursos de formación continuada. El criterio de elección de los cursos, es mayoritariamente el de los propios profesionales, en el 80% de los CSM. En el 23% de los centros se responde que es la temática relacionada con la actividad asistencial del profesional y aisladamente se señala el criterio del Jefe de Servicio o dependiendo de la entidad organizadora.

En cuántos a los días anuales dedicados a formación continuada y congresos, las respuestas se reparten entre el 53% que responde “lo que dice el convenio” (con criterios diferentes para los estatutarios, 5-7 días, y personal funcionario y laboral del SERMAS, 15 días), el 20% que responden que “no están fijados y se utilizan los días que se precisen en función de los cursos” y el 27% que no responden.

2. LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO Y EL PLAN DE SALUD MENTAL.

La puesta en marcha del Plan de Salud Mental 2003-2008 supuso para los Servicios de de Salud Mental de Distrito una nueva conceptualización y la implantación de dispositivos y el desarrollo de estrategias dirigidas a socavar y aligerar su peso en la red de atención a los problemas y trastornos de salud mental. El objetivo de unificar la red y de integrarla en el sistema sanitario general como una especialidad médica más, se hace a costa de laminar los rasgos específicos de la atención en salud mental que, recogidos en el modelo comunitario,

situaba como eje de la atención a los servicios de salud mental de distrito y a la territorialización, continuidad de cuidados, tratamiento integral, y equipos multidisciplinarios como herramientas para llevarlo a cabo.

En el Plan de Salud Mental aparecen términos similares a los anteriores: integral, interdisciplinar, insertado en la comunidad, territorializado, continuidad asistencial; pero no aparecen los Servicios de Salud Mental de distrito ni los Centros de Salud Mental. Se crea un nuevo término: Equipos de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental ambulatoria, que no ha llegado a conocerse ni implantarse y cuyo papel aparece recogido en el subapartado “Sobre la asistencia ambulatoria especializada”, dentro de “Actividades asistenciales y programas de intervención”. A estos equipos, que no aparecen en el organigrama, se les atribuyen funciones que coinciden con las asignadas a los Servicios de Salud Mental de Distrito, incluidas la de “Integrar todos los recursos públicos existentes en el ámbito ambulatorio”, “Garantizar la continuidad asistencial en todo el proceso de tratamiento” y “Desarrollar una atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinar”. El resultado es que los Centros de Salud Mental pierden peso desde el punto de vista organizativo, al mismo tiempo que se les mantiene como “eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales”.

En línea con lo anterior, las soluciones para problemas específicos o de especial impacto (trastornos de conducta alimenticia, trastornos de personalidad, etc.) se han planteado al margen de los CSM y a lo largo de estos últimos cinco años se han desarrollado y potenciado consultas externas en casi todos los hospitales, los antiguos y los de nueva creación y se han puesto en marcha Unidades Específicas de atención ambulatoria con criterios de inclusión y de mantenimiento en los mismos de difícil cumplimiento y con el CSM como dispositivo de referencia que sigue haciéndose cargo de ellos, sobre todo los más graves y crónicos, y en muchas peores condiciones de coordinación y seguimiento.

El aumento de profesionales que ha supuesto el desarrollo del Plan, sin lugar a dudas ha sido un esfuerzo económico muy importante; pero el aumento de la población de referencia, casi un millón en los últimos 5 años, ha absorbido el aumento de profesionales y las listas de espera para consultas ordinarias están entre dos y tres meses en la mayoría de los CSM y ese tiempo puede multiplicarse por dos en el caso de las intervenciones psicológicas. Además de la falta de profesio-

sionales en todos los estamentos, tampoco la composición de los equipos, con muy pocos psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, es la más adecuada para hacerse cargo de la demanda que les llega. Sobre todo en los extremos del continuo de la demanda: apenas hay oferta de intervenciones psicológicas para lo adaptativo y necesidades de insight para “trastornos mentales comunes” y se carece de los recursos necesarios para hacer frente a los procesos complejos (trastornos mentales severos, procesos en personas con escasos recursos personales y ausencia de redes de apoyo) que precisan intervenciones intensivas, de la concurrencia de distintos profesionales o de varios recursos asistenciales. La ratios de 2.5 psicólogos por 100.000 habitantes y la ausencia de contrataciones de diplomados en enfermería y trabajo social a lo largo del desarrollo del plan, han propiciado estos desequilibrios y algunos programas como el de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, han sido los más perjudicados. No hay psicólogos de los CSM participando en los mismos y la falta de profesionales que cumplan el papel de coordinador de cuidados, dificulta la puesta en marcha de los Planes de Atención Integral y las derivaciones a los recursos de la red de rehabilitación psicosocial. Por otro lado, una buena parte de las nuevas contrataciones se ha hecho con contratos eventuales y en este momento, con la puesta en marcha de los nuevos hospitales y la estrategia de reordenación de efectivos, acumulando profesionales en los nuevos dispositivos hospitalarios, los CSM pueden perder una buena parte de sus efectivos.

Así están las cosas. Los Centros de Salud Mental han perdido peso, hasta casi desaparecer, desde el punto de vista organizativo, al tiempo que siguen funcionando como el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales. En esta paradoja ha colocado el Plan de Salud Mental 2003-2008 a los Centros de Salud Mental y el nuevo plan ha de tener como objetivo prioritario resolverla

3. CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS.

Los datos de la encuesta de funcionamiento ponen de manifiesto una gran heterogeneidad entre unos CSM y otros tanto entre CSM de distintas Áreas sanitarias como entre los CSM de una misma Área, lo que nos habla de una falta importante de cohesión de la red y de un funcionamiento independiente de cada uno de los dispositivos. Cada CSM se organiza según su criterio y

resuelve los problemas de la demanda que les llega dependiendo de los recursos de los que dispone y con criterios de autogestión.

Hay datos significativos que nos hablan de una pérdida de elementos de funcionamiento comunitario, empezando por el programa de evaluación que ha desaparecido de prácticamente todos los CSM. La atención a las situaciones de crisis ha quedado relegada a “Urgencias para pacientes con historia” y ni siquiera en todos los CSM. Apenas algunos CSM mencionan la coordinación con atención primaria como algo que se haga o que se eche en falta. La consideración de “consulta inespecífica” como modelo de atención predominante unido a las grandes barreras existentes para las derivaciones internas e intervenciones compartidas, nos habla de un modelo de consulta externa ambulatoria con muchas limitaciones para el manejo de las demandas complejas. La existencia de CSM en los que los psicólogos no evalúan u otros profesionales diferentes a los psiquiatras no participan en reuniones asistenciales o actividades de formación y docencia nos indican graves carencias en el funcionamiento multiprofesional de los equipos.

La terapia de grupo como elemento definitorio único y expresión de identidad de muchos profesionales de lo que son las intervenciones psicoterapéuticas, la Psicoterapia individual apenas se cita como intervención que se haga en los CSM, eso no quiere decir que no se haga, se hace pero no se considera ni valora como tal por los propios profesionales que la hacen, insisten en un modelo de atención, tipo consulta, que llevan a cabo todos los profesionales que componen el equipo. La oferta de intervenciones es muy limitada y poco específica. Las únicas consultas específicas que se citan son muy pocas, “las de siempre” y “las de moda”. Los CSM no han sido capaces de sustraerse a la demanda masiva que impone respuestas comunes para todo. Además, no se hace investigación en los CSM y eso determina que no haya investigación asistencial y psicoterapéutica en la red. Nadie parece echarlas de menos pero los que hacen investigación son los que terminan imponiendo su modelo.

No todos los elementos del modelo comunitario se han perdido. En los CSM sigue habiendo muchos elementos de funcionamiento en equipo, hay una gran carencia de psicoterapias, intervenciones rehabilitadoras e intervenciones comunitarias para las personas con trastornos mentales severos que es imprescindible subsanar; pero el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, debido a la presión intensa, activadora y muy

positiva de la Red Psicosocial, es un elemento que ha ido ganando peso en los CSM y estructurando una manera de funcionar que se puede generalizar al resto del funcionamiento de los centros. Además, los CSM siguen teniendo en el Área y en el funcionamiento de Área su razón de ser, a pesar de todas las dificultades, que las hay y muchas y habrá muchas más con los nuevos hospitales y las nuevas Áreas, siguen manteniendo las actividades de coordinación y siguen teniendo mucho más interés en que existan que los Servicios hospitalarios.

Los CSM, a pesar de las carencias, vicios y limitaciones que ha ido acumulando en sus más de tres décadas existencia, se han revelado como un instrumento útil, eficaz y eficiente, tanto para el abordaje y tratamiento de los trastornos mentales como para la mejora de la salud mental de la población. Por ello, ante la elaboración de un nuevo Plan de Salud Mental en Madrid, consideramos:

- Que el Centro de Salud Mental debe asumir el papel que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada el 11 de diciembre de 2006, asigna a los “equipos básicos de salud mental”, entendidos como el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales y debe recuperar su papel relevante tanto nominal como desde el punto de vista de la organización y de la prestación de servicios.
- Que, desde un modelo comunitario de atención, debe asumir funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, de apoyo y asesoramiento a Atención Primaria en su papel de primer nivel de atención a los problemas y trastornos de salud mental, de puerta de entrada a la red de atención de salud mental, de planificación integral del tratamiento, de provisión de los tratamientos ambulatorios y domiciliarios, de derivación a otros dispositivos sanitarios y sociosanitarios y de coordinación de las intervenciones con un modelo de continuidad de cuidados.
- Que para poder llevar a cabo estas funciones, deben tener asignados un ámbito territorial de referencia y capacidad organizativa y de gestión.
- Que deben estar dotados de equipos multiprofesionales, revisándose al alza las ratios establecidas y situándose en al menos cinco psiquiatras, psicólogos y diplomados en enfermería por cada 100.000 habitantes y 2.5 diplomados en trabajo social.
- Que deben tener capacidad de Docencia, Formación e Investigación en sus ámbitos de referencia.

- Que deben estar integrados en el Sistema Sanitario General en el nivel de Atención Especializada y en sus sistemas de información.
- Que deben de formar parte de una red de dispositivos asistenciales que funcionen como una unidad de gestión clínica, con responsabilidad sobre la atención especializada a la salud mental de la población de un área sanitaria delimitada, y donde estén

incluidos, junto a ellos, todos los dispositivos asistenciales de salud mental de esa área e integrada en la Gerencia de Atención Especializada de Área.

**Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental
(AEN)**

INFORME DE LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIOS

CUESTIONES METODOLÓGICAS.

Se elaboró un cuestionario para conocer tanto los aspectos estructurales de los servicios hospitalarios como algunos indicadores de su funcionamiento a Diciembre de 2007. El cuestionario, por tanto, no se pasó a los nuevos hospitales que se fueron abriendo a lo largo de 2008 y que todavía están en proceso de definir recursos y actividad. Tampoco se incluyen en este informe las unidades de hospitalización de niños y adolescentes ni las unidades específicas de alcoholología y deshabituación alcohólica del Rodríguez Lafora. El cuestionario (disponible en breve en su versión completa en la página web de la AMSM) contaba con 9 apartados principales: recursos; funcionamiento de la UHB; unidades específicas de hospitalización breve; funcionamiento de urgencias; interconsulta; consultas externas; participación en comisiones, comités hospitalarios y de área; investigación y docencia.

De los 16 hospitales existentes en Diciembre de 2008 con unidades de hospitalización se han recogido datos de la mayoría de los ítems en 11 de ellos (Gregorio Marañón, La Princesa, Alcalá, Ramón y Cajal, Rodríguez Lafora, La Paz, Fundación Jiménez Díaz, Severo Ochoa, Getafe, Doce de Octubre y Benito Menni). No ha sido posible recoger ningún dato de 3 de ellos (Clínico, Puerta de Hierro y Alcorcón). De Fuenlabrada los datos son incompletos y de Mostoles solo tenemos los datos de estructura. Para subsanar esta limitación para algunos datos (recursos) hemos utilizado las memorias de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y datos del Observatorio la AMSM.

RESULTADOS

1. Recursos

Desde la puesta en marcha del Plan de Salud Mental (PSM) 2003-2008 hasta Diciembre de 2007 se ampliaron las unidades de la Fundación Jiménez Díaz en 7 camas y la de Getafe en 2 camas y se produjo la apertura de las unidades de hospitalización breve del

Hospital La Paz (22 camas), Fundación Alcorcón (24 camas), Hospital Severo Ochoa (18 camas) y Fuenlabrada (16 camas). Con la apertura de estas unidades se cerraron las camas de agudos del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés y se redujeron el número de camas de agudos del Hospital Rodríguez Lafora por lo que el número de camas totales apenas creció. El objetivo del PSM de tener todas las camas de agudos en los hospitales generales no se ha cumplido ya que existen todavía 94 camas en hospitales monográficos (74 en el Rodríguez Lafora y 20 en el Centro Asistencial Benito Menni), alrededor de un 18% del total.

En la Tabla 1 se puede ver la evolución del número de camas desde el año 2000 hasta el año 2008 en relación con el crecimiento de la población. En los datos del 2008 se han contado las camas en funcionamiento de los 6 nuevos hospitales. De las 122 camas previstas inicialmente en estos hospitales de momento solo se han abierto 48. Actualmente, incluyendo las camas en funcionamiento de los nuevos hospitales, para conseguir las ratios teóricas propuestas por el PSM (12 camas por cien mil habitantes) harían faltar alrededor de 122 camas más.

Las tablas con las camas asignadas por distrito sanitario de los servicios hospitalarios a Diciembre de 2007 no se incluyen en este informe ya que estos datos no han variado prácticamente nada desde el año 2005 y aparecen reflejados en el Observatorio de la AMSM del 2005 que se puede consultar en la página web o en el Boletín extraordinario de Primavera de 2006. La única diferencia serían las ratios por cien mil habitantes debido al crecimiento demográfico.

Los recursos humanos de los servicios hospitalarios tampoco han variado sustancialmente en los últimos años (Tabla 2). Los datos del Gregorio Marañón incluyen los profesionales de la Unidad de Adolescentes y en el Rodríguez Lafora los profesionales de las unidades específicas. Sigue siendo especialmente llamativo la escasa presencia de psicólogos clínicos en los servicios hospitalarios y la desigual distribución de profesionales entre unos hospitales y otros, que no se explica exclusivamente por el tamaño del hospital.

TABLA 1. Evolución del total de camas de hospitalización psiquiátrica breve.

Año	2000¹	2004¹	2005	2007	Oct 2008
Población >18 a (en habitantes o TSP)	4.008.695 (censo)	4.470.924 (proyección censo 20012)	5.012.356 (TSI Sept 2005)	5.193.901 (TSI Marzo 2007)	5.274.537 (TSI Abril 2008)
Nº camas agudos ⁴	461	469	461	463	5115
Nº camas x 100.000 habitantes ⁴	11,5	10,49	9,05	8,77	9,68
Ratio teórico para objetivo del PSM		536,3	601,48	623	633
Diferencias actual/ objetivo del PSM ⁴	-67	-140	-160	-122	
Camas agudos hospital general ⁴	279 (65,65%)	333 (71%)	367 (79,6%)	369 (80%)	417 (82%)
Camas agudos hospital psiquiatrico ⁴	146 (34,35%)	136 (29%)	94 (20,4%)	94 (20%)	94 (18%)

1- Datos: Modificado de Memoria de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental. Año 2000 y 2004.

2 Fuente: Proyección del crecimiento de la población según censo 2001. INE

3- Tarjetas sanitarias individuales.

4- No incluye camas de la UDA, ni alcoholología, ni toxicomanías del Hospital Lafora, (en total 36 camas).

5-En 2008 se han abierto 48 camas en los nuevos hospitales: 7 en Arganda (17 previstas); 8 en Parla (17 previstas); 12 en Vallecas (30 previstas); 12 en el H del Norte (30 previstas); 9 en Coslada (18 previstas).

Tabla 2. Psiquiatras y psicólogos totales de los servicios hospitalarios

	Camas	Psiquiatras	Psicólogos
H.G.G.Marañón	75	33	12
H. La Princesa	24	6	1
H. P. Asturias	15	4	0
H.R. y Cajal	24	11	3
H. La Paz	21	11	3
H Lafora	71	14	2
H.P.Hierro	22	5	0
H. Clínico	55	14	2
F. J. Díaz	19	4	1
H.F. Alcorcón	24	4	0
H. Móstoles	20	4	0
H Severo Ochoa	18	5	0
H Fuenlabrada	16	4	0
H. Getafe	12	3	0
H. Doce Octubre	20	20	8
C.A.B. Menni	3,5	1	1,5
TOTAL		133,5	26,5

2. Funcionamiento de las UHB

2.1 Ingresos.

Hasta Diciembre de 2007 los servicios hospitalarios se mantenían integrados funcionalmente en la red de salud mental de cada área sanitaria con una población delimitada y unos CSM de referencia. Todos los hospitales que han contestado a la encuesta señalaron que se acepta sistemáticamente la indicación de ingreso de los Servicios de Salud Mental de Distrito, hospitales de día y consultas externas. Sin embargo la indicación de ingreso podía realizarla únicamente psiquiatras en 7 de los 12 hospitales. Solo los hospitales de Alcalá, Mostoles, Severo Ochoa, Fuenlabrada y Getafe aceptan derivaciones hechas tanto por psiquiatras como por psicólogos, lo que puede dar idea de las distintas culturas asistenciales y la falta de reglamentación del papel del psicólogo clínico en la Red de Salud Mental..

2.2 Coordinación y continuidad de cuidados.

La coordinación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales es uno de los puntos más sensibles del sistema sanitario y en especial de la red de salud mental. De los 13 hospitales de los que disponemos datos, todos excepto Getafe señalaron que realizaban reuniones de coordinación presenciales con profesionales de los CSM, aunque en 2 de ellos contestaron que no se realizaban con todos los CSM. La frecuencia de las reuniones era muy variable, desde semanales en La Princesa, Leganés, Alcalá, y Fuenlabrada, hasta mensuales en el Ramón y Cajal y La Paz. En el caso del Gregorio Marañón, 12 de Octubre, Benito Menni y Fundación Jiménez Díaz no quedaba claro si las coordinaciones eran semanales con cada uno de su CSM de referencia o si se reunían cada semana con un CSM diferente. Por otro lado, según hemos señalado antes, el 63 % de los CSM refirieron realizar esta actividad, lo que puede ser un indicador más fiable de lo que se cumple y de las dificultades que existen. Los profesionales que acuden a estas reuniones por parte del CSM son en su mayoría psiquiatras y DUEs.

Todos los hospitales señalaron la utilización habitual de mecanismos de coordinación informal por teléfono. Los ingresos se comunican a los CSM por fax en 7 hospitales (generalmente semanalmente, salvo en el Severo Ochoa que es diario y además se comunican las urgencias diarias) y en algunos como Fuenlabrada o La Paz la información de las hospitalizaciones está disponible en un sistema de red informática. En algunos casos como el Ramón y Cajal, Rodríguez Lafora y 12 de

Octubre no se señalan ningún mecanismo de comunicación de ingresos. En Getafe se hace por contacto telefónico y en la Princesa en la reunión semanal de coordinación.

En todos los casos se remiten al alta los informes de los pacientes que va a seguir tratamiento en el CSM y en 5 de 13 hospitales se realiza además un informe de enfermería. La cita de seguimiento en el CSM aparece reflejada en el informe de manera casi sistemática en 9 de 13 hospitales. En el Rodríguez Lafora aparece en el 60% de los casos y en el Ramón y Cajal y en el Hospital Gregorio Marañón es más frecuente que no aparezca.

En cuanto la cita al alta en el CSM, el Gregorio Marañón, Princesa, Rodríguez Lafora, Ramón y Cajal y Benito Menni señalan que no hay tiempos acordados con los CSM para recibir al paciente, dependiendo del criterio de éstos, que generalmente es de cita preferente. El resto refieren que hay acuerdos de cita al alta que oscilan entre una semana (Alcalá, Fundación Jiménez Díaz, Severo Ochoa, Fuenlabrada y 12 de Octubre) o quince días (Getafe, La Paz).

2.3 Estructura.

En 2 de los hospitales existen camas reservadas para patologías específica dentro de la UHB: 2 camas para desintoxicación de toxicomanías y 4 para TCA en el Ramón y Cajal y 6 camas para toxicomanías en el Gregorio Marañón. Excepto en Getafe en que el personal de enfermería es compartido con otro servicio el resto cuenta con personal propio adscrito a la Unidad. En 9 de 11 UHB existen camas de observación, pero solo existen cámaras para vigilarlas en 6 de ellos.

2.4 Funcionamiento interno.

Protocolización de actividades. El Plan de Salud Mental mencionaba entre los objetivos a conseguir para las UHB el “desarrollar, implantar y evaluar protocolos asistenciales que aseguran la calidad de los pacientes ingresados”. En la tabla 3 aparecen las contestaciones dadas por los diferentes hospitales a los protocolos existentes en las unidades de hospitalización breve. Las respuestas no reflejan el grado de cumplimiento de los protocolos y es muy posible que no vengan reflejados todos los que existan, pero puede indicar los que realmente se tienen en cuenta por parte de los que han respondido. El protocolo de contención mecánica es el único que se señala por parte de todos los hospitales.

Tabla 3. Protocolos señalados en las UHB

	CM	TEC	TCA	Acogida. ingreso	Agitacion	Clozapina	Pac custodiado	Permisos	Litio	Antag opiaceos	Fuga Aislamiento
HGM	si	si	si		si		si				si
Princesa	si	si		si							
Alcala	si	si	si	si		si			si		
RyC	si	si	si	si							
Lafora	si	si		si	si						si
La paz	si		si		si						
FJD	si	si		si				si			
HSO	si	si	si	si							
Getafe	si					si			si		
CABM	si		si								
H120ct	si	si				si					

Consentimientos informados. Las respuestas sobre la existencia de consentimientos informados viene reflejadas en la siguiente tabla (Tabla 4). Al no especificar en el cuestionario a lo que nos referíamos exactamente con consentimiento informado y al ser preguntas abiertas las respuestas son poco fiables, pero en algunos casos si que reflejan, salvo en el caso del TEC, lo poco extendido que está su utilización en Salud Mental.

Grupos. Excepto en el Hospital Severo Ochoa, Fuenlabrada, la Fundación Jiménez Díaz y el Rodríguez Lafora el resto (7) de las UHB tiene grupos de terapia. El contenido de estos grupos cuando son definidos lo hacen como de intervención en crisis, psicoeducativos, de apoyo y relacionales. Además existen actividades grupales dirigidas por terapeutas ocupacionales en 5 de los 11 hospitales.

Tabla 4. Consentimientos informados en las UHB

	TEC	Leponex	litio	Ing vol	Inform	familia	permisos	Desintox/avesivos
HGM	si							
Princesa	si	si	si			si		
Alcala	si	si	si	si		si		
RyC	si						si	
Lafora				si	si			
La Paz	si							
FJD	si						si	
HSO	si			si				
Getafe			si				si	
HBM		si	si					
12Oct	si							

3. URGENCIA

Excepto en un hospital (La Paz) existen en los servicios de urgencias despachos asignados a psiquiatría. Solo en 6 de ellos existe un timbre de seguridad para situaciones de riesgo. No hay espacios específicos de observación en ningún hospital compartiéndose con el resto de los pacientes de urgencia. En 8 de 11 hospitales hay un botiquín de urgencias de psiquiatría. La información clínica de los pacientes que han acudido previamente al hospital esta informatizada y es accesible para el médico de guardia en todos los hospitales, aunque en dos de ellos solo se dispone de los ingresos y no de las urgencias. La existencia de protocolos de actuación en urgencia solo la reflejan la mitad de los servicios y no se ha valorado el cumplimiento.

Hasta diciembre de 2007 los equipos de guardia se nutrían del personal del hospital y de los CSM de su área de referencia, aunque algunos CSM en algunas áreas (4,6,11) no aportan profesionales y en otras áreas además hay personal específico de guardia contratados como refuerzos (4,6,11). La guardia de la mañana durante la semana laboral la realiza el personal del hospital (MIR rotante y adjunto del hospital en 4 de ellos y solo adjunto del hospital en 2). En otros 3 (Ramón y Cajal, Rodríguez Lafora y La Paz) las guardias son de 24 horas tanto para el adjunto como para el residente y en otros 2 (Gregorio Marañón y La Princesa) solo son de 24 horas para el residente. Esto implica que en 5 hospitales el residente tiene jornadas de guardia de 24 horas independientemente de donde esté rotando lo que parece que puede afectar a su docencia. En el caso de La Paz incluso tiene una rotación de tres meses en urgencias. En cuanto al personal de enfermería, éste está asignado a psiquiatría en la mayoría de los casos (8 de 10 servicios de urgencias) pero siempre es compartido con otra especialidad (generalmente cirugía o traumatología).

4. 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 27 psiquiatras (5 para interconsulta de infantil), 5 psicólogos (3 de infantil) y 3,5 enfermeros. La ausencia de psicólogos en los programas de enlace es llamativa en los hospitales madrileños. 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 este regulada su contratación y selección. En las respuestas al cuestionario hay alrededor de 12 psicólogos en esta situación.

De los 9 hospitales que cuentan con servicio de pediatría en 5 de ellos existe algún profesional destinado específicamente a este servicio. Los pacientes con TCA ingresan en el Servicio de Endocrinología en 6 hospitales, mientras que en 2 (la Paz y Ramón y Cajal) ingresan en psiquiatría. En el Gregorio Marañón no está bien definido el lugar de ingreso y del 12 de Octubre no tenemos datos.

La coordinación de la interconsulta con los CSM esta menos desarrollada que en el caso de las UHB. Solo en la mitad de los hospitales se mencionaba algún mecanismo de coordinación, generalmente a través de las reuniones con los CSM.

En cuanto a las actividades de enlace las respuestas señaladas pierden fiabilidad ya que el cuestionario no estaba bien definido este término. En cualquier caso la tabla 5 nos puede dar una idea de algunas actividades de interconsulta que se desarrollan con cierta especificidad al margen de la actividad cotidiana de responder

Actividad de enlace	Rehabilitación cardiaca	Obesidad mórbida	Transp.	Enf. Neuro	Qx epilep	Unidad dolor	Psicoon	TCA	Pedia	Quemados	Diálisis
HGM	si	si	si		si						
Princesa						si	si				
Alcalá		si				si	si	si			
RyC	si	si	si			si			si		
La Paz		si		si		si	si	si		si	
HSO		si						si	si		si
Getafe									si		

a los partes de interconsulta. Algunas de estas actividades de enlace se continúan en consultas externas o son parte del mismo programa.

5. CONSULTAS EXTERNAS

La tabla 6 resume las consultas externas actualmente existentes en los hospitales. Se ha elaborado con las respuestas de los 11 hospitales y con las respuestas al cuestionario por parte de los Servicios de Salud Mental de distrito con lo cual aparecen más hospitales que en los

datos precedentes. Hemos separado las consultas en dos: consultas externas de interconsulta en las que son derivaciones de consultas externas de otros servicios del hospital o del propio servicio de interconsulta o bien personal de la “casa”, y consultas específicas que son programas especializados en patologías psiquiátricas (no se incluye el programa de Trastornos de personalidad del IPJG de Leganés pues se realiza en los CSM).

Como se puede observar en la Tabla 6, en 11 de los 15 hospitales existen consultas externas. En 9 de ellos las consultas externas se vinculaban a actividades de interconsulta y enlace lo que tiene sentido como forma de fa-

Tabla 6. Consulta externas de los Hospitales de Madrid.

Hospital	Cons ext	C E de Interconsulta	CE Específicas
H Gregorio Marañón ¹	Si	Si.	- T. limite de personalidad (PAIPAL) - T. Afectivo Bipolar. - T. C. A. - Unidad de Sordos - Violencia de genero (ATIENDE)
La Princesa	Si	Si.(Fibromialgia, Psiconcología)	- T. Afectivo bipolar
Alcalá	Si	Si (Fibromialgia, Psiconcología, obesidad, diabetes)	No
Ramón y Cajal	Si	Si (unidad dolor, rehabilitación cardiaca)	- Ludopatias. - Adicciones. - T. Disforia de genero. - Primeros episodios.
Rodríguez Lafora	No		
La Paz	Si	Si (dolor, Psiconcología, obesidad)	- TCA
Puerta de Hierro	No		
Hospital Clínico	Si	Si	- T. Personalidad limite - Unidad psicoterapia
F. Jiménez Díaz	Si	Si	- TCA - Patología Dual
Mostoles	Si	No	-TCA
Alcorcón	Sin datos		
Severo Ochoa	Si	Si. Infantil	
Fuenlabrada	No		
Getafe	No		
Doce de Octubre	Si	Si	- Alcohol-adicciones - Patología Dual - Psicosis refractarias
C.A. Benito Menni	Si	No	Sin datos

1.No se incluyen las consultas de la Unidad de adolescentes.

cilitar el tratamiento a personas que tienen un contacto frecuente en el hospital por su patología somática. El contenido de las consultas específicas sin embargo es variopinto y refleja cierta tendencia del sistema a resolver el problema de la especialización a través de los servicios hospitalarios en detrimento de los servicios de salud mental de distrito donde el funcionamiento por programas escasea. La tendencia se plantea desde los propios intereses de los profesionales de los Hospitales (de ahí la heterogeneidad) y también desde la propia Oficina regional de coordinación en Salud Mental con la implementación de Unidades de TCA o de trastornos de personalidad por ejemplo. Esta tendencia plantea serios problemas ya que muchas de estas unidades se han desarrollado con criterios de selección estrictos o bien no se hacen de todo el proceso de tratamiento, quedando paradójicamente los pacientes más graves a cargo de los CSM o UHB convencionales. Tampoco se establecen mecanismos de evaluación de ninguna de estas unidades que demuestren su efectividad sobre los tratamientos convencionales.

6. PARTICIPACIÓN EN COMITÉS HOSPITALARIOS Y COMISIONES DE ÁREA

La participación de los distintos dispositivos del área sanitaria en las Comisiones de área y en los Comités hospitalarios es un indicador del grado de integración de la red. Por un lado están los datos de si los profesionales de los CSM participan en los Comités hospitalarios. En este caso la participación es muy reducida. En las áreas 8, 9 11 es donde la participación es más clara. El caso del área 9 es especial ya que todos los recursos de esta área estaban integrados, al menos hasta Diciembre de 2007 en el Instituto Psiquiátrico José Germain. Por otro lado hemos tratado de recoger los datos de los hospitales, pero solo tenemos datos de 9 de ellos, en algunos casos incompletos (Tabla 7). En el informe de los servicios de salud mental de distrito se ha reseñado ya la situación de las Comisiones de Área.

Tabla 7. Participación de los hospitales en Comites hospitalarios y Comisiones de Área señalados en los cuestionarios

	HGM	Prin	Alc	RyC	Lafora	La Paz	HSO	Fuenla	Geta
Asistencia	Si	Si	Si			Si	Si	Si	.
Investigación	si		si		si	si	si		
Docencia de salud mental		si	Si	Si		Si	si	Si	Si
Farmacia		si		si		si		Si	
Violencia genero	si				Si	Si	Si		Si
Guías y Protocolos	si								
Ética	si	Si							
C Rehabil. Área			si	si		si			
C T. Personalidad de Área				si		si	si		
Tabaquismo				si	si	si	si		
SIDA				si					
Documentación e historia					si				
Seguridad e higiene					si				
Violencia					si	si			
Usuarios						si			
Humanización						si			
Comisión TCA área						si			
C TAB área						si			

7. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

En todas las Áreas, excepto la 4 y la 6, existen sesiones clínicas de Área. La frecuencia de las mismas va desde semanal (Áreas 8, 9, 11), mensual (Áreas 3 y 10), trimestral o cuatrimestral (Áreas 1 y 5) y sin programar (Área 2). Las sesiones clínicas las imparten Psiquiatras y Psicólogos (Áreas 1,2, 5,8, 9 y 11), en el Área 3 además se incorpora enfermería y en el Área 10 las imparten los profesionales en formación (MIR, PIR). En la mayoría de los hospitales se realizan sesiones clínicas internas semanales.

En investigación hay una escasa participación de los CSM y muchas diferencias entre Áreas. En el Área 11, todos sus CSM están implicados en líneas de investigación de Área (clínica, psicoterapéutica, psicofarmacológica y de organización asistencial) con financiación mixta, FISS y otra financiación. En las Áreas 1, 2 y 8 en investigación clínica y financiación FISS, industria farmacéutica y sin financiación respectivamente. En el Área 3 investigación psicoterapéutica con financiación FISS, en el Área 4 psicofarmacológica y psicoterapéutica con financiación FISS, en el Área 5 psicofarmacológica y financiación de la industria farmacéutica y en el Área 9 psicoterapéutica y sin financiación. Los hospitales señalaron todos la participación en investigaciones, financiadas a través de becas FIS o la industria farmacéutica salvo en los casos de Leganés y Getafe que no tenían financiación. Los contenidos de las investigaciones eran clínicos (en los 10 que contestaron), psicoterapéuticos (3 de ellos), psicofarmacológicos (5 de ellos) y de organización asistencial (4 de ellos).

EL PLAN DE SALUD MENTAL Y EL FUTURO DE LOS HOSPITALES

El inicio de la reforma de los servicios psiquiátricos en la Comunidad de Madrid estuvo marcada por una dicotomía o un antagonismo entre los servicios hospitalarios, cuyo prototipo era el Hospital Universitario, y los recién creados Servicios de Salud Mental de distrito. La dicotomía se tradujo en dos términos contrapuestos. Por un lado el llamado modelo hospitalocéntrico, que estaba asociado semánticamente a un paradigma biomédico de enfermedad y por otro lado el llamado modelo comunitario que se asociaba a un paradigma biopsicosocial y a un conjunto de intervenciones psicosociales de dudosa base científica para algunos. Esta dicotomía en Madrid coincidía con la existencia de dos redes de

pertenencia de los profesionales (o dos empresas): el INSALUD, que agrupaba, en su mayoría a los profesionales a los profesionales de los Hospitales y el Servicio Regional de Salud que lo hacía con los profesionales de los servicios ambulatorios de distrito. Estas dos culturas asistenciales fueron paulatinamente llamadas a tener cierto entendimiento y a cooperar por diversas razones. Unas tuvieron que ver con decisiones de política sanitaria como la territorialización de la asistencia, que dio lugar al concepto de red de salud mental, o la inclusión en el nivel de atención especializada de la asistencia de salud mental tanto de los servicios de salud mental ambulatorios como de los hospitales. Otra razones fueron de índole pragmático. Las intervenciones de los pacientes más graves trascendía la capacidad de los servicios de tratarlos en exclusiva y siendo cada vez más complejas, de tal manera que se desarrolló de forma complementaria toda una red de recursos rehabilitadores y residenciales. Unos recursos no podían sostenerse sin los otros. Además las unidades de agudos en los hospitales que se fueron creando a partir de las década de los noventa ya no se correspondían a ese imaginario que encarnaba el Hospital Universitario. Se construyeron unidades más pequeñas, con poco personal, que vienen trabajando con mucha presión asistencial y cuya interdependencia con los servicios ambulatorios es si cabe mayor. Probablemente y en sentido opuesto algunos servicios de salud mental de distrito han perdido muchos de los valores y actividades que los inspiraron. Así tenemos, con cierta frecuencia y paradójicamente, Unidades hospitalarias poco hospitalocéntricas y Centros de Salud Mental poco comunitarios.

Los aspectos de organización asistencial que propugnaba el modelo comunitario (territorialización y continuidad entre niveles asistenciales) fueron asumidos por el conjunto de dispositivos con mayor o menor voluntad y grado de desarrollo. La discusión y las propuestas que se llevan planteando desde la AMSM desde hace más de una década estaban relacionadas con la intención de profundizar en este modelo y con la necesidad de integrar, ya no solo funcionalmente, sino de manera claramente formalizada los recursos en una red única de atención y para ello reclamábamos la puesta en marcha de un Plan de Salud Mental. Éste apareció por fin al final de una legislatura gobernada por el Partido Popular en la que se habían producido algunos hechos relevantes para la atención a la salud de los madrileños como la aprobación de la LOSCAM y las transferencias de las competencias sanitarias que aún estaban en manos del estado central. La LOSCAM

abría ya la posibilidad de desarticulación de un sistema público basado en el territorio lo que podía, no sólo comprometer la equidad de las prestaciones ofertadas, sino, además, imposibilitar o, al menos, dificultar, el trabajo con una óptica de salud pública comunitaria. En diversos boletines la AMSM advertía los peligros de ese nuevo marco sanitario. Por otro lado las transferencias obligaban a una reorganización de los recursos que hubiera podido orientarse en el sentido de acabar con algunos aspectos de irracionalidad imperantes tanto en el sistema sanitario general como en salud mental en particular, por ejemplo avanzar definitivamente en la integración de las redes y culturas asistenciales señaladas.

El Plan de Salud Mental de Madrid venía condicionado por estos dos hechos y, naturalmente, por una determinada correlación entre las fuerzas políticas, económicas, sociales y profesionales. El plan no se llamó de salud mental sino Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Madrid, lo que para los amantes del análisis de significantes decía mucho de lo que era: una solución de compromiso. Este contexto político explica por qué el Plan de Salud Mental, aprobado en el 2003, defendía en sus principios generales del modelo (pagina 62) la apuesta por la equidad, la integración en atención especializada y de todos los recursos, la atención territorializada, la atención ambulatoria como eje del sistema, etc..., principios todos ellos que se suscribían al modelo de atención comunitaria. Aunque el Plan estaba formalmente mal diseñado y lleno de caballos de Troya, tenía como principal objetivo la reordenación de la atención en salud mental dentro de la Atención Especializada, la famosa y olvidada integración. Esta reordenación cerraría por fin, si se realizaba adecuadamente (para eso se creó una comisión técnica), la tradicional dicotomía entre servicios hospitalarios y ambulatorios.

Sin embargo durante el desarrollo del Plan la correlación de fuerzas políticas se fue escorando hacia un lado y de lo que se trataba era de ir preparando el terreno para dar el gran salto hacia el desmantelamiento del sistema sanitario tal como lo entendíamos hasta ahora. De ahí que no haya habido ningún interés en introducir elementos de racionalidad en el sistema, como por ejemplo hubiera sido la creación del Área de Salud Mental dentro de la gerencias de Atención Especializada tal como proponía el Plan. Lejos de hacerse esto la integración en las gerencias hospitalarias se ha hecho por la vía de los hechos consumados sin mantener ninguna especificidad para Salud Mental.

Con todas las limitaciones que tienen, los datos que hemos recogidos a fecha de diciembre de 2007 en este informe son un reflejo (si nadie lo para) del final de una época. Si se miran con una distancia temporal larga se pueden ver elementos (aceptación de ingresos, citas al alta, elementos de coordinación, territorialización) que nos hablan de cierta responsabilidad compartida e integración funcional entre los hospitales y los servicios de salud mental de distrito. Si se miran con una distancia temporal corta, como por ejemplo los cinco años del Plan de Salud Mental, se puede ver la oportunidad perdida en desarrollar plenamente una red integrada y como ya desde el 2007, antes de la aparición de los nuevos hospitales, emergen algunos elementos regresivos del modelo como la potenciación de las consultas externas específicas (que salvo excepciones hasta la fecha eran marginales) que se colocan en un nivel hiperespecializado con criterios de selección restrictivos, posibilidad de no asumir todo el proceso terapéutico y creadas sin contar con los servicios ambulatorios de distrito. Pero el cambio más significativo se empieza a dar en el 2008 con la apertura a medio gas de los las unidades de los nuevos hospitales y con las propuestas de transformación radical del sistema sanitario que se anuncian en los últimos meses. El planteamiento de gestión de los nuevos hospitales introduce un elemento de mayor fragmentación de la red ya que sus procesos asistenciales no están integrados con los servicios ambulatorios. Las plantillas que se proyectan para estos hospitales están sobredimensionadas, quizás no en términos absolutos, pero sí en comparación con las plantillas de profesionales de otros hospitales de similar capacidad, incluso dentro de una misma área sanitaria (caso del Área 10 por ejemplo) y con el peligro de absorber profesionales de los servicios ambulatorios por el proceso de reordenación de efectivos. Los profesionales no son considerados facultativos especialistas de área por lo que no se podría incorporar a los CSM y por tanto es probable que terminen creando nuevas consultas externas que si no hay unas directrices claras serán las de moda, las rentables o las vendibles.

No obstante alguien podría ver una oportunidad para resolver la falta de camas y así la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental se puso a contarlas y a distribuir los pacientes a tenor de la propuesta de nueva territorialización de la Comunidad de Madrid, que de momento se paró. En la tabla 8 se puede resumir la propuesta que presentó la Oficina a los Jefes de Distrito por el mes de mayo. En esta proyección futurista se incluían también los nuevos hospitales previstos que saldrán bajo la fórmula de concesión administrativa. Aunque todo

Tabla 8. Proyección de camas y distribución de pacientes 2012

	Distritos	TSI >18 Abril 2008	Hospital	Previsión Camas	Camas x 100.000 TSI	Nº Camas para objetivo PSM	Necesidades para objetivo PSM
Área 1	Moratalaz Retiro-Arganzuela 1 Ciudad-Lineal Vallecas (Puente)	387.615	H G Marañón	75	19,34	46,5	+ 28,5
Área 2	Coslada Salaman-C Lineal 1 Chamartín	139.661 291.223	H del Henares H Princesa	18 24	12,88 8,24	17 34	+1 -10
Área 3	Alcalá de Henares Torrejón de Ardoz	213.946 110.189	H P Asturias H. Torrejón	19 20	8,9 15,06	26 13	-7 +7
Área 4	S Blas-C.Lineal 3 Hortaleza. Barajas	181.205 169.623	R. Lafora Ramón y Cajal	28 24	15,45 14,14	22 20	+6 +4
Área 5	Colmenar Viejo. Tetuán-Chamartín 2. Fuencarral 1	430.798	H La Paz + H R. Lafora	23 + 35	13,46	51	+7
Área 6	Majadahonda. Collado-Villalba San Lorenzo Escorial	295.351 145.819	H Majadahonda H Collado-Vill	24 24	8,12 16,45	35 17,5	-11 +7
Área 7	Chamberí 1 Latina 1 Carabanchel 1	359.731 134.034	H Clínico + H Carabanchel H. Carabanchel	55 13 (para zonas Latina) 9	18,34 6,71	43 16	+23 -7
Área 8	Mostoles Navalcarnero	242.439	H. Mostoles 1 H. Mostoles 2	20 30	20,62	50	+20
Área 9	Leganés	161.502	Severo Ochoa	18	11,14	20	-2
Área 10	Getafe Parla	171.095 108.235	H Getafe H Infanta Crist	14 17	8,18 15,7	20 13	-6 +4
Área 11	Aranjuez. Valdemoro. Villaverde Usera Carabanchel 2	138.744 250.135 87.608	H Infanta Elena H 12 Oct + H. Benito Menn H. Carabanchel	10 ¿? 20 20 8	7,20 16 9,13	17 30 10,5	-7 +10 -2,5
Área 12	Arganda Vallecas 1 (Puente) Vallecas 1 (Villa)	120.749 235.100	H Sureste H Infant Leonor	18 30	14,9 12,76	14,5 28	+3,5 +2
Área 13	Alcobendas	219.218	H Infanta Sofía	30	13,6	27	+3
Área 14	Chamberí 2 Moncloa-Fuencarral 2 Arganzuela 2	337.280	Fund. Jiménez Díaz	19	5,63	40	-21
Área 15	Alcorcón	163.918	Fund Alcorcón	24	14,64	20	+4
Área 16	Fuenlabrada	179.319	H Fuenlabrada	16	8,92	21,5	-5,5
TOTAL		5.274.537		637	12,07	653	+ 16

parece indicar que este tipo de cálculos pierden todo el sentido (al menos nos ahorran el tiempo de hacer las tablas), si se pusiera en marcha esta propuesta tendría graves consecuencias la continuidad de cuidados y la coordinación de los hospitales con los SSM. Esta propuesta rompe la territorialización por completo al no haber correspondencia entre el mapa de la población de los CSM y de la atención especializada: existirían distritos que ingresarían en tres hospitales distintos (Ciudad Lineal, Latina) o en dos hospitales (Vallecas, Mostoles, Área 5); los profesionales dependerán de gerencias distintas a los hospitales donde ingresen sus pacientes y pertenecerán a empresas distintas. Estas situaciones ya se están dando como en el caso de Arganzuela.

Pero la liberación de la amarga tarea de contar camas y establecer ratios para resolver carencias e inequidades viene dada si la sanidad pierde la referencia territorial y se establecen mecanismos de libre elección y competencia interna, que es el último capítulo que nos venden. Sin territorio de referencia es un análisis caduco o póstumo. O mejor una reivindicación, porque en realidad nos gustaba contar camas. La ruptura de la territorialización supone la vuelta a un modelo descoordinado que claramente se ha demostrado ineficiente en el tratamiento de los pacientes de salud mental. Supone volver a la dicotomía entre hospitales y los SSM de distrito. Supone en definitiva romper la red.

Nuestras propuestas para los hospitales no son nuevas y después de tanto tiempo es llamativo que sea necesario repetirlas a la hora de la elaboración de un nuevo Plan de Salud Mental. Algunas de nuestras propuestas merecen ser recordadas:

- El valor que debe prevalecer en la relación entre los distintos recursos de la red debe ser el de colaboración y coordinación y no el de competencia por la asignación de recursos.
- El hospital debe seguir siendo parte de una red de recursos coordinada y con una población de referencia y unos distritos sanitarios de referencia con un CSM para cada uno de ellos.
- La integración de recursos y dispositivos debe hacerse en un Área de gestión específica de Salud Mental (o Unidad de Gestión Clínica) tal como proponía el Plan de Salud Mental que finaliza.
- La especialización de la red debe plantearse a través de programas o procesos asistenciales de Área cuando sea necesario por la complejidad de las intervenciones y deben ser evaluados.
- Las plantillas de los hospitales deben ser multidisciplinarias y con unos mínimos que aseguren una adecuada atención de calidad tanto de la hospitalización como de la interconsulta y enlace, evitando las inequidades de las plantillas actuales entre distintos profesionales.

INFORME SOBRE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN MADRID

¿CUÁL ES LA POSTURA DE BASE QUE DEFIENDE LA AMSM?

Como **punto de partida** la Junta de la AMSM defiende que:

1. La rehabilitación psicosocial, en tanto que dispositivos especializados para atención a las necesidades de rehabilitación e integración social de las personas con trastornos mentales severos, debería estar integrada como una prestación sanitaria más, con la necesaria coordinación con los servicios sociales.
2. La rehabilitación psicosocial, en tanto que identificable con los principios de un modelo integral de atención comunitaria¹, debe ser transversal a toda la red de salud mental.

La defensa de la rehabilitación psicosocial como componente esencial de la asistencia sanitaria a la población con enfermedad mental severa se apoya en documentos como el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) que posteriormente queda reflejado en la Ley General de Sanidad (1986), y otros documentos internacionales, como el Informe sobre la Salud Mental en el Mundo OMS (2001).

La Declaración de la AEN acerca de la rehabilitación psicosocial como prestación sanitaria recoge que “la reducción del abordaje sanitario de la enfermedad mental severa al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad”.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, incluye dentro de la Atención Especializada el “diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación”.

Según el reciente documento del IMSERSO (2007) Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave, “el derecho a recibir prestaciones de Rehabilitación Psicosocial como práctica sanitaria es en general admitido, tanto en consensos plasmados en numerosos documentos (desde la Ley General de Sanidad, en múltiples Planes de salud mental de las CC.AA., hasta el RD 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud), admitiéndose su complejidad e insistiéndose en la necesaria coordinación con los servicios sociales”.

Al mismo tiempo reconoce que “no existe un criterio general que delimite cuáles de las prestaciones necesarias en la metodología de la Rehabilitación Psicosocial son consideradas sanitarias y cuáles sociales. (...), en la realidad y dependiendo de cada CC.AA., los diversos servicios existentes son gestionados, financiados por sistema sanitario o por el sistema de SS.SS”.

Tanto en el informe mencionado del IMSERSO como en otros documentos de referencia, se pone de manifiesto la necesidad de prestar unos servicios de carácter sociosanitario y de la adecuada coordinación entre los distintos proveedores. Pero documentos como la “Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), nos recuerdan que: “así como los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad, es necesario reconocer que, por el momento, no existe en el conjunto del Estado una normativa básica que enmarque y delimite los servicios sociales. Los servicios sociales, por definición, tienen una consideración de servicio vicariante, prestado por el sector público con características gratificables en función de prioridades, disponibilidad de recursos y capacidad de renta de las personas y falta de apoyo familiar”.

El documento del IMSERSO plantea un modelo en que todos los recursos y servicios estén integrados funcionalmente y plantea como reto principal del modelo el desarrollo de “sistemas de continuidad de cuidados en la comunidad que aseguren que cada paciente es seguido de forma cercana y activa y recibe el tratamiento y

(1) Principios de un modelo integral de atención comunitaria en salud mental (ver Cuadro 1 al final): trabajo en red y continuidad de cuidados; trabajo en equipo e interdisciplinar; comunitario; individualización; normalización y recuperación; autonomía, independencia y mínima institucionalización; participación y autodeterminación; modelo de competencia; continuidad; evaluación de resultados.

la orientación y cobertura necesarias para la vida en la comunidad obviando la fragmentación asistencial entre los diferentes niveles terapéuticos”.

¿Por qué es tan necesaria la continuidad de cuidados? Porque “la fragmentación de los servicios, la falta de coordinación y programas conjuntos entre las estructuras sociales y sanitarias, hospitalarias y extrahospitalarias, y de éstas con los recursos intermedios, entre servicios y dispositivos públicos y privados, facilita en ocasiones un discurrir por la red asistencial sin sentido ni objetivo a largo plazo, como una suma de intervenciones descoordinadas entre sí”, citando de nuevo dicho informe.

Y este informe se encuadra a nivel nacional, donde es la excepción que la red de recursos de rehabilitación psicosocial no esté integrada en Sanidad. Así que en Madrid la inversión en el desarrollo de la continuidad de cuidados se hace aún más necesaria, puesto que la fragmentación es aún mayor por este motivo, que se suma a la histórica fragmentación entre los dispositivos ambulatorios y hospitalarios dentro de Sanidad, por poner algún ejemplo que, hoy día, se está quedando obsoleto al ritmo en que los nuevos modelos de gestión están acabando con el concepto de trabajo comunitario y en red, sectorizado, en salud mental.

La otra premisa que se defiende desde la AMSM es que la rehabilitación psicosocial, en tanto que identificable con los principios de un modelo integral de atención comunitaria, debe ser transversal a toda la red de salud mental (Ver Cuadro 1). La rehabilitación psicosocial en Madrid no es lo que se hace en los recursos de la red de rehabilitación (Consejería de Familia y Asuntos Sociales) sino que sus principios y metodología deberían estar implícitos en todas las intervenciones de la red. La “Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) se basa en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005. Este documento establece principios generales sobre la forma de desarrollar las intervenciones en el ámbito de la salud mental de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Y se apoya en modelo de atención comunitario, que en toda Europa se ha ido imponiendo y cuyos principios se resumen en el Cuadro 1.

¿Cómo es la red de atención a la salud mental en Madrid?

En Madrid, y simplificando, tenemos dos redes para atender a las personas con trastornos mentales y coordi-

nadas con distinto grado de efectividad dependiendo de diversos factores. Una primera red perteneciente a la Consejería de Sanidad, con Servicios de Salud Mental Comunitaria y dispositivos de hospitalización (de Día, Breve, Media, Larga), algunos recursos de rehabilitación psicosocial y unidades especializadas (todos estos recursos con equipos integrados por personal sanitario: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, y no sanitario: trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales a veces). Los Servicios de Salud Mental derivan a sus pacientes para que sean usuarios de la red de recursos de rehabilitación psicosocial de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, que cuenta con Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Laboral, Mini-Residencias, Equipos de Atención Social Comunitaria y un programa específico para personas sin hogar y trastornos mentales (todos ellos integrados por equipos no sanitarios: psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores ocupacionales/ técnicos de integración social, entre otros).

El desarrollo de cada una de estas redes ha dependido de dos planes distintos: el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 (Familia y Asuntos Sociales) y el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008 (Sanidad).

En el momento de redactar este informe, el Plan de Atención Social se encuentra en pleno proceso de evaluación mediante un convenio con la Universidad Complutense tanto a través de cuestionarios a responsables de los SSM, asociaciones de profesionales, etc., como a través de grupos de discusión con asociaciones de familia, directores de los recursos, etc., además del informe anual que recoge un resumen de la información de las distintas memorias de todos los recursos del Plan. No está claro si habrá un siguiente Plan de Atención Social como tal.

En el caso del Plan de Salud Mental, en el momento de escribir este informe no ha concluido ni tampoco se han evaluado sus resultados, sin embargo se están dando los pasos en la Oficina Regional de Salud Mental para desarrollar el siguiente Plan de Salud Mental antes de que acabe el 2008.

¿Cuál ha sido la evolución de los recursos de rehabilitación psicosocial a través del Plan de Atención Social?

Los recursos de rehabilitación del Plan de Atención Social están dirigidos a atender a las personas con tras-

torno mental severo derivados por los Servicios de Salud Mental.

Durante el 2007 se atendió en los Servicios de Salud Mental de distrito a 3.078² personas por cada 100.000 tarjetas sanitarias expedidas en la Comunidad de Madrid a mayores de 18 años. De éstos, un 21% con diagnóstico de trastorno psicótico en el caso de los hombres y un 16% en el caso de las mujeres, pero siendo la razón entre casos asistidos y casos nuevos la más alta de todos los diagnósticos, reflejando la importancia y cronicidad de estos trastornos³. Y, aunque son datos difíciles de comparar⁴, en los recursos de rehabilitación del Plan de Atención Social se atendió durante el 2007 a 100 personas por cada 100.000 habitantes de entre 18 y 65 años⁵. De éstos, un 70% tienen diagnóstico de trastorno esquizofrenia u otro trastorno psicótico (porcentaje variable según tipo de recurso).

En los recursos de rehabilitación psicosocial se atiende a la población más vulnerable de la atendida en los

SSM, a la que no se le da el alta mientras se sigue atendiendo a casos nuevos, y que además de ser atendidos con más frecuencia en el SSM y por más profesionales, tienen más ingresos hospitalarios (casi la mitad de los ingresos hospitalarios durante el 2005 fueron de personas con trastornos psicóticos)⁶.

En los recursos de rehabilitación del Plan de Atención Social⁶ se atiende a cada vez más personas. Así, en el 2007 se realizaron 4359 atenciones^{7,8}, lo que supone casi 1500 atenciones más que en el año 2005.

En la red de rehabilitación psicosocial trabajan actualmente 854 profesionales (ver Tabla 1), a los que hay que añadir los psicólogos coordinadores de los recursos (más difícil estimar su número pues coordinan en entre 1 y 4 dispositivos y es variable). De estos, el 64% son monitores ocupacionales (o maestros de taller y preparadores laborales), y aproximadamente un 18% son psicólogos, un 10% terapeutas ocupacionales y otro 10% trabajadores sociales o técnicos de empleo.

Tabla 1. Profesionales en la red de recursos de rehabilitación psicosocial del Plan de Atención Social a 1 enero 2008

	CRPS+CD	EASC	CRL	MR Y PISOS	TOTAL
Psicólogos	79	37	18	26	160
Terapeutas Ocupacionales	49		18	17	84
Trabajadores Sociales/ Técnico De Empleo (CRL)	24	37	18	1	80
Monitores Ocupacionales / Maestros De Taller (CRL)	123	74	74	259	530
Preparadores Laborales (CRL)			17		17
Total	275	111	145	531	854

(2) 159.881 personas fueron atendidas en el 2007 según la Memoria 2007 de los Servicios de Salud Mental (Oficina Regional de Salud Mental).

(3) Informe 2007 del Estado de la Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Administración. Instituto de Salud Pública.

(4) Entre otros factores: Por estar calculados sobre poblaciones distintas (tarjetas sanitarias frente a población, que suelen ser más las tarjetas; población de 18 a 65 frente a mayores de 18) por ser dispositivos en los que la duración de la atención es muy distinta, siendo en general prolongada en los recursos de rehabilitación y con duración más variable en el caso de los SSM.

(5) Según datos del Padrón Continuo que fija en 4.369.173 la población entre 18 y 65 años en el 2007.

(6) Se entiende los recursos de rehabilitación psicosocial del Plan de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Consejería de Familia y Asuntos Sociales: Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día (CD), Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC), Mini-Residencias (MR), Pisos Supervisados, plazas concertadas en Pensiones, y Servicio de Apoyo a la Reinserción de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar (antiguo PRISEMI)

(7) Hay que tener en cuenta que un porcentaje de usuarios utiliza más de un dispositivo a la vez por lo que el número de personas es algo menor que el número de atenciones. Por ejemplo, durante el 2007 estuvieron funcionando durante todo el año 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial con un total de 1440 plazas, y fueron atendidas 1495 personas y de éstas eran a su vez usuarios de otros recursos: 155 usuarios de Mini-Residencia, 59 usuarios de CRL, 40 usuarios de Centro de Día, 39 usuarios de Pisos supervisados, 45 usuarios de EASC y 8 usuarios de Pensiones.

(8) Consejería de Familia y Asuntos Sociales y Universidad Complutense de Madrid. Informe de evaluación correspondiente al año 2007. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica y Grave.

Este incremento ha ido en paralelo al crecimiento en número de plazas en los últimos años (Tabla 2). Se ha crecido incluso más de lo planificado en número de plazas: se planificó alcanzar 4.900 plazas y se ha llegado a 5.222 (había 1.269 plazas en el 2003). Sin embargo, el crecimiento ha sido desigual según el tipo de recurso y también según el distrito, no habiéndose alcanzado los objetivos en ninguno de los dispositivos residenciales (Mini-Residencias, Pisos Supervisados, Plazas concertadas en pensiones) y existiendo amplias diferencias en las listas de espera entre unos centros y otros. Aunque se ha crecido un 230% en plazas en Mini-Residencias, no se ha alcanzado más que el 55% de las plazas estimadas como necesarias por el Plan. La dificultad de las empresas concertadoras y de la propia Consejería para encontrar inmuebles adecuados, junto con la elevada inversión que suponen, parecen ser parte de la explicación. Lo contrario ocurre en el caso de los EASC, que a pesar de

haberse planificado la creación de 14 y, tras valorar positivamente las primeras experiencias, se han creado 37. En este caso, la mayor parte de los equipos ocupa un despacho en otros centros (por ejemplo, es habitual que compartan espacio en un único edificio un CRPS, un CD y un EASC). Así, de las 3953 nuevas plazas, un 28% ha sido en los Equipos de Apoyo Social Comunitario, cuyo papel en el apoyo a los equipos de los SSM en la atención a los pacientes más complejos se valora como fundamental aunque no se dan en estos momentos las condiciones en los SSM, ni en su Equipos de Continuidad de Cuidados, ni en los elementos que regulan la red de atención (Oficina Regional de Salud Mental, Comisiones de Rehabilitación de Área), para que su utilización sea la más adecuada posible. En el caso de los Centros de Día y Centros de Rehabilitación Laboral se ha creado en ambos casos algo más de un 10% por encima de las plazas planificadas.

Tabla 2. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003-2007). Evolución y desarrollo de nuevos centros

CENTRO/RECURSO	SITUACIÓN MAYO 2003 INICIO PLAN	Previsión teórica PLAN Cronograma 2007	TOTAL RED DE CENTROS FINAL 2007
Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)	9 CRPS (785 pl)	22 CRPS (1.750 pl)	22 CRPS con unas 1620 plazas
Centro de día (CD) (Actividades de soporte social)	0 CD (0 pl)	22 CD (750 pl)	26 CD con 840 plazas
Centros de rehabilitación laboral (CRL) y apoyo al al empleo normalizado.	4 CRL (190 pl)	17 CRL (750 pl)	18 CRL con 890 plazas
Equipos de apoyo social comunitario (EASC)	0 EASC (0 pl)	15 EASC (450 pl)	37 EASC con 1.100 plazas
Mini residencias (MR)	9 MR (180 pl)	28 Residencias (750 pl)	16 Residencias con 415 plazas
Pisos supervisados (Seincluyen los pisos del PRISEMI)	6 Pisos (23 pl) y 4 Pisos Prisemi (18 p) Total 10 Pisos (41 plazas)	60 Pisos (300 pl)	56 Pisos con 225 plazas
Plazas supervisadas en pensiones	11 plazas en Pensiones	50 Plazas en Pensiones	22 plazas en Pensiones
Recurso apoyo social e inserción enfermos mentales sin hogar	Proyecto PRISEMI (Equipo apoyo Rehab en CASI y Pisos)	1 Centro At. Baja Exig. (20 pl) Proyecto Prismsh ampliado (80 pl)	Proyecto PRISEMI Desarrollo de Centro de At de EMC SH 41 plazas (11 Resd y 30 de CD)
TOTAL	1.269 plazas existentes al inicio del Plan en Mayo de 2003	Total plazas: 4.900 plazas 4.450 plazas en centros + 450 usuarios atendidos por 15 EASC	Total Plazas 2007 Red de Centros y recursos: 5.222 plazas a final 2007

Está claro que, de las tres estrategias del Plan de Atención Social, se ha dado prioridad a primera, el desarrollo de una red suficiente de recursos de atención social. El desarrollo de las otras dos estrategias ha sido insuficiente: apoyo a las familias y al movimiento asociativo, coordinación interinstitucional y corresponsabilidad civil. Aunque no era la única acción prevista, se ha incrementado el apoyo económico a las asociaciones de familiares y sería interesante conocer en qué han invertido dichas ayudas, saber, por ejemplo, si se han desarrollado servicios de apoyo a familias y usuarios (¿complementarios, paralelos, duplicados?) y bajo qué criterios técnicos. El desarrollo de la tercera estrategia ha sido aún menor, e implicaba “la potenciación, mantenimiento y profundización de la coordinación con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales Generales, así como la promoción de actuaciones que mejoren la sensibi-

lización social y disminuyan el estigma social de esta población y la potenciación del voluntariado social”.

¿Son suficientes los recursos de rehabilitación psicosocial que se han creado?

No, si tenemos en cuenta que en algunos recursos no llega a la ratio plazas/habitantes mínima recomendada, que siguen existiendo amplias listas de espera en algunos recursos (con amplias desigualdades, existiendo recursos que no se llenan), que en los distritos con amplias listas de espera se imponen “autofiltros” en las derivaciones por lo que las listas de espera están infravalorando las necesidades reales y que existen personas que no encuentran su lugar en esta red de recursos y se quedan sin acceder a la atención.

Tabla 3. Plazas del Plan de Atención Social y ratios por cada 100.000 habitantes a diciembre de 2007

	Centros de Rehabilitación Psicosocial -CRPS		Centros de Día - CD		Centros de Rehabilitación Laboral-CRL		Mini-Residencias - MR		Pisos Supervisados -PS ¹⁰		Equipos de Atención Social Comunitaria (EASC)	
	PLAZAS	RATIO	PLAZAS	RATIO	PLAZAS	RATIO	PLAZAS	RATIO	PLAZAS	RATIO	PLAZAS	RATIO
COMUNIDAD DE MADRID												
Población 18-65 años según padrón 2007: 4.369.173	1620	37,1	840	19,2 ¹¹	890	20,4 ¹²	415	9,5	204	4,7	1110	25,4
AREAS SANITARIAS, HB ENTRE 18 Y 5 AÑOS, PLAZAS DE CADA DISPOSITIVO Y RATIO PLAZAS POR CADA 100.000 HB												
AREA 1: 527.837 HB	230	43,6	170	32,2	100	18,9	43	8,1	27	5,1	150	28,4
AREA 2: 317.716 HB	80	25,2	25	7,9	40	12,6	34	10,7	20	6,3	90	28,3
AREA 3: 260.867 HB	150	57,5	60	23,0	30	11,5	24	9,2	12+4	6,1	60	23,0
AREA 4: 401.285 HB	240	59,8	115	28,7	100	18,9	40	10,0	16+12	7,0	120	29,9
AREA 5: 539.623 HB	80	14,8	30	5,6	100	18,5	41	7,6	20	3,7	120	22,2
AREA 6: 457.667 HB	100	21,8	60	13,1	70	15,3	29	6,3	2	0,4	90	19,7
AREA 7: 382.641 HB	200	52,3	90	23,5	100	26,1	39	10,2	22	5,7	90	23,5
AREA 8: 355.279 HB	120	33,8	30	8,4	90	25,3	41	11,5	16+4	5,1	90	25,3
AREA 9: 300.629 HB	¹³		30	10,0	50	16,6	35	11,6	16+18	11,3	60	20,0
AREA 10: 245.936 HB	90	43,6	60	24,4	50	20,3	30	12,2	12	4,9	60	24,4
AREA 11: 579.693 HB	330	56,9	170	29,3	150	25,9	43	7,4	41+3	7,6	180	31,1

(9) Según el documento Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave del IMSERSO (2007) la ratios mínimas-ade cuadas recomendadas para cada tipo de dispositivo son: CRPS 30-50, Centro de Día 15-30, CRL 15-30, Mini-Residencia 15-30, Pisos Supervisados 6-10.

(10) Se han calculado las ratios de los Pisos supervisados teniendo cuenta las plazas dependientes de Sanidad (el segundo número)

(11) Si se tienen en cuenta las plazas en Centros de Día dependientes de Sanidad la ratio de plazas por 100.000 hb es de 23,8 plazas, debido a las 202 plazas repartidas en los Centros de Día de Coslada, Hortaleza, Ciudad Lineal, Tetuan, Alcobendas, Colmenar Viejo, Majadahonda, Chamberí y Alcorcón.

(12) Si se tienen en cuenta las plazas en talleres laborales de San Enrique (48, áreas 2 y 5) y del Instituto Psiquiátrico José Germain (30, áreas 8 y 9) la ratio por 100.000 hb de la CAM es de 22,1

(13) El Instituto Psiquiátrico José Germain tiene 90 plazas de rehabilitación psicosocia.

Si atendemos a la **ratio de plazas recomendado en recursos de rehabilitación psicosocial**⁹ (Ver Tabla 3) para cada 100.000 habitantes (IMSERSO 2007) y teniendo en cuenta la población según el padrón continuo de 2007 (18 a 65 años):

- En los recursos ambulatorios (CD, CRPS, CRL) se llega en todos los casos a la ratio mínima recomendada pero sólo se llega a la ratio adecuada recomendada en algunas áreas sanitarias, sobre todo en el caso de los CRPS.
- En los recursos residenciales (Mini-Residencias, Pisos Supervisados) no se alcanza la ratio mínima recomendada en ningún área sanitaria en el caso de las Mini-Residencias aunque sí en algunas áreas en el caso de los pisos supervisados. En ningún caso se alcanza la ratio adecuada recomendada.
- En el caso de los EASC no existe una referencia acerca de plazas recomendadas y actualmente se sitúa entre 20 y 30 plazas por cada 100.000 habitantes.

Por otro lado, si tenemos en cuenta la lista de espera (ver Tabla 4), a finales del 2007 había 528 personas esperando su incorporación en estos recursos, con tiempos de espera entre dos semanas y 6 meses en función del recurso, pero también con amplias diferencias entre áreas, habiendo recursos atendiendo a más personas que plazas concertadas y otros recursos no llegando al 100% de su capacidad. Hay SSM que derivan a muchos usuarios y otros que apenas derivan. ¿Motivos? ¿no existe esa necesidad es ese distrito?, ¿el recurso no está suficientemente accesible?, ¿los pacientes y sus familias no demandan este apoyo?, ¿los profesionales no identifican esa necesidad?, ¿no consideran estos recursos?, ¿los Programas de Continuidad de Cuidados, eje

de la derivación, no están desarrollados?, ¿no existe una coordinación adecuada entre ambas redes?, ¿no se trabaja en esa área desde un modelo de atención integral comunitario?.

Queda claro que el futuro de la planificación de ambas redes pasa por una adecuada coordinación en la evaluación de necesidades así como en las actuaciones necesarias en cada “lado” para que los recursos lleguen a todos y sean adecuadamente utilizados.

Esto teniendo en cuenta la lista de espera pero, incluso en aquellos distritos con amplia lista de espera ¿se deriva a esta atención a todos los que la necesitan?.

Las amplias **listas de espera están infravalorando necesidades reales** puesto que con frecuencia imponen un “autofiltro” en la derivación a estos recursos, en el lógico ejercicio de gestionar las plazas de cada área de manera razonable. Esto lleva, por ejemplo, a que con frecuencia se deriva a aquellos en situaciones más cronicadas. Personas que podrían beneficiarse de una atención rehabilitadora más intensiva pero en fases más tempranas del trastorno, cuando hay menor deterioro, con frecuencia no son derivadas porque se considera que no van a encajar en un recurso donde acuden personas con mayor deterioro y necesidades más complejas. Y esto, para ser derivadas años más tarde, tras una intervención que, con los recursos que tienen actualmente los Programas de Continuidad de Cuidados, con dificultades puede consistir en más que realizar un seguimiento de los síntomas, de los tratamientos, e intervenir en situaciones de crisis.

El tiempo medio desde el primer contacto con el SSM hasta la derivación a un CRPS fue de aproximadamente 10 años en el 2006¹⁵. El 60% de los usuarios derivados a un Centro de Rehabilitación Laboral tenía más de

Tabla 4. Lista de espera en los recursos del Plan de Atención Social a 31 diciembre de 2007¹⁴

	Personas en lista de espera a 31/12/07	Media de días de espera entre derivación y entrada (min-max)	Incorporaciones durante el 2007
CRPS	102	72 (11-311)	395
CD	53	41 (2-215)	393
EASC	23	18 (3-71)	421
MR	103	40 (9-130)	504
CRL	217	-	341
PS	30	9 (0-288)	53
RECURSOS SIN HOGAR	0	0	42
	528		2149

(14) Consejería de Familia y Asuntos Sociales y Universidad Complutense de Madrid. Informe de evaluación correspondiente al año 2007. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica y Grave.

(15) Consejería de Familia y Asuntos Sociales y Universidad Complutense de Madrid. Informe de evaluación correspondiente al año 2006. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica y Grave.

30 años, el 35% tenía una evolución del trastorno de más de 10 años. La edad media de los usuarios incorporados a una Mini-Residencia fue de 41 años.

O bien los recursos de rehabilitación deben adaptarse para resultar de apoyo a personas en fases más tempranas de su trastorno, o bien los SSM necesitan recursos para poder llevar a cabo intervenciones rehabilitadoras antes de considerar su derivación a un recurso más intensivo, o ambos.

Esto sería un “autofiltro” o criterios para la derivación relacionados con la cronicidad o el “tempo” en las intervenciones.

Pero el análisis del flujo de listas de espera, derivaciones, etc., es muy complejo y son múltiples los factores que influyen. Así, lo anteriormente comentado no explica el por qué se derivan a muchas menos mujeres que hombres a los Centros de Rehabilitación Laboral, por poner otro ejemplo. En los SSM se atiende en general a más mujeres que hombres y también en el caso de los trastornos psicóticos¹⁶. Sin embargo, el 75% de las nuevas incorporaciones a CRL durante el 2006 fueron hombres.

Además del “autofiltro” desde los propios SSM ¿se quedan fuera de la red personas porque se rechazan derivaciones desde los recursos de rehabilitación?. En este mapa de dos redes esforzándose en coordinarse, con una red que deriva y otra que recibe, no son infrecuentes las percepciones de los “otros” ya sea como derivando, ya sea como no recibiendo sin criterios justificados. Estas percepciones son difícilmente evitables cuando unos profesionales destinados a trabajar conjuntamente por una misma población, pertenecen a redes distintas.

Si atendemos a los datos de las fichas mensuales en los que cada que cada recurso de rehabilitación consigna los movimientos de la lista de espera, apenas (entre 0 y 3 según el recurso en un año) aparecen derivaciones como “rechazadas”: casi el 100% de las propuestas de los SSM pasan a la lista de espera.

En cualquier caso, en lo que hay consenso seguro es en que **hay personas que no encuentran su hueco para ser atendidas de manera especializada en la red**. En todas las Comisiones de Rehabilitación hay casos para los que no se encuentra un apoyo adecuado porque cumplen criterios de exclusión para la derivación bien a rehabilitación, bien a unidades de hospitalización prolongada, bien otras unidades especializadas.

¿Qué tipo de pacientes se están quedando fuera de la red? Los que llegan las Comisiones de Rehabilitación y para los que no se encuentra el recurso adecuado (pero al menos están atendidos en el SSM) y los que ni siquiera llegan a ser atendidos en la red de salud mental. Casi siempre pacientes con diagnósticos asociados (uso de sustancias, retraso intelectual, demencias, trastornos de personalidad) y/o en situaciones graves de marginación (en la calle, con procesos judiciales abiertos, excarcelados sin residencia) y/o con otras circunstancias (edad avanzada, problemas de salud orgánicos, en núcleos rurales).

Otras consideraciones acerca del desarrollo del Plan de Atención Social

Desde la Junta de la AMSM se ha valorado muy positivamente el esfuerzo que el Plan de Atención Social está poniendo en la evaluación del propio Plan, fomentando la participación de los distintos implicados (asociaciones de familiares y usuarios, asociaciones de profesionales, jefes de los servicios de salud mental, directores de los recursos de rehabilitación).

Cuando se ha consultado a la AMSM se han enviado las siguientes consideraciones:

- La fórmula de concertación ha tenido la ventaja de llevar a un crecimiento rápido de los recursos. Sin embargo, este crecimiento ha conllevado ampliación en el número de proveedores, con filosofías distintas de atención y variadas (y precarias) condiciones laborales de sus trabajadores. En concreto las entidades gestoras son entidades no lucrativas (asociaciones, fundaciones) en el caso de 33 de los CRPS y CD, 12 CRL y 499 plazas de MR, son entidades privadas en el caso de 15 de los CRPS y CD, 5 CRL y 66 plazas de MR, son gestionadas por asociaciones de familiares 1 CRL y 38 plazas de MR. Por otro lado el régimen de gestión es todo red pública pero de gestión indirecta al no ser personal de la propia administración. A través de contratos de gestión se servicios públicos ya sea concierto (34 CRPS y CD, 13 CRL y 585 plazas de MR) o concesión (14 CRPS y CD, 5 CRL y 108 plazas de MR) cuando el centro es de la administración.
- Es preocupante la inestabilidad en los equipos así como la necesidad de mejorar la formación y experiencia con el colectivo de los profesionales que se incorporan.

(16) En el 2004 el total de casos asistidos con psicosis no orgánica fue de 310 por cada 100.000 habitantes en el caso de los hombres y de 345 en el caso de las mujeres. Informe 2007 del Estado de la Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Administración. Instituto de Salud Pública.

- Preocupa también el cambio de criterios en la adjudicación de los centros a las empresas, con un peso creciente de los criterios económicos sobre los técnicos, lo que podría tener un impacto directo sobre las condiciones de contratación y las consecuencias ya mencionadas (rotación personal, falta de formación).
- Un futuro “Plan” debe invertir en la consolidación y formación de estos equipos nuevos, así como en la supervisión de la calidad de sus programas, para lo que se considera imprescindible la inversión en personal extra que desarrolle estas funciones más allá de convenios puntuales con la universidad u otros organismos.
- Se hace necesario un único Plan para una misma población que, integrando lo sociosanitario, pudiera asegurar la adecuada continuidad de cuidados más allá de coordinaciones que dependen de personas y voluntades, y que pudiera conllevar un desarrollo y unos mecanismos de evaluación y control inspirados en el Plan que estamos evaluando, y pivotando sobre los Servicios de Salud Mental y sus Programas de Continuidad de Cuidados, reforzando el papel de las Comisiones de Rehabilitación de cada área. Consideramos que ambas Consejerías tienen responsabilidad en lograr este objetivo (independientemente de donde vengan las dificultades para el entendimiento)
- Los EASC han sido un avance fundamental y necesario. A partir de ahora se plantea la necesidad de delimitar claramente sus funciones respecto a los PCC y el resto de dispositivos y de asegurar la integración y coordinación con los mismos. Sugerimos la creación de equipos mixtos con personal de enfermería.
- Los recursos residenciales merecen reflexión aparte. Deben plantearse cada vez más alternativas residenciales de carácter indefinido, así como más tipologías en el grado de supervisión requerido (pisos con distinto grado de soporte, por ejemplo). El envejecimiento de la población atendida por estos dispositivos y las progresivas necesidades de cuidado de su salud general plantean una coordinación más estrecha con Sanidad en la búsqueda de soluciones.
- En cuanto a las intervenciones desarrolladas en los centros, es fundamental no bajar la guardia en cuanto a la búsqueda de una integración real en la comunidad frente a una integración en los centros. Esto depende de cómo se interviene en los centros

pero también de la comunidad que debe integrar, por lo que además de que las intervenciones salgan a la comunidad y quizá se hace necesaria inversión en actividades con el tejido social, laboral, etc. del entorno social.

EL FUNCIONAMIENTO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN MADRID DESDE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COMUNITARIO

En este apartado el objetivo es fomentar la reflexión acerca de hasta qué punto tenemos en Madrid una rehabilitación psicosocial que sigue los principios de un modelo de atención integral comunitario.

Como ya se ha visto, las características de la red (fragmentación, escasez de recursos para programas de continuidad de cuidados, etc.) dificultan que este modelo pueda desarrollarse en su máxima expresión, incluso en el caso de que este modelo fuese el marco de trabajo compartido por todos los profesionales de la red.

En el Cuadro 1 se recoge una descripción de estos principios. Este informe se va a centrar en el primero de ellos principalmente: El principio del trabajo en red y la continuidad de cuidados.

Este es uno de los principios del modelo difícil de desarrollar en este contexto e implicaría que cada servicio se coordina con el resto de recursos que atienden a la persona, favoreciendo que los distintos recursos conozcan el plan individual de tratamiento y rehabilitación, así como la continuidad en la atención entre unos dispositivos y otros.

¿Los profesionales de la red comparten este modelo?

Para trabajar en red desde este modelo sería necesario que fuese compartido, que sus valores y metodología sean la base de la filosofía de trabajo de los profesionales de la red.

Aunque en los Servicios de Salud Mental Comunitaria habitualmente se trabaja siguiendo sus premisas (filosóficamente al menos), los recursos de que disponen no llegan para poder desarrollarlos en la práctica. Con los recursos de que disponen no alcanzan para poder trabajar en red, asegurar la continuidad de cuidados, realizar un adecuado seguimiento del plan individualizado de cada persona, fomentar la integración en la comunidad trabajando ‘con’ y ‘en’ el propio entorno de la persona (familia, barrio, etc.), ir más allá de tratar de lograr la estabili-

zación clínica y poder atender no sólo la rehabilitación sino la recuperación, etc. Y si nos vamos a los dispositivos de hospitalización, las dudas sobre su funcionamiento desde el modelo nos llevan a plantearnos no sólo la ausencia de recursos sino de ‘filosofía’ y motivación para trabajar desde este modelo y una mayor tendencia a funcionar desde modelos más reduccionistas (esto es muy variable según la unidad). Cada vez se observa una tendencia a una mayor hospitalicentrismo en las políticas de planificación y a una medicalización en la formación de los profesionales de la red, en gran medida condicionada por el papel de la industria farmacéutica.

Y en la red del Plan de Atención Social, ¿se trabaja bajo estos principios?. Hasta hace poco la red de salud rehabilitación psicosocial se desarrollaba en toda la Comunidad de Madrid bajo una coordinación técnica única que garantizaba unos mínimos en cuanto a lo que cada usuario iba a recibir independientemente de donde vivía. La homogeneidad de lo ofrecido dentro de la red de rehabilitación era aceptable hasta hace no mucho. Desde la coordinación técnica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales para el Plan de Atención Social han tenido capacidad para diseñar las intervenciones a realizar, invertir en su crecimiento, diseñar procedimientos que los evalúen y, en lo relacionado con el funcionamiento en red, han desarrollado mecanismos que facilitan que sus recursos crezcan bajo los principios del modelo de atención integral comunitario, así como una cultura de colaboración entre recursos similares que trabajan en distintas áreas (reuniones periódicas de “homólogos” del Plan (p.e. de directores de Mini-Residencias, de psicólogos de CRPS, de preparadores laborales de CRL, etc.) que contribuyen a homogeneizar intervenciones, por ejemplo, a través del desarrollo de las Guías de intervención en cada recurso publicadas por la Consejería de Familia y elaboradas entre profesionales de distintos dispositivos.

Este tipo de funcionamiento en red facilitaba que cuando un usuario era atendido por varios recursos concertados con diversas entidades se compartía un modelo de intervención con principios, fases, protocolos, etc., similares.

Sin embargo, mientras que los recursos crecían en los últimos años, el equipo técnico del Plan es el mismo para gestionar el apoyo, la supervisión de proyectos y programas de los centros, su adecuación a los requisitos de los pliegos de condiciones. Con los mismos recursos, salvo el convenio temporal con la Universidad Complutense, se realizan estas tareas a un 311% más de recursos.

Así, desde hace un tiempo existe un debate interno acerca de hasta que punto en los distintos recursos se trabaja desde este modelo y aparecen algunas cuestiones que atañen por ejemplo al trabajo para la integración en la comunidad: más allá de la integración social que supone empezar a acudir a un centro ¿qué porcentaje de usuarios desarrolla su actividad y vida social fuera de los “muros” del Plan?, ¿qué porcentaje de las actividades y talleres organizadas por los centros se desarrollan en el propio centro frente a las que se organizan en polideportivos, centros culturales, etc.?, ¿se desplaza el equipo al domicilio, al barrio, para evaluar las competencias de la persona para integrarse allí?; también podríamos referirnos al principio de la individualización de la atención, ¿el usuario ha de ajustarse a las actividades del centro o las actividades del centro deben adaptarse al usuario?; al principio de la autodeterminación: ¿la persona elabora sus propios proyectos personales, su plan de rehabilitación?; al principio de normalización: ¿las tareas que realizan los usuarios en los talleres de los centros, son tareas con un significado, orientadas a un objetivo y ajustadas a personas adultas?, y así podríamos seguir con cada principio.

Estas preguntas se las podemos formular a toda la red de atención, a los recursos de rehabilitación, a los SSM, a las unidades de hospitalización, a la rehabilitación hospitalaria, a los hospitales de día, etc. Encontraremos variabilidad en la importancia que dan los profesionales a estos principios. Al margen del valor que les den, nos encontraremos que en los SSM no tienen recursos para llevarlos a la práctica (aunque con lo que hay se podría hacer más, o si no, no se explican las diferencias entre centros). En la red de rehabilitación vamos a encontrar unidad “teórica” en la adscripción a estos principios, y además la ratio profesionales/usuarios permite hacer frente a las intervenciones más complejas y demandantes que requiere un modelo integral. Sin embargo, ya se ha comentado, existe un debate abierto que cuestiona si las intervenciones siguen el modelo. Hay quien lo atribuye a falta de experiencia de trabajo desde este paradigma en los nuevos equipos y carencias en su formación: no podemos olvidar que la mitad de las plazas existentes se han creado en los dos últimos años, que para muchos de estos profesionales este es el primer trabajo en este ámbito y que 64% de la plantilla actual del Plan son monitores ocupacionales. Pero también hay quien menciona otra tendencia (observada ya hace tiempo en los SSM) de una red que empieza a ser “vieja” y “gorda” (con perdón), a la que le cuesta moverse del despacho, con escasa flexibilidad

para adaptarse a cada persona, cómoda en las rutinas habituales, con cierta autocomplacencia en su amplia experiencia y sin interés por abrirse a innovaciones...

¿Funcionan los distintos recursos de salud mental como una red coordinada?

Con muchas carencias. Carencias dentro de cada una de las redes. Así, existen dificultades en la coordinación dentro de los recursos que pertenecen a Sanidad. ¿Qué psiquiatra del SSM no se ha enterado alguna vez de que su paciente ha estado ingresado en el hospital cuando el paciente ya ha sido dado de alta con un nuevo tratamiento?. Y también carencias para coordinarse entre los propios recursos de rehabilitación. Cuando una persona es usuaria de más de un recurso de rehabilitación ¿cuántos planes individualizados de rehabilitación tiene?. Uno por recurso, a sumar al Plan de Continuidad de Cuidados. ¿Están consensuados?.

El tímido desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados en cada Servicio de Salud Mental es la base desde la que se ha tratado de reforzar este trabajo en red. ‘Tímido’ porque más allá de fomentar la formación de los profesionales (coordinadores de cuidados) que ya existían y desarrollar un protocolo a seguir por estos programas, no ha destinado presupuesto a contratar personal que los desarrolle en cada centro (trabajadores sociales, enfermería). Y ‘tímido’ porque son pasos que se quedan enanos y obsoletos comparados al ritmo que crece la fragmentación de la red (unidades especializadas, diferentes modelos de gestión en las áreas, etc...) así como los recursos que deberían coordinar para cada paciente (por el crecimiento de rehabilitación).

Pero además no es infrecuente que el desconocimiento de la red del “otro”, entre otros factores, alimenten un sentimiento de “nosotros” y “ellos” en vez de sólo un “nosotros”.

Mientras que los Servicios de Salud Mental no tienen criterios de exclusión/ inclusión claros en el caso de trastornos mentales graves, sí pueden encontrarse derivando a recursos que los tienen. En su relación la red de rehabilitación del Plan de Atención Social hasta el momento ha existido una filosofía de trabajo comunitario, compartiendo la corresponsabilidad en la atención a esta población. Así, es rara una decisión unilateral de rechazar o imponer una derivación. No ocurre lo

mismo en las derivaciones a los recursos de rehabilitación hospitalaria (media y larga estancia) ni a otras unidades especializadas (alimentación, comunidades terapéuticas, por ejemplo) ni tampoco en otros dispositivos de hospitalización de la red creados en los nuevos hospitales. Y existe el riesgo de que empiece a ocurrir también en rehabilitación.

A medida que los recursos del Plan de Atención han crecido, sin que hayan crecido al mismo tiempo los coordinadores de cuidados, se está observando cada vez más una actitud “defensiva” desde los recursos de rehabilitación, que demandan más capacidad para rechazar derivaciones. Y también una mayor frustración en los SSM por tener que asumir en soledad precisamente a algunos de los pacientes con necesidades más complejas, planteando en ocasiones derivaciones no siempre ajustadas en su afán por lograr un apoyo en la red para sus pacientes.

Además, las limitaciones de los programas de continuidad de cuidados para coordinar un plan de rehabilitación de un usuario que es atendido por más de un recurso del Plan está llevando a los profesionales del Plan a empezar a plantear propuestas que permitan una mayor coordinación como, por ejemplo, que el coordinador de cuidados esté en la red de rehabilitación, o que si un usuario es atendido en un CRPS sea éste quien lleve la coordinación de los posibles Planes de Rehabilitación que a su vez el usuarios tuviera en una MR o un EASC.

Esto supone una mayor brecha aún en el modelo comunitario que defendemos. Pero al mismo tiempo es consubstancial a pertenecer a redes distintas, y en un momento de dificultades para coordinarse,

En el último boletín de la AMSM J.M. Cañamares¹⁷ (Vicepresidente de la AMRP) hacía un análisis de las posibles soluciones para que nuestra red fuera más tupida y con las que esta Junta está de acuerdo, concluyendo que más que crecer en nuevos dispositivos especializados en atender estas necesidades, lo que tiene sentido es dotar de recursos a lo ya existente (entendemos que en cualquier parte de la red) para que puedan ser más flexibles en la atención a distintos perfiles así como reforzando la coordinación en su seno (una red de nudos más grandes con más interconexiones, unos dispositivos con más recursos para ampliar los servicios que prestan y con Programas de Continuidad de Cuidados fuertes que coordinen su utilización).

(17) El modelo de atención en rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid. J.M. Cañamares. Boletín de la AMSM otoño 2007

CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS DE LA JUNTA DE LA AMSM (2003-2008) EN TORNO A LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN MADRID

El resumen de la posición de la Junta de la AMSM (2003-2008) en torno a la rehabilitación psicosocial en Madrid puede resumirse en las siguientes líneas:

Recordar que como **punto de partida** la Junta de la AMSM defiende que:

1. La rehabilitación psicosocial, en tanto que dispositivos especializados para atención a las necesidades de rehabilitación e integración social de las personas con trastornos mentales severos, debería estar integrada como una prestación sanitaria más, con la necesaria coordinación con los servicios sociales.
2. La rehabilitación psicosocial, en tanto que identificable con los principios de un modelo integral de atención comunitaria¹⁸, debe ser transversal a toda la red de salud mental.

El análisis que la Junta realiza de la situación en Madrid a este respecto es:

3. En Madrid, el desarrollo de estos recursos ha sido a través de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales mediante concertación. En los últimos años, empujado por el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (en adelante Plan de Atención Social) este crecimiento ha sido de un 311%, con una inversión entre 2003 y 2007 de 123 millones de euros, pasando de 1.269 a 5.222 plazas, en 132 dispositivos nuevos, de los cuales 26 son Centros de Día y 37 son Equipos de Apoyo Social comunitario (siendo ambos un tipo de dispositivo que no existía antes del 2003), atendidos a principios del 2008 por 854 profesionales (a los que hay que sumar los psicólogos-coordinadores de los centros).
4. El crecimiento del Plan de Atención Social ha sido desigual tanto territorialmente como en el tipo de dispositivos creados, existiendo todavía necesidades de esta población a las que los recursos no llegan. Siguen existiendo carencias en la red, huecos por los que personas con trastornos mentales severos quedan fuera de la atención, principalmente aquellos en situaciones más difíciles: en la calle, con consumo de sustancias asociado, con discapacidad intelectual, con trastornos de personalidad asociados, en el seno de familias multiproblemáticas, con problemas de salud orgánicos asociados,

de edad avanzada, con hijos a su cargo, en situaciones de aislamiento social y abandono, en poblaciones pequeñas alejadas de centros urbanos, inmigrantes.

5. Desde la Oficina Regional de Salud Mental se ha impulsado la protocolización de los Programas de Continuidad de Cuidados, y se ha implementado el desarrollo de un Plan Individual de Continuidad de Cuidados. Pero este avance corre el riesgo de convertirse en un mero “papeleo extra” cuando el elevado número de pacientes que cada coordinador de cuidados ha de asumir limita el adecuado seguimiento de dicho Plan.
6. La Consejería de Sanidad no ha invertido suficientemente en el crecimiento de los recursos ambulatorios destinados a la atención de las personas con trastornos mentales crónicos. No se han contratado suficientes profesionales que puedan desarrollar las funciones de coordinador de cuidados y fundamentales para coordinar el uso adecuado de los recursos abiertos por el Plan de Atención Social. Y, aunque ha habido un crecimiento sobretodo en psiquiatras y psicólogos, este es claramente insuficiente para las necesidades actuales de la población, más teniendo en cuenta que en parte se han desplazado a los nuevos hospitales siendo en todo caso sustituidos por personal temporal que, desde julio de 2008 no puede ser contratado por más de 3 meses según decreto de esa fecha. En cuanto a los recursos de rehabilitación hospitalaria, ha habido un crecimiento que no es suficiente ni adecuado (de 700 a 900 plazas en larga estancia, de 100 a 170 plazas en media estancia). La rehabilitación hospitalaria está muy ausente en este informe del observatorio de la AMSM. El funcionamiento de sus dispositivos sigue siendo muy desconocido para el resto de la red. No ha sido posible por el momento acceder a información más cualitativa que nos permita describir sus programas y su funcionamiento.
7. En nuestra opinión, en estas circunstancias, el crecimiento de recursos de rehabilitación no ha significado una mayor profundización en el modelo de atención integral comunitario puesto que este crecimiento ha sido desproporcionado en varios sentidos (aunque obviamente no en el de la necesidad de los mismos, que justifica dicho crecimiento y futuros aún necesarios). Sí un crecimiento de recursos desproporcionado para poder:
 - Asegurar con los recursos actuales en la Consejería de Familia, y altamente dependientes de personas y no tanto de estructuras, la necesaria homogeneidad

(18) Principios de un modelo integral de atención comunitaria en salud mental (ver Cuadro 1 al final): trabajo en red y continuidad de cuidados; trabajo en equipo e interdisciplinar; comunitario; individualización; normalización y recuperación; autonomía, independencia y mínima institucionalización; participación y autodeterminación; modelo de competencia; continuidad; evaluación de resultados.

en principios y metodología en sus recursos independientemente de la empresa adjudicataria del concierto.

- Contratar suficientes profesionales con una formación y experiencia adecuada para asumir la responsabilidad de la atención a personas con trastornos mentales severos atendidos por una red compleja. No sólo por el desequilibrio puntual entre la oferta y la demanda sino también por la condiciones laborales ofrecidas, que dificultan la contratación de personal con experiencia.
- Poder estos profesionales apoyarse en los equipos de los Servicios de Salud Mental, cada vez más saturados y con condiciones laborales más precarias.
- Ser coordinada su adecuada utilización por los Programas de Continuidad de Cuidados (que cuenta con los mismos profesionales para gestionar el uso de un 311% más de plazas) y por las Comisiones de Rehabilitación de Área, con papel irregular en según qué Área y sin una estructura con capacidad real para favorecer esta organización (Oficina Regional de Salud Mental perdiendo competencias).
- Integrarse en una red, la de salud mental, con carencias en su propio seno para trabajar en red entre sus propios recursos, así como para trabajar desde los principios de la psiquiatría comunitaria en diversos puntos de su red.

En este contexto, el objetivo que persigue la Asociación Madrileña de Salud Mental: que la rehabilitación psicosocial estuviera integrada en la red única de atención de salud mental como un dispositivo más, no es viable en el contexto de las políticas sanitarias actuales de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, sí se pueden consolidar las bases que en un futuro puedan facilitar dicha integración y que, de no darse, sí al me-

nos significan una profundización en un modelo de atención integral comunitario a través de una coordinación de los cuidados tanto a nivel de cada persona atendida como en la planificación de los recursos.

Propuestas de la AMSM:

- Creación de una estructura mixta y estable de planificación y coordinación de ambas redes que idóneamente pueda llegar a la formulación de un único Plan en el que pudieran participar ambas Consejerías (una “Comisión Regional de Rehabilitación”)
- Refuerzo de las Comisiones de Rehabilitación de cada Área. Cuyas actividades sean apoyadas y evaluadas desde dicha Comisión Regional.
- Un único Plan de Atención Sociosanitaria a las Personas con Trastornos Mentales Graves que incluya acciones dirigidas a:
 - Desarrollar los recursos de rehabilitación aún necesarios para cubrir las necesidades de la población con trastornos mentales severos
 - Desarrollar los Programas de Continuidad de Cuidados, cuya efectividad para conseguir una adecuada utilización del resto de la red y mantener a las personas en la comunidad, con menos ingresos hospitalarios, ha sido ampliamente probada.
 - Fomentar una mayor formación y más homogénea de los profesionales de ambas redes que fomente capacitación para la atención a una población con necesidades complejas desde un modelo integral y comunitario, así como el sentido de pertenencia a una única red de atención.

**Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental
(AEN)**

Cuadro 1. Principios del modelo de atención integral comunitaria¹⁹

1. TRABAJO EN RED Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

El servicio se coordina con el resto de recursos que atienden a la persona, favoreciendo que los distintos recursos conozcan el plan individual de tratamiento y rehabilitación, así como la continuidad en la atención entre unos dispositivos y otros.

2. TRABAJO EN EQUIPO E INTERDISCIPLINAR.

La intervención implica aportaciones de diversas disciplinas para un tratamiento integral. Los miembros del equipo se reúnen y toman decisiones en conjunto acerca del plan de tratamiento y rehabilitación de la persona.

3. COMUNITARIO.

Se promueve la integración de cada persona en su comunidad natural: familia, amigos, barrio, ciudad. Prepara para participar en el entorno comunitario. El servicio conoce el medio ambiente de la persona así como los recursos comunitarios y favorece su utilización. Las actuaciones de los profesionales se realizan en la comunidad, en el entorno natural del paciente. Se interviene con el medio en el que vive la persona, empezando por la familia.

4. INDIVIDUALIZACIÓN.

Las actuaciones e intervenciones están guiadas por objetivos basados en la valoración de la situación única de cada persona, en una evaluación individual de sus necesidades, y la metodología de intervención es flexible y se adapta a ésta.

5. NORMALIZACIÓN Y RECUPERACIÓN.

Se ponen a disposición de la persona las estructuras, apoyos, actividades u oportunidades necesarias para que pueda tener un estilo de vida similar al resto de la sociedad (pareja, trabajo, familia, amistad, etc.). Se pone énfasis en el concepto de recuperación, más allá de la rehabilitación, es decir, al proceso de restaurar o desarrollar un significado y un propósito en la vida, una identidad y un sentido de pertenencia más allá de los efectos de la enfermedad.

6. AUTONOMÍA, INDEPENDENCIA Y MÍNIMA INSTITUCIONALIZACIÓN.

Se busca maximizar la autonomía e independencia de la persona basándose en sus capacidades. Se busca siempre la intervención mínima necesaria para que la persona pueda satisfacer con la máxima autonomía sus necesidades dentro de la comunidad.

7. PARTICIPACIÓN Y AUTODETERMINACIÓN.

La persona participa activamente en las decisiones acerca de su tratamiento y rehabilitación. Se acuerdan con la persona los objetivos de su plan de tratamiento/ rehabilitación, así como las actividades, terapias o tratamiento propuestos. El servicio da importancia a la elección de la persona. Existen medios establecidos para recoger las opiniones de los usuarios acerca del servicio. Las características de los servicios se desarrollan atendiendo a las opiniones y necesidades expresadas de sus usuarios.

8. MODELO DE COMPETENCIA.

Se mantiene una visión optimista sobre las posibilidades de la persona, destacándolas frente a sus dificultades. En todas las personas pueden identificarse objetivos de mejora, apoyo para la mejora de su calidad de vida o evitación del deterioro.

9. CONTINUIDAD.

Ofrece el apoyo y soporte que cada persona necesita durante el tiempo que sea necesario.

10. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

Existe un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejorar de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programa de intervención/ rehabilitación

(19) Resumen elaborado a partir de diversas fuentes. Las más relevantes: IMSERSO (2007) "Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave: "Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 (Consejería Familia y Asuntos Sociales). Gisbert, C. (coord.): Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones AEN. Cuadernos técnicos 6. AEN Ed. 2002. Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W.A., Chamberlin, J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. Community Mental Health Journal, vol 41, no 2. April, pg 141-158, 2005.

INFORME DE LOS HOSPITALES DE DÍA DE MADRID

En el Plan de Salud Mental 2003 -2008 se plasmaba la decisión por parte de la Oficina de Salud Mental de la CAM de dotar de hospital de día a todas las áreas sanitarias de la Comunidad. Desde entonces se han ido abriendo HD en las áreas que carecían de ellos, y en este momento hay ya en todas las áreas sanitarias de Madrid, excepto en la 5. En el área 7 hay dos, uno destinado a pacientes con trastornos límite de la personalidad y/o trastornos de la conducta alimentaria y otro a pacientes psicóticos (Ponzano). Un HD destinado a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, el de Santa Cristina, es de ámbito más amplio, dando cobertura a toda la región.

Desde el grupo de Hospitales de Día de la AEN se ha solicitado información sobre estos recursos a sus coordinadores, con el objetivo de conocer el desarrollo de los hospitales de día (HD) de adultos del Estado. En Madrid han respondido 11 de los 12 a los que nos hemos dirigido. Se empezó a solicitar datos a principios de 2007, por lo que se pidieron los de 2006. Por entonces el hospital de día de Santa Cristina llevaba menos de un año abierto y el del área 8 aún no había empezado a recibir pacientes. Posteriormente a la fecha del estudio se ha empezado a poner en marcha HD en los nuevos hospitales. Del análisis de los datos resulta que hay una cierta homogeneidad entre los hospitales de día de Madrid, que resalta al compararlos con los de otras comunidades cuyo grado de desarrollo, dotación y objetivos es bien diferente.

Todos ellos son recursos sectorizados, incluidos en la red de atención a la salud mental del área en que están ubicados, con la excepción del HD para trastornos de conducta alimentaria, que cubre toda la Comunidad. En cuanto a la adscripción administrativa, todos son públicos y dependientes del SERMAS, excepto el del área 11 que es concertado.

En general, al HD pueden derivar pacientes los terapeutas que llevan su tratamiento desde el CSM o los psiquiatras de las unidades de hospitalización psiquiátrica (en algunas áreas sanitarias está establecido que el responsable del tratamiento del paciente a lo largo del tiempo es su terapeuta del CSM, y que por tanto sólo él puede derivarle a los diferentes recursos).

La continuidad de cuidados se establece con coordinación entre HD y con los CSM y se trabaja con informes de derivación y alta en prácticamente todos los HD

En general son dispositivos accesibles para la población, con un máximo de alrededor de media hora para llegar a ellos, aunque algunas poblaciones de la periferia rural pueden tardar una o hasta dos horas. Obviamente es mayor la accesibilidad a los HD de área que al HD de Santa Cristina, que puede quedar mucho más distante del domicilio de algunos pacientes.

El horario en que se ofrece tratamiento en hospital de día no es totalmente homogéneo, pero en todos es un tiempo amplio, que oscila entre alrededor de 4 hs para los HD de las áreas 4 y 2 y las 7 hs de la mayoría. En general están abiertos todos los días laborables, excepto el área 2, que funciona 4 días a la semana. En el de Santa Cristina hay turno de mañana y de tarde y en el área 8 se abre una tarde a la semana. En algunos se incluye la comida en el horario de HD, pero no en todos (lo que entorpece la posibilidad de tratamiento de pacientes con TCA graves).

No hay un límite de tiempo establecido para el tratamiento, excepto en el HD de Santa Cristina, que tiene márgenes amplios, entre 9 y 18 meses. Esto supone una ventaja importante sobre las condiciones impuestas en otras comunidades, con exigencia de estancias muy restringidas que pueden ser útiles cuando el objetivo es el de contener crisis y acortar ingresos, pero hacen imposible el tratamiento intensivo de pacientes con, por ejemplo, trastornos de la personalidad.

En Madrid los HD están claramente delimitados como recursos terapéuticos, diferenciados de los de rehabilitación, y las funciones de ambos están bien definidas. Como modelo asistencial en general se prioriza el terapéutico, incluyéndose en todos los HD las prestaciones de terapia individual, intervenciones grupales y psicoterapia grupal, e intervenciones familiares; además en las áreas 3, 4, 7 (psicóticos), 9 y en el de Santa Cristina hay grupo multifamiliar.

Por otra parte, en todos los HD de Madrid está definido quien se hace cargo del tratamiento de cada paciente y en casi todos se realiza contrato terapéutico, lo que permite pensar que se trabaja con planes individualizados de tratamiento, con objetivos y con plazos. Al pedir información se preguntó sobre los objetivos de cada HD, pero se hizo de manera abierta y poco acotada, lo que ha provocado que se responda a dos niveles distintos, el de objetivos de gestión, y el de objetivos terapéuticos, y esto hace difícil comparar respuestas,

además sabemos que las que se han dado no agotan los objetivos de cada HD. Pero aunque no sean exhaustivos tienen importancia porque revelan los enfoques y prioridades de cada uno (tabla 1). Todos coinciden en lograr la mejoría de la clínica del paciente y de su evolución, pero hay discrepancias en sus objetivos, que probablemente reflejan diferencias en su funcionamiento, con respuestas como ser alternativa a hospitalización o acortarla (el del área 4, o el de la 7 de psicóticos), buscar la mejoraría de parámetros físicos (Sta Cristina) o psicológicos (áreas 3,8, 9, Sta Cristina) y de las interacciones familiares (áreas 3, 9, 11) o realizar investigación biológica (el del área 7 de TCA y TLP).

Los diagnósticos de los pacientes son heterogéneos en la mayoría de los HD, predominando los trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad, además de trastornos neuróticos graves. Como se ha dicho más arriba, son monográficos los HD de Santa Cristina y los dos del área 7. En el área 3, y como consecuencia del funcionamiento del resto de recursos sanitarios, se está atendiendo fundamentalmente trastornos de la personalidad, generalmente con otros diagnósticos en el eje I, entre ellos TCA.

Los criterios de exclusión son similares: en todos se coincide, como se recomienda en el Plan de Salud Mental, en la no indicación de tratamiento en HD en personas con trastorno orgánico de la personalidad, en personalidad disocial o con conductas psicopáticas graves que pongan en peligro la supervivencia del grupo, cuando existe comorbilidad con retraso mental que dificulte la incorporación a las actividades terapéuticas del hospital de día, consumo de sustancias psicótropas que interfiera con el tratamiento, o riesgo de suicidio inminente. Esta coincidencia en los criterios generales no evita que en la práctica haya diferencias, generalmente derivadas de cómo se interprete lo anterior y de las normas internas, con discrepancias al concretar el grado de tolerancia a determinadas conductas auto o heteroagresivas, rupturas de contrato terapéutico o consumo de sustancias, que hace que en la práctica las posibilidades de los pacientes, tras determinadas actuaciones, de ser admitidos o de continuar tratamiento, varíen de manera significativa entre HD, así, por ejemplo, en unos las autolesiones, gestos o intentos de suicidio son indicación de tratamiento mientras que en otros lo son de exclusión; en unos hospitales de día tras un alta voluntaria hay un tiempo que oscila entre 6-12 meses para poder ser readmitido y en otros no existe esta norma; asimismo la tolerancia a la agresividad verbal o a conductas manipuladoras o psicopáticas es muy variable. Estas diferencias

en las normas están más marcadas con pacientes con trastornos de la personalidad que con psicóticos.

Hay ciertas diferencias en el grado de autonomía de los hospitales de día. Encontramos algunos en los que ésta ha sido muy limitada, condicionados por ejemplo por su ubicación, así a los hospitales de día instalados en hospital general con frecuencia se les ha asignado la función de acortar estancias en unidades hospitalarias; mientras que en otros la autonomía ha sido total, como ha ocurrido con los primeros hospitales de día, creados por voluntad de algunos profesionales, sin directivas del área. Por otra parte, en áreas como la 9 o la 3, en las que se ha diseñado un plan para dar cobertura a las necesidades de la población en materia de salud mental, el HD ha surgido como un recurso más en relación con todos los de la red sanitaria, y se ha organizado desde el principio siguiendo unas directivas claras en cuanto a la población a atender, los objetivos y la conexión y subordinación al resto de la red, pero con autonomía para los equipos a la hora de ponerlo en práctica.

Obviamente, el grado de desarrollo de los recursos del área ha repercutido en el funcionamiento de los hospitales de día, por ejemplo, la decisión del anterior jefe del área 9 de poner en marcha un programa intensivo de atención ambulatoria a pacientes límite ha facilitado tanto las derivaciones como, sobre todo, las altas del HD, al asegurar que los pacientes pudieran continuar, en caso de necesitarlo, con un tratamiento intensivo en los SSM ambulatorios.

En cuanto a la proporción de plazas en relación con el número de habitantes encontramos que las poblaciones de referencia son bien distintas, como lo es la de sus áreas sanitarias oscilando entre los 364.000 habitantes del área 3, los 710.000 del área 1 o los 870.000 del área 7. Pero el número de plazas no está necesariamente en relación con el número de habitantes atendidos, así, en el área 1 hay sólo 25 plazas, frente a las 50 de la 7, o las 20 de la 3, con la mitad de habitantes. No encontramos pues equidad respecto al número de plazas de hospital de día por habitante, aunque es un logro que haya al menos un dispositivo de este tipo en casi todas las Áreas sanitarias. Esta situación está en proceso de remodelación, con la reorganización de las áreas sanitarias y la apertura de nuevos hospitales en Madrid, que va a suponer la puesta en marcha de más hospitales de día.

El número de pacientes tratados en el año oscila entre 76 en el HD para psicóticos del área 7, 72 en el área 9; 50 las áreas 4 y en el de TLP y TCA de la 7, 42 en el área 3; 39 en el área 11; 25 en las áreas 1 y 8, con 34 en el recién abierto HD para TCA.

Nos encontramos con algunas dificultades para determinar el número de pacientes que han iniciado tratamiento de hospital de día en el año, porque en muchos casos se ha respondido a la encuesta de petición de datos dando la cifra del conjunto de pacientes que ha entrado en los distintos programas que se llevan a cabo en él, y en la mayoría se realizan modalidades de intervención parcial, que en algunos centros puede prolongarse durante años. En algunos HD, fundamentalmente en el del área 8 y en el área 7, los programas de atención con formatos parciales reciben una cantidad importante de pacientes, ya que en el área 8 se ha atendido a un total de 168 pacientes, en el HD de TLP y TCA del área 7 se ha atendido a 120 pacientes, y en el de psicóticos 119.

En cuanto a los recursos humanos (tabla 2), aunque no se puede hacer una ratio exacta personal/ pacientes, ya que no sabemos los horarios de quienes trabajan a tiempo parcial, ni la dedicación horaria de los profesionales de los hospitales de día a otros programas o a la atención a pacientes con tratamientos distintos que el del HD, el análisis de los datos revela disparidades (tabla 2)

Encontramos uniformidad en lo que respecta a la figura del psicoterapeuta, ya que aunque en la mayoría de los casos la proporción entre psicólogos y psiquiatras varía entre 1/1y 1/2, con la excepción del área 3 en la que no hay psicólogo, en general tanto los psiquiatras como los psicólogos de los hospitales de día son psicoterapeutas y tienen entre sus funciones este tipo de tratamiento y la suma de ambos ofrece una ratio que se acerca a 1 psicoterapeuta para cada 10 pacientes en todos los HD. Las diferencias aparecen al analizar el porcentaje de ambas profesiones separadamente:

- el de psicólogos por cada 10 pacientes es de 0.33 en la mayoría de los hospitales de día, oscilando entre nin-

guno en área 3 y 0.50 en el HD para TCA y TLP del área 7; en el área 4 el psicólogo está a tiempo parcial; - el de psiquiatras va desde 1 en el área 3 hasta 0.33 en la 7 (psicóticos); en el HD para TLP y TCA del área 7, 3 de los 4 psiquiatras está a tiempo parcial.

El porcentaje de enfermeras también presenta diferencias, entre 1.33 en el área 4 y 0.33 en la 11, así como el de terapeutas ocupacionales, que va desde ninguno en el área 9 a 0.66 en las áreas 4 o 7 (psicóticos).

Pero las mayores discrepancias tienen que ver con la presencia o no de otros profesionales (trabajadores sociales, auxiliares de clínica, monitores de terapia ocupacional u otros), donde las desigualdades son ya muy grandes.

Que el personal del hospital de día tenga horario completo o parcial, o que los que están a tiempo total atiendan otros programas, depende de la organización de los servicios. La dedicación parcial puede ir en detrimento de la cohesión de los equipos, y de su capacidad de crear un medio terapéutico, para lo que se necesita una comunicación fluida y diaria sobre los avatares de las diferentes actividades terapéuticas, las conductas de los pacientes y sus relaciones, así como coherencia entre las distintas intervenciones. Por otra parte, no podemos suponer la misma capacidad de actuar sobre los pacientes a un profesional que está unas horas que a aquél que está toda la jornada laboral. Pero hay que tener en cuenta la posibilidad de que en algunos hospitales de día no haya contenido para que todos los miembros del equipo terapéutico se mantengan activos durante el horario laboral, en cuyo caso han de tener otros cometidos. En este caso han de reunirse con la suficiente frecuencia como para estar al tanto de todo lo que ocurre en el HD y funcionar de manera sincronizada.

Josefina Mas Hesse

Tabla 1. Objetivos de los Hospitales de Día de Madrid

AREA 1	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría clínica • Normalización de conductas. • Abordaje integral del paciente.
AREA 2	<ul style="list-style-type: none"> • En las crisis para prevenir ingresos. • Después de ellas para evitar la cronificación, trabajando la conciencia de enfermedad, la vinculación al tratamiento y los factores internos y externos que inciden en la recaídas, y finalmente, el que puedan integrar en su vida la vivencia de la crisis. Se considera especialmente importantes la actuación en los primeros brotes psicóticos por su impacto en la evolución posterior. • Pacientes en situación de retraimiento y aislamiento importante.

AREA 3

- Alcanzar la mejoría o remisión del cuadro clínico
- Aumentar de la capacidad de mentalización de los pacientes y su autoregulación emocional, cambiando sus pautas disfuncionales.
- Actuar sobre su entorno (social y familiar) para modificar las interacciones que mantienen la clínica y favorecer pautas relacionales que favorezcan la mejoría en el funcionamiento del paciente.

AREA 4

- Tratamiento activo del enfermo mental agudo o subagudo, mediante la aplicación de medidas terapéuticas globales tanto médicas como psicológicas y cuidados de enfermería necesarios para la mejoría de los síntomas y el restablecimiento lo antes posible de los enfermos a sus actividades habituales.
- Ofrecer una alternativa terapéutica para aquellos pacientes en los que estaría indicado el tratamiento en Unidad de Agudos, pero que se considere más beneficioso para el enfermo evitar su ingreso completo. Reducción de ingresos y reingreso en hospitalización completa.
- Reducir las asistencias repetidas a urgencias psiquiátricas y a otros recursos sanitarios derivadas de un difícil control ambulatorio del paciente.

AREA 7-1

- Intervención en crisis para evitar y/o acortar el tiempo de hospitalización total
- Rehabilitación precoz en primeros episodios para evitar recaídas y deterioro.
- Clarificación diagnóstica en casos dudosos.

AREA 7-2

- Intervención en crisis. Contención
- Investigación en TLP preferentemente biológica
- Prevención de conductas de riesgo

AREA 8

- Intervención precoz en intensiva en patologías graves.
- Reorganización y reconstrucción.
- Tras el brote en los procesos psicóticos.
- Tras las crisis en el resto de las patologías
- Permitir al paciente proseguir una trayectoria vital acorde con su edad y situación, lo cual implica incidencia terapéutica sobre su autonomía.

AREA 9

- Actuar sobre el cuadro clínico para alcanzar la mejoría, la desaparición de los síntomas y la remisión parcial o total de mismo (se incluye trabajar la conciencia de enfermedad y las expectativas del paciente)
- Conocer y contribuir a modificar si es necesario las circunstancias sociales y familiares que modulan el curso, la respuesta a los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad.
- Promover y mejorar la actitud y la colaboración del entorno inmediato del paciente, fundamentalmente la familia.

AREA 11

- Actuar sobre el cuadro clínico del paciente, buscando su estabilidad, mejoría y/o remisión de sintomatología.
- Actuar sobre las secuelas del proceso patológico
- Actuar sobre circunstancias familiares y sociales promoviendo una actitud contenedora y estabilizadora del entorno inmediato, para favorecer así la reinserción familiar, social y laboral.

HD Sta Cristina

- Estabilización de los parámetros físicos de trastorno. Reorganización nutricional.
- Establecimiento de las asociaciones espúreas entre emoción/comida: percepción, pensamientos y creencias erróneas asociadas a comida/imagen corporal.
- Enseñanza de afrontamiento y resolución de problemas tanto en su vertiente cognitiva como afectiva.

Tabla 2. Porcentaje de profesionales por cada 10 pacientes en los hospitales de día de Madrid

AREA	1	2	3	4	6	7-1	7-2	8	9	10	11	H Sta Cristina
psicólogos	0.40	0.33	0	0.66		0.33	1.50* 0.50	0.4	0.33	0.33	0.33	0.68
psiquiatras	0.80	0.33	1	0.66		0.33	1.50*	0.4	0.66	0.66	0.66	0.45
enfermeros	0.40	0.33*	0.50	1.33		0.66	0.50	0.4	0.66	0.33	0.33	0.68
terapeutas ocupacionales	0.40	0.66*	0.50	0.66		0.66	0.50*	0.4	0	0.33	0.33	0.22
auxiliar clínica	0.40			0.66			0.50	0.4				
monitor ter. ocupacional		0.33*	0.5									
auxiliar administrativo			0.5**	0.66		0.66	0.50*	0.4	0.33	0.33	0.33*	0.22
celador (o auxiliar. de control)			0.5**	0.66		0.66				0.33		
				0.66								
trabajador social		0.33*		0.66		0.66*	0.50*	0.4				0.45*
auxiliar doméstico						0.66			0.33*			
técnico auxiliar							0.50	0.4				
psicopedagogo											0.66	

*: dedicación al hospital de día a tiempo parcial.

** compartido con hospital de día de adolescentes.

Se denomina a los del área 7 en 7-1 el de Ponzano para pacientes psicóticos y 7-2 el destinado a TCA y TLP

PANÓPTICO

PORTADA

EN ESTE NÚMERO NO HABLAREMOS DE LA OFICINA DE SALUD MENTAL POR FALTA DE PRESUPUESTO PARA EL TONER.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales del Centro de Salud Mental de Carabanchel en su destierro.

CARTAS AL DIRECTOR:

Con Aguirre no hay esperanza.

Estimado Señor director del Panóptico:

Después de que Aguirre y su equipo lleven varios años al frente, siendo como son incapaces de trazar planes con vistas al futuro, desanimando a excelentes profesionales en su tarea, confundiendo al público con su tono campechano, diseñando estrategias vacuas, minando nuestros principales valores y rompiendo todas nuestras esperanzas me niego a que continúe en su puesto y desde aquí quería pedir su dimisión.

Daniel Valladares. Leganés. Seguidor del Atlético de Madrid.

ANUNCIOS

Bienvenido a la Republica Independiente de Capiro

Capiro, multinacional líder del sector sanitario originaria de Suecia, ya presta sus servicios a más de 500.000 clientes madrileños de la sanidad pública. Nuestro modelo sueco de hospitales TYSÖLAND SERIE permite crear un diseño de servicios sanitarios que se ajusten a tus necesidades y presupuesto. La estructura arquitectónica de nuestros hospitales combina de forma equilibrada la racionalidad del espacio con la funcionalidad de la tecnología sanitaria. Con una única puerta de entrada el paciente-cliente se ve obligado a recorrerse todas nuestras instalaciones antes de poder encontrar la puerta de salida, evitándose así los fenómenos de puerta giratoria de los hospitales tradicionales. En este agradable recorrido, en el que se puede disfrutar de un suave aroma a salmón ahumado, se puede adquirir todo aquello que usted necesite para mejorar su salud como los marcapasos de la serie EKTORP, las prótesis de cadera BJARNUM o probar sin compromiso nuestras maquinas de T.E.C TRÖMSO con fundas de almohadas en distintos tonos. Desde la mañana hasta la noche el hospital está siempre preparado. Puedes usarlo cómo te apetezca, para hacerte un TAC rápido o para compartir unas escalas de Hamilton con los amigos. Puede usted ingresar hoy mismo y diseñar la habitación a su medida con el Kit de herramientas PAX LYNGDAL, un Kit con múltiples aplicaciones que también le servirá para reducirse la luxación de hombro o ponerse usted mismo una contención mecánica (se acompaña de un sencillo manual de instrucciones). Y para los problemas de espacio disponemos de la tecnología RATIONELL que permite convertir una cama DALSEÛR en una cómoda chaiselongue KARSTALD con espacio para varios pacientes. Durante su estancia en el hospital usted y su familia dispondrán gratuitamente de un lápiz y un papel para escribir su propia historia clínica personalizada. Y si no puede diagnosticarse sólo tenemos un personal versátil de la serie BILLY que se adapta a todas las situaciones y problemas disponible en distintas alturas, anchos y montones de acabados. Al alta tendrá la posibilidad de utilizar uno de nuestros carritos ergonómicos PÖANG para trasladar a su familiar al aparcamiento o bien previo pago utilizar

nuestro servicio de transporte a domicilio (incluye el montaje del familiar). CONTAMOS CON LA FLEXIBILIDAD PARA CREAR LA SOLUCIÓN QUE MÁS CONVenga. NUESTRA GRAN IDEA SON LOS PRECIOS BAJOS.

“Todos los proyectos se inician con afán de superación. ¡Es un reto! No se puede hacer un hospital, una consulta o un laboratorio por menos de 100 euros. ¡Es imposible! Pero después empiezas a dibujar, a visitar hospitales y a involucrarte con políticos de tal manera que no paras de darle vueltas. Te obsesionas. Te vuelves loco. Solo piensas en cómo tu diseño tenga el mismo aspecto fabuloso que un centro de verdad, en cómo venderlo en un paquete plano y hacerlo a un precio que permita muchas personas de todo el mundo acaben atrapadas por tu aportación al diseño”

Chris Martín. Diseñador de la Consulta Rápida ELLAN

DESMENTIDO

Ante el aluvión de felicitaciones la redacción del Panóptico quiere desmentir que ningún miembro del equipo Editorial haya sido subcontratado para la elaboración del programa de la presentación del Plan de Infraestructuras de la Comunidad de Madrid 2007-2011 que se realizó a los empresarios en el Hotel Ritz de Madrid. Queremos aclarar que el libro de estilo del panóptico elaborado por Pit Square prohíbe a cualquier miembro de nuestra redacción introducir elementos irónicos o macabros en los contenidos de lo que aquí se publica. El defensor del lector del panóptico, Dr Wolf, que en breve se despide del equipo, ha indagado entre nuestros reporteros por si la frase “aproveche las oportunidades de negocio de su empresa en la sanidad madrileña” hubiera salido de algún elemento de la revista satírica “Expansión” infiltrado en nuestra redacción sin hallar indicios. A veces la realidad supera la ficción.

LOS EXTRAÑOS CASOS DEL SR. SPOCK

En su incesante misión de explorar extraños nuevos mundos, y de buscar nuevas formas de vida y nuevas civilizaciones, viajando temerariamente a donde nadie ha llegado antes el Sr. Spock nos ofrece el segundo de sus casos clínicos singulares:

Ubicación: Planeta Tierra; España; Comunidad de Madrid. Pontones

Año: 2008

Sujeto: Varón de 42 años, de aspecto desaliñado, encontrado en un pasillo del Centro de Investigaciones Sanitarias Interestelares del Planeta Pontones recientemente invadido por la Coalición Chaquetas Rojas del Universo Capio. Presenta un estado de perplejidad con repetición de frases estereotipadas en una lengua de características fonológicas parecidas a las escuchadas en áreas lejanas de la Galaxia de Carabanchel que recientemente sufrió un proceso desintegración tras un ataque del colectivo Borg. El contenido de las frases revela una intensa angustia persecutoria : “nunca me he fiado de los Kinglons y nunca lo haré” , “ a los Borgs y a los Romulanos siempre les tocan las misiones fáciles” . Con intervalos de cinco minutos vulcanos cambia bruscamente el contenido de su afecto, el idioma y sus referentes culturales. En uno de estos estados enarca las cejas, nos ofrece una amigable sonrisa y nos indica una dirección en lo que parece un dialecto capiano (“segunda estrella a la derecha y todo recto hacia el mañana”). Posteriormente empieza a gesticular de la misma manera que los científicos clozapínicos del asteroide 12 Oct. y comienza a dar ánimos a los que le observan (“que la fortuna favorezca a los locos”).

Tras la observación clínica fue sometido a una tomografía de emisión supraluminal con el fin de filtrar los recuerdos falseados de la verdadera memoria sedimentada.

Diagnóstico del Sr Spock: la tomografía de emisión supraluminal reveló vívidos recuerdos de la Galaxia de Carabanchel lo que nos permitió identificar el origen del sujeto. La exploración clínica no revelaba daño eléctrico-cerebral estructural por lo que descartamos una lesión debida al impacto de la explosión de la Galaxia Carabanchel. La naturaleza cíclica de los cambios de afecto junto la aparente falta de recuerdo del estado anterior nos hacía pensar en un estado disociativo probablemente originado por haber sufrido un proceso de teletransporte excesivamente rápido con dificultades de adaptación al cambiante clima del Planeta Pontones. Finalmente el diagnóstico más probable es el de Trastorno múltiple de identidad de zona sanitaria.

RECOMENDACIONES DEL PANÓPTICO

La redacción del panóptico ha elegido la canción de Remedios Amaya “¿ay quién maneja mi barca?, ¿ quién?, que a la deriva me lleva” como tema para el hilo musical de los Centros de Salud Mental de distrito.

REPLICA AL DOCTOR BURGUEÑO

A raíz de las declaraciones del Doctor Burgueño, Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid en la inauguración de la Jornada sobre estrategias y modelos en Salud Mental en las que afirmó que “no entendía muy bien lo que hacían los psiquiatras” hemos realizado una encuesta entre los psiquiatras para saber lo que no entienden ellos. Estos son los resultados:

- No entendían “Doctor”: 14%
- No entendían “Burgueño”: 14%
- No entendían “Director”: 14%
- No entendían “General”: 14%
- No entendían “Hospitales”: 14%
- No entendían “Comunidad”:14 %
- No entendían “Madrid”:14%
- No entendían al Doctor Burgueño, Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid: 2%

HEMOS ESTADO

Jornada sobre modelos y estrategias en la salud mental. **30 de septiembre 2008, Colegio Oficial de Médicos**

En la INAUGURACIÓN de esta Jornada, **Alberto Fernández Liria, Presidente de la AEN**, destacó la existencia actual de un consenso entre las CCAA, plasmado en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, acerca de la necesidad de un modelo comunitario para el que existe conocido soporte empírico. Y exponía la situación de Madrid, donde en este momento de consenso, los poderes políticos y las circunstancias económicas promueven estrategias y modelos que llevan a la incertidumbre, por no saber si este sistema de recursos en red va a poder seguir funcionando. A continuación, **Antonio Burgueño, Director General de Hospitales de Madrid**, se refirió a la Jornada como un foro altamente oportuno ya que en este momento se ha propuesto hacer una revisión nuestro sistema de Salud Mental, enmarcado en un Plan que “toca” revisar en estos momentos. Animó a los presentes a que se le hicieran llegar las conclusiones de la Jornada y comentó su intención de desarrollar una herramienta útil a la CAM. Por último, **Pablo Rivero, Director General de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud**, expuso la necesidad de defender los avances logrados en el estado de bienestar, el Sistema Nacional de Salud, y seguir avanzando sin caer en la autocomplacencia, en unos momentos de incertidumbre internacional. Destacó la importancia de haber desarrollado de manera coo-

perativa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y la necesidad de que este consenso llegue a dar herramientas a los profesionales y ciudadanos.

A continuación se desarrollaron las conferencias y mesas redondas, destacando la conferencia inaugural de **Benedetto Saraceno, Director del Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud**, que en su conferencia **LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: PERSPECTIVA DE LA OMS** resumió en primer lugar la evolución del abordaje de la OMS del tema de la salud mental. De una primera etapa (Informe Mundial de la Salud Mental, 2001) destacó como palabra clave la “carga” que la enfermedad supone (años de vida perdidos, discapacidad, etc.) exponiendo cómo ésta es: a) un problema grande y b) un problema de todos. La palabra clave de una etapa posterior de enfoque en la OMS (2004-2006) fue “brecha”, exponiendo la brecha que existe entre ser o no atendido con calidad: no hay suficientes recursos en muchos países, donde los hay están mal colocados (en hospitales psiquiátricos), no hay acceso a psicotrópicos en Atención Primaria y el 85% del presupuesto se gasta en “camas” frente a recursos en la comunidad. Y expuso que esta brecha no es un problema “sólo en África”, sino que por ejemplo el 35% de los pacientes con trastornos depresivos en EEUU no están atendidos. La brecha está en todas partes. De la tercera etapa destacó como palabra clave las “barreras”: ¿por qué existen esas barreras si sabemos que la carga es

grande, que hay intervenciones costo-efectivas, que hay tratamientos adecuados?. Se refirió al estigma como una de estas barreras pero destacó principalmente que no se destina presupuesto por parte de los políticos a salud mental ¿por qué?, porque el mensaje de los profesionales y afectados no es claro ni está consensuado.

Sin embargo, Benedetto Saraceno expuso que desde la OMS existe un consenso basado en estudios científicos, de calidad, de satisfacción, en algunos aspectos:

- Comparado con hace 50 o 100 años la medicina tiene más **enfermos crónicos** con necesidad de cuidados crónicos para los que no puede seguirse un modelo de “cirujano”
- El 85% de los días de un enfermo crónico los pasa fuera del hospital, pero el sistema de salud sigue siendo concebido alrededor de dos ejes: a corto plazo y alrededor del proveedor (las reglas del sistema)
- Hay que repensar el sistema de salud con esta dimensión temporal: lo crónico
- ¿Cómo puede ser que el 85% del presupuesto se vaya a los hospitales donde los pacientes sólo son atendidos el 15% del tiempo?
- En el modelo la palabra “cama” no debe ser clave sino la palabra “**plazas/oportunidades**” que da el servicio. ¿Cuántas plazas/oportunidades tengo en mi servicio? La cama es un accidente. En vez de *clínica*, de estar *inclinados* sobre el paciente como si estuviera tumbado, necesitamos “esquizofrénicos de pie”.
- Lo **comunitario** en las grandes ciudades cada vez tiene menos

significado. Y lo comunitario no es llevar los recursos humanos del hospital a una dirección postal donde atiende ambulatoriamente un psiquiatra. Es más.

- Es importante revisar la relación con **atención primaria**.
- Es necesario un modelo con servicios que atiendan no solo a la enfermedad, sino también al daño, a la discapacidad y al handicap. La rehabilitación es una parte fundamental para la enfermedad de larga duración, para recuperar capacidades, para la **reconstrucción de la ciudadanía**.
- La **rehabilitación psicosocial** necesita recursos, planes, tecnología, y debe ser parte de un programa global. Hay consenso en forma parte de nuestra responsabilidad el trabajo de coordinación con los recursos sociales.
- Es importante hablar de valores que deben transformarse en recursos, tomarse en serio el **modelo biopsicosocial**. Hoy nadie defendería que la enfermedad mental es sólo biológica, o psicológica, o social. No hay debate en esto. Pero, ¿cómo están organizados los servicios? Da igual que los profesionales tengan la convicción biopsicosocial si el servicio está organizado para dar una sola parte. Y actualmente se ha ido evolucionando hacia servicios que son “bio” y punto. Y esto tiene mucho peso la influencia de la industria farmacéutica.
- La **“integración”** debería ser la palabra clave actualmente. Y describió cómo los manicomios han ido desapareciendo a favor de instituciones sociales llevadas por empresas privadas, en ocasiones “asilos” con otra cara, en otras ocasiones disponiendo de una rehabilitación fragmentada, en la que se le “manda a hacer rehabili-

tación” como quien pide una radiografía, al margen de un programa terapéutico. Puso como ejemplo la situación de Holanda, donde el hospital es lo principal y la rehabilitación psicosocial es un paquete de programas poco financiado y con profesionales con baja cualificación.

Como **conclusiones** expuso que actualmente hay una involución del papel de la psiquiatría en la sociedad, y que estamos reanudando nudos que se soltaron tiempo atrás, que esto depende de muchos factores, pero entre otros, el nivel de miedo que existe en la sociedad.

Explicó que actualmente Europa ya no es más una referencia en modelos y estrategias en Salud Mental, y que desde la OMS se siguen con interés desarrollos en Brasil, Chile, Sri Lanka, algunos estados de la India. Y por último recordó que hoy día la capacidad de evaluación de los resultados de los modelos es mucho mayor y que existe amplia evidencia para que el mensaje de la OMS sea:

- Menos camas y más servicios comunitarios
- Camas en los hospitales generales
- Tratamientos psicosociales
- Empowerment de los ciudadanos

Se abrió a continuación un *debate* en el que surgieron reflexiones que ahondaron en la idea de la importancia de los servicios integrados y la continuidad de cuidados, la responsabilidad de evitar una nueva generación de crónicos, y cómo recuperar el papel de la psiquiatría y la salud mental a través de conocimiento científico tanto de los modelos efectivos de atención como de los determinantes sociales de la salud (Informe de Naciones Unidas). Las siguientes mesas redondas (ver en la página web de la AMSM algu-

nas de las presentaciones) profundizaron en muchos de los planteamientos esbozados por Benedetto Saraceno. Por mencionar algunas de las aportaciones más destacadas:

Pedro Cuadrado, presidente de la AMSM, que coordinaba la primera mesa redonda (**MODELOS Y ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL**), destacó la pérdida del papel de lo público y cómo, habiendo un consenso en el modelo, los grupos que manejan el presupuesto ponen en peligro el modelo volviendo a modelos neoinstitucionalizadores.

Manuel Gómez Beneyto, coordinador científico del la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, LA PERSPECTIVA EUROPEA, expuso cómo en Europa, y dentro de España, existen diferencias tanto en el ritmo como el grado de desinstitutionalización y desarrollo del modelo comunitario. Advirtió de los riesgos de la mayor especialización de la atención en salud mental en unidades específicas creadas por presión de lobbies, por la fragmentación de la red de atención. También expuso la tendencia a la participación del sector privado, la ausencia de transparencia para poder estimar el gasto y el dato de que en general es pequeña la proporción que se dedica a salud mental de lo total invertido en sanidad si lo comparamos con la carga de la enfermedad. En cuanto a la directivas europeas, expuso las regulaciones que existen actualmente aunque resaltando que se han ido “descafeinando”, pasando por ejemplo de una “estrategia europea” a un “pacto europeo”. Según Gómez Beneyto, el cambio podría estar en el papel de los usuarios reivindicando unos servicios que atiendan a sus necesidades en vez de a las del propio servi-

cio. Y coincidió con Saraceno en que a la hora de buscar modelos quizá haya que fijarse en otro sitio y no mirar hacia Europa.

Ricardo Guinea, Delegado de Asuntos Internacionales de la FE-ARP, en su intervención **LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL MODELO COMUNITARIO**, abundó en algunas de las ideas que se habían ido avanzando como: el consenso existente en torno al papel de la rehabilitación psicosocial, la identificación de ésta con los principios del modelo comunitario, la importancia de un modelo centrado en la recuperación o el dato de que en España se invierte en salud mental por debajo de la media Europea (% del PIB). Volvió una vez más sobre el tema del consenso en el modelo en salud mental, mencionando por un lado los documentos de referencia nacional (Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave del IMSERSO y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad), que recogen de manera clara la pertinencia de un modelo comunitario con un papel fundamental de la rehabilitación psicosocial, en línea de lo planteado por Alberto Fernández Liria, aunque al mismo tiempo se hacía la pregunta de si ¿hay realmente consenso entre los profesionales? tal y como cuestionaba Saraceno, ya que existen personas trabajando desde un modelo médico y hospitalocéntrico y ¿hablamos con ellos?. ¿Es que los servicios están organizados de manera que no puede más que seguirse un modelo médico pero los profesionales son convencidos del modelo comunitario? o ¿algunos profesionales no creen en el modelo comunitario?. Guinea terminó comentando que

parece que actualmente en vez de hablar de “completar el modelo” vamos hacia atrás y habría que hablar de la sostenibilidad del modelo.

Juan Carlos Casal, del colectivo Orate y vicepresidente de la Asociación Alonso Quijano, LA PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS USUARIOS Y USUARIAS CON LA SALUD, a partir del modelo social de la discapacidad, en el que ésta se entiende como una construcción social sobre la que no puede justificarse ningún tipo de discriminación ni limitación en la libertad de las personas, destacó el papel de los usuarios, que no puede ser sustituido por las familias ni por los profesionales. Destacó el derecho a que la capacidad jurídica de una persona con discapacidad no se viera limitada por ningún motivo y que pudieran darse otros apoyos que permitieran a la persona tomar decisiones y gobernar su vida, así como el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad. Por último, explicó los avances que se estaban dando a nivel nacional en torno a las asociaciones de usuarios.

Tras estas tres intervenciones surgió un rico *debate* en el que Manuel Gómez Beneyto fue preguntado por las consecuencias en el funcionamiento de la red tras las privatizaciones en Valencia, destacando el daño a la integración de la red puesto que durante años han estado trabajando de manera independiente. También surgió el debate acerca de la pertinencia de que asociaciones de familiares presten servicios.

La segunda mesa, **EN TORNO A LA APLICACIÓN DE LOS MODELOS**, coordinada por **Itzhak Levav, Asesor de Salud Mental, Ministerio de Salud de Israel**, co-

menzó con la intervención de **Manuel Desviat, de la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública**, cuya presentación **ÉXITOS Y FRACASOS, EN TORNO A LAS EXPERIENCIAS**, tuvo un enfoque más “micro” que las anteriores, bajando a cuestiones acerca de si en los equipos se trabaja desde los valores y metodología del modelo, así como a la situación actual en Madrid. Se preguntaba si en la práctica de los equipos ha frugado la práctica comunitaria y solidaria, afirmando que son las micro-experiencias aplicadas las que dan estabilidad al modelo. En su opinión, actualmente estamos frente a una crisis de valores en la que “vale todo”. En cuanto a la situación de Madrid, expuso cómo actualmente Atención Primaria está estrangulada presupuestariamente, que el peso del hospital está avanzando. Se preguntaba dónde va a quedar el concepto de área en el nuevo marco de competencia libre entre hospitales. Afirmó que con los futuros planes hay programas que difícilmente se pueden llevar a cabo, como el de continuidad de cuidados.

Francisco Chicharro, director médico del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, MODELOS, ESTRATEGIAS Y LA GESTIÓN CLÍNICA, comenzó su intervención identificándose con los profesionales formados en Leganés, y con una visión pesimista de la situación actual al observar cómo una red que ha costado tanto esfuerzo crear se puede dismantelar con las medidas que se han tomado. Retomó alguna de las ideas que ya habían surgido en intervenciones previas, como la importancia de que las asociaciones recuperen el papel que han tenido en el pasado, el fundamental papel de los usua-

rios, la necesidad de distinguir entre asociaciones de usuarios y de familias, cuestionando el papel de las últimas como proveedoras de servicios. Una vez más destacó que existe suficientes evidencias como para seguir defendiendo el modelo comunitario. A partir de su experiencia en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio expuso cómo un modelo de gestión puede servir para una cosa o todo lo contrario. Es decir, cómo puede darse un servicio de calidad y bajo un modelo comunitario desde distintos modelos de gestión. Terminó cuestionando que esto fuera posible con las iniciativas que se están tomando en Sanidad en la Comunidad de Madrid.

En torno a LA FRAGILIDAD TEÓRICA EN (TIEMPOS DE LA) EVIDENCIA giró la intervención de **Alberto Fernández Liria, Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**. Empezó exponiendo el “giro de los 80” en el panorama internacional tanto lo político, económico, asistencial, teórico, terapéutico, en la época de Reagan, Thatcher, con un giro de “la solidaridad al mercado”, una relación con el “cliente” del servicio en vez de con el “paciente” y unos modelos de enfermedad reduccionistas con búsqueda de aplicaciones del tipo “a una enfermedad según el DSM, un tratamiento”. A continuación se refirió al panorama mundial actual en sus distintas vertientes como volviendo a la solidaridad, en una crisis del libre mercado, una vuelta a la psiquiatría centrada en la persona, una neurobiología de lo relacional, y, sin embargo, una situación en Madrid que se parece más a lo que ocurría en el mundo en los 80, con sus fracasos, que a lo que ocurre actualmente en el resto del mundo.

El *debate* que surgió tras esta mesa completó el objetivo de estas Jornadas, el de lograr hacer un diagnóstico de la situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid tras los cambios iniciados en Sanidad y ante a perspectiva de un próximo Plan de Salud Mental. Durante la Jornada hubo consenso en el diagnóstico de la situación en Madrid como un panorama que pone en riesgo la sostenibilidad del modelo comunitario, para que el también se destacó el consenso en torno a su efectividad en la comunidad científica y en las recomendaciones de la OMS. La reflexión llevó a cierta autocrítica por parte de los profesionales a no haber sido capaces hasta el momento transmitir el mensaje a la población y a los políticos. Así, los representantes de la asociaciones de profesionales organizadoras de la Jornada renovaron su compromiso para incrementar las acciones de divulgación a la población, de coordinación con la administración, de formación de los profesionales y de recogida de datos a través del observatorio de salud mental de la evolución del mapa de servicios y el modelo implementado.

Cerró la Jornada **Itzhak Levav, Asesor de Salud Mental, Ministerio de Salud de Israel**, con la conferencia de clausura: **LUCES Y SOMBRAS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA**. Levav comenzó su intervención considerando que la reforma psiquiátrica nace y se hace posible en la necesidad de desarrollar una acción técnica científica de probada efectividad, pero no solo. La RP nace y se hace posible con el reconocimiento de los inalienables derechos humanos de las personas con trastornos mentales. La Declaración de Caracas, momento inaugural de la Reforma Psiquiátrica en América Latina y el

Caribe, aprobada por los gobiernos de la Región en 1990, propuso la organización de programas comunitarios, alternativos al hospital psiquiátrico, y la defensa de los derechos fundamentales de las personas. Las relaciones democráticas en el interior del sistema de salud mental constituyen una de las recomendaciones que la OMS hiciera en 2001; para lo cual la organización mundial recomienda involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios. Sin la participación comunitaria, y el respeto a los derechos de los pacientes es difícil hablar de psiquiatría comunitaria. Se trataría tan solo del traslado del manicomio a la comunidad.

Analizando el desarrollo de la RP, por ejemplo en Brasil, donde mucho se ha avanzado, resaltó la precariedad o ausencia de atención de la salud mental de los niños, ignorando las tasas de prevalencia. Algo que sucede tanto en la Región de las Américas como en EEUU y Europa, según puede comprobarse por diversos estudios. Siguiendo con los lados oscuros, Levav señala que es escaso el trabajo con Atención Primaria, y la escisión de la asistencia y la investigación, así como con la universidad.

Itzhak Levav concluyó con un reconocimiento a los Servicios de Salud Mental de Leganés, que el conoció personalmente cuando era jefe de la Salud Mental de la OPS/OMS, y a la labor de Manuel Desviat tanto como director de estos servicios como su labor de consultor en OMS en el movimiento de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, mostrando su apoyo y solidaridad y su sorpresa por su cese al frente de estos servicios.

**María Alonso Suárez,
Secretaria AMSM**

Entrevista con el Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid (12/AGOSTO/2008)

Acuden:

- Antonio Burgueño (Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid)
- Alberto Fernández Liria (Presidente de la AEN)
- Iván de la Mata (Vicepresidente de la AMSM)

Antecedentes

La reunión se produce a iniciativa del Director General de Hospitales, al que, inmediatamente después de su nombramiento, le ha sido trasladada desde el Consejero la solicitud de entrevista realizada conjuntamente por la AEN, la AMSM, la SEP y la FPSM el pasado mes de marzo.

Ha tenido una reunión previa con la nueva sociedad (Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Madrid) creada el pasado mes de Junio y cuya Junta Directiva está integrada por: Alfonso Chinchilla Moreno (Presidente); José Cabrera Forneiro (Vicepresidente); Francisco Ferre Navarrete (Secretario); Javier Quintero Gutiérrez del Álamo (vice-secretario); Álvaro Rivera Villaverde (tesorero); Javier Correas Lauffer (vocal); María-Inés López-Ibor Alcocer (vocal); Javier San Sebastián Cavases (vocal).

El mismo Director General tuvo un encuentro informal y no programado con los representantes de la AMSM (Pedro Cuadrado, Iván de la Mata y María Alonso) que se estaban reuniendo con la Directora de la Oficina de Salud Mental en la que él estaba de visita. En él justificó el modelo mixto de gestión y desarrollo e los recursos sanitarios que constituye la línea oficial de la Consejería y expuso la estrategia pa-

ra elaborar el nuevo Plan de Salud Mental enumerando las comisiones que contribuirán a ello: ideas/modelo; recursos; atención ambulatoria; hospitalización de agudos y de crónicos; y unidades especiales).

Durante el mes de Julio, se han producido los nombramientos de Guillermo Petersen como Coordinador del Plan y de José María López como representante de la Comunidad de Madrid en la Comisión de Seguimiento de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Sin que, de momento, tengamos noticias de cómo se articulan esas responsabilidades con la dirección de la Oficina de Salud Mental por María Dolores Crespo).

Desarrollo de la reunión

La reunión se desarrolló en un clima afable y duró poco más de dos horas.

El Director General se definió a sí mismo como un profesional, que, además de haber trabajado en el sector público, lo había hecho en el privado, y que estaba convencido de que éste, tenía algunas ventajas que se trataba de aprovechar en un momento en el que objetivos políticos como el déficit 0 harían imposible que iniciativas como las de abrir simultáneamente 6 nuevos hospitales se llevaran a cabo. Hizo referencias a su papel en Alcira y Valdemoro y en el Informe Abril (que definió como uno de los grandes avances en política sanitaria) y a su opinión de que la intrusión de lo político en la Sanidad había sido muy perjudicial para ésta.

Los representantes de la AEN y AMSM:

- Agradecemos la prontitud de la entrevista tras el nombramiento del Director General y presentamos las asociaciones.

- Explicamos las circunstancias en las que se produjo la anterior solicitud de entrevista conjunta con la SEP y la FPSM con el consejero, en base a una serie de preocupaciones, la mayor parte de las cuales siguen vigentes a día de hoy:

1. El efecto sobre la territorialización (En salud Mental y Salud en general) de la apertura de los nuevos hospitales

- El Director general informó de que.

- Se proponen articular un modelo caputivo, pero flexible, en el que, por ejemplo, los habitantes de las zonas limítrofes entre dos áreas puedan elegir a cual se adscriben, y en la que será posible la competencia entre áreas (citó el modelo sueco y admitió, ante nuestros comentarios sobre el modelo inglés y la necesidad de mecanismos correctores). No aclaró mucho más sobre este importante tema (por ejemplo, si esa "libre elección" sería de área sanitaria en conjunto o de especialistas o si por ejemplo los médicos de atención primaria podrían elegir los especialistas a los que derivar según lo que les ofrezcan, como sucedía en Inglaterra, y que es el llamado mercado interno).

- Los hospitales nuevos habrán de asumir la responsabilidad de una demarcación territorial en esos términos

- No todos los hospitales tengan que ofrecer todos los servicios. Nos planteó, como ejemplo, que intentaba averiguar cuál era el tamaño mínimo que hacía rentable un servicio de hospitalización psiquiátrica y mostró su desacuerdo con el tamaño de alguna de las actuales unidades (Sobre todo de las nuevas) por

considerarlas demasiado pequeñas. Él pensaba en unidades de 40-50 camas y nosotros hablamos de unidades de 20 camas o en si acaso de servicios con 50 camas en unidades de al menos 20.

- Aseguró que el personal de los nuevos hospitales podría como los facultativos especialistas de área, prestar los servicios en los dispositivos a los que sean asignados (centros de salud mental, hospitales de día...) y no necesariamente en el hospital ante lo que mostramos nuestro escepticismo.

2. La situación de **inequidad** actual con una dotación de recursos muy desigual en las diferentes áreas

- El Director general planteó que la función de la comisión de recursos del Plan será conocer exactamente la distribución de recursos y proponer una redistribución para hacerla corresponderse con las necesidades y

con las actividades llevadas a cabo desde cada dispositivo. Le hicimos notar las dificultades para contabilizar los recursos dedicados a la salud mental

3. Los riesgos de no lograr la **integración** de la atención a la salud mental en la atención a la salud general, o de que esta se realice sin contemplar la necesaria **especificidad**

- El Director general hizo varios comentarios que ponían de manifiesto su idea de que la atención a la salud mental había funcionado siempre “a su aire”, dijo asumir la necesidad de contemplar los requerimientos específicos que conlleva y su voluntad de retomar las iniciativas ahora abandonadas para lograr la integración (cuyos antecedentes dijo no conocer en detalle)
- Escuchó nuestras preocupaciones sobre las dificultades específicas incluidas las que conciernen a la dependencia de otra consejería de los recursos de re-

habilitación y a la existencia de hecho de dos planes (de lo que, en su calidad de recién nombrado, tenía un conocimiento somero)

4. La necesidad de tener en cuenta

- que el Plan de salud Mental anterior era sólo medio Plan (siendo el otro medio el de Servicios Sociales) y remediar eso para el próximo.

- Escuchó nuestra sugerencia y nos preguntó el modo en el que querríamos participar en la elaboración del Plan. Se comprometió a articular un mecanismo de participación a través de Internet

- Que el plan debe seguir las directrices de los documentos europeos y la Estrategia del SNS

Y así finalizó la entrevista y ya mismito en el ascensor nos empezó a hervir el pesimismo.

Iván de la Mata Ruiz



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono Email:

Centro de trabajo:
Dirección Centro:
Población: Provincia

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, 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 Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS:

BANCO/CAJA DE AHORROS:

Nº CUENTA:
(20 dígitos):

Entidad	Sucursal	D. C.	Nº cuenta

Firma solicitante: