

Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre el Análisis de la AMSM sobre el proyecto de Plan de Salud Mental

[Documento concluido el 25 de Septiembre de 2002]

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL PROYECTO DE NUEVO PLAN DE SALUD MENTAL:

Iván de la Mata Ruiz (Coordinador y Psiquiatra);
Marifé Bravo Ortiz (Psiquiatra);
Manuel Desviat Muñoz (Psiquiatra);
María Diéguez Gómez (Psiquiatra);
Antonio Espino Granado (Psiquiatra);
Alberto Fernández Liria (Psiquiatra);
Sergio García Reyes (Psiquiatra);
Juan González Cases (Psicólogo);
Ángeles Lassaletta Garbayo (Psiquiatra);
Alberto Ortiz Lobo (Psiquiatra).

A lo largo de este año se han producido dos circunstancias, la llegada de las transferencias y la aprobación de la nueva **Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)** que sitúan a la sanidad madrileña en una nueva encrucijada. En lo que respecta a la Salud Mental hemos asistido durante este año a la preparación de un nuevo **Plan de Salud Mental** que será presentado públicamente en breve plazo y del que hemos podido tener conocimiento a través de los borradores que se han entregado. Ante lo expuesto previamente la Asociación Madrileña de Salud Mental ha constituido un grupo de trabajo con el objetivo de analizar y ejercer un seguimiento del mismo. A la espera de su presentación oficial el grupo de trabajo ha creído necesario hacer unos comentarios preliminares sobre las líneas generales del Plan.

En cuanto a su elaboración es evidente que se ha producido un cambio (no suficiente, pero al menos un cambio) en el método de trabajo respecto al anterior proyecto de Plan que nunca salió a la luz. En esta ocasión, se generaron ciertas expectativas al crearse varios grupos de expertos para participar en su elaboración y se realizaron algunas reuniones informativas con las asociaciones profesionales. Esto es de agradecer pues ya se nos olvidaba que esto es lo mínimo en una sanidad participativa. Sin embargo como asociación nos hubiera gustado un mayor nivel de discusión y transparencia. Por ejemplo que se hubieran hecho públicos los informes de los grupos de expertos y que se hubiera discutido más con las asociaciones profesionales verdaderamente representativas.

El borrador del Plan es extenso, ambicioso y se ocupa de la mayoría de las cuestiones que afectan a la Salud Mental, algunas de ellas con detalle, otras de forma más imprecisa. En ocasiones aparece como un catalogo de intenciones y servicios y en otras ocasiones estima de forma precisa necesidades de recursos. Los valores y principios generales que promulga podrían ser suscritos con sincera adhesión: la integración en una red sanitaria única de utilización pública, la defensa del paciente como centro del sistema, la territorialización, el modelo comunitario, etc. Sin embargo el plan de salud mental es el plan de la LOSCAM y es desde esta nueva ordenación sanitaria desde dónde debe analizarse. Tenemos dudas de que esos principios puedan ser compatibles con el nuevo modelo sanitario de la LOSCAM a no ser que nos estemos refiriendo a conceptos diferentes. Por eso creemos que el principal problema del Plan de Salud Mental es su marco normativo. Estas dudas se disiparían si se aclaran una serie de preguntas que nos surgen tras la lectura del borrador:

1. ¿Cuál es presupuesto, incluido el de la Consejería de Servicios Sociales, con el que va a contar el Plan de Salud Mental? ¿Cuál es el cronograma?

Creemos absolutamente necesario que para que el Plan de Salud Mental tenga credibilidad y pueda ser evaluado se acompañe de una **memoria económica** y un **cronograma aproximado** de su desarrollo. En esta memoria se debería incluir un presupuesto aproximado del gasto que se va a destinar a la salud mental, tanto incluyendo las partidas actuales, las próximas inversiones, el porcentaje de gasto que se utilizará en las nuevas estructuras burocrático-administrativas (agencia sanitaria, oficina regional de salud mental), el dinero con el que van a contar los programas dependientes de servicios sociales, el presupuesto de la agencia antidroga y el destinado a formación y docencia. Creemos que estos datos son fundamentales para que los usuarios y profesionales vean que las promesas de que la salud mental va a ser *discriminada positivamente* en los próximos ejercicios presupuestarios son una realidad y cuál va a ser el modelo de crecimiento y desarrollo de la asistencia.

2. ¿Cómo se va a realizar la integración de la Red Única de Salud Mental?

Tanto la integración de la salud mental con el resto de prestaciones del SNS como la creación de una verdadera red integrada de recursos ha sido desde siempre uno de las reivindicaciones básicas de esta Asociación. Aunque el plan establece en una de sus *ideas fuerza* que “los recursos proveedores deben integrarse en atención especializada en cada área sanitaria conformando una *red única de utilización pública*” el texto del borrador, y la LOSCAM como marco general de desarrollo, no sólo no aclara suficientemente cómo va a ser esta integración, sino que aporta esquemas organizativos que tienen el **riesgo de producir una mayor fragmentación** de la red asistencial.

- 2.1. La **integración funcional y administrativa** en un sólo organismo (IMSALUD) de las actuales redes públicas aparece en el texto como una posibilidad y no como un firme compromiso.
- 2.2. El texto del borrador del plan de salud mental es muy confuso a la hora de definir los recursos que conforman los “**Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de área**” (SPSM). En el organigrama jerárquico de estos SPSM sólo aparecen los dispositivos de hospitalización y los centros de salud mental de distrito que pasarían a estar gestionados por un Área Clínica funcional de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental dentro de la Gerencia de Atención Especializada de cada área. El resto que se nombran como “camas de cuidados psiquiátricos de media y larga estancia, camas de pacientes judiciales, hospitales de día, recursos intermedios de rehabilitación psicosocial y recursos de soporte social para la integración del enfermo mental, y todos los servicios que sea preciso proveer” quedan fuera de esta unidad asistencial y de gestión encargándose el SERMAS de “planificar y gestionar la compra para cada SPSM de área” de estos recursos. El borrador del plan tampoco establece si los CRPS, que actualmente dependen de Servicios Sociales, van a formar parte de los Servicios Sanitarios, o no, o, en cualquier caso, qué relación van a tener con los SPSM de área. Con todo esto, se corre el riesgo de **incrementar la separación entre los recursos destinados a los pacientes con trastornos mentales graves necesitados de mayores cuidados del resto de la atención.**

La AMSM entiende que esto no es un modelo de verdadera integración de recursos asistenciales en cada área sanitaria. La oportunidad histórica que ofrecían las transferencias de avanzar en la integración en cada área sanitaria de todos los recursos necesarios para la adecuada atención de los pacientes no sólo puede quedar de esta manera desaprovechada, sino que además puede producirse una fragmentación asistencial en lugares como Leganés donde actualmente se proporciona una atención integrada.

- 2.3. La separación que establece la LOSCAM entre aseguramiento, compra y provisión con el objetivo de **favorecer incentivos a la competencia** permite al SERMAS contratar programas o unidades específicas a proveedores privados o públicos con el riesgo de fragmentar la red. El crecimiento de recursos para la atención de necesidades no cubiertas, nuevas demandas, atención a grupos o procesos clínicos con cierta especificidad, etc. se debe hacer incrementando los recursos de los Centros de Salud Mental de distrito evitando así fragmentar la red en diferentes dispositivos con estrategias competitivas, que además podría afectar a la territorialización.

3. ¿Cómo se va a mantener la territorialización y la continuidad de cuidados?

En el borrador del Plan dentro de los Principios Generales del Modelo se establece que la asistencia psiquiátrica y de salud mental tiene un modelo de atención territorializada definiéndose el Área Sanitaria como la unidad asistencial básica del sistema. Si entendemos unidad asistencial básica como el lugar desde donde se organiza la atención al enfermo mental y donde se proveen los programas asistenciales básicos, nos parece que esta es el distrito con el Centro de Salud Mental y no el área. Además, consideramos que esta apuesta por la territorialización del Plan de Salud Mental se ve **amenazada por el nuevo modelo sanitario**.

- 3.1. Los responsables políticos han incorporado a la LOSCAM el derecho de los ciudadanos a la libre elección de especialista, derecho que es positivo como valor, pero difícil de llevar a la práctica. Para regular este derecho la LOSCAM prevé la creación de una **red de agencias sanitarias** para gestionar las citas, a modo de una "agencia de viajes". Es difícil de entender cómo se pueden articular en la práctica la territorialización y la libre elección de centro.

Y además, ¿cómo se puede garantizar la adecuada **coordinación entre niveles** si con las **agencias sanitarias** se difumina la territorialización? Creemos que las decisiones sobre cuál es la mejor opción ante un determinado problema de salud no deben sustraerse en ningún caso del ámbito clínico-asistencial, ya que no es un acto simplemente administrativo, sino una parte integral del proceso de atención a los problemas de salud. Es el médico de atención primaria el profesional más cualificado para informar al paciente, vía experiencia, de los centros, servicios y profesionales de la atención especializada de su entorno. El modelo de las agencias sanitarias puede acabar definitivamente con la posibilidad del trabajo conjunto entre los equipos de atención primaria y los de salud mental.

Creemos que para que fueran útiles las agencias al ciudadano, deberían contar con una adecuada información de los centros y programas que se “ofrecen”. Las demandas de atención en salud mental no suelen estar tan delimitadas como en los procesos de cirugía programada por lo que el esquema informativo de estas agencias puede revelarse inútil. Si se establece un **mercado sanitario** se corre el peligro de que la información se vea sustituida por elementos de marketing en los que los intereses profesionales, modas, presiones comerciales, etc. induzcan la demanda del ciudadano sustituyendo al criterio de necesidad como regulador de la actividad asistencial. También tenemos la preocupación de que con este sistema organizativo se incrementen los **gastos administrativos** en perjuicio de las inversiones en recursos asistenciales.

- 3.2. Como hemos señalado antes, otra amenaza a la territorialización y a la continuidad de cuidados de los pacientes puede ser la proliferación de **unidades de patología o tratamiento específicos** (dispositivos específicos para tratar por ejemplo los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos borderline... o para hacer psicoterapias de algún tipo), ya sean de titularidad pública o privada. La aparición de dichas unidades específicas se debe más al interés particular de algunos profesionales (y de grupos de familiares de enfermos que no son los más discapacitados y pueden ejercer cierta presión política) que a una necesidad asistencial real porque la atención a estas patologías y la dispensación de estos tratamientos se debe hacer desde los dispositivos normalizados, incrementando sus recursos en la medida necesaria.
- 3.3. **Otra preocupación que se nos plantea es el organigrama jerárquico de los “Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de área” (SPSM).** En este sentido, no se establecen los procedimientos de participación democrática para que desde todos los dispositivos haya representación en las decisiones asistenciales que afectan al área y se vislumbra un aumento del poder del jefe de servicio hospitalario que puede suponer la vuelta a un **modelo asistencial hospitalocéntrico** que se aleja de la atención comunitaria de los enfermos mentales.

4. ¿Cuál va a ser el modelo de atención a los enfermos crónicos necesitados de mayores cuidados?

El borrador del plan es confuso y en ocasiones contradictorio en lo que se refiere al desarrollo de los recursos del programa de continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial. En concreto nos preocupa lo siguiente:

- 4.1. Como hemos señalado antes nos preocupa que estos servicios **no queden adecuadamente integrados** al establecerse modelos contractuales (con em-

presas privadas o públicas) establecidos desde la Oficina de Salud Mental que privatizan la gestión de los recursos asistenciales y obstaculizan la adecuada planificación y la continuidad de cuidados del paciente desde su Centro de Salud Mental.

- 4.2. En la cartera de servicios se definen los servicios de rehabilitación psicosocial, incluyéndose CRPS, centros de día, centros de rehabilitación laboral y alternativas residenciales comunitarias. **No hay un claro análisis de las necesidades de este tipo de recursos, ni cuál es la propuesta o modelo de desarrollo.** Queda pendiente saber, más allá de las buenas intenciones, si desde la Consejería de Servicios Sociales va a haber un incremento presupuestario para el programa de rehabilitación laboral y alternativas comunitarias.
- 4.3. **No queda claro qué recursos van a ser considerados de área y cuáles no.** Por ejemplo los CRPS en unos párrafos aparecen como recursos compartidos por áreas y en otros se habla de la necesidad de que cada área cuente con uno. Lo mismo sucede con las alternativas residenciales comunitarias.
- 4.4. Y lo más preocupante, en el Plan **no se habla de sustituir los hospitales psiquiátricos existentes** (públicos o concertados) por recursos alternativos, sino que incluso se habla de incrementar estas camas (con una lectura errónea del cuaderno técnico publicado por la AEN). Todo parece indicar que la necesidad de Unidades de Rehabilitación Hospitalarias se va a cubrir mediante el incremento de camas de media estancia en el Hospital Psiquiátrico y con la concertación de más camas en los Hospitales Psiquiátricos de titularidad privada. Creemos, como recomendó el propio grupo de expertos, que estas unidades deben ubicarse fuera de los hospitales psiquiátricos y contar programas y personal adecuado.

5. ¿Cuál va ser la política de recursos humanos?

Sin una adecuada política de recursos humanos no es posible hablar de Plan de Calidad de la sanidad madrileña ni de Plan de Salud Mental. Este apartado deja la mayoría de los temas pendientes:

- 5.1. En primer lugar, como hemos dicho, es necesario conocer el presupuesto para saber si va a haber un **crecimiento real de los recursos.**
- 5.2. ¿Cómo y cuándo se van a solucionar los diversos problemas, situaciones injustas y agravios comparativos (ya son tantos que no es posible exponerlos todos) de los profesionales?. La integración de las redes públicas en el IMSALUD con

homogenización de las condiciones laborales aparece, como hemos señalado antes, como una posibilidad y no como un compromiso con plazos aproximados. Así mismo no se dice nada de que desde la administración se vaya a garantizar mínimamente las condiciones laborales de los profesionales de la red concertada. La realidad es que la tendencia en los últimos años ha sido hacia una creciente desigualdad y desmotivación entre los profesionales dentro de la red de titularidad pública (tras la aparición de la carrera profesional) y en general unas aún peores condiciones en la red concertada (CRPS, red de drogas, hospitales psiquiátricos y de más recursos concertados). Y esta tendencia no tiene visos de detenerse si nuestra preocupación de que se produzca una mayor fragmentación asistencial se cumple.

- 5.3. Otro tema que deja pendiente el plan es la **definición de las competencias y funciones** de cada uno de los profesionales que trabajan en la red de salud mental. Esperamos que el SMS aborde este tema un plazo breve para evitar que determinadas opciones medico-corporativistas impongan criterios que amenacen el trabajo de los equipos multiprofesionales o persigan a los profesionales que no comparten sus particulares criterios.

Creemos que de poco sirve una “red única de utilización pública” si esta está fragmentada y atomizada en múltiples dispositivos que están desintegrados en distintas instituciones y empresas que amenazan la continuidad de cuidados y los principios de territorialización, para regirse por una lógica de mercado y no de equidad asistencial en la que los profesionales tienen unas condiciones laborales heterogéneas y donde la atención a la cronicidad puede quedar de nuevo relegada a un segundo plano respecto a la atención hospitalaria y ambulatoria.