

INFORME SOBRE EVOLUCIÓN DE RECURSOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2000-2015



INFORME SOBRE EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2000-2014

Autores: Junta Asociación Madrileña de Salud Mental.

La AMSM recoge periódicamente los datos estructurales (centros y recursos humanos) del conjunto de dispositivos de la red de Salud Mental dependientes tanto de la Consejería de Sanidad como de la Consejería de Servicios Sociales. Sin embargo el último informe en que publicamos con un recuento de datos se remonta al año 2007 (Boletín de la AMSM de Otoño de 2008), coincidiendo con la finalización del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Consejería de Sanidad y del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente (PASPEMGD) 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Desde la finalización de estos dos planes la inversión en recursos de salud mental, coincidiendo con la crisis, ha sido testimonial y lo que ha estado en juego durante estos últimos años ha sido el propio modelo organizativo con la desaparición de las áreas sanitarias, la integración de los recursos ambulatorios en las gerencias hospitalarias, la introducción de mecanismos de mercado, la privatización de centros y la nueva forma de financiar los recursos de la Red de Servicios Sociales. Todo ello amparado por un Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 fallido. En octubre de 2014 emitimos un [informe sobre la situación de la organización de la red](#) en el contexto de los cambios sanitarios de la Comunidad de Madrid, y otro sobre el creciente peso de la [gestión privada](#), que se puede consultar en la pagina web de la AMSM.

Por este motivo nos ha parecido oportuno presentar ahora un nuevo **informe de la evolución de los recursos estructurales** desde el año 2000 hasta el año 2014, periodo que comprende los dos planes de salud mental que han estado vigentes. No hemos incluido los recursos de la Red de Atención a las Drogodependencias.

Metodología

Hemos utilizado para ello dos tipos de fuentes:

1-Datos Oficiales de la Comunidad de Madrid.

- Datos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Los datos del Red Pública de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (en adelante RPASPEMGD) son públicos, los responsables los actualizan periódicamente y los facilitan cuando se les solicita. En este caso sólo se han utilizado estos datos.
- Datos de la Red de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Hemos solicitado en diferentes ocasiones datos a los responsables de la Oficina Regional de Salud Mental o a los sucesivos Directores Generales y no se nos han proporcionado. Los últimos datos oficiales son de 2008 y aparecen publicados en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Además estos datos presentaban importantes omisiones (como el número de profesionales de los servicios hospitalarios, de las unidades de media y larga estancia o recursos concertados) y otros datos aparecen agregados de tal manera que no reflejan la realidad de los servicios (por ejemplo no se diferencian profesionales de los equipos de infantil de adultos o aparecen de forma conjunta los profesionales de hospitales de día y centros de salud Mental).

2- Datos de elaboración de propia, a través de un cuestionario que es rellenado por los responsables distintos dispositivos o profesionales que trabajan en los mismos. Este cuestionario lo hemos ido aplicando desde el año 2005 y en el aparecen los datos desagregados por tramos de edad de la población atendida y por los distintos dispositivos. Son datos de los profesionales reales que están trabajando en el centro, independientemente de su tipo situación contractual.

1-Centros de Salud Mental.

Tabla 1. Centros de Salud Mental.

Centros de Salud Mental adultos e infantil						
	Año 2000. Datos Oficina Salud Mental ¹	Año 2005. Datos Observatorio AMSM ²	Año 2007 Datos Observatorio AMSM ³	Año 2009. Datos Oficina Salud Mental ⁴	Año 2012. Datos Observatorio AMSM ⁵	Año 2012. Datos Oficina Salud Mental . Solo centros gestión pública ⁶
Psiquiatras CSM	223	221.4	299	300	292	263.6
Psicólogos clínicos CSM	139	150	174	169	169	146.4
DUE	98	106	107	110	109	NC
T:S	59	67.5	78	77	70	NC
Consultas nuevas	38.639 ⁷			58.340 ⁸		93.729
Pacientes en continuidad de cuidados				5793 ⁸		

¹ Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Se han descontado los profesionales de los Hospitales de Día. ² Publicado en: Observatorio de Salud Mental de Madrid. Boletín de la AMSM. Número Extraordinario Primavera 2006. ³ Publicado en: Boletín AMSM. Otoño 2008. ⁴ Datos facilitados por la Oficina Regional de Salud Mental. Sin Publicar. ⁵ Datos Recogidos por el Observatorio de Salud Mental de la AMSM. Sin publicar. ⁶ Datos elaborados por la Oficina Regional de Salud Mental. Sin publicar. No incluyen los profesionales de los SSM de gestión privada en 2012: Arganzuela, Moncloa, Valdemoro, Aranjuez y Torrejón. ⁷ No se incluyen los distritos de Tetuan, Chamberí y Usera. ⁸ Datos de 2007. Memoria de actividad de 2007. Publicado en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

Tabla 2. Datos de actividad 2012. Oficina Regional de Salud Mental.

Hospital	CSM	RRHH Psiq +Psicol CSM	Psiquiatras CSM	Psicologos CSM	Nuevas	Sucesivas	TOTAL ACTIVIDAD N+S	Actividad NUEVAS/RRHH	Actividad total/RRHH	Poblacion (TSI 2012)
LA PAZ	FUENCARRAL	3,4	10,4	5,6	2835	23797	26632	177,18	1664,5	205580
	TETUAN	15	9	6	2137	17945	20082	142,46	13038	174449
	COLMENAR V.	8	5	3	1120	12288	13408	140	1676	119953
CLINICO	CENTRO	6,8	4,8	2	1369	10714	12083	201,32	1776,91	130244
	CHAMBERI	7,4	4,4	3	2181	13357	15538	294,72	2099,72	139610
	LATINA	13,8	9	4,8	2495	21031	23526	180,79	1704,78	244406
RAMON Y CAJAL	BARAJAS	6	3	3	795	7853	8648	132,5	1441,33	47786
	CIUDAD LINEAL	17	10	7	2639	15200	17839	155,23	1049,35	198254
	HORTALEZA	10	6	4	2146	9958	12104	214,6	1210,4	196179
G. MARAÑÓN	SAN BLAS	13	8	5	2110	9921	12031	162,3	925,46	162384
	MORATALAZ	13	7	6	2128	11641	13769	163,6	1059,15	170964
	RETIRO	11	7	4	2461	9428	11889	223,7	1080,81	91715
DOCE OCTUBRE	USERA	15	9	6	3289	24677	27966	219,2	1864,4	166585
	CARABANHEL	20	12	8	3853	26923	30776	192,6	1538,8	215884
	VILLAVERDE	14	9	5	3094	20456	23550	221	1682,14	158127
GETAFE	GETAFE	15	10	5	2572	13740	16312	171,4	1087,4	165391
PRINCEP ASTURIA	ALCALA	22	17	5	3685	32661	36346	167,5	1651,9	237099
MOSTOLES	MOSTOLES	19	12	7	6310	22387	28697	332,1	1510,36	250749
	NAVALCARNERO	6	4	2	1138	6467	7605	189,6	1267,5	71574
	Cons.UTCA				189	2574	2763			
PUERTA DE HIERRO	MAJADAHONDA	15	8	7	3240	22537	25777	216	1718,4	320565
	VILLALBA	11	8	3	2147	17292	19439	195,1	1767,18	223264
	Cons. Hospital				945	1876	2821			
LA PRINCESA	CHAMARTIN*	9	6	3	1354	6199	7553	225,6	1258,83	130633
	SALAMANCA*	5	4	1	1620	8305	9925	405	2481,25	135144
	Cons. Hospital*				591	4073	4664			
JOSE GERMAIN	LEGANES IP JG	17	12	6	3200	21898	25098	188,2	1476,35	170601
SEVERO OCHOA	Cons. Hospital				302	1323	1625			
FUENLABRADA	FUENLABRADA	17	11	6	3504	19859	23363	206,1	1374,29	224563
ALCORCON	ALCORCON	13	8	5	3798	13666	17464	292,1	1343,38	167942
	Cons. Hospital				510	1257	1767			
INF. CRISTINA	PARLA	11	8	3	3124	10881	14005	284	1273,18	199737
SURESTE	ARGANDA/RIVAS	9	6	3	1999	6765	8764	222,1	973,77	171129
	Cons. Hospital				163	502	665			
INF. LEONOR	VALLECAS	14	9	5	6922	18338	25260	494,4	1804,28	150942
	PUENTE	17	11	6	6131	21910	28041	360,6	1649,47	182065
	Cons. Hospital						0			
INF. SOFIA	ALCOBENDAS	12	9	3	2441	23375	25816	203,4	2151,33	243338
	Cons. Hospital				420	1953	2373			
HENARES	COGLADA	11	7	4	2772	11953	14725	252	1338,63	160695

Los datos que disponemos son a fecha de Diciembre de 2012. Desde entonces no ha habido apenas cambios en el número de profesionales por lo que la serie se puede trasladar al momento actual. De los cerca de 300 psiquiatras alrededor de 45 se dedican a la atención infanto-juvenil y de los cerca de 170 psicólogos alrededor de 50. Comentarios:

- El número de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid es oficialmente de 36. Actualmente 7 de ellos son de gestión privada: Torrejón (gestionado por Sanitas), Arganzuela, Moncloa, Navacarnero, Valdemoro, Aranjuez y Collado-Villalba (gestionados por IDC-Salud). Los CSM privatizados pertenecientes a la IDC-Salud han disminuido sus plantillas, pasándose parte de la actividad a consultas externas hospitalarias y quedando los CSM con una actividad que nada tiene que ver con la que se realizaba cuando eran públicos.
- Durante el Plan de Salud Mental 2003-2008, que contó con financiación extraordinaria se incrementaron las plantillas de psiquiatras y psicólogos clínicos en los CSM. Desde el año 2007 prácticamente se han mantenido igual.

- La demanda de atención psicológica en los CSM ha ido incrementándose en los últimos años sin que se hayan contratados más psicólogos clínicos, por lo que las listas de espera se han disparado en este caso en muchos CSM.
- El número de enfermeras y trabajadores sociales se mantiene practicante igual desde hace más de 15 años. Esto explica en parte el escaso desarrollo de los Programas de continuidad de Cuidados Comunitarios de los CSM para personas con problemas graves de salud mental, incluida la atención domiciliaria. En el año 2009 había alrededor de 5.800 personas incluidas en este programa. No hay datos públicos desde entonces. Esta carencia de trabajadores sociales y enfermería cualificada en los CSM es uno de los mayores lastres de la atención comunitaria.
- Falta de equidad entre los Centros de Salud Mental. En el Boletín de la AMSM de Otoño de 2008 publicábamos los datos detallados de los profesionales por cada uno de los Centros de Salud Mental, con tasas por población. En el análisis que efectuamos se podían ver importantes diferencias entre unos servicios y otros. Dado que las plantillas son similares a las actuales, este problema, lejos de arreglarse, se ha agravado. El Plan de Salud Mental 2010-2014 renunció a la planificación territorializada, por lo que los problemas de equidad se pasarían a solucionar a través de la libre elección o mecanismos de mercado interno, cosa que no ha sucedido.
- Los datos de actividad de los CSM nunca han sido fiables, dada la falta de rigor en su recogida. Por eso su interpretación siempre ha de hacerse de forma muy cautelosa. No obstante en las series recogidas se puede ver un incremento del número de nuevas consultas de casi un 30% entre los años 2007 y 2012, que sería aun mayor si se incluyesen los CSM privatizados. Este dato no es equiparable a un incremento real de incidencia, pero si da una idea de que la demanda ha crecido y sobre todo del incremento del tiempo de las agendas de los facultativos a la evaluación frente al tratamiento de los pacientes o las coordinaciones con otros niveles asistenciales o recursos sociosanitarios, ya que los indicadores que manejan las gerencias hospitalarias se limitan a controlar la listas de esperas y no la calidad de atención.
- Esta infradotación de personal de los Centros de Salud Mental explica en parte su colapso actual y la falta de capacidad de innovación para adecuarse a la demanda. Evidentemente no es solo una falta de recursos. Se explica también por la ausencia de una estrategia de política de salud mental a nivel central y por la regresión que el modelo comunitario ha tenido con la integración en las Gerencias Hospitalarias (ver el informe de la AMSM de Septiembre de 2014).
- Los equipos de infanto-juvenil nunca son recogidos por separado en las estadísticas oficiales ni se analiza de forma diferenciada los indicadores de actividad, pero [los datos de lista de espera](#), sobre todo para las consultas de psicología clínica nos muestra problemas similares o incluso de mayor magnitud que en adultos.

Muestra de lista de espera infanta-juvenil en 10 CSM: Fuente: elaboración propia

Centro de salud mental	Corte 15 junio 2015				Corte 2 noviembre 2015			
	Cita psiquiatría	Días espera	Cita psicología	Días espera	Cita psiquiatría	Días espera	Cita psicología	Días espera
Fuencarral-Castroviejo	15/09/2015	92	28/09/2015	105	04/12/2015	32	02/01/2016	61
Getafe	01/10/2015	108	22/10/2015	129	16/12/2015	44	30/01/2016	89
Salamanca	12/01/2016	211	12/04/2016	291	08/02/2016	98	01/07/2016	242
Tetuán	29/10/2015	136	21/10/2015	128	14/01/2016	73	14/12/2015	42
Fuenlabrada	15/09/2015	92	15/09/2015	92	17/12/2015	45	10/12/2015	38
Leganés	09/09/2015	86	10/09/2015	87	12/11/2015	10	25/11/2015	23
Alcalá- especialidades	08/09/2015	85	03/11/2015	141	10/12/2015	38	05/01/2016	64
Alcalá- puerta de Madrid	3/08/2015	49	21/09/2015	98	09/11/2015	7	23/11/2015	21
Colmenar viejo	29/09/2015	106	16/10/2015	123	12/01/2016	71	18/12/2015	46
Alcobendas	No reg.	-	No reg.	-	11/12/2015	39	01/04/2016	151
Puente de Vallecas	26/10/2015	133	06/04/2016	296	07/11/2016	371	14/09/2016	317
Villa de Vallecas	31/08/2015	77	11/01/2016	210	11/11/2016	375	29/03/2016	148

2- Servicios hospitalarios.

Tabla 3. Recursos Hospitalarios.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	13	23	25
CAMAS FUNCIONANTES	461	533	577
CAMAS GESTIÓN PRIVADA	32 (7%)	60 (11%)	99(17%)
CAMAS H. PSIQUIATRICO	180 (39%)	106 (20%)	86 (14%)
PSIQUIATRAS HOSPITAL¹	121	133	159
PSICOLOGOS CLINICOS HOSPITAL¹	15	25	28

¹ Fuente: elaboración propia. Comprende todos los psiquiatras y psicólogos clínicos que trabajan en el Hospital: UHB, interconsulta o consultas externas.

CAMAS DE DEPENDENCIA A ALCOHOL			
	2000	2008	2014
Deshabitación Alcohólica (UDA)			
Numero	1	1	1
camas	19	19	19
Desintoxicación de Alcohol		15	15
Unidades		2	2
Camas		15	15

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.			
	2000	2008	2014
NUMERO	2	2	2
CAMAS	34	39	39

El crecimiento de camas hospitalarias se realizo sobre todo a lo largo del año 2008 con la apertura de las Unidades de Hospitalización Breve de los nuevos hospitales, añadiéndose posteriormente las de los hospitales de gestión privada, Rey Juan Carlos de Móstoles (2012) y Collado-Villalba (2014) y el concierto con Nuestra Señora de La Paz para el Hospital de Torrejón (2012).

Comentarios:

-Esta ha sido la última gran inversión en recursos de Salud Mental. Ha sido una inversión mal planificada. Abrir una Unidad de Hospitalización supone una gran inversión, incluidos los recursos humanos. No se hizo un análisis de necesidades de camas con criterios geográficos, de tal manera que se abrieron unidades pequeñas y costosas en algunos hospitales cuando se podían haber ampliado camas en otros (por ejemplo Getafe-Parla); se concentraron camas en algunas zonas (por ejemplo en la antigua Área 8 hay alrededor de de 65 camas en tres hospitales) y en algunas zonas los ingresos se realizan ahora en hospitales mucho más lejanos por criterios de empresa (Torrejón o Valdemoro).

-Esto ha supuesto que en términos globales desde el 2007 se ha traspasado la inversión en recursos comunitarios a recursos hospitalarios. Si los CSM no pueden atender adecuadamente las crisis de los pacientes, el resultado es que pese al incremento de camas los índices de ocupación se acercan al 100%.

-Actualmente hay alrededor de 160 psiquiatras trabajando en los servicios hospitalarios de adultos, tanto en la unidades de ingreso, como en los servicios de interconsulta y consultas externas. Existe una gran variabilidad en la distribución de los profesionales por hospitales sin que se corresponda claramente con el tamaño del hospital, número de camas psiquiátricas o con la población atendida ([ver boletín de la AMSM 2008](#)). Esto va en paralelo con la oferta de consultas externas específicas en los hospitales que cuentan con plantillas más extensas y cuya creación se ha realizado sin un adecuado estudio de necesidades y sin demostrar mejores resultados que las intervenciones en los CSM.

-Es llamativa la falta de Psicólogos Clínicos en los hospitales. Solo hay alrededor de 28 psicólogos clínicos en los servicios hospitalarios y en un total de 7 hospitales no cuentan con ninguno.

3- Hospitales de Día.

HOSPITALES DE DIA ADULTOS (Datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	7	13	14
PLAZAS	197	325	340
Psiquiatras		25	26
Psicólogos Clínicos		15	16

HOSPITALES DE DIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (Datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	2	6	7
PLAZAS	50	175	200

Los Hospitales de Día tuvieron su mayor desarrollo durante el Plan de Salud Mental de 2003-2008. Todavía existen algunas zonas de Madrid que no disponen de este recurso (como por ejemplo en La Paz, aunque parece que está previsto su apertura).

Existe una gran variabilidad en los modelos de intervención. Existen Hospitales de día con esquemas de funcionamiento tipo Comunidad Terapéutica con estancias prolongadas de los pacientes y mayor heterogeneidad de patologías y otros que sirven como apoyo a las Unidades de Agudos con estancias breves orientadas a la estabilización y transición a los Centros de Salud Mental. El que se siga un modelo u otro depende en muchas ocasiones de si el centro está ubicado en el hospital o en un edificio externo o del tipo de gestión. No hay una definición clara de la cartera de servicio de este recurso, ni una tipología de las prestaciones que se deben dar.

4- Dispositivos para Tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria

Unidades de tratamiento para TCA			
	2000	2008	2014
Hospital de día TCA Santa Cristina (>18a)		40 plazas	40 plazas
Unidad de Conducta Alimentaria (UCA) (>16a)		2 UCA en HGM y Hospital de Mostoles	2 UCA
Unidad de TCA Hospital Clínico San Carlos (>18 a)		NC	NC
Unidad de TCA Hospital La Paz (adolescentes y adultos)		NC	NC
Unidad de TCA Niño Jesus (< 18 a)	Incluye hospital de día, consultas ambulatorias e ingresos.		

El impacto social y mediático de los problemas de conducta alimentaria hizo que en Febrero de 2007 se firmara [“El Pacto Social contra la anorexia y la bulimia”](#) y se destinaran importantes recursos para atender estos problemas en la etapa final del Plan de Salud Mental 2003-2008. Así se crearon dos unidades de atención ambulatoria en el Gregorio Marañón y en el Hospital de Mostoles para mayores de 16 años y un hospital de día en el Hospital Santa Cristina para mayores de 18 años y se reforzaron los programas del Hospital Niño Jesus y de La Paz. Este crecimiento de recursos sin embargo se hizo sin un plan estratégico conjunto dejando algunos problemas:

- La distribución de recursos no es equitativa territorialmente.
- Existen problemas de coordinación con entre los recursos específicos y los hospitales de referencia a la hora de ingresar a un paciente. Las unidades específicas ambulatorias tienen criterios de aceptación de IMC que excluyen a los pacientes más graves, que deben ingresar en sus hospitales de referencia para adecuarse al peso sin que esto muchas veces se consiga.
- Hay problemas de continuidad asistencial entre los recursos de infantil y de adultos y entre los recursos específicos y los centros de salud mental.

5- Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, Cuidados Prolongados y Unidades Especiales.

CAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (MEDIA ESTANCIA)			
	Año 2000	Año 2008	2014
IPJG de Leganes	40	60	60
Benito Menni Ciempozuelos	30	30	30
San Juan de Dios Ciempozuleos	30	35	35
Benito Menni San Miguel		48	60
UME adolescentes (CASTA Guadarrama)			20
TOTAL	100	173	205

UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIATRICOS PROLONGADOS (LARGA ESTANCIA)			
	Año 2000	Año 2008	Año 2014
IPJG de Leganes	92	92	92
H. Rodriguez Lafora	138	200	200
CA Benito Menni	220	220	241
H San Juan de Dios	244	271	280
CASTA Arevalo		39	79
TOTAL	694	822	892

UNIDADES HOSPITALARIAS PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD			
	2000	2008	2014
CLÍNICA SAN MIGUEL HHSC (CONCERTADA)		17 plazas	17 plazas
Indice Ocupación %		63,9	71,19
Estancia media (días)		70	116,68
H. RODRIG. LAFORA		16 plazas	16 plazas
Indice Ocupación %		55	NC
Estancia media (días)		136	NC

Personas en Lista de espera para media, larga estancia, y alternativas residenciales (Octubre de 2015) Fuente: elaboración propia con datos oficiales.

MEDIA ESTANCIA	IPJG de Leganés	CABM y CSJD Ciempozuelos		Total
	33	171		204
LARGA ESTANCIA	IPJG de Leganés	CABM y CSJD Ciempozuelos y CASTA Arevalo	Hospital Rodriguez Lafora	Total
	44	158 (49 mujeres y 109 hombres)	19	221
Minirresidencias (PASPEMGD)¹	300 personas en lista de espera en Octubre de 2015			

¹ Minirresidencias: dependen del Programa para personas con enfermedad mental de la consejería de Políticas Sociales y Familia. No disponemos de datos de la lista de espera de Pisos Supervisados.

- El número de camas para hospitalizaciones prolongadas en centros psiquiátricos (media y larga estancia) se han incrementado pasando de alrededor de 800 camas en el año 2000 a unas 1100 en el año 2014. A estos datos hay que añadir que hay más de 50 personas tuteladas por la Agencia Madrileña del Adulto (AMTA) en instituciones psiquiátricas fuera de la Comunidad de Madrid.
- Desde el 2008 se ha primado el crecimiento de plazas de larga estancia (UCPP), que son plazas con un carácter residencial, frente a plazas de media estancia (que en teoría tienen un carácter rehabilitador). El crecimiento de camas de larga estancia se ha hecho sobre todo mediante el concierto con un Centro Psiquiátrico privado en Avila, alejando aún más a los pacientes de su entorno y familias.
- En 2015 se abrió una **Unidad de Media Estancia concertada para adolescentes** en Guadarrama con 20 camas. Es un dispositivo ubicado en un Centro Psiquiátrico, alejado del entorno del adolescente y de difícil accesibilidad para muchas familias.
- Además en Centros Psiquiátricos hay alrededor de 500 camas para personas mayores con trastorno mentales, y otras 500 para personas con discapacidad intelectual, que dependen de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.
- En Octubre de 2015 había alrededor de 425 personas en lista de espera para unidades de media y larga estancia. A esto hay que sumar unas 300 personas en lista de espera para Minirresidencias. Estas cifras hay que valorarlas con cautela: en ocasiones no todas las personas en lista de espera acaban ingresando; algunas personas están ya en algún recurso esperando otro y otras pueden estar en dos listas a la vez.

Comentarios

Entre los objetivos de la Reforma psiquiátrica estaba el desarrollo de recursos y cuidados comunitarios que lograran la desinstitucionalización de las personas que vivían en instituciones psiquiátricas. Sin embargo en la última década se ha producido un incremento de las camas en Centros Psiquiátricos de larga estancia y existe un considerable número de personas en lista de espera. La respuesta a esta aparente necesidad no pasa por seguir

incrementando el número de camas, sino por hacer un análisis en profundidad de las causas de esta situación.

Este dato por sí solo se tiene que tomar como el mayor indicador del fracaso de los Servicios de Salud Mental Comunitarios en el apoyo social a las personas con los problemas de salud mental más graves para que mantengan un nivel de autonomía y condiciones de vida dignas, un fracaso en prevenir la exclusión. Es un indicador del abandono presupuestario de la Salud Mental Comunitaria .

Evidencia la necesidad de establecer una política de Salud Mental coordinada entre las Consejerías de Sanidad y la Consejería de Política Social y Familia para atender las necesidades residenciales y de cuidados de las personas con mayor vulnerabilidad (ver más adelante). Esto implica una mayor inversión en alternativas residenciales a los Centros Psiquiátricos, en cuidados domiciliarios y comunitarios, en intervenciones en crisis y prestaciones económicas.

6- Recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera.

RECURSOS DE REHABILITACIÓN, RESIDENCIALES Y APOYO COMUNITARIO (S.SOCIALES + SERMAS) ¹				
		AÑO 2002	AÑO 2008	AÑO 2014
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Numero	10 (2)	24 (2)	26 (2)
	Plazas	885 (180)	1800 (180)	1958(180)
Centros de Día	Numero	9 (9)	35 (9)	40 (9)
	Plazas	172	1012 (172)	1200 (172)
Centros de Rehabilitación laboral (CRL)	Numero	5 (2)	18 (2)	21
	Plazas	220 (80)	890 (80)	1090
Equipos de Apoyo Social Comunitarios (EASC)	Numero		38	38
	Plazas		1140	1140
Minirresidencias	Numero	8 (1)	17 (1)	21 (0)
	Plazas	141	424	583
Pisos supervisados	Numero	21 (15)	68 (15)	72 (15)
	Plazas	67 (44)	256 (44)	267 (44)
Pensiones Supervisadas	Plazas	11	22	37

¹ Entre paréntesis aparecen los centros y plazas gestionados por el SERMAS del total.

Personas en LISTAS DE ESPERA a Octubre de 2015	
Minirresidencias	300 personas
CRPS	180 personas
Centros de Dia	110 personas
CRL	300 personas

La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial en Madrid y recursos de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de Apoyo Social y Comunitario, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias y Equipos de Apoyo Social y comunitario) dependen de un programa específico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Esta Red contó con un Plan Estratégico 2003-2008 que supuso un importante crecimiento de recursos. Al terminar el Plan el crecimiento se ralentizó. A día de hoy el número de plazas, sobre todo de cuidados residenciales sigue siendo insuficiente, en un momento en que el envejecimiento de muchos de los cuidadores exige una mayor inversión. Además, uno de los principales problemas, es que no se planificaran acciones conjuntas con la Consejería de Sanidad respecto a las necesidades asistenciales de los pacientes. **No ha existido nunca un Plan Estratégico de Salud Mental común para las dos redes.** Dos cuestiones merecen ser destacadas en cuanto al planificación de recursos:

- **Las necesidades de recursos residenciales con distinto grado de supervisión .** No se han planificado conjuntamente de tal manera que no hay un estudio serio de cuales son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales.
- **Programas de continuidad de cuidados comunitarios para pacientes graves.** La inacción de la Consejería de Sanidad en el desarrollo de determinados programas o prestaciones se intenta suplir en ocasiones con actuaciones del Plan de Servicios Sociales sin que sean equivalentes. Es el caso de los Equipos de Apoyo Social y Comunitarios (EASC) que parecerían sustituir los programas asertivos comunitarios (seguimientos activos en la comunidad de los pacientes más graves) que deberían desarrollarse desde los centros de salud mental.

Todos los recursos de la Red de Atención Social son gestionados por entidades privadas a través de conciertos o concesiones administrativas. En los últimos años los recortes presupuestarios (una reducción cerca de un 5% anual desde 2012) han amenazado la viabilidad de la red y obligado a introducir una serie de cambios en la forma en que se financian (ofertas económicas a la baja y un nuevo acuerdo marco para la financiación de los centros en la modalidad de concierto en 2014) que dificultan aún más el desarrollo de la Red. ([Ver informe AMSM 2014](#))

CONCLUSIONES

1. En estos 14 años analizados la disponibilidad de datos oficiales de los recursos y actividad de los Servicios de Salud Mental ha empeorado ostensiblemente. Desde el año 2008 no existen memorias de la Oficina Regional de Salud Mental y no se han hecho evaluaciones de los dos planes de salud mental que han existido. Por el contrario los datos de la Red Pública de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, dependiente de la Consejería de Políticas Sociales son accesibles y se publican anualmente. Esto es un indicador de la pérdida de función de planificación y evaluación de la Oficina Regional de Salud Mental y del fracaso de la forma en que se hizo la adscripción de los recursos de salud mental a las gerencias hospitalarias.
2. La inversión en Salud Mental ha sido prácticamente nula desde el año 2008. Desde que los CSM se adscribieron a las gerencias hospitalarias no es posible conocer el presupuesto destinado a Salud Mental.
3. Los Centros de Salud Mental, donde se atiende el grueso de la demanda y que constituyen el eje de la asistencia, han sido los más damnificados de esta falta de inversión, con unas plantillas prácticamente similares a las de hace diez años, pese a un incremento constante de la demanda. Esto explica en parte su sobrecarga actual y el efecto dominó sobre los servicios hospitalarios.
4. Especialmente llamativa es la falta de profesionales de los programas de continuidad cuidados (enfermería y trabajo Social) de los CSM y psicólogos clínicos. Esto explica la falta de un adecuado seguimiento y apoyo comunitario de los pacientes más graves y baja calidad de la atención psicológica de los CSM.
5. En términos netos la última gran inversión en Salud Mental se hizo en 2008 con la apertura de las unidades de hospitalización de los nuevos hospitales. El número de camas psiquiátricas necesarias es inversamente proporcional a la cantidad y calidad de los servicios extrahospitalarios. Es cuestionable que fueran necesarias tantas unidades de hospitalización y el impacto que ha tenido en la financiación de los recursos ambulatorios. El peso de la atención hospitalaria ha crecido con un incremento de consultas externas monográficas que no son evaluadas.
6. Hay una tendencia a concertar cada vez más camas de larga estancia. Este dato es preocupante y es un buen indicador de la falta de recursos de la red ambulatoria para proporcionar suficientes apoyos y cuidados comunitarios. No hay un estudio serio de cuáles son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales. Simplemente se aplica la opción más económica.