

# La atención a la salud mental en Madrid, hoy

La Junta de Gobierno de la Asociación Madrileña de Salud Mental adquirió el compromiso, en el debate celebrado en mayo en el Ministerio de Sanidad, de recoger las opiniones allí vertidas y pronunciarse respecto a la situación actual de la atención en salud mental.

No podemos obviar que en estos momentos se está elaborando el Plan de Salud Mental y, tal y como se puso de manifiesto en el debate, éste debe recoger las opiniones de los profesionales a la hora de elaborar las líneas estratégicas del mismo.

Por último, queremos ir mas allá de las palabras, ya que éstas están siendo asumidas como un discurso generalizado y aparentemente compartido, aun cuando las prácticas y el análisis de la realidad lo contradigan.

## 1. *Del modelo*

Es imprescindible comenzar hablando del modelo. Cuando a él nos referimos parece que todos hablamos de lo mismo y que todos entendemos lo mismo por cada uno de los elementos esenciales. Y nosotros creemos que no es así.

Por eso pensamos que es indispensable hoy, aquí en Madrid, hablar también del modelo; aunque para algunos pueda ser reiterativo. Hablar de él porque aunque aparentemente asumido por todos (quizás gracias a la fuerza del mismo) en la práctica lo que se entiende como elementos esenciales se interpretan de diferente modo. Hay que

hablar de él porque estamos asistiendo a un cambio en el modelo sanitario general y sin lugar a dudas esto supondrá consecuencias sobre nosotros. Y sobre todo porque aunque nominalmente se hagan declaraciones de que ese es el modelo que tenemos, la falta de creación de recursos esenciales va minando poco a poco lo que en el sistema funciona según el modelo.

No queremos aferrarnos a un modelo ya fijado definitivamente. Sabemos que éste tiene que tener en cuenta su contexto presente y futuro. Pero sí ha de tener como objetivo fundamental la mejora de la atención a la salud mental. Y es dentro de este contexto en el que queremos resaltar algunas de sus características que nos parecen esenciales y que desde una reflexión técnica, y también, por qué no, desde una reflexión ideológica, creemos que deben garantizarse en el modelo de nuestro sistema de atención a la salud mental.

El sistema de atención a la salud mental debe ser *público*. Público en el sentido de que exista una *garantía de financiación* desde lo público; que defina unas *prestaciones* en base a unas necesidades consensuadas socialmente y a las que se pueda acceder equitativamente; que *planifique* los servicios que va a prestar y que arbitre los sistemas que crea convenientes para la *evaluación* de la prestación de los mismos.

No nos parece esencial que el que provea los servicios sea público o privado, si se hace sobre la base de la definición, priorización, financiación y supervisión pública que garantice la calidad de la atención y la

equidad en su acceso; sin lo anterior quedaría al albur de las preferencias de los profesionales o las habilidades de los usuarios el recibir o no atención y qué tipo de atención.

Por eso proponemos que exista un claro *compromiso de las administraciones en la financiación, planificación, definición y priorización de las prestaciones y en la evaluación responsable (no interesada) de las mismas. El Plan de Salud Mental debe asumir y reflejar este compromiso teniendo además claramente definido un cronograma de desarrollo, un compromiso explícito de financiación, y unos mecanismos de evaluación.*

El modelo debe ser *comunitario*. Hoy, no sólo por motivos ideológicos, sabemos que el modelo de atención basado en la comunidad garantiza una mejor y más extensa atención —con un mayor grado de satisfacción de los usuarios— a la mayor parte de los problemas de salud mental de la población, que lo hacía el modelo institucional anterior. También sabemos dónde se han producido los puntos débiles del sistema en los distintos países, y estamos en condiciones de poder subsanarlos. Comunitario es que la resolución de los problemas de salud mental se realice en la comunidad en la que el individuo vive *sin desinsertarlo* de la misma; es que *el eje fundamental de la atención esté en la comunidad*; es un *compromiso asistencial con una población*; es un *modo de trabajar con los recursos sanitarios y socio-comunitarios* en la resolución de los problemas de salud mental.

Por definición no es más comunitario un CSM que un Hospital, ambos son comunidad; son los estilos de atención, los modos de hacer y de acercarse a los problemas, lo que define lo comunitario. Estar en un despacho esperando que lleguen los problemas e intervenir sin contar con elementos signi-

ficativos del entorno del paciente no es trabajar comunitariamente, aunque se trabaje en un CSM. Evaluar nuestra labor únicamente en base a indicadores de la actividad que algunos profesionales realizan en los despachos tampoco lo es. (Evidentemente los nuevos, sucesivos y lista de espera no son los mejores indicadores de lo comunitario).

Por eso proponemos que las administraciones responsables de nuestro sistema de atención *garanticen que el eje fundamental de la atención esté en la comunidad y que los modos de trabajo sean comunitarios*, para lo cual deben impulsar un plan de formación orientado a estos fines, y evaluar nuestro trabajo con *nuevos indicadores* que lo tengan en cuenta.

El modelo debe ser *universal y equitativo*. Debe garantizar el acceso a los servicios a toda la población, con las mismas condiciones de equidad y teniendo en cuenta el principio de la *proporcionalidad*, esto es, la provisión de cuidados debe ser proporcional al grado de necesidad. Universal no es *todo para todos*; es lo que la sociedad decida que es universal para todos. Nuestra responsabilidad es colaborar en la definición y la detección de las necesidades y de las prestaciones que deben proporcionarse.

Lo hemos dicho muchas veces, pero creemos que lo tenemos que repetir: hoy en Madrid un ciudadano no tiene acceso en igualdad de condiciones a los mismos servicios según su lugar de residencia. Esto no es equitativo. La distribución de los recursos humanos es claramente desigual, no teniendo en cuenta ni la cantidad ni tipo de población y mucho menos las necesidades; favoreciendo a unos dispositivos respecto a otros, más por motivos de poder que por racionalidad asistencial. La falta de priorización de las prestaciones da lugar a grandes

## DEBATES E INFORMES

inequidades en la que los individuos más necesitados reciben menos atenciones.

Por eso proponemos que las administraciones realicen una distribución de los recursos en base a las necesidades, y hagan una priorización de la asistencia, definiendo servicios y acciones prioritarias, y adecuando la estructura y funcionamiento de los dispositivos para lograr estos objetivos. Claro está, esto implica un compromiso presupuestario con los mismos.

El modelo debe prestar una atención integral a los problemas, teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de los mismos, y a su vez la diversidad de problemas que pueden presentarse en la población. Para garantizar la atención integral debe existir una red de dispositivos con funciones diversas y complementarias, con equipos multidisciplinarios, que se coordinen a su vez con los recursos sanitarios y socio-comunitarios, y que aseguren una continuidad de cuidados. Es necesario entender que dar una atención integral supone un compromiso en el espacio sociosanitario.

Atención integral no es que cuando una persona tiene una patología que requiere la intervención de varios profesionales éstos trabajen sin ponerse de acuerdo en los objetivos a conseguir; o bien que cuando está en la Unidad de Hospitalización Breve, o en el Centro de Salud Mental, o en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, se sigan con él estrategias terapéuticas que en ningún caso se consensúan y que pueden ser incluso contradictorias. No nos preguntamos cómo se puede garantizar la continuidad de cuidados si no existe posibilidad de ingresos programados, acuerdos en las altas, derivaciones de un dispositivo a otro acordadas y con suficiente información...

Por eso proponemos a las administraciones que mantengan y potencien la multidis-

ciplinariedad de los equipos y planteen sistemas organizativos y de coordinación que tengan como elemento esencial garantizar la continuidad de cuidados. Que exista un compromiso de lo social y lo sanitario para garantizar la integralidad de la atención a los enfermos mentales graves y crónicos.

Nuestro modelo se diseñó como integrado dentro del sistema sanitario general definido por la Ley General de Sanidad en un nivel de atención especializada, y debe seguir estándolo en todos los sentidos (financiación y prioridad, planificación, gestión y evaluación de resultados), pero respetando las especificidades de nuestro cometido: en la estructura de los servicios, en el proceso de cuidados y en el concepto de resultado.

Muchas veces tenemos la sensación de que no se entiende nuestro cometido y nuestro funcionamiento dentro de la asistencia sanitaria, sobre todo a nivel especializado, cuestionando elementos esenciales de nuestro quehacer, como por ejemplo la rehabilitación. Los indicadores de actividad que nos piden no recogen para nada nuestra especificidad. La dotación de recursos humanos y materiales por parte del nivel especializado sólo alcanza en el mejor de los casos a las Unidades para la Hospitalización Breve. Mayor sensibilidad muestra el nivel de atención primaria, probablemente porque perciben más directamente la magnitud de los problemas. En general, y pese a que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, las autoridades sanitarias no lo han considerado prioritario en sus presupuestos.

Por eso proponemos que se mantenga la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general a un nivel de atención especializada, teniendo en cuenta sus especificidades y constituyendo uno de los objetivos de salud prioritarios.

El modelo debe mantener una *responsabilidad asistencial territorializada* como estrategia (aunque por sí mismo no la asegura) para conseguir la equidad y el trabajo comunitario. La introducción de la libre elección de especialista no debe suponer la ruptura de la territorialidad. Y este compromiso asistencial con una población y con un territorio debe estar por delante de la creación de posibles unidades para patologías específicas. La Ley General de Sanidad definía el *área* como territorio básico para la organización de los servicios sanitarios y parece razonable que este sea el territorio que delimite una red de dispositivos de salud mental y sociocomunitarios amplia y suficiente.

Por eso proponemos que se *mantenga el compromiso asistencial territorializado con prioridad sobre la libre elección de especialista y sobre la posible creación de unidades «estrella» no territorializadas.*

## 2. De la organización y desarrollo

En nuestra comunidad, para poder poner en marcha este modelo nos hemos dotado de una organización que, si bien ha permitido avanzar en el desarrollo de un único sistema con una misma cultura partiendo de tres administraciones diferentes, es evidente que presenta importantes deficiencias que están en el origen de muchas de las quejas de nuestra red.

El *Comité de Enlace*, necesario y con importantes aspectos positivos, no ha logrado que el Plan Integrado de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, pese a ser un titular casi permanente, sea en realidad abordado, desarrollado ni asumido en algunas de las áreas sanitarias de Madrid.

No es posible una organización que dé

respuesta en la práctica a los planteamientos básicos del modelo si no se sale de la situación actual en la que, pese al aparente consenso de las administraciones implicadas, no se resuelve la paradoja de flagrantes contradicciones en el funcionamiento, diferentes objetivos, y modos de gestión distintos. Si bien las transferencias no son el elemento que vaya a resolver nuestros problemas por sí mismas, sí son un factor esencial para que se posibilite ese sistema único.

Por eso proponemos que *exista un compromiso real por parte de las administraciones participantes en el Comité de Enlace, en desarrollar el Plan Integrado de Salud Mental en todas las áreas de Madrid; posibilitando que se funcione como una sola organización, con una misma cultura, unos mismos objetivos y unos mismos métodos de gestión.*

Para que se pueda garantizar una atención integral y una continuidad de cuidados es imprescindible que la organización de los servicios asegure *la coordinación entre los dispositivos de la Red*. La coordinación considerada a nivel de estructura, entre los distintos dispositivos, y la coordinación a nivel clínico sobre cada caso.

El actual estado de cosas no refleja una coordinación efectiva entre los dispositivos; es más, está en el origen de gran parte de las quejas que se vierten sobre el funcionamiento de la Red. La preponderancia, cuando no prepotencia, de unos dispositivos sobre otros, normalmente los hospitalarios, supone una quiebra para la coordinación que asegure unas prestaciones correctas.

La necesaria organización jerárquica debe contemplar como objetivo prioritario asegurar la coordinación entre los diferentes dispositivos que conforman la red asistencial de cada territorio. Por eso proponemos que *la organización del funcionamiento*

## DEBATES E INFORMES

*to de la Red tenga como objetivo prioritario la coordinación real y efectiva entre los distintos dispositivos del área que permita la continuidad de cuidados.*

En la organización existe una *ausencia de liderazgo* técnico y organizativo en todos los niveles, desde los responsables de la planificación hasta los responsables de los servicios, que hace que el sistema se mantenga por la inercia y en muchas ocasiones a la deriva. El problema no es sólo la funcionalidad de la jerarquía organizativa, sino sobre todo la falta de una creencia en el modelo que se pretende desarrollar por parte de gran parte de los elementos de esa jerarquía, que hace prácticamente imposible que se compartan unos mismos objetivos y se pongan los medios para impulsar su consecución. Esto, cuando no existe una clara conflictiva entre distintos miembros de una misma red, hace completamente imposible el funcionamiento coordinado de la misma.

Por otra parte, al no existir ningún método de evaluación del desempeño de sus funciones, los «jefes» (todos) se mantienen por el devenir del tiempo, las afinidades personales, su lugar en el universo, y no realmente en base a que hayan cumplido los objetivos que les proponía la organización, ni por su esfuerzo en impulsar el desarrollo del modelo asistencial.

El liderazgo no debería estar unido al dispositivo en el que se trabaja, sino a la capacitación profesional que permite impulsar y conjuntar las tareas que realizan los profesionales de un equipo, encaminadas a conseguir una mejor asistencia a los ciudadanos.

Por eso planteamos que en este momento es *imprescindible que exista un liderazgo capaz de impulsar el desarrollo y coordinación de unos servicios comunitarios*

*que nos permita salir del impasse en que nos encontramos; y que se dote de una estructura organizativa en la que este liderazgo se plasme en puestos jerárquicos no orgánicos, revisables y evaluables según el cumplimiento de los objetivos* (coherentes con un modelo comunitario de atención).

Estamos abiertos a cualquier *modelo de gestión*, en cuanto no atente contra el modelo que defendemos. El actual modelo de gestión no responde a unos objetivos unificados entre las diferentes administraciones, además es burocratizado, corporativista y periclitado en cuanto a recursos, política de personal, incentivos, evaluación, contratación, provisión de plazas, provisión de suplencias, por lo que ha demostrado claramente su ineficacia. Entendemos que la gestión clínica, en tanto implique un papel más activo y participativo de los profesionales, puede ser un revulsivo que contribuya a su motivación. Teniendo en cuenta, eso sí, que la medida de los resultados debe considerar la especificidad de los mismos y del proceso de cuidados en salud mental; y además que, como ya se ha demostrado en otros países, la competencia entre unidades está reñida con la coordinación.

Por eso proponemos *que las modificaciones que es necesario introducir en la gestión de los servicios de salud mental tengan en cuenta su especificidad en cuanto a los procesos de cuidados y a los resultados, y no entren en conflicto con la necesidad de coordinación de los mismos.*

En tanto no estén plenamente asegurados los recursos y prestaciones necesarias de una determinada área, nos parecería absolutamente inconsecuente dotarnos de unidades «estrella» con tareas específicas que posiblemente vendrían a cubrir las expectativas singulares de algunos profesionales y no las necesidades de la población.

### 3. *De los profesionales*

Muchos son los problemas que se plantean cuando se habla de los profesionales de una misma red que tienen dependencia orgánica de diferentes administraciones, con distintas categorías profesionales para las mismas titulaciones, con diferentes salarios y condiciones laborales, incluso dentro de la misma administración. Si uno tiene en cuenta las diferencias en la *situación laboral* de profesionales que trabajan integradamente, resulta a veces admirable que sean capaces de desempeñar sus tareas de forma similar; pero esta situación de voluntarismo ya en muchos casos ha quebrado, y en todos nosotros genera desánimo. Más aún, si en tantas ocasiones estas diferencias en vez de irse limando se van profundizando; ¿cómo interpretar si no, que profesionales que trabajan codo con codo tengan sistemas de incentivación diferentes (para algunos inexistentes), en base a indicadores muchas veces del equipo más que individuales, y que chocan con los objetivos definidos consensuadamente?

En el caso concreto de los profesionales dependientes del Servicio Regional de Salud, no es de recibo que quedemos fuera del tan cacareado proyecto de carrera profesional, a día de hoy concebido exclusivamente para el sistema hospitalario y, más en concreto, cómo no, para el Hospital Gregorio Marañón.

Por eso proponemos que *de forma urgente se proceda a la homologación de profesionales con la misma categoría en cada una de las administraciones. Que se tienda hacia una progresiva homologación entre profesionales de las tres administraciones. Que se utilice un mismo sistema de incentivación para todos los profesionales de la Red.*

Otro de los problemas que es parte del día a día de los equipos, es la dificultad de la *definición de roles* entre sus miembros. No creemos que la delimitación burocrática de competencias permita resolver el problema, es más, somos conscientes que en muchos casos, cuando estas competencias están definidas rígidamente, sólo sirven para «no hacer».

Más bien pensamos que la delimitación debe venir dada por que la ejecución de las tareas surja desde la capacitación en el desarrollo de una serie de habilidades, para poder atender satisfactoriamente las necesidades reales. No quiere decir esto que proponamos el «Totum revolutum», muy al contrario estamos más por la definición de perfiles profesionales en función de la tarea a realizar.

Por otra parte, el desempeño de los roles profesionales debe estar en función de garantizar el trabajo multidisciplinar. Por eso proponemos que *la definición de las funciones de los diversos roles profesionales esté en relación a la definición de las tareas a realizar, capacitación propia de cada profesional y la necesaria complementariedad y polivalencia en el equipo.*

Un aspecto ya señalado en casi todos los análisis de la situación actual, es la falta de *motivación de los profesionales*. No vamos a entrar en analizar sus causas, pero sí nos parece importante señalar algunos elementos que, junto con la incentivación y la carrera profesional, pueden ser aspectos claves para su resolución. Nos referimos al *reconocimiento del trabajo realizado, la participación en la toma de decisiones, la formación continuada y la investigación.*

El sistema tiene que posibilitar cauces regulares de participación de los profesionales en todos y cada uno de los ámbitos. Desde el nivel más micro en su centro de

## DEBATES E INFORMES

trabajo, participando en el acuerdo de los objetivos, hasta un nivel macro en la definición de las estrategias y en la mejora de la calidad de atención.

Temas tan necesarios como la formación y la investigación están nada o escasamente liderados por la administración, cayendo en manos legítimamente interesadas de la potente industria farmacéutica. Últimamente, estamos asistiendo además a una masiva actividad de esta industria en un capítulo que podríamos llamar de incentivación «lúdica» de los profesionales, que pervierte la consecución de los objetivos del sistema sanitario público.

La investigación es un elemento de progreso fundamental de toda organización. Creemos que además de un elemento de motivación de los profesionales (no sólo de los del hospital), es un factor esencial para el desarrollo y mejora del sistema. Existen tantas áreas de investigación ligadas al análisis y evaluación del modelo asistencial, que no es comprensible que no se definan e impulsen (a través del tiempo de dedicación y de su financiación) líneas prioritarias de investigación. Como siempre, para demostrar que nuestro modelo funciona tendremos que recurrir a estudios ingleses que lo evidencien.

No existe una política de formación continuada orientada a capacitar a los profesionales de la organización para poder realizar las tareas que ésta tiene encomendadas, ni para dotar de habilidades en los nuevos modos de trabajo que se quieren implantar. ¿Tenemos acaso formación adecuada para trabajar en la rehabilitación? ¿Cómo puede explicarse que teniendo recursos insuficientes de rehabilitación en muchos de ellos queden plazas libres? La formación continuada no puede ser sólo teórica, muchas habilidades se adquieren funda-

mentalmente por la práctica; es por ello indispensable poder contar con la posibilidad del intercambio de profesionales en los dispositivos de la red.

No podemos cerrar este apartado de los profesionales sin hacer un cierto ejercicio de autocritica. La mejora del sistema de atención de la salud mental pasa también por el reforzamiento del compromiso con el trabajo bien hecho y con la coherencia del modelo de atención que defendemos.

Por eso proponemos *el compromiso activo de la administración en: el establecimiento de mecanismos eficaces y objetivables que permitan el reconocimiento del trabajo de los profesionales y sobre la base de sistemas de incentivación adecuados; la articulación de cauces de participación reales en la toma de decisiones en los diferentes niveles; asimismo es fundamental que la administración se comprometa en la definición y potenciación de políticas de formación e investigación coherentes con el sistema público de atención.*

#### 4. De los dispositivos

Los Servicios de Salud Mental de Distrito

En el marco del modelo comunitario de atención en salud mental que aquí se defiende, los Centros o Servicios de Salud Mental de Distrito deben jugar un papel esencial en el entramado organizativo del sistema de atención. No sólo porque la mayor parte de la asistencia es ambulatoria y crónica, sino sobre todo por la necesidad de asegurar una atención orientada hacia la comunidad y articular una adecuada coordinación de la atención, para garantizar la continuidad de los cuidados. El Servicio de Salud Mental es la puerta de entrada al sis-

tema y el distribuidor donde se «dirige y coordina el tráfico», tal y como se reflejaba en el debate; el problema es que ahora este centro no sólo está «atascado», sino que carece de normas para saber cómo regular el tráfico y no tiene asegurado un espacio claro de confluencia, discusión y consenso con los otros dispositivos. Dentro de la red cada uno de los dispositivos debe dar respuesta a las distintas necesidades que presentan los pacientes, pero con un eje vertebrador que, en la mayoría de los casos, surgirá del Servicio de Salud Mental. Los objetivos de cualquiera de los dispositivos de la red deben estar supeditados al objetivo más genérico de proporcionar atención continuada. La coordinación entre los distintos dispositivos es inexcusable. Sin embargo, a veces da la impresión de que estamos ante la configuración de subsistemas conformados por uno o más dispositivos enrocados en sí mismos, como efecto de la ruptura de la necesaria coordinación que da sentido a una red unificada en un territorio.

La saturación asistencial que define el hoy de los Servicios de Salud Mental, que tiene su origen en el aumento de la demanda y en la gestión indiferenciada de la misma, está poniendo en cuestión seriamente la posibilidad del trabajo multidisciplinar, la calidad de la asistencia que darnos y la propia existencia de un trabajo comunitario. Es ineludible redimensionar los equipos, con un aumento de los recursos, además de realizar una priorización de las prestaciones.

Por todo ello proponemos que se realice *una redefinición de las prestaciones básicas y programas prioritarios a desarrollar por los Servicios de Salud Mental, una suficiente dotación de personal y una adecuada distribución territorial de los mismos, y muy especialmente una reformulación de*

*la relación y coordinación entre el conjunto de los dispositivos de la red que promuevan que los Servicios de Salud Mental actúen como eje o pivote de la atención integral y de la continuidad de cuidados.*

#### Unidades de hospitalización breve

La experiencia de todos estos años, con sus luces y sus sombras, nos hace seguir abogando por la ubicación de las Unidades de Hospitalización Breve en los hospitales generales, en igualdad de condiciones al resto de unidades especializadas hospitalarias, teniendo en cuenta las especificidades técnicas y ecológicas que las caracterizan. Es obvio que, en la situación actual en la Comunidad de Madrid, se sigue sin desarrollar definitivamente estos recursos; todavía subsisten Unidades de Hospitalización Breve en centros monográficos, faltan algunas Unidades de Hospitalización Breve en hospitales cabecera de área, pese a reconocer que se han hecho esfuerzos en este sentido. Por otra parte, la dimensionalización de estas unidades en algunos casos es insuficiente; habría que homogeneizar estas dotaciones en relación a referentes de uso asistencial suficientemente validables y consensuados, sin romper el criterio de territorialidad. Es constatable la saturación no sólo cuantitativa sino, lo que es peor, funcional de estas unidades que a menudo actúan como dispositivos vicariantes de los muy escasos dispositivos intermedios. Por último, señalamos también que deben revisarse aspectos de funcionamiento interno para poder garantizar el contenido terapéutico del medio y la suficiente capacitación del personal que permita una intervención de calidad en todas las patologías. En aspectos claves como los de coordinación con el resto de la red existe una gran dife-

## DEBATES E INFORMES

rencia entre unas áreas y otras, posiblemente como exponente de diferentes grados de compromiso asistencial.

Por eso proponemos que se complete la dotación de Unidades de Hospitalización Breve en todas las áreas de Madrid, homogeneizando las dotaciones y adecuando el número de camas a las necesidades reales de cada territorio. Se debe garantizar en todos los casos una coordinación efectiva con los Servicios de Salud Mental que permita la continuidad de cuidados.

#### Unidades de hospitalización parcial

A pesar de que en repetidas ocasiones se ha expresado por parte de la administración su intención de desarrollar dispositivos de hospitalización parcial, ésta aún no se ha plasmado en la creación de nuevas unidades. El papel de los hospitales de día como alternativa a la hospitalización y como recurso que ofrece unas posibilidades terapéuticas importantes para determinadas patologías, está aún por explorar en muchas de las áreas sanitarias.

Por eso proponemos que *se desarrollen dispositivos de hospitalización parcial en todas las áreas de Madrid integradas dentro de la red de las mismas.*

#### Unidades de hospitalización prolongada

Es evidente la falta de este recurso y los problemas que por ello se generan, produciendo una saturación de las Unidades de Hospitalización Breve y una sobrecarga de los Servicios de Salud Mental. Ahora bien, estamos radicalmente en contra de que se recuperen espacios que aún persisten con un uso manicomial. La concepción de la hospitalización prolongada debe ir siempre indisolublemente unida a la realización de actividades de rehabilitación con objetivos

precisos. La dotación necesaria, según se pone de manifiesto si se analizan las necesidades actuales, no es tan alta, pero sí tendría una gran repercusión ya que permitiría dar respuesta a casos que de otro modo generan gran disfuncionalidad en la red. Un peligro que creemos se debe evitar es desligar la responsabilidad de estos casos de los recursos de la red.

Por eso proponemos *que la creación de plazas de hospitalización prolongada esté en estrecha relación con el funcionamiento de los programas de rehabilitación de las áreas y se asegure una adecuada inserción en el mismo.*

Recursos intermedios específicos de tratamiento, rehabilitación, atención residencial y soporte comunitario a la población con enfermedades mentales graves y crónicas

La problemática múltiple y compleja de la población con enfermedades mentales graves y crónicas y sus dificultades de funcionamiento en integración social, hace necesario contar con una red de recursos intermedios específicos que complementen la atención desde los Servicios de Salud Mental y favorezca su rehabilitación e integración en la comunidad.

Esta necesidad o exigencia de desarrollar recursos específicos que apoyen la rehabilitación y reinserción social de esta población quedó, de hecho, recogida en la propia Ley General de Sanidad al indicar en el artículo 20, relativo a la Salud Mental, en su apartado 3: «se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales».

Es indudable que en nuestra Comunidad de Madrid se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo «manicomial» y en el desarrollo de Servicios de Salud Mental y otros dispositivos, pero todavía hay un insuficiente desarrollo de recursos intermedios específicos, tanto sanitarios como sociales, que cubran sus necesidades específicas de apoyo al tratamiento (Hospitales de Día), de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario (Centros de Rehabilitación Psicosocial), de rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral (Centros de Rehabilitación Laboral, Programas de Formación, etc.), atención residencial (Mini-Residencias, pisos supervisados, pensiones concertadas), soporte social (actividades de apoyo y soporte, etc.). La actual insuficiencia y desigual distribución de esta red de recursos intermedios, supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y, por supuesto, para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social. Por ello, es esencial priorizar la atención a la población enferma mental grave y crónica y potenciar el desarrollo en cada área de una red diversificada, completa y suficiente de recursos intermedios.

La adecuada organización y desarrollo de esta red de recursos específicos debe articularse sobre los siguientes elementos básicos:

– La red de Servicios de Salud Mental de distrito tiene que continuar y potenciar su papel como eje básico de la atención y seguimiento comunitario de esta población. Pero para ello es fundamental que se priorice en términos de tiempos de dedicación, personal y desarrollo de programas la atención a este colectivo que más necesidades de atención y apoyo presenta. Como instru-

mento básico es imprescindible completar la elaboración de los censos de «crónicos» en todos los distritos y potenciar la detección y captación de estos pacientes en su zona de influencia. En esta línea, es esencial el *desarrollo efectivo y la potenciación de los programas de rehabilitación y de los programas de seguimiento* en el marco de estos Servicios de Salud Mental de cada distrito. Para ello es esencial la definición y homologación de estos programas y la asignación de personal específico suficiente y multidisciplinar para el efectivo desarrollo del conjunto de tareas que hay que realizar. Estos programas de rehabilitación y seguimiento deben ser el eje fundamental para la atención comunitaria de este colectivo. Así como eje de derivación, coordinación y seguimiento de estas personas en los diferentes recursos sanitarios o sociales específicos que resulten necesarios, tanto en lo relativo a la atención y tratamiento como muy especialmente en lo relacionado con recursos específicos de rehabilitación y soporte comunitario, de manera que se asegure siempre la continuidad de cuidados y la globalidad y coherencia de todo el proceso de atención en los diferentes recursos.

– Sobre la base de lo anterior, es *fundamental establecer, potenciar y organizar una completa red de recursos intermedios tanto sanitarios como sociales*. Consideramos imprescindible que se continúe y profundice en esta línea la colaboración y complementariedad entre el sistema sanitario de salud mental y el sistema de servicios sociales en el cual se establezcan las bases para la articulación de un sistema integral de servicios, recursos y programas que aseguren la adecuada atención, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias. Y por supuesto, todo

## DEBATES E INFORMES

ello requiere contar con las *adecuadas dotaciones presupuestarias que permitan un decidido y efectivo desarrollo de esta red de recursos intermedios*. Asimismo, es esencial que se mantenga y potencie el compromiso desde Servicios Sociales, básicamente a través del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, para desarrollar y completar una red suficiente de recursos sociales específicos de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario, rehabilitación laboral y atención residencial.

##### 5. *De la demanda*

En los últimos años hemos ido asistiendo en el día a día de los CSM a un *aumento progresivo de la demanda asistencial* sin que se haya visto acompañado de un aumento de los recursos. La atención a la demanda asistencial es un deber ineludible de los dispositivos, y son éstos los que se deben adaptar a ella y no a la inversa. Se puede atribuir a muchos factores, pero no se puede obviar el hecho. Se pueden plantear soluciones desde el espacio que ocupamos en la red asistencial y desde los que somos en este momento, planteando debates acerca de la psicopatologización de la vida cotidiana o acerca de la distinción entre los malestares y las necesidades reales; pero el hecho está ahí y es difícil que sólo con una política defensiva seamos capaces de frenarlo. ¿No es éste un campo donde puede tener sentido el trabajo comunitario preventivo con los agentes socio-sanitarios para que sepan cómo intervenir en las situaciones de crisis más frecuentes?

Pensamos que las soluciones para aliviar la presión asistencial pasan por la definición de las prestaciones que el sistema pú-

blico quiere cubrir y por la priorización de las mismas. Priorización que debe hacerse en base a la gravedad (entendida ésta de un modo integral) y a la especificidad de las intervenciones. Plantear la priorización es arriesgado porque significa limitar, pero es indispensable si queremos ser equitativos. Además, creemos que tenemos que situarnos en la realidad y dejar de creernos omnipotentes. Plantear la priorización también es arriesgado porque, en un momento en que la gestión de los sistemas sanitarios tiene mucho de «economicista», puede interpretarse como un apoyo implícito para la reducción de las prestaciones; y nuestra intención no es reducir, sino mejorar la atención pero, eso sí, de un modo equitativo.

Por eso proponemos que *exista un compromiso de las administraciones responsables en incrementar los recursos, en función del incremento de las necesidades; se definan las prestaciones y los servicios que se van a asumir por el sistema público en materia de salud mental y se realice una priorización de las mismas en base a la gravedad y a la especificidad de las intervenciones*.

A veces, para liberarnos de la presión asistencial, atribuimos poderes y saberes a la *Atención Primaria de Salud* (nuestro principal proveedor de la demanda), que exceden a su capacitación y a su disponibilidad de tiempo; incluso ponemos en sus manos patologías consideradas como «menores» cuyo manejo es mucho más complicado que el de patologías consideradas graves, con un ir y venir de las personas desde un dispositivo a otro que no sólo incrementa el sufrimiento de éstas, sino que envenena las relaciones de coordinación de los dispositivos. La solución no pasa por definir rígidamente qué se ve en los dispositivos de Salud Mental, y qué se ve en Atención Primaria, sino en redefinir el papel de las rela-

ciones y en la búsqueda de objetivos comunes, tanto en el manejo general de la demanda, como en el manejo particular de cada paciente; y es evidente que los programas de coordinación, tendentes, supuestamente, a una mejor intervención de Atención Primaria en los problemas de salud mental, tienen un desigual, escaso y a menudo disfuncional desarrollo.

Por eso proponemos que sea *una prioridad de la organización el impulsar y replantear las relaciones con Atención Primaria, estableciendo objetivos comunes tanto en el manejo de la demanda en general como en el manejo de cada paciente en particular.*

Otro reto ineludible es el de *garantizar la calidad de las prestaciones.* Apostamos por un sistema público que cubra las necesidades asistenciales de una población y que además aspire a ofrecer soluciones al más alto nivel técnico profesional. En este sentido, el funcionamiento actual de los programas es desigual, no se ha terminado de implantar en muchos lugares y donde lo ha hecho se ha mostrado muy insuficiente: algunos programas no tienen sentido, y es necesaria una redefinición de los mismos y, por contra, es necesaria la creación de otros nuevos para patologías emergentes; y, sobre todo, es necesario una capacitación específica de los profesionales responsables de los mismos, contar con los medios adecuados para su ejecución, y el compromiso de los responsables de los dispositivos y de la administración para su implantación, desarrollo y evaluación.

Por eso proponemos que *se realicen las acciones necesarias para que se desarrollen e implanten, de acuerdo con criterios territoriales, programas específicos dotados de personal cualificado y con medios adecuados para llevarlos a cabo.*

Hay que particularizar, por su situación actual, en tres tipos de demanda: la atención a la población infantojuvenil, a las personas con toxicomanías, y a los enfermos mentales sin hogar.

Como ha quedado patente en los distintos informes elaborados por la Asociación y en el grupo de trabajo propiciado por el Servicio de Salud Mental, las prestaciones básicas dirigidas a la población *infanto-juvenil* no están aseguradas mediante la dotación de recursos humanos suficientes y especializados que desarrollen los programas de atención infanto-juvenil en los Servicios de Salud Mental de Distrito.

En la actualidad todavía hay 7 distritos en Madrid que no tienen programa ambulatorio específico, mientras que en los 28 restantes la mayoría de los profesionales atienden simultáneamente adultos y niños. En la práctica esto significa que a la atención a niños se dedica, en la mayoría de los casos, el tiempo sobrante.

Los recursos hospitalarios son prácticamente inexistentes. Los ingresos de niños en las unidades de pediatría son únicamente viables cuando se trata de casos que no dan problemas. En los casos de niños agitados no se admiten los ingresos. No existe ni una sola unidad específica para adolescentes.

Los programas de interconsulta hospitalaria, excepto en 6 hospitales, están atendidos por profesionales de adultos, que no tienen formación específica en Psiquiatría y Psicología de niños y adolescentes.

En cuanto a los recursos intermedios, sólo hay un hospital de día para niños de hasta 6 años, que además es de cobertura nacional, por lo cual está permanentemente saturado.

Por eso proponemos como necesidades más urgentes *que se dote con programas*

## DEBATES E INFORMES

*ambulatorios a todos los distritos de Madrid. La creación de dos unidades de hospitalización breve para adolescentes, que den cobertura a la zona norte y sur. La dotación de profesionales con formación específica para los programas de interconsulta hospitalaria que apoyen los ingresos de niños en los servicios de pediatría hospitalarios. La creación de dos hospitales de día, para la zona norte y sur, con la posibilidad de organizarlos en tres cortes de edad, 0-6 años, 6-13 años y adolescentes.*

Las *toxicomanías* siguen estando ubicadas fuera de los dispositivos generales de atención a la salud mental, en una red paralela, y salvo en contadas excepciones no se garantiza adecuadamente la coordinación entre ambos dispositivos. Parece imprescindible que al menos exista una coordinación con la red de dispositivos del área, cuando no su integración en la red. La reciente contratación por parte del Plan de Drogas, para manejar los trastornos mentales en los drogodependientes pone de manifiesto estas deficiencias.

Por eso proponemos que *se garantice la coordinación efectiva entre los CAD y los dispositivos de la Red de Salud Mental y se impulse su integración en la red asistencial general.*

El fenómeno de los *enfermos mentales sin hogar* es complejo e implica no sólo problemas sanitarios, sino, sobre todo, situaciones de gran desarraigo social. La es-

caz de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización. En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión de los enfermos mentales. Es evidente que las respuestas antiguas de institucionalización de estas personas «quitaban de la vista el problema», pero sin lugar a dudas, no lo resolvían. Esta problemática exige intervenciones y actitudes que conjuguen el respeto a sus derechos como ciudadanos y la provisión de la asistencia necesaria, un equilibrio difícil de alcanzar en muchas ocasiones, pero imprescindible si lo que se pretende es lograr una reinserción duradera. Desde el trabajo en la calle para el «enganche» hasta su inserción en dispositivos con distintos niveles de exigencia, es necesaria la intervención coordinada de profesionales sanitarios y sociales; sin barreras de horarios, de espacios ni de sectorización.

Por eso, proponemos que *las administraciones impulsen acciones que prevengan la exclusión social de los enfermos mentales y garanticen su atención integral y coordinada dentro de la Red.*

Noviembre, 1998