

Análisis y posición de la Asociación Madrileña de Salud Mental (Febrero 2010) ante el

**2º BORRADOR DEL  
PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL 2009-2014**

*En las siguientes páginas se analiza el Borrador del Plan de Salud Mental siguiendo uno por uno cada uno de sus apartados.*

<b>Resumen de la posición de la AMSM.....</b>	<b>2</b>
<b>De la justificación y bases conceptuales del Borrador del Plan (págs. 4 a 46 del Borrador) .....</b>	<b>3</b>
<b>Objetivos y recomendaciones .....</b>	<b>4</b>
<b>1. De la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (págs. 47 a 49 del Borrador) .....</b>	<b>4</b>
<b>2. De la Atención Ambulatoria (Págs.. 50 a 83 del Borrador).....</b>	<b>5</b>
<b>(CSM; HD; Coordinación con AP; TMG y Planes de Cont. Cuid.; Coordinación con Red De Atención Social (Rehab); Prog. A. EM Sin Hogar) .....</b>	<b>5</b>
<b>3. De la atención hospitalaria (págs. 84-89 y 206-208 del Borrador).....</b>	<b>11</b>
<b>4. De la atención a niños y adolescentes (págs. 90 a 93 del Borrador).....</b>	<b>13</b>
<b>5. De la atención psiquiátrica (págs. 94-96 del Borrador).....</b>	<b>14</b>
<b>6. De áreas y programas específicos (págs. 97-123 del Borrador) .....</b>	<b>15</b>
<b>(T. Alimentación, T. personalidad, T. alcohol y adicciones, Sordera y SM, discapacidad intelectual, autismo) .....</b>	<b>15</b>
<b>7. Del Plan de Prevención del Suicidio (págs. 124-130 del Borrador) .....</b>	<b>17</b>
<b>8. De la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales (págs. 131-132 del Borrador) .....</b>	<b>17</b>
<b>9. De la violencia de género y salud mental: El Programa Atiende (págs. 133-140 del Borrador).....</b>	<b>18</b>
<b>10. De la salud mental y catástrofes (págs. 141-145 del Borrador) .....</b>	<b>18</b>
<b>11. De la Salud Mental e Inmigración (págs. 146-150 del Borrador).....</b>	<b>18</b>
<b>12. Del Plan Estratégico de Investigación en Salud Mental (págs. 151-159 del Borrador) .....</b>	<b>19</b>
<b>13. De la integración de los recursos de atención a la salud mental de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (págs. 160-161 del Borrador).....</b>	<b>19</b>
<b>14. Del uso racional de psicofármacos (págs. 162-190 del Borrador).....</b>	<b>19</b>

## **Resumen de la posición de la AMSM**

En primer lugar queremos recordar la posición que la AMSM ha mantenido durante 2009 sobre el proyecto del Plan de Salud Mental 2009-2014 porque contiene los principales elementos argumentales por los que la AMSM rechaza este proyecto.

Resaltar que durante el año pasado la Consejería de Sanidad planteó el proyecto para el periodo 2009-2011 y que ante las críticas recibidas por considerarlo un periodo insuficiente o por la evidencia de que el plan realmente quedaría reducido a un año, en el último Borrador del Plan se ha modificado su duración, quedando establecido para 2009-2014. Lo que valía para dos años, pasa a servir para 5 (o 4 si contamos que estamos en 2010).

1. El Proyecto de Plan de Salud Mental 2009-2014 carece de una **metodología** seria y apropiada de elaboración:
  - No se ha realizado una evaluación rigurosa del Plan 2003- 2008 que detecte las debilidades, fortalezas, áreas de mejora y aspectos no desarrollados. Esto impide hacer un análisis serio de las necesidades asistenciales de la Red.
  - El nuevo Plan debe tener una memoria económica con partidas presupuestarias bien definidas y debe ser aprobado por la Asamblea de la Comunidad de Madrid con el mayor consenso social posible. Nada de esto se desprende de las intenciones de los responsables de la elaboración del Plan.
  - Un plan de Salud Mental, para ser considerado como tal, debe incluir la atención a las drogodependencias y la atención a la recuperación y rehabilitación psicosocial de los trastornos mentales graves. El proyecto del Plan repite los errores del anterior Plan relegando estas áreas de atención a apartados de coordinación y cooperación. La participación de los responsables de la Red de Atención a Drogodependencias y del Programa de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales es testimonial. Así mismo la participación de los profesionales de Atención Primaria no tiene el peso que debería para el papel que tienen actualmente en la atención a los pacientes y que avala la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada en el Consejo Interterritorial.
  - En su redacción final nos encontramos con: la dificultad para distinguir cuando se describe lo que hay que hacer según la literatura científica de la descripción de lo que se está haciendo; una falta de congruencia en las referencias teóricas citadas y las recomendaciones propuestas; la ausencia de una jerarquía en la importancia/ extensión que se ha dedicado a los temas; objetivos y recomendaciones vagos que con frecuencia consisten en señalar que hay que evaluar la pertinencia del propio objetivo; con planteamientos del tipo “hágase” o “se recomienda que se haga” sin especificar qué acciones va a llevar a cabo la administración ni cómo (medios, plazos, responsables); con la eliminación, con respecto al primer borrador de los pocos compromisos que éste establecía a nivel de ratios de profesionales; y sin un modelo organizativo claro o, más bien, el modelo que se decida en cada gerencia.
2. El proyecto de Plan de Salud Mental se elabora en un **contexto** de transformación del modelo de organización de la sanidad madrileña sobre la base de la creación de un Área Única Sanitaria, la libre elección de médico, la competencia entre centros sanitarios por la asignación de recursos, el principio de que el dinero sigue al paciente y la participación creciente en la gestión de la atención de proveedores privados sin experiencia en la gestión de redes complejas de atención como es la Red de Salud Mental. Estas premisas, aún por concretar y de dudosa aplicación, suponen una ruptura

del **modelo** de atención en salud mental que defiende la AMSM y resulta incompatible con el desarrollo de las líneas estratégicas de actuación propuestas:

- Supone una ruptura o en el mejor de los casos de un debilitamiento del modelo actual de organización de la Red de Salud Mental, basado en la atención a una población asignada según un territorio (Área Sanitaria). Este modelo de atención se ha demostrado el más eficiente a la hora de planificar las necesidades de recursos asistenciales, de asegurar una adecuada continuidad de cuidados y de coordinar la actuación del conjunto de dispositivos que integran la compleja Red de Salud Mental. Lo que se necesita son actuaciones que mejoren el funcionamiento del sistema y no un cambio radical del modelo.
- Supone un debilitamiento del papel de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental a la hora de poder tener capacidad real de planificar y ejecutar el Plan de Salud Mental, en beneficio de los planes funcionales que cada hospital elabore según sus prioridades.
- Entra en contradicción con el objetivo de una verdadera integración de la Salud Mental en Atención Especializada. La integración que se propone es parcial y limitada (básicamente los Centros de Salud Mental) dejando fuera los recursos de rehabilitación, que pese a lo que viene definido en la LOSCAM, siguen sin considerarse recursos sanitarios.
- Desdibuja el papel de las estructuras organizativas existentes, que con desigual grado de implantación, coordinan en cada Área el funcionamiento de la Red (Comisiones de Asistencia, Comisiones de Rehabilitación de Área, Comisiones de Docencia, etc.).
- No resuelve los graves problemas de equidad en las prestaciones y deja serias dudas acerca de la continuidad de los equipos multiprofesionales.
- Hipoteca el futuro desarrollo de programas de atención domiciliaria o programas asertivos comunitarios y la coordinación entre el nivel especializado y la Atención Primaria.
- Prima el acto asistencial como eje de asignación de recursos frente a las actividades preventivas o actividades de coordinación.

### ***De la justificación y bases conceptuales del Borrador del Plan (págs. 4 a 46 del Borrador)***

El borrador manifiesta que en los últimos 25 años se ha implantado en la Comunidad de Madrid una red de servicios de Salud Mental, orientada de acuerdo con la perspectiva comunitaria, haciendo especial mención a la Organización Mundial de la Salud y a leyes y planes autonómicos, sin hacer ninguna referencia en su justificación a la Ley General de Sanidad, que constituyó el punto de partida y el marco legislativo que propició el actual modelo de atención.

El borrador dice que "El nuevo Plan asume el modelo asistencial establecido en el Plan de Salud Mental precedente y continua su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente". Entendemos que esta afirmación no corresponde a la realidad. Anteriormente ya hemos expuesto que en ningún momento se planteó una evaluación del Plan de Salud Mental anterior y analizar sus resultados y necesidades de mejora.

De hecho supone una ruptura con el Plan anterior, ya que cambia el modelo organizativo (dependencia hospitalaria de todos los recursos de Salud Mental, desaparición de las áreas sanitarias, eliminación de las competencias de planificación y asistenciales de la Oficina

Regional de Salud Mental, etc.). Tampoco existe, como en el Plan anterior, un cronograma con objetivos y presupuestos.

En su propia redacción dice que “la atención a la Salud Mental se integrara en la nueva organización de la sanidad publica madrileña que se conforma en Unidades Asistenciales funcionales con su referencia territorial y poblacional”. Define que cada Unidad Asistencial esta integrada por los equipos de Atención Primaria, las unidades de atención ambulatoria especializada y el Hospital.

Este cambio de áreas sanitarias por Unidades asistenciales modifica el actual modelo de red integrada de Salud Mental. ¿Donde quedan otros recursos de Salud Mental que no están incluidos en ese concepto (Hospitales de Día, Centros de Día, Unidades de Rehabilitación, etc.)?

En el apartado que enumera los principios fundamentales que adopta el plan hay que destacar que tomando como referencia La Ley General de Sanidad y el anterior Plan de Salud Mental 2003-2008, desaparecen en la actual redacción los siguientes principios:

- Carácter público y universal de la asistencia
- Equidad y accesibilidad de los ciudadanos al sistema publico de Salud.
- Integración de todos los recursos públicos destinados a la atención Psiquiátrica y de Salud Mental
- Incorpora como novedad entre sus principios “ El derecho a la libre elección de Medico especialista y de centro de acuerdo con la regulación correspondiente”
- No hay referencia explicita al modelo de atención propuesto.

En cuanto a la participación de usuarios, familiares y asociaciones de profesionales, el Plan 2003-2008 recogía en sus propuestas un modelo de participación de usuarios y familiares que se concretaba en la participación de los usuarios, familiares y sociedades científicas en el Comité Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental que no ha se ha llegado a reunir nunca en los últimos cinco años, así como se creaba una entidad a nivel de Área que era la Comisión de Usuarios cuya implantación y desarrollo ha sido muy escasa en la mayoría de las Áreas sanitarias y cuyo papel en la organización de la atención y en el control del funcionamiento de los dispositivos ha sido nulo. En el borrador del Plan 2009-2013 se da un paso más en y ni siquiera se contempla ningún mecanismo de participación de usuarios, familiares y asociaciones de profesionales.

En resumen este apartado de justificación del plan, parece fundamentalmente pensado para justificar el nuevo modelo de organización basado en la integración en el Hospital y en la incorporación de la libre elección de medico y de Centro.

## ***Objetivos y recomendaciones***

### ***1. De la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (págs. 47 a 49 del Borrador)***

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental queda adscrita a la Dirección General de Hospitales.

Desaparecen las principales funciones que tenia hasta ahora:

- Distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los Servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud

- Gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios Asistenciales adscritos al SERMAS.
- Establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administrativas de la Comunidad de Madrid
- Elaboración de la oferta de servicios que va a comprar a la Red Provisora y planificación de los recursos humanos e infraestructuras necesarias para una adecuada provisión de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental a las necesidades de la población de la comunidad de Madrid.

Queda principalmente con funciones de supervisión, asesoramiento, impulso de acciones, participación en planes con otros niveles de la Administración, favorecer la formación y la investigación, y seguimiento del plan.

En relación a las camas de media y larga estancia concertadas, su función será exclusivamente la gestión de la lista de espera. Anteriormente tenía también la función de planificar y gestionar la compra de estas camas para cada área sanitaria.

## **2. De la Atención Ambulatoria (Págs.. 50 a 83 del Borrador)**

**(CSM; HD; Coordinación con AP; TMG y Planes de Cont. Cuid.; Coordinación con Red De Atención Social (Rehab); Prog. A. EM Sin Hogar)**

De los Centros de Salud Mental (Págs. 50 a 55 del Borrador)

El Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2014 asigna a los Servicios de Salud Mental de distrito (SSMd) el papel de “eje de la asistencia y de la coordinación de recursos” y establece que debe proporcionar “asistencia ambulatoria integral a las personas con trastornos mentales de su territorio de referencia”.

Compartimos con el nuevo Plan que este es el papel y el marco en el que deben desempeñar su papel los SSMd y que lo deben hacer “desde un modelo de atención comunitario”. Para ello es necesario un Plan de Mejora de los SSMd que les permita cumplir estas funciones y lo que nos encontramos en este Plan son objetivos y propuestas que van a suponer un obstáculo importante para que los cambios necesarios y las funciones asignadas puedan llevarse a cabo.

El obstáculo más importante tiene que ver con el nuevo marco sanitario y con los cambios en la organización que se proponen. ¿Cómo van a ser capaces los SSMd de prestar “una asistencia integral desde un modelo comunitario a las personas con trastornos mentales de su territorio de referencia” en un marco sanitario de Área Única, sin referencias territoriales, y con una preponderancia en la organización y gestión de los servicios hospitalarios?. Y sobre todo, ¿quién va a hacer la transformación de estos dispositivos en la línea que se propugna en este plan y quién va a tener la capacidad de homogeneizar la atención en una nueva organización con todo el poder ejecutivo en las gerencias de los hospitales y una Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental con una funciones meramente asesoras?

En los aspectos concretos, el nuevo Plan se plantea tres objetivos generales para los Servicios de Salud Mental de distrito: 1) la integración de los recursos ambulatorios de atención a la salud mental en el conjunto de prestaciones de atención especializada, 2) el estudio de necesidades de recursos humanos y 3) la mejora de los procedimientos de gestión.

1) Según el Plan, la integración de los recursos ambulatorios en atención especializada se llevará a cabo mediante “la adscripción de los SSMd a las gerencias de sus hospitales de referencia respectivos y su integración en los sistemas información y gestión”. Y lo harán con

dos recomendaciones: mantenimiento de la cohesión de los equipos, con todos los profesionales de los mismos dependiendo de las Jefaturas de los SSMD, e impulso de modelos de gestión integrados como forma de funcionamiento de las nuevas Unidades Asistenciales que se crearán integrando a los SSMD y a los Servicios Hospitalarios bajo la dirección de la Dirección Médica de cada hospital. Se recomienda también que estas Unidades Asistenciales tengan una entidad propia en los contratos de gestión anuales de las gerencias hospitalarias con unos objetivos concretos para cada uno de los dispositivos de las mismas.

Los elementos positivos de esta propuesta están en que se consolida el SSMD como dispositivo de referencia para la atención ambulatoria a través de un modelo comunitario y con equipos multiprofesionales.

Las barreras están en el marco sanitario sin referencias territoriales definidas, con la libre elección de profesional y centro y con la competencia entre dispositivos como modelo general de funcionamiento. Por otro lado, se crean las Unidades Asistenciales en torno a los hospitales pero no hay un reparto de funciones ni de competencias entre los dispositivos que las componen, ni se articula una organización común para toda la Comunidad, dejando al criterio de cada Dirección Médica que modelo organizativo implantará en su ámbito de referencia. Aunque se aboga por la homogeneidad en el texto, se deja a criterio de cada hospital la organización de su Unidad Asistencial con lo que la red puede verse abocada a tener 22 modelos diferentes. El Plan señala como ejemplo de organización a seguir el modelo de Instituto vigente en el Hospital Clínico a pesar de que dicho modelo no recibiese el apoyo de la Comisión de Integración, creada por La Dirección de Hospitales, que apostó por un modelo más asistencial donde la toma de decisiones y capacidad de organización esté cerca de los dispositivos que prestan la atención, con los SSMD dependiendo de las Direcciones Médicas y no de las Jefaturas de Servicio hospitalarias. También echamos en falta una referencia explícita y clara respecto a la continuidad con las mismas funciones que en el resto del territorio de la Comunidad, de los SSMD ubicados en zonas de referencia de hospitales concertados como la Fundación Jiménez Díaz o Valdemoro, y los ubicados en aquellas donde se van a firmar nuevos conciertos para cubrir la atención especializada como Torrejón, Móstoles, Carabanchel o Collado Villalba, donde en el pliego de condiciones deberían estar recogidas las condiciones en las que se debe prestar la atención a la salud mental, incluido el mantenimiento de los SSMD y su manera de funcionar.

2) El segundo objetivo general, los recursos humanos, el nuevo Plan lo despacha en apenas una línea “se considera necesario estudiar las necesidades de enfermería y trabajo social para el adecuado desarrollo de los programas de continuidad de cuidados”. Es cierto que la gran carencia de estos profesionales es uno de los obstáculos más importantes para el adecuado tratamiento de los trastornos mentales graves; pero también lo es el déficit de psicólogos. Pero lo más preocupante es que el nuevo Plan renuncia a definir qué profesionales y las ratios de los mismos deben constituir el equipo multiprofesional básico de un SSMD, con ello se elude todo compromiso presupuestario; pero también se vacía de contenido a este Plan que sin presupuesto y cronograma queda reducido a papel mojado. Además se parte de la base que los recursos están distribuidos de una manera equitativa entre los distintos SSMD, cuando la realidad es que hay grandes diferencias entre ellos y la composición de las plantillas es muy heterogénea. Con la adscripción de los SSMD a las Gerencias Hospitalarias, el nuevo Plan delega completamente en éstas la política de recursos humanos; pero no todos los SSMD se van a integrar en las mismas condiciones, algunos lo van a hacer con grandes carencias, sobre todo de enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos. Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se sabe donde están las carencias (las de psiquiatras en el Área 6 y 7 son muy llamativas y las de psicólogos, enfermería y trabajo social son generalizadas) y ésta debería adquirir el compromiso con las gerencias hospitalarias de cubrirlas. Una apuesta decidida “como ejes de la atención”, como señala el Plan, implica un compromiso de dotar a los SSMD de una plantilla estable y suficiente para desempeñar las funciones que se le asignan. Creemos que

cualquier equipo básico debe contar con al menos cinco psiquiatras, psicólogos y diplomados en enfermería por cada 100.000 habitantes y 2.5 diplomados en trabajo social.

3) La “mejora de los procedimientos de gestión” es el tercer objetivo general que propone el Plan, para lo que considera necesario la definición y elaboración de una cartera de servicios específica de los SSMD, que deberá elaborar un comité de expertos, y el desarrollo e implantación de la gestión por procesos asistenciales. Los SSMD necesitan un Plan de Mejora que renueve y actualice su papel y la definición de su tarea, la gestión por procesos y unos recursos adecuados para llevarlos a cabo serían los instrumentos adecuados para ello. Las dificultades para el cumplimiento de este objetivo de una manera homogénea y general para toda la red están en que tras la adscripción de los SSMD a las Gerencia hospitalarias queda en manos de éstas el desarrollo y cumplimiento de este objetivo, estando en sus manos la tarea que asigna a sus dispositivos, los procesos que prioriza y los recursos humanos que destina los mismos. Creemos que hubiese sido mucho más eficaz que este Plan definiese el SSMD tipo, la población que debe atender, las funciones asignadas, su cartera de servicios, los procesos básicos y los recursos humanos y logísticos con los que debe contar para llevarlos a cabo antes de la integración o bien que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental tenga potestad sobre las gerencias hospitalarias para llevar a cabo esta homogeneización.

En este sentido consideramos que a los SSMD les debe corresponder:

- La gestión de los recursos humanos de su personal asignado.
- La gestión directa de la asistencia ambulatoria de la población atendida, tanto adultos como infancia-adolescencia.
- La responsabilidad del programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados y la consideración de éste como única puerta de entrada a los dispositivos de rehabilitación psicosocial (CRPS, CRL, Centro de Día), unidades hospitalarias de rehabilitación y cuidados prolongados y dispositivos residenciales (minirresidencias, unidades residenciales).
- Funciones de interconsulta y apoyo a Atención Primaria tanto en sus funciones asistenciales como de prevención y promoción de la salud mental.
- Funciones de coordinación con los dispositivos sanitarios, psicosociales, sociosanitarios y sociales implicados en la atención de la población atendida.

De los Hospitales de Día (págs. 56-57 y 193-199 del Borrador)

En el borrador se habla de los Hospitales de Día en dos partes. Una primera parte general donde define qué es un Hospital de Día, menciona la recomendación del plan 2003-2008 de disponer al menos de un Hospital de Día de adultos por área sanitaria (sin más referencia a la consecución de objetivos del anterior plan) y enumera los 13 Hospitales de Día que hay en la actualidad para adultos, los 2 monográficos (Trastornos de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria), y los 6 para niños y adolescentes (sin diferenciar los públicos de los concertados).

En esta primera parte se hace una recomendación cuyo sentido no queda suficientemente especificado: “Estudiar la conveniencia de concentrar los Hospitales de Día para niños y adolescentes en Centros de referencia para toda la Comunidad de Madrid.” ¿Manteniendo zonificación? Al indicar para “toda la C. de Madrid” parece llevar implícita una traducción en: “libre elección de Hospital de Día de niños y adolescentes”, pero no queda suficientemente claro.

La otra parte (Anexo 2) es un documento técnico sobre Hospitales de Día para adultos. Esta parte es una descripción más exhaustiva sobre lo que se hace en un Hospital de Día. Se sigue hablando de áreas sanitarias en algunos puntos (gestión clínica, docencia e

investigación...). Se incluye la posibilidad de citar a pacientes específicamente para psicoterapia individual, grupal o familiar, estando atendidos en otros dispositivos.

Uno de los puntos más conflictivos es el de las derivaciones, donde finalmente quedan abiertas las derivaciones tanto desde el CSM como desde la UHB (no queda claro en el texto si en las derivaciones desde la UHB ésta es indicada por el terapeuta de referencia del SSMd o ni tan siquiera hace falta el conocimiento ni acuerdo del mismo) y por supuesto desde cualquier "dispositivo similar de otra Unidad Asistencial" por distintos motivos, entre ellos por "Libre elección de médico especialista", "Falta o saturación temporal... en la Unidad Asistencial de referencia"... (es decir, se entiende que será posible elegir psicólogo/psiquiatra ambulatorio en un área-unidad funcional y Hospital de Día en otra..., ¿y psiquiatra de UHB en otro...?). Esta situación, unida a las "Actividades de coordinación interinstitucional, periódicas", que también contempla el borrador, hace que quizás sean precisas tantas reuniones de coordinación ("con los profesionales de otros dispositivos de la red (SSMd, UHB, Equipo de Atención a Enfermos mentales sin hogar, etc.), con servicios sociales, con centros de rehabilitación (CRPS, CRL, mini-residencias, etc.), con asociaciones de pacientes y familiares...") de distintas Unidades Asistenciales de la Comunidad de Madrid) que sea imposible realizar dichas coordinaciones y por tanto no se realice un tratamiento integrado en el plan de tratamiento global del paciente.

También es significativo cómo al hablar de las altas, plantea la posibilidad de derivación a otros dispositivos de la red distintos del SSM (¿y si hay discrepancia Hospital de Día-SSMd?), saltándose así el modelo de facultativos del SSMd como responsables del seguimiento y plan de tratamiento global y entrando en contradicción con su propia definición de los SSMd como "eje de la asistencia y de la coordinación de recursos".

Como datos más anecdóticos, en los indicadores de calidad menciona una "demora para la inclusión de 1-3 días", que es un factor incontrolable que depende de la lista de espera, a no ser que se refieran a "demora para la inclusión desde que hay plazas". Y respecto a los indicadores de evaluación, se mencionan como imprescindibles una serie de escalas (¿demasiadas?), no sólo al ingreso y al alta, sino 6 meses o 1 año después, lo que es casi imposible en general y más si pueden proceder de cualquier Unidad Asistencial.

Por último, en el anterior borrador se hablaba de unas recomendaciones acerca del "equipo multidisciplinar mínimo"(número de psicólogos psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales...), que en este nuevo borrador ha desaparecido (¿por qué?), supongo que porque si queda por escrito se podría reclamar (se habla de dotaciones de personal que, al menos en algunas áreas sanitarias, no se tienen en este momento).

De la coordinación con Atención Primaria (Págs. 58- 63 del Borrador)

Lo que se espera de Atención Primaria en la atención a la salud mental aparece bien recogido en el nuevo Plan. El objetivo general de "establecer un modelo general de coordinación, homogéneo para toda la Comunidad Madrid, clarificando los criterios de derivación desde Atención Primaria y potenciando la coordinación" y los objetivos específicos de "establecimiento del Consultor de Salud Mental en Atención Primaria", "desarrollo de la gestión por procesos integrados entre Salud Mental y Atención Primaria", "facilitación de la transmisión de información clínica entre ambos niveles" y " adecuación de la derivación de pacientes a criterios normalizados" son objetivos razonables y necesarios aunque no sean nuevos.

La principal dificultad para su consecución está, y ha estado ya anteriormente, en que Atención Primaria asuma el papel que desde Salud Mental se le asigna y esto pasa por la participación e implicación de la Dirección General de Atención Primaria en la elaboración y desarrollo de los Planes de Salud Mental así como de la inclusión e incentivación de la atención a la salud mental en la cartera de servicios de los médicos de Atención Primaria. Sin este compromiso de las direcciones lo que se puede hacer a nivel de los dispositivos asistenciales (SSMd y Centros de Salud) siempre va a quedar al voluntarismo de los

profesionales y las condiciones que introduce el nuevo marco sanitario no va a facilitar la relación entre dispositivos. En un marco sin zonificación, libre elección y con competencia entre dispositivos, establecer la coordinación individualizada de los SSMD con los Centros de Salud cercanos no deja de ser un ejercicio de buena voluntad, un funcionar al margen del área única o un mal negocio si los SSMD deciden hacer, y lo pueden hacer con el nuevo modelo, una oferta de atención a problemas y patologías de salud mental menos graves y Atención Primaria se termina convirtiendo en un competidor.

Además de cómo fuente de derivación, Atención Primaria ha de jugar un papel esencial en el control y seguimiento de la salud general de los pacientes con trastornos mentales graves que suelen estar polimedicados durante largos periodos de tiempo y en los que el aumento de enfermedades somáticas (morbilidad) y de mortalidad está claramente establecido. Conseguir implicar a los Médicos de Atención Primaria en el control y seguimiento de estos pacientes es una prioridad y debería ser uno de los objetivos prioritarios que la Oficina Regional de Coordinación debería pactar con Atención Primaria.

Del Trastorno Mental Grave: Prog. de Continuidad de Cuidados (págs. 64- 70 del Borrador)

Los objetivos y recomendaciones que se plantean en este punto siguen a un preámbulo en el que: no hay una evaluación acerca del grado de consecución de los objetivos planteados en éste área en el anterior Plan; no hay una descripción de la situación actual en Madrid; las propuestas teóricas contempladas se mezclan con la descripción de programas existentes, sin que se pueda distinguir lo que dice la literatura científica sobre lo que es eficaz, de lo que actualmente está implantado en Madrid; se describen algunos elementos necesarios según la literatura que luego no ven su reflejo en los objetivos y recomendaciones.

Se pasa a continuación a fijar unos objetivos a los que siguen una serie de recomendaciones muy poco concretas acerca de modo en que van a desarrollarse (responsables, lugar, personal, ratios, plazos, presupuestos, cronograma...) y de la formación continuada del personal para desarrollarlos. En este contexto el término “recomendación” es laxo y sujeto a voluntarismos.

Por otra parte, en las recomendaciones hay una contradicción entre las propuestas y la realidad existente. Así, mientras se recomienda “implantar” los Programas de Continuidad de Cuidados, estos ya están “implantados con diverso grado de desarrollo en los SSM” según se cita en el documento una línea más arriba y según es la realidad. Y al revés, se plantea “consolidar” programas de intervención precoz en psicosis y psicoterapéuticos cuando estos apenas están desarrollados en ningún servicio.

Se plantean 3 objetivos para potenciar programas dirigidos a esta población (programas de continuidad de cuidados, intervención precoz, rehabilitación neuropsicológica) sin que se explique de qué modo estas intervenciones van a estar integradas en el tratamiento de una misma persona.

Se echa en falta propuestas de investigación y de evaluación de resultados (sólo especificados en el objetivo sobre rehabilitación neuropsicológica).

El objetivo 1 recomienda “implantar” los PCC sin partir del desarrollo existente. Se fija la responsabilidad de la ORSM en la supervisión de la implementación de los PCC de modo homogéneo, pero no queda claro cómo va a realizar la Oficina estas tareas y con qué personal teniendo en cuenta su trayectoria. Otra recomendación es estudiar las necesidades de enfermeras y trabajadores sociales, cuando esto debería haber sido una tarea previa al Plan, y pasar a recomendar ratios concretos para asumir las tareas que ya deberían estar analizadas. En la literatura está ampliamente descrito cuáles son las ratios mínimas y máximas para desarrollar los PCC, y desde el dato del personal actual, en un Plan ya debería haber recomendaciones más concretas. En cuanto al desarrollo de la herramienta

informática, esta ya existe, si bien no está del todo implementada ni adecuadamente explotada, ni ha sido evaluada. Para la recomendación de la realización del censo es necesario revisar los criterios que hasta ahora estaban establecidos. Y debe fijarse la obligatoriedad de realizar esta tarea.

El objetivo 2 habla de “consolidar y desarrollar” programas de intervención precoz y psicoterapéuticos para psicóticos y nuestra valoración es que habría que “implementar” o únicamente “desarrollar”. Apenas existen estos programas. Se hace necesario especificar el modo en que estas intervenciones se integran y coordinan en el plan de cuidados de cada paciente. Los programas psicoterapéuticos para psicóticos los sitúa únicamente en el ámbito de la prevención y no especifica ni el contexto, ni el tipo de programa, ni el personal necesario.

El objetivo 3 recomienda potenciar programas de rehabilitación neuropsicológica. No queda claro cómo esta intervención va a estar integrada con el resto, ni el contexto en que se va a realizar. Nuestra valoración es que la rehabilitación neuropsicológica no puede abordarse de modo independiente a la rehabilitación del funcionamiento psicosocial, pues es en el afrontamiento de éstas tareas en el medio comunitario donde se facilitan los aprendizajes y mejoras en las funciones básicas, a través de actividades con significado para la persona. Esta intervención ha de estar integrada con el resto de la intervención.

De la Coordinación con la Red de Atención Social (págs. 71-75 del Borrador)

Valoramos positivamente que se mantengan y se recomiende potenciar los tres niveles de coordinación entre ambas redes que existían hasta ahora y que se basan en el territorio.

Sin embargo, no se concreta el modo en que se van a potenciar en ninguno de los tres niveles. Es necesario un mayor grado de definición del modo de funcionamiento interno de las distintas comisiones (frecuencia, asistentes, orden del día, toma de decisiones, representación colegiada), el modo en el que se va a supervisar su funcionamiento y el modo en que se interrelacionan los tres niveles de coordinación.

Es una carencia grave que este objetivo limite la coordinación con la red de atención social y que excluya de estas comisiones la coordinación/derivaciones con la red rehabilitadora hospitalaria. Para un adecuado desarrollo de los PCC, las decisiones sobre las distintas intervenciones (incluyendo media y larga estancia) deben tomarse teniendo en consideración a los distintos profesionales que intervienen en el plan de continuidad de cuidados de la persona. De hecho, el apartado acerca de las unidades de media estancia menciona que éstas están dirigidas a aquellos pacientes “en los que se han agotado las posibilidades de rehabilitación que les permitan vivir en un entorno más normalizado (domicilio familiar, pensiones o pisos protegidos, minirresidencias)”. ¿Se van a tener en cuenta las valoraciones de los estos recursos que, integrados en las comisiones, han intentado estas posibilidades de rehabilitación?. ¿Cómo se van a “normalizar” los procedimientos de derivación a estos dispositivos eliminando esta función de las comisiones?.

Es otra carencia que no se especifican otros espacios de coordinación que se dan a nivel de distrito (recursos sociocomunitarios).

De la Exclusión Social: Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales sin Hogar (págs. 73-83 del Borrador del Plan)

Tras una amplia introducción en la que se describe el Programa, se establecen 3 objetivos que quedan concretados en las siguientes recomendaciones y que vienen a potenciarlo: Reconocer el Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar como una Unidad Funcional de referencia para el Municipio de Madrid; Adscribir el Programa al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos; Mejorar la infraestructura y

recursos materiales del Programa; Definir actuaciones protocolizadas con los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales; Generales para facilitar las hospitalizaciones y los planes de alta de los enfermos mentales sin hogar; Revisar y mantener el convenio de colaboración con el Ayuntamiento de Madrid y los acuerdos con el Plan de Atención Social para personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales; Mantener y potenciar la Comisión de Integración de Enfermos mentales sin Hogar en la red de Servicios de Salud Mental vinculada a la Oficina Regional de Coordinación a la Salud Mental como herramienta clave para la integración de los pacientes en la red de salud mental de la Comunidad de Madrid; Establecer una coordinación estable con la Agencia Antidroga y el Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

### **3. De la atención hospitalaria (págs. 84-89 y 206-208 del Borrador)**

#### **1. SERVICIOS DE PSIQUIATRIA EN HOSPITALES GENERALES:**

Recomiendan que todos los hospitales tengan UHB (dejan abierta la posibilidad de que dependa de gestión de recursos, pero dejan claro que será por cuestiones de eficiencia)

En los hospitales además de la UHB, deberá haber Interconsulta y psiquiatría de enlace (*no especifican en qué consiste ni las funciones de cada uno*).

Pretenden que cada uno cuente con unidades específicas (de patología dual, TCA...), tanto intrahospitalarias como ambulatorias (*¿si son ambulatorias centralizadas desde hospital?*). No explican de quien dependerán, como se gestionaran o de donde saldrán los recursos o cuáles serían los objetivos de las mismas.

#### **OBJETIVOS:**

Objetivo 1: Estudio del número de camas: Lo recomendable es de 15-30. La determinación del número de camas será según estancia media y número de ingresos, *no explican como se va a hacer o qué sería lo óptimo*.

Recomendación: Estudio del número de camas según la demanda.

Objetivo 2: No existe. Es que se lo saltan.

Objetivo 3. Mejorar procedimientos organizativos y de gestión, *qué es lo que hay que mejorar, por qué, es que ha ido mal, si es así el que ha ido mal, cómo quieren mejorarlo?, demasiadas preguntas*.

Recomendaciones: Las Unidades de Hospitalización Breve deben tener definido:

1º.- La Cartera de servicios. Existe en todas las unidades en principio.

2º.- El mecanismo de coordinación con el resto de dispositivos de la red asistencial para garantizar la continuidad asistencial. No dicen de que forma es recomendable que se haga esta coordinación, o hacia qué dirigirla.

3º.- El mapa de procesos de la Unidad, elaborado de manera consensuada con participación de los profesionales de la Unidad (*y supongo que del área*), en el que se recojan, entre otros, los siguientes:

- Procedimientos que regulan los accesos a la Unidad
- Protocolos asistenciales para los distintos grupos de diagnósticos elaborados según las Guías de Práctica Clínica
- Consentimientos informados para el ingreso voluntario y para la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos (cuáles).

4ª.- El Manual de funcionamiento interno de las Urgencias Psiquiátricas, dada la rotación diaria de Médicos Residentes de Psiquiatría, personal de staff del Hospital y médicos

psiquiatras de los Centros de Salud Mental de la Unidad Asistencial, que contenga los procedimientos de atención coordinados con el resto de los Servicios de Urgencia del Hospital y guía de criterios de internamiento.

Objetivo 4: Protocolo de manejo de situaciones de riesgo. Viene a decir que se protocolice lo que tiene que ver con medidas de aislamiento, protocolo de fugas, prevención de violencia y suicidio, contención...A todo esto le dan mucha importancia. Resalta especialmente recoger un protocolo de riesgo de fuga.

Objetivo 5: Propuesta de un Plan funcional de UHB y urgencias psiquiátricas (ANEXO 4). Viene a decir cómo y donde hacer la UHB, en planta baja, con salida al patio o jardín, medidas de seguridad de entrada de familia, cámaras, staff de enfermería (regula hasta grosor de cristales), habitaciones individuales, colchones y pijamas ignífugas??, zona de fumadores, TV, terapia ocupacional, despachos dentro de la unidad pero con salida para familias al exterior. En la urgencia, sala de espera separada de la del resto de pacientes y familiares, dos despachos si hay MIR y observación psiquiátrica (explica que un BOX, pero no donde ni con que enfermería. *En áreas con grandes poblaciones (no dice cuántos habitantes, ósea que será donde interese) abogan por UHB para ingresos más breves, ingresos de 72h.*

## 2. CENTROS PSIQUIÁTRICOS Y UNIDADES ESPECÍFICAS:

Comienza diciendo que lo que existe es modernísimo y óptimo para la media y larga estancia. Hablando tanto de lo público como de lo concertado. Explican que está coordinado con la red y que se pueden diseñar intervenciones específicas terapéuticas.

La media y larga estancia la entienden conforme a la duración de la intervención y no al tiempo de estancia.

Las Unidades de Media y Larga estancia deberán tener un CRPS (buen en realidad dicen centro rehabilitador) cercano y asignado para asegurar la continuidad de cuidados. El número de camas se distribuirá según territorialidad.

Las Unidades Residenciales y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos prolongados tratarán a pacientes que no tienen capacidad para la autonomía u otros recursos (MR, pisos...). Su función estará orientada hacia el ocio. Se considera diferente para pacientes de este perfil mayores de 60 años, que ingresarían en las unidades de psicogeriatría. *Sobre esto no explican donde se ubicarán de quién dependerá, cómo se derivará...*

Se prevé la creación de Unidades residenciales Sanitarias Externas, que dicen tendrá supervisión médica y de enfermería 24 horas y que se podrían ubicar en módulos adyacentes al hospital.

Se prevé la creación de Unidades de Patología resistente, para pacientes con patologías resistentes que requieran intervenciones más prolongadas que las que se hacen habitualmente en las UHB, aclaran que también dependerá de la complejidad del proceso.

### Objetivos:

1 Adecuación de camas de media y larga estancia.

Objetivo específico 1: Desarrollo de un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados.

Hablan de que esto es necesario y que será la Oficina quien lo gestione.

Recomendación: Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados en las Unidades de media y larga estancia y de lista de espera gestionada de manera centralizada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. *No explican cómo se hará.*

Objetivo específico 2: Adecuación de la oferta de camas de media estancia.

Crean que la oferta es suficiente, pero que es necesario derivar a larga estancia pacientes que han agotado posibilidades rehabilitadoras y que ocupan la media estancia.

Recomendaciones:

1. Mantener la oferta actual de camas de Unidades de Tratamiento y Rehabilitación de media estancia.
2. El tiempo medio de espera hasta el ingreso no debe ser superior a seis meses.

Objetivo específico 3: Adecuación de la oferta de camas residenciales de larga estancia. Ven necesario que se incrementen, no *explican en que se basan*.

Recomendaciones:

- 1 Incrementar la oferta para de camas residenciales de larga estancia con un mínimo de 200 camas.
2. El tiempo medio de espera hasta el ingreso no debe ser superior a seis meses.

Objetivo 2: Estudio de viabilidad de una Unidad para Pacientes con Patologías Resistentes.

El perfil sería pacientes que realizan estancias en UHB superiores a dos meses, o que reingresen mucho. El lugar debería ser el Lafora y ser de referencia para ingresos de varias Unidades Asistenciales.

Recomendaciones: Estudiar la viabilidad de transformar una Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. R. Lafora en una Unidad para pacientes con Patologías Resistentes.

Objetivo 3: Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión.

Recomendaciones:

1. Perfeccionar los procedimientos normalizados de derivación de pacientes con definición de los objetivos terapéuticos y rehabilitadores.
2. Diseñar el proceso de las Unidades, en los que se recojan, entre otros, los siguientes aspectos:

Protocolos asistenciales para los distintos grupos de diagnósticos elaborados según las Guías de Práctica Clínica

Consentimientos informados para el ingreso voluntario y para la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos (cuáles).

Objetivo específico: Protocolización del manejo clínico de situaciones específicas de riesgo.

Recomendación: Implantar la protocolización normalizada para el manejo clínico de situaciones de riesgo (aplicación de medidas coercitivas, prevención del riesgo suicida, prevención de la violencia, prevención de fuga de pacientes en situación de riesgo) en todos los Centros Psiquiátricos.

#### **4. De la atención a niños y adolescentes (págs. 90 a 93 del Borrador)**

Compartimos sin reserva los principios que definen la atención a Niños y Adolescentes: el carácter preventivo, la especificidad de la atención respecto a la atención de adultos, el modelo comunitario con una atención territorializada y equipos multidisciplinares, el tratamiento integral, la preeminencia y potenciación de las intervenciones psicoterapéuticas sin renunciar a las intervenciones psicofarmacológicas cuando se precise, la importancia de las actividades de coordinación con dispositivos sanitarios, educativos y sociales, la

necesidad de desarrollar un Programa de Continuidad de Cuidados para el manejo de los Trastornos Mentales Graves presentes en este grupo de edad y la necesidad de potenciar actividades de docencia, formación e investigación específicas. Los obstáculos para desarrollar estos principios son los mismos que los señalados para los Servicios de Salud Mental que es la implantación del nuevo modelo sanitario que de llevarse a cabo hace inviable las propuestas que se defienden en el nuevo Plan.

El Plan se propone tres objetivos concretos: “estudio de las necesidades de recursos, estudio de la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves y el desarrollo de protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas (Trastornos de conducta grave, trastorno orgánico, psicosis, autismo, patología dual, retraso mental, etc.) y la valoración de implantación de recursos específicos para ellos”. En cuanto a los recursos creemos que los equipos de atención a Niños y Adolescentes con una identidad diferenciada se deben mantener incorporados a los Servicios de Salud Mental de distrito que es el marco idóneo para el desarrollo del modelo comunitario, la atención integral al niño y su entorno familiar y el eje sobre el que debe pivotar la red de dispositivos y la coordinación de la atención. El equipo básico de atención debería contar con un psiquiatra infantil, un psicólogo, un profesional de enfermería y otro de trabajo social. Las ratios no deberían ser inferiores a un psiquiatra, un psicólogo, un profesional de enfermería y uno de trabajo social por cada 20.000 niños y adolescentes. Compartimos la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial. Y en cuanto a las necesidades de recursos específicos pensamos que su implantación debe ser muy restrictiva y únicamente en aquellos casos en los que el abordaje no pueda ser llevado a cabo desde los equipos de atención a niños y adolescentes de los Servicios de Salud Mental de distrito.

## ***5. De la atención psicogerítrica (págs. 94-96 del Borrador)***

El nuevo plan, renueva los objetivos que se planteaba el anterior, con una concepción más ligada a los programas que al nuevo modelo que se quiere implantar de funcionamiento por procesos, recomendando la existencia de un responsable de referencia del programa de psicogeriatría en la Unidad Asistencial y en los SSMd. Por otro lado presenta algunas novedades interesantes como la potenciación y protocolización de la atención domiciliaria a las personas mayores con dificultades de movilidad y las intervenciones de apoyo a las residencias geriátricas que deberían tener la consideración de un programa de enlace, que son intervenciones comunitarias a recuperar y que sería necesario que se implantasen en todas las Unidades Funcionales y Servicios de Salud Mental de distrito obviando la filosofía de área única del nuevo marco sanitario. Y hay una recomendación que creemos de gran calado que es “el acceso sin límites de edad de las personas mayores a dispositivos tales como hospitales de Día y recursos de rehabilitación”. Añadiríamos que de forma general se deben replanteen los criterios de exclusión ligados a la edad de la mayor parte de las unidades específicas y dispositivos concertados.

## **6. De áreas y programas específicos (págs. 97-123 del Borrador)**

### **(T. Alimentación, T. personalidad, T. alcohol y adicciones, Sordera y SM, discapacidad intelectual, autismo)**

De la atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (págs. 97-101 del Borrador)

Se realiza una descripción de los distintos programas y recursos específicos para TCA existentes en el momento actual. En ocasiones, sorprende el excesivo número de guías específicas (Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa, Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM), Programa de Atención y Seguimiento para los TCA...).

Se plantea de forma reiterada la necesidad de coordinación entre distintos niveles asistenciales, recursos específicos y no específicos, programas específicos, distintas disciplinas médicas...; situación imprescindible en estos casos pero complicado, y se apunta como solución la designación de un responsable en cada Unidad Asistencial que se encargue del seguimiento, coordinación entre servicios y asegurar la continuidad de cuidados. Esta situación sería físicamente imposible en casos en que se ejerza la libre elección de especialista en distintos lugares, dado además el alto número de disciplinas implicadas en el tratamiento y recursos específicos dispersados en la CAM.

Sorprende uno de los objetivos del borrador referido al “estudio de oferta de un comedor terapéutico externo en el Hospital de Día de TCA del HU Santa Cristina” (aunque éste al menos es de los pocos objetivos con este grado de concreción.)

De la atención a los trastornos graves de la personalidad (págs. 102-104 del Borrador)

Se describen las distintas modalidades de abordaje necesarias para el tratamiento de estos pacientes, insistiendo de nuevo en la importancia de la continuidad de cuidados y de la coordinación con las distintas intervenciones específicas que precisen. Aquí además se reconocen 3 redes diferenciadas implicadas: Salud Mental, Rehabilitación y Atención a las drogodependencias. De nuevo, para llevar a cabo dichas labores de coordinación, se hace imprescindible el trabajo realizado en una misma zona sanitaria (o Unidad Asistencial), con la complicación que supondría coordinarse con distintos recursos de distintas unidades asistenciales.

De la atención al alcoholismo, otras adicciones y comorbilidad psiquiátricas de las adicciones (Pacientes con diagnóstico dual) (págs. 105 a 110 del Borrador)

Se realiza un análisis de la complicada situación en que se encuentra la atención a pacientes con problemas de adicciones y con comorbilidad psiquiátrica. Ante la existencia de 2 redes implicadas en esta atención (Salud Mental y Atención a drogodependientes), de nuevo se recomienda potenciar la coordinación entre ambas redes, con la misma situación (necesidad de que se coordinen recursos de una misma zona administrativa para que sea efectiva). A esta situación se suma la recomendación de cooperar además con asociaciones privadas de autoayuda y rehabilitación (alcohol, juego patológico...).

Se apuesta también por el estudio de recursos específicos para pacientes con patología dual en Unidades de Psiquiatría de la Adicción (*desconozco su efectividad...*).

De la atención a la sordera y salud mental (págs. 111-112 del Borrador)

Información de la existencia y el trabajo de la Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (USMS) en el HGU Gregorio Marañón, que desde el 2002 atiende a esta población con trastornos mentales en la CAM.

De la atención a la salud mental de personas con discapacidad intelectual (págs. 113-115 del Borrador)

Información de la existencia y el trabajo del Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI), que atiende desde el 2008 a adultos con discapacidad intelectual y problemas de salud mental y/o problemas de conducta que están en contacto con centros asociados a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y que no están siendo atendidos en la red de los Servicios de Salud Mental.

La tendencia sería al acercamiento de estos pacientes a los servicios de salud mental comunitarios, y además del trabajo relacionado con los pacientes y familias, de nuevo se insiste en el trabajo de coordinación entre profesionales dependientes de las 2 consejerías (Sanidad y Familia y Asuntos Sociales).

También se recomienda estudiar la atención en Unidades Específicas para personas con Discapacidad Intelectual leve y trastornos de conducta.

De la atención a las personas con trastornos del espectro autista (págs. 116-119 del Borrador)

Información de la existencia y el trabajo del Programa de Atención Médica Integral a Pacientes con Trastornos del Espectro Autista (AMI-TEA), que desde el 2009 atiende a estos pacientes en un recurso especializado y centralizado para toda la CAM.

Describe el equipo que lleva a cabo el programa y sus funciones.

De la atención a la salud mental en personal sanitario (págs. 120-123 del Borrador)

Información de la existencia desde el 2006 del Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) y su trabajo llevado a cabo en la Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE), que atiende al personal sanitario del Servicio Madrileño de Salud con problemas de salud mental y/o conductas adictivas, con ciertas características de gravedad. Esta unidad depende de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Se recomienda su mantenimiento y consolidación en la atención integral y específica a los profesionales sanitarios del SERMAS, así como el avance en la prevención y detección precoz de trastornos mentales del personal sanitario, y labores de investigación en este aspecto. También se insiste en la coordinación con las distintas redes que podrían ser necesarias (recursos psicosociales, red de salud mental, red de atención a las drogodependencias, red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera...).

Resumiendo, respecto al punto ÁREAS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS, se podría decir que en general se describen los distintos recursos, planes y dispositivos específicos que actualmente hay, sin diferenciar los públicos de los privados o concertados. También que en general tienen claro que se recomienda aumentar o mejorar las coordinaciones entre la red de Salud Mental y distintos recursos específicos de otras redes (rehabilitación, drogas...), o

incluso con asociaciones privadas (familiares y pacientes, alcohólicos....). La cuestión es que si esto ya es difícil funcionando en áreas sanitarias, sería imposible con el asunto de la libre elección de especialista en cualquier punto de la CAM. Por último, se valoran muy positivamente y se recomienda potenciar las Unidades y Programas *Específicos* (*abunda lo específico, las siglas, y se repite la “coordinación” aunque no se sepa cómo se puede llevar a cabo...*).

## **7. Del Plan de Prevención del Suicidio (págs. 124-130 del Borrador)**

El suicidio es la complicación más grave de los trastornos mentales. Su presencia supone un hecho dramático para las familias y para los equipos de atención a la enfermedad mental. El instrumento fundamental de prevención es una buena red de atención con un abordaje rápido y eficaz de los trastornos mentales, con accesibilidad de los pacientes a los tratamientos y disponibilidad de una red de dispositivos bien dotada que se hace cargo de forma integral y continuada de una persona con una enfermedad mental y de los distintos avatares por los que esta va pasando, con sus formas de comienzo, periodos de estabilización, reagudizaciones y situaciones de crisis. Únicamente puede dar respuesta a estas necesidades una red integrada de dispositivos, que se hace cargo de forma territorializada de las necesidades asistenciales de una población definida desde un modelo comunitario y de continuidad de cuidados.

Desde este marco de atención, también entendemos que hay determinadas enfermedades y situaciones clínicas que en si mismas suponen una situación de riesgo de suicidio y para las cuales tiene sentido el desarrollo de actuaciones protocolizadas preventivas dirigidas a pacientes de riesgo que contactan o han contactado con los Servicios de Salud Mental. En este sentido apoyamos los objetivos de este nuevo Plan de Salud Mental de “implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio” que permita evaluar también la respuesta de los servicios sanitario ante las conductas suicidas, y la “implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio” que implique la existencia en los Servicios de Urgencia de “protocolos únicos de recogida de información asociada a la conducta suicida” así como “desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación de los Servicios de Salud Mental Ambulatorios y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para pacientes con riesgo suicida”. Así como el objetivo de “desarrollar programas formativos de depresión y prevención del suicidio” dirigidos a personal sanitario de atención primaria, servicios de emergencia, servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores, profesionales de instituciones penitenciarias, del medio escolar y universitario.

## **8. De la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales (págs. 131-132 del Borrador)**

El borrador comienza situando el escenario planteado de integración de la red de atención ambulatoria a la Salud Mental en el nivel de atención especializada como una “gran oportunidad para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación”. Sin embargo, en ningún momento va más allá de esa conjetura y no hace mención a pautas o estrategias sobre el modo concreto de abordar esta problemática en tiempos de nuevos espacios y reorganización de recursos.

Se planta un único objetivo, “diseñar, desarrollar y evaluar intervenciones para erradicar el estigma asociado al Trastorno Mental Grave”, para lo que recomienda “participar conjuntamente con las Asociaciones de Familiares y Pacientes y la Consejería de Familia y Asuntos Sociales”.

Llama especialmente la atención la falta de objetivos y recomendaciones dirigidas a las propias personas afectadas y a los profesionales de la salud obviando así que el estigma

empieza en el mismo momento del diagnóstico a través del proceso de inmersión de rol que tiene lugar desde entonces.

### **9. De la violencia de género y salud mental: El Programa Atiende (págs. 133-140 del Borrador)**

Después de trece párrafos de introducción, concluye que hay que detectar pronto y derivar al dispositivo especializado. Acaba con una serie de recomendaciones éticas, formativas e incluso psicoterapéuticas. Las recomendaciones, en un Plan, son papel mojado. La derivación a recursos especializados para un problema de salud pública de marcado carácter social y asociado al patriarcado no es más recomendable que su abordaje desde el entorno natural (comunitario) de la mujer.

### **10. De la salud mental y catástrofes (págs. 141-145 del Borrador)**

El borrador incluye este capítulo a partir del hecho de que durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008 han acaecido en la Comunidad de Madrid sucesos de gran gravedad y repercusión social (atentado del 11 de Marzo de 2004, accidente Spanair). En todo momento evita cualquier cuestionamiento o replanteamiento del papel de los profesionales de la Salud mental en estas situaciones.

Se establecen dos objetivos, uno muy básico y ambicioso, “desarrollo e implantación de un protocolo-marco de actuación de Salud Mental ante situaciones de emergencia masiva y catástrofes” basado en la formación y experiencia de profesionales especializados, la coordinación y la multidisciplinaridad, intentando superar el voluntarismo. Para ello, informa de la existencia de dos recursos especializados de referencia para toda la Comunidad de Madrid: la Unidad de Trauma Psíquico para adultos del Hospital Clínico San Carlos y la Unidad de Trauma Psíquico infantil, del H. G. U. Gregorio Marañón.

El segundo objetivo, concretísimo, tiene que ver con el establecimiento de un convenio de colaboración entre el servicio de Urgencias Médicas de Madrid (Summa 112) y la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico para atención a menores víctimas de trauma agudo.

### **11. De la Salud Mental e Inmigración (págs. 146-150 del Borrador)**

Se dedican varias páginas a profundas disquisiciones antropológicas sobre el concepto de cultura y la necesidad de incluir esa dimensión para intentar aprehender la complejidad de lo humano. En cualquier caso, se acaba proponiendo un solo objetivo: “mejora de la atención a la Salud Mental de la población inmigrante”. Respecto a las recomendaciones para llevarlo a cabo, compartimos todo lo que tiene que ver con la formación de profesionales y la investigación aunque éstas aparecen al mismo nivel que cuestiones mucho más elementales, básicas y por ello apremiantes como el poder disponer de intérpretes, traductores o mediadores culturales.

## **12. Del Plan Estratégico de Investigación en Salud Mental (págs. 151-159 del Borrador)**

El nuevo Plan de Salud Mental define las Áreas Estratégicas de Investigación en Salud Mental de la Comunidad de Madrid, señalando como áreas prioritarias de investigación la epidemiología y clínica de los trastornos mentales, el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de las enfermedades mentales, la detección precoz, adherencia, respuesta al tratamiento y evaluación de procesos asistenciales, los trastornos afectivos, la epidemiología y clínica de los trastornos conductuales y emocionales, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad, los trastornos por adicción a sustancias, los trastornos del espectro autista, la salud mental infanto-juvenil, los modelos animales y celulares para el estudio de enfermedades mentales y los aspectos sociales relacionados con la salud mental. Nos aparecen adecuadas las recomendaciones dirigidas a potenciar la investigación en todos los dispositivos asistenciales sobre todo de aquellos donde es más deficitaria como los Servicios de Salud Mental de distrito, y la de crear redes potentes de investigación a través de la integración de estos dispositivos en grupos con una trayectoria investigadora consolidada, así como la creación de Centros de Investigación específicos en salud mental y neurociencias y el desarrollo de perfiles profesionales ligados a la investigación en salud mental.

## **13. De la integración de los recursos de atención a la salud mental de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (págs. 160-161 del Borrador)**

En el contexto del nuevo Plan se quiere crear un marco de relación estable entre la Consejería de Sanidad y los Centros de la Orden de San Juan de Dios que facilite la integración de sus recursos en la red de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid. Para ello se recomienda “establecer un convenio singular entre el Centro de San Juan de Dios de Ciempozuelos y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la integración de sus recursos en la red de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid, en la que habrían de pactarse los siguientes fines: 1) compartir plenamente las políticas, estrategias y protocolos asistenciales propuestos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2) definir los objetivos asistenciales, docentes y de investigación, 3) compartir planes de calidad, 4) compartir los sistemas de información sanitaria.

Creemos que esta propuesta no tiene sitio en un Plan Estratégico de Salud Mental. No entendemos tampoco qué se pretende con este y qué sentido tiene este “convenio especial” que sitúa a una red de dispositivos privada con acceso a los sistemas de información y gestión de una red pública en una clara confusión y colisión entre intereses públicos y privados. Entendemos que deben ser los conciertos para prestar determinados servicios y las normas que rigen éstos los que deben regular las relaciones entre la Comunidad y la Orden de San Juan de Dios, como con el resto de las entidades privadas proveedoras

## **14. Del uso racional de psicofármacos (págs. 162-190 del Borrador)**

Compartimos los objetivos generales que se plantea este Plan respecto al uso racional de psicofármacos: el desarrollo de estrategias para aumentar la calidad, efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos, la disminución de la variabilidad de los tratamientos farmacológicos y el establecimiento de mecanismos de información científicos sobre utilidad, efectividad y coste eficiencia de los medicamentos.

Como objetivos específicos se plantean: la implantación de la historia clínica electrónica y promover la prescripción electrónica asistida, facilitar el acceso a fuentes de información y difundir información objetiva y relevante sobre el uso racional y novedades terapéuticas, mantener informados a los clínicos sobre alertas medicamentosas, promover la revisión y

difusión del uso de psicofármacos de acuerdo con las guías terapéuticas de los diferentes procesos psiquiátricos; realizar actividades encaminadas a la difusión de información fidedigna y adecuada relativa a los distintos trastornos mentales y sus tratamientos en los medios de comunicación con el fin de obtener un uso racional de los mismos entre la población, informar periódicamente a los médicos psiquiatras de sus perfiles de prescripción comparados (feedback de la información), realizar estudios sobre la utilización de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas (off-label) en los diferentes diagnósticos psiquiátricos y promover cursos de formación continuada para médicos psiquiatras y profesionales en formación. Así como los objetivos que se plantea que deben llevar a cabo los profesionales y que deben formar parte, en mayor o menor medida, de su quehacer cotidiano (promover la utilización de los psicofármacos de acuerdo con las guías farmacoterapéuticas de los diferentes procesos psiquiátricos, notificaciones de reacciones adversas a través del Programa de Notificación Espontánea de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos, promover la adherencia al tratamiento del paciente, con el fin de mejorar el pronóstico del trastorno, mediante la información sobre su enfermedad y las posibilidades terapéuticas orientada a conseguir la participación del paciente en la toma de decisiones, promover la realización de estudios sobre efectos adversos de determinados psicofármacos en poblaciones específicas (Ej. síndrome metabólico y riesgo cardiovascular con antipsicóticos, niños expuestos a ISRS) que permitan conocer la verdadera incidencia de los efectos adversos en nuestro medio, informar al paciente de la utilización de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas para su patología).

Apoyamos también la actualización de la normativa que regula el uso de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas con la reducción de los aspectos burocráticos y la introducción de mecanismos de control a nivel institucional a través de los protocolos terapéuticos. Y también consideramos necesario la utilización de indicadores de uso racional de psicofármacos y su incorporación a los indicadores de evaluación de los procesos asistenciales, los dispositivos y los profesionales de la red de atención a la salud mental.

De lo que tenemos dudas es de cómo se van a conseguir estos objetivos, que plazos existen para su consecución, con qué medios se cuenta para poder hacerlo y quién es el responsable de cada uno de los objetivos que se plantean.

Madrid, febrero de 2010

Junta Directiva de la AMSM