

SALUD MENTAL EN EL III PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID)

(Documento de trabajo)

Ana M^a Marcos del Cano
Catedrática acreditada de Filosofía del Derecho
Facultad de Derecho-UNED
“Madrid sin Barreras, Discapacidad e inclusión social”
Proyecto H2015-HUM/3330
Proyecto JUDEAS DER 2013-41462-R

A la hora de proceder a la Evaluación del III Plan en el aspecto de la salud mental, partimos de lo que la **Convención de los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (2006)** establece como marco normativo como base y fundamento de cualquier actuación en este ámbito.

En su **Preámbulo**, la Convención apela a las Declaraciones y Pactos de Naciones Unidas en los que se reconoce que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en dichos instrumentos, sin distinción de ninguna índole.

Ya en su artículo 1 incluye como personas con discapacidad a aquellas que tengan deficiencias mentales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

En el ámbito de la salud, recoge en su artículo 25 la exigencia de los Estados partes de adoptar las medidas necesarias para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

Es precisamente en el artículo 26 donde se recoge la rehabilitación con el fin de que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física y mental. Y desde ahí establece que se realizarán programas de habilitación y rehabilitación para el ámbito específico de la salud en general.

Nuestras fuentes para evaluar el Plan en el aspecto de la salud mental, han sido los informes que desde la propia Comunidad de Madrid han realizado¹, los informes de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre evolución de los recursos destinados a salud mental (2000-2015)², el Informe de 2014 específico sobre la Atención de la Salud Mental en Madrid³ y las aportaciones de personas expertas en relación con la salud mental en grupos específicos⁴.

1.- INFORMES DE EVALUACIÓN DE LA COMISIÓN INTERDEPARTAMENTAL 2012, 2013 Y 2014

El propio Plan ha establecido en su propia programación la necesaria evaluación del mismo, habiéndose ya obtenido los informes del 2012/2013; el informe intermedio del 2014 y ahora mismo se está esperando el informe final que se presentará posiblemente a finales del 2016. Este proceso de evaluación se está desarrollando por parte de una Comisión Interdepartamental integrada por representantes de todas las Consejerías del Gobierno regional y las entidades más representativas de la discapacidad, a través de CERMI-Madrid⁵.

¹ Véanse todos los Informes de 2012, 2013 y 2014 en http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354565353797&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1354503014837&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109170600517

² Véase el Informe en <https://amsmblog.files.wordpress.com/2016/05/evoluciocc81n-de-recursos-de-salud-mental-2000-2015.pdf>

³ Véase el Informe en <https://amsmblog.files.wordpress.com/2014/09/informe-amsm-pdf.pdf>

⁴ Distintas entrevistas con psiquiatras y la intervención de Margarita Rullas en la UNED en la Mesa Cuadrada "IMPLANTACIÓN Y VALORACIÓN DEL PLAN DE DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID", organizada por el Proyecto Madrid sin barreras Proyecto H2015-HUM/3330y JUDEAS DER 2013-41462-R, el 15 de junio de 2016. Véase en <http://derechoshumanosybioetica.org/proyecto-de-investigacion-madrid-sin-barreras-discapacidad-e-inclusion-social/>

⁵ Los participantes de la Comisión:

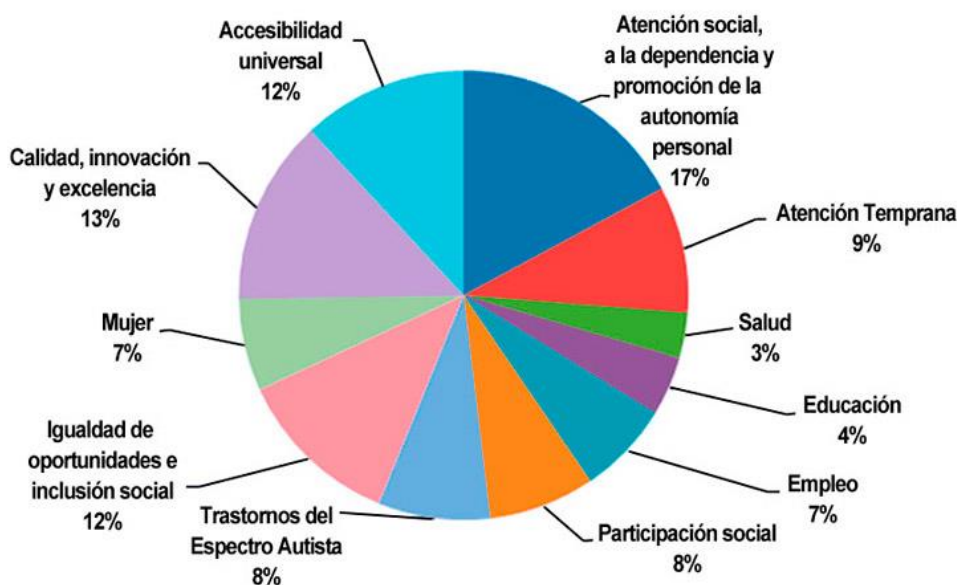
Responsable: Consejería de Asuntos Sociales.

Coordinación y Desarrollo: Dirección General de Servicios Sociales.

Participantes: ♣ Todas las Consejerías del Gobierno Regional. ♣ La Comisión Interdepartamental para la coordinación y la atención integral de las personas con discapacidad y sus grupos de trabajo. ♣ El Consejo Asesor de Personas con Discapacidad. ♣ El Consejo para la Promoción de la Accesibilidad y la Supresión de Barreras.

La salud mental se ha incluido en dos áreas: en el área de atención social, a la dependencia y promoción de la autonomía personal (17 %) y en el área de salud (3%).

Distribución de los objetivos por áreas y programas horizontales



En el área de la **atención social, a la dependencia y promoción de la autonomía personal**, se dedica **un programa concreto, el 3**, para la atención a las personas con enfermedad mental grave y duradera, consolidando así, según el Informe de Evaluación de la Comisión Interdepartamental, el modelo de coordinación sociosanitaria de la comunidad de Madrid.

En el Informe de Evaluación por parte de la Comisión Interministerial de los años 2012 y 2013, se establece una alta satisfacción en el logro de este programa. El establecimiento de un nuevo modelo de atención a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid basado en la calidad, la sostenibilidad y la optimización del sistema y centrado en las necesidades de las personas a través del modelo de acuerdo marco que ha contado con la aceptación de todas las entidades gestoras de servicios.

Este modelo ha permitido que la Comunidad de Madrid, referente en la atención sociosanitaria de las personas con enfermedad mental, haya mejorado la prestación de servicios incluso en una coyuntura económica adversa. En concreto, se han creado 75

nuevas plazas en una red que a finales de 2013 contaba con 5.754 plazas y que ha permitido atender a 7.416 usuarios en 2012 y a 7.655 usuarios en 2013.

El modelo de acuerdos marco se ampliará a la Red de Atención a personas con discapacidad, habiéndose empezado en el último trimestre de 2013 la tramitación de los Acuerdos Marco de Centros Ocupacionales y de Residencia con Centro Ocupacional, lo que permitirá seguir ampliando plazas.

En los años 2012 y 2013 se han incorporado a los distintos recursos de la Red Pública de Atención a la Discapacidad y a la Enfermedad Mental un total de 5.330 usuarios, de los cuales 2.727 lo han hecho en 2012 y 2.603 en 2013.

En la red de atención a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid se han desarrollado durante los dos primeros años de ejecución del Plan más de 400 actuaciones de sensibilización social contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental, en consonancia con el espíritu de la Declaración de Madrid presentada el 11 de enero de 2011. En concreto, se han recogido 222 actuaciones en 2012 y 233 en 2013⁶.

En el año 2014, el Informe recoge un elevado nivel de cumplimiento, sólo 6 % no iniciados y 94 % en desarrollo. A lo largo de 2014, sigue diciendo el Informe de Evaluación, se ha consolidado el nuevo modelo de atención a personas con discapacidad y con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid a través de acuerdos marco, basado en la calidad, la sostenibilidad y la optimización del sistema y centrado en las necesidades de las personas. Así, a lo largo de 2014 han entrado en vigor cuatro acuerdos marco para atención a personas con discapacidad intelectual- centro ocupacional, residencia con centro ocupacional, residencia para personas con alto nivel de dependencia y atención en vivienda comunitaria- y se ha realizado la tramitación administrativa de otros cinco, que entrarán en vigor a lo largo de 2015, dos de ellos para atención a personas con discapacidad intelectual -personas en proceso de envejecimiento prematuro y centro de día para personas con alto nivel de dependencia-, uno para personas con trastornos del espectro del autismo y otros dos para personas con discapacidad física, atención en centro de día y residencia. Esto significa que al final de

⁶ Véase Informe, pp. 27-28:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername=1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DInforme+Evaluaci%C3%B3n+Intermedia+Plan+BVCM013926.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352901958671&ssbinary=true>

2014 hay diez acuerdos marco ya en vigor, ya que cabe recordar que a lo largo de 2013 habían entrado en vigor los seis correspondientes a los distintos modelos de atención en la red pública de atención a personas con enfermedad mental. Este modelo ha permitido que la Comunidad de Madrid haya mejorado la prestación de servicios incluso en una coyuntura económica adversa. En concreto se han creado 395 nuevas plazas dentro de la red pública en 2014, 310 en la red de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera y 85 en la red de atención a personas con discapacidad. La red contaba a final de 2014 con un total de 19.486 plazas en las se ha prestado atención a 22.386 usuarios, 8.065 personas con enfermedad mental y 14.321 personas con discapacidad⁷.

En el **área de la Salud**, en el **Programa 2 en Atención sanitaria**, como objetivo general se presenta:

Impulsar la atención en salud mental a grupos específicos

y como **objetivos específicos** se señalan los siguientes:

- 3.1. Consolidar el **Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual** (Equipo móvil de apoyo a los Centros, SESM-DI, Hospital de la Princesa)
- 3.2. Consolidar la **Unidad de Salud Mental para personas Sordas** (USMS) del Hospital Gregorio Marañón
- 3.3. Consolidar la **consulta monográfica del Síndrome de Prader Willi**, en el Hospital Gregorio Marañón, con la finalidad de mejorar la atención en salud mental de los pacientes afectados por el mismo
- 3.4. Mantener los **Hospitales de Día Infanto-Juveniles (Centros Educativos Terapéuticos)**
- 3.5 Mejorar e impulsar la atención a trastornos de personalidad graves, en especial en **Unidades de Trastornos de la Personalidad-Comunidades Terapéuticas (UTP)**

⁷ Véase Informe, p. 19 y ss:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername_1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DEvaluaci%C3%B3n+2014+Plan+Tratada.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352901958718&ssbinary=true

Del Informe de Evaluación de la Consejería se desprende que en los años 2012, 2013 y 2014, los objetivos se habían cumplido al 100 %. Y así destaca que, entre las medidas para impulsar la atención en salud mental a grupos específicos, cabe mencionar:

- La creación y consolidación de una consulta monográfica del **Síndrome de Prader Willi**, con la finalidad de mejorar la atención en salud mental de los pacientes afectados por el mismo. La consulta se ubica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Así mismo, dentro de este objetivo, destacan además otras **unidades de salud mental dirigidas a grupos específicos**, tales como la Consulta del Síndrome de Angelman en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, la Consulta Síndrome de Down en el Hospital de La Princesa.

Por último, con el objeto de mejorar e impulsar la atención a trastornos de personalidad graves el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario San Carlos ha puesto en marcha el segundo **“piso terapéutico”** dedicado a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad⁸.

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

Para realizar una evaluación de este ámbito, hemos acudido al **Informe que ha publicado la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre la evaluación de los recursos de Salud Mental en la Comunidad de Madrid**⁹, realizado precisamente por

⁸ Véase Informe 2014, pp. 41-42.

⁹ Véase la Asociación en <https://amsm.es/>. La Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), es una asociación de profesionales de salud mental de la Comunidad de Madrid fundada en 1987 e integrada dentro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría -AEN-, cuyo objetivo principal es promover y fomentar un sistema de atención a la salud mental de calidad basado en un modelo de atención comunitario, público, multidisciplinar y participativo. La AMSM ha estado desde sus orígenes implicada en la transformación y mejora de la atención a los problemas de salud mental en los aspectos, preventivos, asistenciales, rehabilitadores, legislativos, éticos y de generación de conocimiento.

la Junta Asociación Madrileña de Salud Mental. La Asociación cuenta con un Observatorio que analiza la realidad de la salud mental en la Comunidad de Madrid.

La situación de los recursos de Salud Mental en la Comunidad de Madrid que se desprenden del siguiente informe son mucho más negativos que los que pudieran aportar los del Informe de Evaluación anteriormente descrito. Los datos con los que se ha realizado son los que se disponen hasta diciembre de 2012, porque desde entonces no ha habido datos por parte de la Administración.

En lo que se refiere al número de profesionales no ha habido variación desde diciembre de 2012, cuando sí han aumentado las necesidades de salud mental en la Comunidad de Madrid, sobre todo, debido a la crisis económica y la situación de exclusión en la que cada vez más personas se encuentran. **Se da un incremento del número de nuevas consultas de casi un 30%** entre los años 2007 y 2012, que sería aún mayor si se incluyesen los CSM privatizados.

De los cerca de **300 psiquiatras** alrededor de 45 se dedican a la atención infanto-juvenil y de los cerca de **170 psicólogos** alrededor de 50. El número de **enfermeras y trabajadores sociales** se mantiene practicante **igual** desde hace más de 15 años.

Este dato no es equiparable a un incremento real de incidencia, pero si da una idea de que la demanda ha crecido y sobre todo del incremento del tiempo de las agendas de los facultativos a la evaluación frente al tratamiento de los pacientes o las coordinaciones con otros niveles asistenciales o recursos sociosanitarios, ya que los indicadores que manejan las gerencias hospitalarias se limitan controlar la listas de esperas y no la calidad de atención. Esta carencia de trabajadores sociales y enfermería cualificada en los CSM es uno de los mayores lastres de la atención comunitaria¹⁰.

¹⁰ Esta infradotación de personal de los Centros de Salud Mental explica en parte su colapso actual y la falta de capacidad de innovación para adecuarse a la demanda. Evidentemente no es solo una falta de recursos. Se explica también por la ausencia de una estrategia de política de salud mental a nivel central y por la regresión que el modelo comunitario ha tenido con la integración en las Gerencias Hospitalarias. En el Informe de 2014 la Asociación Madrileña de Salud Mental indica al respecto de las Gerencias que “la Oficina Regional de Salud Mental se ha ido vaciando de competencias sin tener capacidad de influir en las diferentes gerencias hospitalarias que se mueven en una visión a corto plazo de indicadores economicistas y politización de la gestión. En cada Gerencia se ha negociado cual iba a ser el modelo de atención lo que en muchas ocasiones ha dependido del poder de negociación, de estilo de liderazgo y de las preferencias de los jefes hospitalarios”.

El número de **Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid** es oficialmente de **36**. Actualmente **7 de ellos son de gestión privada**: Torrejón (gestionado por Sanitas), Arganzuela, Moncloa, Navalcarnero, Valdemoro, Aranjuez y Collado-Villalba (gestionados por IDC-Salud). **Los CSM privatizados** pertenecientes a la IDC-Salud **han disminuido sus plantillas**, pasándose parte de la actividad a consultas externas hospitalarias y quedando los CSM con una actividad que nada tiene que ver con la que se realizaba cuando eran públicos.

La demanda de atención psicológica en los CSM ha ido incrementándose en los últimos años sin que se hayan contratados más psicólogos clínicos, por lo que **las listas de espera se han disparado en este caso en muchos CSM**.

Al haberse estancado la contratación de enfermeras y trabajadores sociales, apenas ha habido desarrollo de los **Programas de continuidad de Cuidados Comunitarios** de los CSM para personas con problemas graves de salud mental, incluida la atención domiciliaria, **que es precisamente lo que consolidaría una atención sociosanitaria comunitaria**. En el año 2009 había alrededor de **5.800 personas incluidas en este programa**. No hay datos públicos desde entonces.

Los equipos de infanto-juvenil nunca son recogidos por separado en las estadísticas oficiales ni se analiza de forma diferenciada los indicadores de actividad, pero los datos de lista de espera, sobre todo para las consultas de psicología clínica nos muestra problemas similares o incluso de mayor magnitud que en adultos.

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

Muestra de lista de espera infanto-juvenil en 10 CSM: Fuente: Asociación madrileña de Salud Mental

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

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

3.- INFORME DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL DE 2014 SOBRE ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MADRID

En el Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental de 2014¹¹ se recoge que “no se atisba ningún nuevo proyecto a medio plazo que afronte retos y necesidades asistenciales importantes como el desarrollo de los **programas de continuidad de cuidados**, la atención domiciliaria, el trabajo conjunto con atención primaria, el tipo de cuidados residenciales que necesitan algunos pacientes o el desarrollo de los programas de infanto-juvenil, por poner

¹¹ Véase su contenido en <https://amsm.es/2014/09/18/informe-de-la-amsm-sobre-la-atencion-de-salud-mental-en-madrid-septiembre-2014/>

algún ejemplo”. Estos programas serían los que garantizarían un modelo sociosanitario comunitario de atención.

Por otro lado, este informe denuncia el cambio del modelo sanitario universal por uno de aseguramiento con la entrada en vigor del ya famoso Real Decreto 16/2012 de 20 de abril, cuya constitucionalidad ha sido refrendada recientemente por el Tribunal constitucional en la Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016¹².

De momento el colectivo más afectado son los ciudadanos inmigrantes sin papeles. Aunque la Comunidad de Madrid emitió una orden en que se hacía una excepción en caso de enfermedad mental grave, el hecho es que la accesibilidad a los servicios de salud mental especializados se ve limitada por múltiples barreras: son personas sin médico de atención primaria que pueda detectar los problemas de salud mental y hacer la derivación. Además, muchos Centros de Salud Mental ponen barreras a su atención, el acceso a medicamentos requiere una dispensación en la farmacia hospitalaria y los propios pacientes desconocen este derecho. Esto supone una violencia añadida a ciudadanos que ya padecen una situación de exclusión.

En realidad lo sucedido estos años ha tenido más que ver con los recortes de personal que con la asignación de recursos. **Se han perdido adentre un 5-10 % de profesionales en los servicios de salud mental**, bien no renovando algunos de los contratos eventuales, bien no sustituyendo las jubilaciones (por la tasa de reposición de 10%) Esta asignación de los recortes no ha obedecido a ningún criterio racional: ni ha sido en función de ratios profesionales por áreas sanitarias ni de medición de flujos de demanda. Se han perdido plazas de profesionales de forma azarosa, allá donde se jubilaba algún profesional o donde una gerencia decidía no renovar un contrato eventual para ahorrar dinero.

Además la pérdida del papel de autoridad planificadora de la Oficina de Salud Mental y la introducción de la competencia de proveedores ha permitido que cada hospital organice la “oferta” de atención de salud mental según sus propios objetivos e intereses como “proveedor” independientemente de las necesidades de atención integral para toda la Comunidad.

El resultado ha sido que la tradicional inequidad entre las distintas áreas sanitarias ha empeorado haciéndose evidente en los indicadores de actividad de los centros de salud

¹² En el BOE, 15 de agosto de 2016, en <https://www.boe.es/boe/dias/2016/08/15/pdfs/BOE-A-2016-7904.pdf>

mental en 2012 elaborada por la Oficina Regional de Salud Mental. En ellos se ven diferencias de más de un 50% de carga asistencial entre los distintos centros. La lectura de estos indicadores ha sido falaz, de tal manera que los centros más sobrecargados, donde las condiciones para dar una asistencia de mayor calidad son más difíciles, aparecen como los que mejor productividad tienen y los que deben ser imitados.

En cada hospital se ha organizado la asistencia cómo se ha querido en función de factores locales. En pocas Gerencias se han creado estructuras específicas para gestionar los recursos de salud mental (Hospital Príncipe de Asturias, 12 de Octubre, Hospital Clínico por ejemplo, aunque sin manejo presupuestario). En la mayoría se ha incorporado la salud mental al anacrónico esquema de funcionamiento y gestión del resto de especialidades hospitalarias. El resultado es la ausencia de una estrategia de gestión del conjunto de dispositivos que conforman cada red local de salud mental. No hay un diseño de procesos asistenciales y cada dispositivo tiene sus propios indicadores y objetivos para evaluar su funcionamiento, sin pensar las interdependencias entre unos y otros (por ejemplo el número de ingresos dependerá de la capacidad de resolución de los centros de salud mental). Paradójicamente la integración está disociando y fragmentando más la red incrementándose las clásicas tensiones entre el ámbito hospitalario, el ambulatorio y los servicios de rehabilitación, y cada uno resolviendo los problemas desde sus dispositivos.

La **cultura asistencial de los hospitales** continúa presidida por unos ejes temporales (el proceso agudo de enfermedad, la respuesta tecnificada) y espaciales (la intervención está limitada al espacio físico hospitalario).

El reto de la asistencia sanitaria general está actualmente en transformar estos ejes para **adaptarlo a la realidad clínica de la cronicidad de las enfermedades**, de ahí que se empiece a hablar de **planes estratégicos de cronicidad** en los que los elementos claves son la coordinación entre niveles, el diseño de procesos asistenciales, el trabajo multidisciplinar, el programa de continuidad de cuidados y el seguimiento. Mientras que el resto de la medicina empieza a plantearse este camino, en Salud Mental se está iniciando un camino en sentido contrario, desmontándose en la práctica el modelo de salud mental comunitario, que no era otra cosa que un modelo de continuidad de cuidados y gestión de casos pensando en la cronicidad y la recuperación.

Otro de los damnificados de esta lógica es el trabajo multidisciplinar. Los indicadores visibles solo hacen referencia a los actos asistenciales de los facultativos, y muchas veces solo de los psiquiatras. Esto hace que no sean reconocidas por las gerencias las tareas de

enfermería y trabajo social. Sin embargo su trabajo debería ser clave en el seguimiento y cuidados de los pacientes más graves. A esto hay que añadir que la enfermería de salud mental no está reconocida por la administración madrileña como categoría laboral pese a que es una especialidad reconocida y desde hace años se forman enfermeros especialistas en las unidades docentes.

En un proceso similar al que está sufriendo la Atención Primaria, este “hospitalocentrismo” de la gestión está convirtiendo los CSM en estructuras donde cada vez se invierte menos, con menos capacidad de dirección e innovación, más burocráticas, donde lo que se dirime son los tiempos asistenciales de la agenda de los profesionales. El efecto más dañino de esto es sobre la motivación de los equipos.

Los Centros de Salud Mental han perdido su papel de eje del sistema y su funcionamiento se ha intentado asimilar al modelo de consulta externa hospitalaria, perdiéndose los valores del modelo de atención comunitario.

4.- EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA SALUD MENTAL DE LOS GRUPOS ESPECÍFICOS

Para la realización de la evaluación de este Programa hemos acudido a una experta en la materia, Margarita Rullas, Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Salud Mental Alcalá de Henares. Área 3. Madrid, con el fin de ver no sólo en qué consistía cada uno de los objetivos que establece el Plan en este programa, sino también para conocer de cerca su funcionamiento y su posible mejora¹³.

¹³ Conferencia impartida por Margarita Rullas en la UNED en la Mesa Cuadrada “IMPLANTACIÓN Y VALORACIÓN DEL PLAN DE DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID”, organizada por el Proyecto Madrid sin barreras Proyecto H2015-HUM/3330y JUDEAS DER 2013-41462-R, el 15 de junio de 2016. Véase en <http://derechoshumanosybioetica.org/proyecto-de-investigacion-madrid-sin-barreras-discapacidad-e-inclusion-social/>

a) “Consolidar el Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual (SESM-DI) (Equipo móvil de apoyo a los Centros, SESM-DI, Hospital de la Princesa)”

Este Servicio dirigido a personas adultas con DI y problemas de salud mental y/o conducta en contacto con centros asociados a la Consejería de Políticas Sociales y Familia, tiene como objetivos:

- La evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como acercamiento a sus CSM de referencia.
- La formación de profesionales de CSM y profesionales que trabajan en esos centros.

Cuenta con un equipo móvil (ellos van a los centros) formado por 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 1 trabajadora Social y 1 administrativa. Su fecha de inicio fue en junio 2008. Y su atención la realiza a demanda de los Centros. Se ha atendido a 531 usuarios desde 2008, haciendo 2093 intervenciones por año. Ha habido peticiones de 90 centros por conductas hetero y autoagresivas (45% no presentaban diagnóstico de salud mental, problemas de conducta atribuibles a otros factores).

La realidad es que siendo un equipo tan reducido es imposible que puedan atender a toda la población que lo necesitaría de la Comunidad de Madrid. Tampoco pueden realizar un tratamiento continuado, sino que diagnostican y ajustan la medicación, porque estas personas reciben un exceso de medicación con efectos secundarios a la larga muy serios. Y lo que vienen haciendo es rebajando en lo que pueden dicha medicación. También asesoran a las familias y a los centros para que aprendan a manejar esas situaciones, La cuestión es que no llegan a las personas que no estén en los centros tampoco.

El problema es que queda por construir toda la red que acompañe a este servicio, que haya una unidad especializada en rehabilitación para personas con discapacidad intelectual y trastorno mental grave. Dotar de más recursos y crear esa red de servicios que apoyarían a esta unidad, como ya existe por ejemplo en Cataluña.

b) Consolidar la Unidad de Salud Mental para personas Sordas (USMS) del Hospital Gregorio Marañón

Otro de los grupos específicos es el de las personas sordas que normalmente están muy poco o mal atendidas en los servicios de salud en general y también en los servicios de Salud Mental, sobre todo en estos últimos, porque en la salud mental se trabaja con lo verbal y si ese acceso está negado se vuelve difícil el diagnóstico y tratamiento, porque no hay herramientas de comunicación. En ocasiones se utiliza a los familiares como intérpretes, pero claro eso es en muchas ocasiones aberrante porque la dolencia tiene que ver en gran parte con las relaciones familiares.

Esta Unidad se crea en el 2001 y es de referencia nacional. Lleva más de 6000 consultas, alrededor de 700 pacientes con problemas de salud mental o de conducta. El equipo está constituido por un psiquiatra a tiempo parcial, una psicóloga y una trabajadora social y su característica fundamental es que el equipo conoce y maneja el lenguaje de signos, aunque muchas personas sordas no lo conocen, porque la población sorda es muy heterogénea. También se ha adaptado el espacio de la consulta (salas y despachos más amplios y luminosos, libres de ruidos, bien señalizado,...).

La realidad es hay una escasez de recursos notable y apenas pueden abarcar todos los pacientes que deberían. Falta también un desarrollo en red. Por ejemplo, en Dinamarca hay el mismo número de psiquiatras para sordos que en la comunidad de Madrid para toda la población.

c) Consulta monográfica del síndrome de Prader Willi

Es una enfermedad rara y muchas veces padecen también trastornos mentales¹⁴. Se trata de una consulta específica para la asistencia psiquiátrica y psicológica de personas con Síndrome de Prader-Willi en el Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (menores y mayores

¹⁴ Se trata de una enfermedad genética caracterizada por obesidad con hipotonía e hipogenitalismo, acromicria y retraso mental. La hipotonía es severa en la época neonatal, conlleva infecciones respiratorias y problemas de alimentación. La obesidad se inicia entre los 6 meses y los 6 años.

de edad). Y se les deriva desde todos los Centros de Atención Primaria de Madrid. Se creó la unidad en junio del 2012 y está formada por psiquiatras y psicólogos del Servicio de Psiquiatría que un día a la semana trabajan con ellos. Es para toda la Comunidad de Madrid. Hay también una falta de recursos específicos, porque en realidad se trata de psiquiatras que desarrollan su trabajo en el Servicio del Gregorio Marañón.

d) Hospitales de día infanto-juveniles (centros educativos terapéuticos)

En la Comunidad de Madrid, hay 5 Centros Educativos Terapéuticos (2 públicos, Alcalá de Henares y Vallecas y 3 concertados, Hortaleza, Pradera de S. Isidro y Leganés). Están dirigidos a alumnos con trastornos de salud mental de 6-12 y 12-18 años que requieren un tratamiento terapéutico intensivo, derivado de su CSM de referencia. Proporciona atención educativa a los alumnos con problemas psiquiátricos para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje. Hay una coordinación entre el equipo docente y el terapéutico. Los usuarios/as mantienen expediente en el Instituto, pueden hacer incluso exámenes en el CET, lo firman los profesores del Instituto y eso facilita la incorporación a su centro educativo, no se desvinculan de su lugar de estudio y eso es positivo. Normalmente suelen estar un curso escolar.

Las plazas son de 15-30 por CET. El problema es que hay muy pocas plazas y también porque varía mucho el personal de Educación, profesores que cada año son interinos y deben aprender de nuevo el manejo de estas situaciones.

e) Unidades de trastornos de personalidad-comunidades terapéuticas (UTP)

Actualmente hay tres unidades: UTP Hospital Rodriguez Lafora (pública, UTP del Hospital Psiquiátrico José Germain (pública) y UTP de Benito Menni (concertada). Plazas: 15-18 por UTP.

Es una modalidad de tratamiento intensivo, activo y estructurado donde la convivencia tiene un importante potencial terapéutico. Predominan los principios que

rigen un ambiente terapéutico. Régimen de hospitalización completa, con pacientes con los cuales no es posible realizar este tratamiento de forma ambulatoria o en Hospital de Día.

Dirigido a personas de entre 18 y 65 años que presenten trastornos de personalidad y que, por su gravedad, precisan de tratamiento en régimen de hospitalización completa.

Los ingresos voluntarios y programados. Al ingresar firma un contrato terapéutico. Son de una alta exigencia y el problema es que hay personas que abandonan.

Equipo está formado por dos psiquiatras, un psicólogo clínico, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, diez enfermeras, nueve auxiliares de enfermería, un monitor ocupacional y dos celadores. Médico internista o especialista en endocrinología.

Habría que ampliar el número de plazas. No cubre las necesidades de todo el colectivo afectado.

5. CONSIDERACIONES

- En primer lugar, es ya un logro que estemos ante el III Plan de acción para las personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid y que se establezcan los objetivos, programas adecuados para la mejora de la asistencia, rehabilitación y su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, tal y como establece el art. 1 de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (2006).
- Los resultados del informe de evaluación de la Consejería admitiéndolos, no parece que puedan ser considerados, al menos totalmente de un modo objetivo, cuando el evaluado y el evaluador apenas difieren.
- Las asociaciones de usuarios y familiares y demás asociaciones vinculadas al sector se incluyen en la evaluación a través del CERMI-Madrid, desconociendo las relaciones y vinculaciones reales que dichas Asociaciones presentan con CERMI-Madrid y si están verdaderamente representadas.

- Una cuestión que apenas se menciona en el Informe de Evaluación de la Comunidad de Madrid es la falta de inversión en recursos humanos, con unas plantillas prácticamente similares a las de hace diez años, pese a un incremento constante de las necesidades lo que provoca una baja calidad asistencial. Especialmente llamativa es la falta de profesionales de los programas de continuidad cuidados (enfermería y trabajo Social) de los CSM y psicólogos clínicos. Esto explica la falta de un adecuado seguimiento y apoyo comunitario de los pacientes más graves y baja calidad de la atención psicológica de los CS
- Resulta extraño que en el III Plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid (2012-2015), elaborado por la Consejería de Políticas Sociales y Familia, cuando trata los objetivos en el ámbito de la Salud Mental no se incluya ninguna referencia al Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Si bien es cierto que en el III Plan de Acción que estamos analizando se recogen aquellos casos que más tienen que ver con la discapacidad. Pero a la vez, esto hace ver los compartimentos estancos en que se puede convertir el trabajo en la Administración cuando va dirigida por otra parte a un mismo sector de la realidad.
- Las personas con trastorno mental grave también tienen discapacidad. Y hay aspectos que no vienen recogidas en el plan y que deberían incluirse, como por ejemplo, las necesidades específicas en salud: Desarrollo de enfermedades (producidas por los efectos secundarios de la propia medicación, el excesivo sedentarismo...): tipo diabetes tipo II, problemas respiratorios, cardiovasculares, síndrome metabólico; el envejecimiento de las personas con trastorno mental grave, porque salud mental trabaja con personas de 18 a 64 años, pero al cumplir esa edad no hay un plan específico para esas personas.
- Es necesario aumentar los recursos para la atención a los grupos específicos.
- Promover un cuidado de las personas con trastorno mental en red comunitaria, afianzando los programas de continuidad de cuidados, programa que obedece entre otras a la filosofía que subyace en el mandato del art. 26 de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad cuando establece “la rehabilitación con el fin de que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física y mental. Y desde ahí establece que se realizarán programas de habilitación y rehabilitación para el ámbito específico de la salud en general”.

- Y es que entre los objetivos de la reforma psiquiátrica estaba el desarrollo de recursos y cuidados comunitarios que lograran la desinstitucionalización de las personas que vivían en instituciones psiquiátricas. Sin embargo en la última década se ha producido un incremento de las camas en Centros Psiquiátricos de larga estancia y existe un considerable número de personas en lista de espera. La respuesta a esta aparente necesidad no pasa por seguir incrementando el número de camas, sino por hacer un análisis en profundidad de las causas de esta situación.

Estas consideraciones evidencian la necesidad de establecer una política de Salud Mental coordinada entre las Consejería de Sanidad y la Consejería de Política Social y Familia para atender las necesidades residenciales y de cuidados de las personas con mayor vulnerabilidad y, en concreto, de las personas con discapacidad. Esto implica una mayor inversión en alternativas residenciales a los Centros Psiquiátricos, en cuidados domiciliarios y comunitarios, en intervenciones en crisis y prestaciones económicas.