

# A E N

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*

Hacia una atención comunitaria  
de Salud Mental de calidad

*Junta Directiva:*

Presidente: *Mariano Hernández Monsalve*

Vicepresidenta: *Consuelo Escudero Álvarez*

Secretario General: *Francisco Vaz Leal*

Vicesecretario: *Guillermo Petersen Guitarte*

Tesorera: *Nekane Pardo Gaskue*

Director de Publicaciones: *Fernando Colina Pérez*

Vocales: *Antonio Díez Patricio, Rafael Inglot Domínguez, Charo Palomo Álvarez, Carlos Dueñas Abril* (Presidente de la Asociación Andaluza), *Víctor Aparicio Basauri* (Presidente de la Asociación Asturiana), *Rafael de la Rosa* (Presidente de la Asociación Balear), *Cecilio Hernández de Sotomayor* (Presidente de la Asociación Canaria), *Juan Estévez* (Presidente de la Asociación Castilla-La Mancha), *María Fe Bravo Ortiz* (Presidenta de la Asociación Madrileña), *Ander Retolaza Balsategui* (Presidente de la Asociación Vasca), *Lola Mondéjar* (Presidenta de la Asociación Murciana), *Pilar de la Viña* (Presidenta de la Asociación Castilla-León).

*Comité de Ediciones:* Manuel Desviat, Francisco Pereña, Guillermo Rendueles, José Valls.

Realización y Fotomecánica: *Dinarte, S.L.*

Impresión: *Desk Impresores, S.L.*

I.S.B.N.: 84-95287-06-4

Depósito Legal: M-23752-2000

**A E N**

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*

Hacia una atención comunitaria  
de Salud Mental de calidad

CUADERNOS TÉCNICOS, 4  
MADRID, 2000

*Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad* es producto del debate, reflexión y producción del Grupo de Trabajo de la A.E.N. sobre *Prestaciones y Calidad Asistencial* durante los últimos dos años.

El *Equipo Redactor* de este documento ha sido:

Dolores Aparicio Tellería  
M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz (*coordinadora*)  
Carlos de las Cuevas Castresana  
Belén Díaz Mújica  
Margarita Eguiagaray  
Juan de la Fuente Portero  
Ana Mateos  
Miguel Angel Moré Herrero  
Agustín Ozámiz  
Fermín Pérez  
Ana Esther Sánchez Gutiérrez

*Coordinación:* **M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz.**

*Edición:* Asociación Española de Neuropsiquiatría.  
*Redacción:* Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián. Avenida del Dr. Villacián, s/n. 47014 Valladolid.  
Tel. (983) 357700 - Fax (983) 343733.

*Sede de la A.E.N.:* Villanueva, 11. 28001 Madrid. Tél. y Fax: 91 431 49 11  
e-mail: [aen@pulso.com](mailto:aen@pulso.com)  
[www.pulso.com/aen/index.htm](http://www.pulso.com/aen/index.htm)

# ÍNDICE

---

1.	Justificación del trabajo.....	5
2.	Marco de referencia.....	7
	2.1. Definición y filosofía del Modelo Asistencial .....	7
	2.2. Aspectos éticos .....	10
	2.2.1. La confidencialidad .....	10
	2.2.2. Derecho a la información. El consentimiento informado ....	11
	2.2.3. Derecho al acceso a los tratamientos .....	12
	2.2.4. Orientación hacia los usuarios .....	13
	2.3. Marco jurídico .....	13
	2.3.1. Disposiciones de ámbito estatal .....	14
	2.3.2. Disposiciones desarrolladas en el ámbito autonómico .....	16
3.	Planificación de la atención en Salud Mental.....	19
	3.1. Introducción .....	19
	3.2. Situación actual .....	20
4.	Organización.....	25
	4.1. Planes estratégicos .....	25
	4.1.1. Análisis externo: Amenazas/Oportunidades.....	26
	4.1.2. Análisis interno: Debilidades/Fortalezas .....	26
	4.2. Organización y estructura de servicios .....	27
	4.2.1. Situación actual.....	28
	4.2.2. Red de dispositivos de Salud Mental del Área .....	41
	4.2.3. Tipo de dispositivos .....	44
	4.2.4. Coordinación entre dispositivos .....	54
	4.2.5. Continuidad de cuidados .....	56
	4.2.6. Estimación de necesidades de recursos .....	57
	4.2.7. Equipos multidisciplinares .....	60
5.	Prioridades asistenciales. Prestaciones básicas.....	63
	5.1. Perfiles de Necesidades .....	64

5.2. Demanda y utilización de servicios.....	66
5.3. Delimitación de perfiles de atención diferenciada entre el nivel primario y el especializado.....	69
5.4. Prioridad y proporcionalidad en las ofertas asistenciales .....	71
5.5. Prestaciones básicas en Salud Mental .....	72
5.5.1. Definición .....	73
5.5.2. Principios rectores .....	74
5.5.3. Modalidades de intervención .....	75
5.6. Criterios para una mejora de la calidad asistencial de la Red de Servicios de Salud Mental.....	76
6. Evaluación y estrategias de mejora .....	79
6.1. Sistemas de Información .....	81
6.2. Procesos de Evaluación .....	85
6.3. Planes de Formación e Investigación .....	90
6.4. Estrategias de Acreditación.....	93
7. Referencias bibliográficas.....	101
Anexos .....	105

# 1. Justificación del trabajo

Desde el compromiso activo que la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha tenido con los procesos de Reforma Psiquiátrica impulsando la transformación de un modelo de atención institucional a un modelo de atención comunitaria, y ante la experiencia acumulada tras más de una década de puesta en marcha de la misma, es desde donde surge la necesidad de realizar un análisis acerca de como estas transformaciones han logrado mejorar la atención que reciben las personas con trastornos mentales, y de proponer una serie de recomendaciones que permitan garantizar una asistencia de calidad.

La evidencia pone de manifiesto que en el Estado Español partiendo de unos mismos principios generales de Reforma Psiquiátrica, recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, existen unos servicios de salud mental con un grado muy dispar en cuanto a su desarrollo estructural y a su implantación temporal. Esto da lugar a grandes desigualdades en la prestación de servicios entre unas comunidades y otras, siendo que las necesidades de la población, de los usuarios, de los familiares y de los profesionales no lo son tanto.

Por otra parte, vivimos tiempos de cambios importantes en la política sanitaria general, tanto a nivel nacional como internacional. Este es un momento en el que necesitamos conciliar una filosofía gerencial que se preocupa de conseguir la mejor eficiencia con un modelo Comunitario de Salud Mental que permita dar una asistencia de calidad, entendida ésta como *una atención efectiva, eficiente y adecuada a las necesidades*. Desde esta perspectiva resulta necesario analizar los elementos esenciales del modelo, garantizar que estos se implanten y pervivan.

La apuesta que desde la AEN se quiere hacer al tratar los temas de la calidad de la asistencia va orientados a que se implante de una forma real el modelo comunitario de atención superando las situaciones de desigualdades, para lo cual se van a proponer una serie de recomendaciones básicas y unas estrategias de implantación que garanticen una asistencia de calidad que sea evaluable y con acceso equitativo. Recomendaciones relativas a:

1. El marco legal y los aspectos éticos.
2. La planificación.
3. La organización, con especial interés en la definición de la red de servicios necesaria y con los criterios de acreditación.
4. La definición de prioridades asistenciales y de prestaciones básicas.
5. La evaluación y las estrategias de mejora de la calidad.

Con este punto de partida la AEN propuso la creación de un grupo de trabajo con los siguientes objetivos:

1. Analizar la situación actual de la atención comunitaria en las distintas comunidades.
2. Detectar los problemas existentes y los elementos críticos que ha impedido la puesta en marcha de las propuestas.
3. Proponer unas recomendaciones de actuación que permitan subsanar los problemas detectados.
4. Sugerir unos procedimientos de evaluación continua y estrategias de mejora.
5. Elaborar una estrategia de difusión y de acciones que hagan que estas recomendaciones se lleven a efecto.

El grupo de trabajo de *Prestaciones y Calidad Asistencial* se constituyó en Febrero de 1998 y ha realizado seis reuniones en las que tras definir los objetivos del grupo y la metodología de trabajo, se ha recopilado información relevante sobre el tema a nivel de todo el Estado, y se ha elaborado el documento “*Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*” objeto de esta publicación.

En dicho documento no se han tratado aspectos relativos a la gestión de los servicios, ya que era opinión de los miembros del grupo que este tema, siendo un aspecto de suma importancia y actualidad requería un análisis diferenciado en profundidad, tanto de los instrumentos y procedimientos de medida como del impacto de los nuevos modelos de gestión sobre la organización funcionamiento de las redes asistenciales.

Las reuniones han contado con la participación de las siguientes personas: Belén Díaz Mújica (Cataluña), Esther Carrasco Parrado (Murcia), Ana Esther Sánchez Gutiérrez (Asturias), Margarita Eguiagaray (Asturias), Carlos de las Cuevas Castresana (Canarias), Juan de la Fuente Portero (Canarias), Ana Mateos (Canarias), Agustín Ozámiz (País Vasco), Lolo Aparicio Tellería (País Vasco), Rosa Montiel (Baleares), Fermín Pérez (Andalucía), Miguel Angel Moré Herrero (Madrid), y M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz (Madrid) como coordinadora.



## 2. Marco de referencia

### 2.1. *Definición y filosofía asistencial*

El modelo de atención a los problemas de salud mental que la AEN defiende es el Modelo Comunitario, alentado por la OMS, y que en nuestro país ha guiado el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica que se han puesto en marcha a partir del movimiento de defensa de derechos humanos y de las libertades democráticas de los años 70 y 80 posibilitando la desinsitucionalización de los enfermos mentales y su reinserción en la comunidad. Como es bien conocido este modelo se caracteriza por:

- Desplazar el núcleo de la atención del H. Psiquiátrico a la comunidad.
- Una responsabilidad sobre una población (territorialización).
- Un tratamiento próximo al paciente.
- Una atención a la totalidad de la población con una diversidad de servicios de un mismo sistema.
- Con equipos multidisciplinares.
- Garantizando la continuidad de cuidados.
- Con un especial énfasis en la prevención.
- Con vinculación con los servicios sanitarios y sociocomunitarios.
- Con participación de los ciudadanos y;
- Programas con exigencia de evaluación.

Teniendo en cuenta el desarrollo de los sistemas de atención a la salud mental en nuestro país, los logros y los problemas, nos parece importante resaltar algunos de estos aspectos, que creemos fundamentales para lograr una asistencia de calidad.

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

Por eso proponemos que exista un claro compromiso de las administraciones en la financiación, planificación, definición y priorización de las prestaciones y en la evaluación responsable de las mismas. Todo Plan de Salud Mental debe asumir y reflejar este compromiso teniendo además claramente definido un cronograma de desarrollo, un compromiso explícito de financiación, y unos mecanismos de evaluación.

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

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

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

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

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

Por eso proponemos a las administraciones que mantengan y potencien la multidisciplinariedad de los equipos y planteen sistemas organizativos y de coordinación que tengan como elemento esencial garantizar la continuidad de cuidados. Que exista un compromiso de lo social y lo sanitario para garantizar la integralidad de la atención a los enfermos mentales graves y crónicos.

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

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

El modelo debe contemplar como esencial *el apoyo a los servicios de atención primaria de salud y de servicios sociales*, nivel en el que se presenta el grueso de los problemas de salud mental. El apoyo y la formación de sus profesionales para que puedan resolver estos problemas previniendo la aparición de patologías. El desarrollo de acciones de *prevención* primaria tiene en estas funciones de apoyo uno de sus mejores exponentes. La capacitación para la intervención en las situaciones de crisis vitales como medidas selectivas de prevención primaria debe ser una de las tareas prioritarias de los equipos comunitarios de salud mental.

Por eso proponemos que se potencien las acciones dirigidas a capacitar al nivel de atención primaria de salud y de servicios sociales en la detección e intervención sobre problemas de salud mental.

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

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

Y sobre todo el modelo debe *hacer girar la atención sobre las personas enfermas*, no tanto desde una filosofía clientelar, sino desde el presupuesto de que los servicios deben dar respuesta a las *necesidades de los usuarios* más que a las de los proveedores, y de que toda acción terapéutica no debe dirigirse únicamente a reducir los síntomas, sino a capacitar y potenciar las posibilidades de desarrollo de los enfermos para que se constituyan en *elementos activos de su tratamiento*. Y que tanto a nivel de planificación como de organización del servicio y de la administración de la actividad diaria, los usuarios deben *participar de forma clara y visible en el proceso de toma de decisión*.

Si algo debe caracterizar un modelo comunitario de atención es su *carácter integrador, solidario, respetuoso y sobre todo dignificante del enfermo psíquico*.

## 2.2. Aspectos éticos

La instauración del modelo comunitario de atención parte de una exigencia ética tanto de la asistencia prestada como de las propias prácticas profesionales.

La integración de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, coloca a los pacientes psíquicos en igualdad al resto de los ciudadanos para acceder a unos servicios públicos, universales y gratuitos. La Ley General de Sanidad Ley 14/1986, en su artículo 10 de los derechos, habla de la *confidencialidad, información y consentimiento informado*. El desarrollo de estos derechos es todavía incipiente en la práctica cotidiana de la medicina y no se ha incorporado de hecho a la práctica psiquiátrica.

### 2.2.1. La confidencialidad

Si bien la confidencialidad de los actos asistenciales es una práctica arraigada en la mayoría de los profesionales algunos de los aspectos ligados a la práctica comunitaria hace necesario extremar las precauciones para que en todo momento se respete la confidencialidad de la información. Desde la custodia de las historias clínicas hasta la salvaguarda de los datos y el control de los accesos y la obtención de información de los Registros de Casos son elementos que deben estar contemplados específicamente para garantizar en todo momento la

confidencialidad de los datos, y debe contar, tal y como se recoge en la legislación, con la autorización de los usuarios. Otros aspectos como el intercambio de información entre los miembros del equipo o en la coordinación con los recursos sociocomunitarios, debe partir del presupuesto de que *la confidencialidad obliga a todos los miembros del equipo* y que sólo se intercambiará aquella información que sea relevante y necesaria para la mejor resolución del caso.

### 2.2.2. Derecho a la información. El consentimiento informado

La necesidad del consentimiento informado se encuentra recogida en la mayoría de las Declaraciones Internacionales en materia de derechos y protección de los enfermos mentales como son:

- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud mental, adoptados por la Asamblea general de las Naciones Unidas 1991.
- Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, auspiciado por el Consejo de Europa en 1997.
- Convenio de Bioética de Oviedo, aprobado en 1999.

El derecho del enfermo a la información incluye dos aspectos diferenciados y fundamentales:

- *La información terapéutica* que es aquella dirigida a asegurar la cooperación óptima del paciente (o de terceros) en el marco del tratamiento médico. Permite instruir al paciente de las conductas más apropiadas a las concretas necesidades de la terapia. Es un derecho del paciente que se le dé en términos comprensibles, a él y sus familiares y allegados, una información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Las enfermedades de carácter psiquiátrico generan una especial obligación de informar para los profesionales sanitarios. El Tribunal Supremo ha indicado que estas enfermedades, por su propia idiosincrasia, riesgos que conllevan y la necesidad de ayuda que tales enfermos requieren, refuerzan la obligación del médico de informar a las personas más cercanas.
- *La información para el consentimiento informado.* El consentimiento informado es el procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Es la justificación misma de la legitimidad del acto médico, basado en el derecho del paciente a su autonomía o autodeterminación. El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y men-

talmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente. La esencia del consentimiento informado no es otra que considerar que las decisiones sanitarias, para ser moralmente aceptables, deben ser decisiones autónomas tomadas por los afectados por ellas, los propios pacientes. Son necesarios tres requisitos: *voluntariedad, información y comprensión*.

La práctica psiquiátrica actual no ha incorporado aún, a pesar de que estos documentos que contienen los principios sobre las libertades y derechos tienen varios años de vigencia, la necesidad de informar y de solicitar el consentimiento informado. Todavía hay profesionales que sostienen que es una pura ficción considerar que un enfermo mental pueda entender y decidir sobre el tratamiento que se le propone, o creen, incluso contraproducente darle información sobre el mismo aunque la práctica demuestre lo contrario. Evidentemente desde los presupuestos de la psiquiatría comunitaria solo se puede alcanzar la participación activa de los enfermos en su tratamiento si estos cuentan con una adecuada información y dan su consentimiento. Incluso en aquellas situaciones de incapacidad reguladas por la ley se debe tratar de conseguir la implicación del paciente y tener en cuenta sus elecciones y las de sus familiares. El tema de los tratamientos involuntarios, regulado con garantías legales suficientes en el caso de los internamientos, nos enfrenta en el día a día a su complejidad ética y práctica. También en este caso debe regir el criterio de *utilizar los tratamientos menos restrictivos posibles y de implicar al paciente en las decisiones*.

### 2.2.3. Derecho al acceso a los tratamientos

Tal y como se recoge en la Resolución 46/119 de las Naciones Unidas “*Todas las personas tienen derecho a la mejor asistencia a la salud mental disponible, que debe ser parte del sistema sanitario y social*”. En la determinación de la mejor asistencia disponible, la eficiencia es una condición necesaria pero no suficiente. Como señala Sartorius “hay que incorporar algunas *cuestiones éticas*: el tratamiento debe ser aceptable para el paciente y su comunidad; deben estar demostradas la seguridad y la efectividad; deben existir mecanismos que asegu-

ren que los efectos a largo plazo del tratamiento están monitorizados, es decir que deben llevarse a cabo evaluaciones periódicas de la utilidad de la técnica, usando datos suficientes y válidos; el tratamiento debe ser eficaz con respecto a los síntomas, evaluando calidad de vida global para el paciente y efectos que haya podido tener el tratamiento del paciente sobre los demás miembros de la familia u otros componentes de su red social”<sup>1</sup>.

Los profesionales también tienen una *responsabilidad clínica* para lograr la mejor asistencia posible. Son responsables con respecto a los usuarios de tener una buena formación clínica, y de distinguir que es lo científicamente establecido de lo ideológico. Y con respecto a la comunidad deben evitar el daño y el mal uso de los recursos públicos.

#### 2.2.4. Orientación hacia los usuarios

La OMS elaboró en Manheim en noviembre de 1988<sup>2</sup> una serie de principios que deben guiar aquellos proyectos que se desarrollen dentro de la organización con personas con enfermedad mental. Estos principios son:

- Utilización de una terminología que no devalúe a las personas enfermas.
- Potenciación de los usuarios como parte claramente visible en la toma de decisiones en los servicios: en su planificación y organización y en la administración de la actividad cotidiana.
- Los objetivos de los servicios o programas deben orientarse a aumentar las capacidades individuales más que centrarse en las discapacidades.
- Los proyectos deben ser valorados socialmente y se deben realizar en medios lo más normalizados posible.
- Debe orientarse a la mejora de la calidad de vida de los usuarios, y éstos deben estar satisfechos con ellos.
- Debe existir posibilidad de elección.
- Transparencia y cooperación entre los usuarios, los trabajadores y la comunidad.

### 2.3. Marco jurídico

En España, a partir de los años 80 se han promulgado un conjunto de disposiciones que han ido configurando el nuevo marco político-administrativo de la atención a la salud mental<sup>3,4</sup>.

### 2.3.1. Disposiciones de ámbito estatal

- *Reforma del Código Civil* en materia de tutela (Ley 13/1983 de reforma del Código Civil).  
En su artículo 2.2. del capítulo V deroga el Decreto de 3 de julio de 1931 sobre asistencia a los enfermos psíquicos. A partir de entonces, lo concerniente al tratamiento e internamiento de los pacientes ha de ceñirse a lo que con carácter general se disponga para los usuarios de servicios sanitarios. Al mismo tiempo, toda actuación contra la voluntad del enfermo mental deberá ser tutelada por la autoridad judicial. Y todo esto de acuerdo al mandato constitucional: el ejercicio del derecho a la salud (Art. 43) debe llevarse a efecto sin conculcar otro derecho fundamental de las personas, el de su derecho a la tutela efectiva de la libertad individual (Art. 17) (Constitución Española, 1978).
- En 1983 se crea la *Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Primer paso dado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en esta materia, encargando a dicha Comisión “realizar los estudios necesarios para proponer los principios básicos que han de configurar la asistencia psiquiátrica de los españoles en sus modalidades preventiva, curativa y rehabilitadora”.
- Real Decreto de 1984 sobre *Estructuras básicas de salud*.  
Ordena la atención sanitaria en su primer nivel, estableciendo las zonas básicas, centros de salud y equipos de atención primaria. Supone el primer contrapeso serio frente a las tendencias supertecnificadas y hospitalocentristas del “desarrollismo” y va a servir de marco para que las Comunidades Autónomas creen sus mapas sanitarios y organicen, territorialmente, la asistencia psiquiátrica y la salud mental.
- *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*.  
Desde que el Informe se hizo público, se ha constituido en el eje de las reformas llevadas a cabo desde una óptica de progreso y renovación en la Psiquiatría española. Estableció las directrices y bases para las reformas desarrolladas con posterioridad en los territorios de las comunidades autónomas. El documento fue elaborado por un pequeño grupo de profesionales de variado talante, orientación clínico-asistencial y criterio y contiene los parámetros y recomendaciones necesarias para un cambio en profundidad de la asistencia psiquiátrica. El Índice general del Informe da una visión panorámica de los principios y recomendaciones propuestos para la reforma.



Basándose en las recomendaciones del Informe, el Ministerio de Sanidad y Consumo incluyó en los presupuestos generales del estado unas partidas adicionales de carácter finalista para la puesta en marcha de la reforma. A partir de entonces, se impulsó la firma de Convenios con las Comunidades Autónomas para coordinar recursos y promover actuaciones conjuntas en esta materia. Igualmente se inició un Programa de creación y aportación de recursos para la atención a la salud mental desde el Insalud (Secretaría Comisión Ministerial para la Reforma).

- *Ley General de Sanidad* de 1986 (L. 14/1986).  
Recoge aspectos importantes de la filosofía del Informe de la Comisión Ministerial en su artículo 20 (De la salud mental).
- Creación de una *Comisión para el seguimiento de la reforma psiquiátrica* (1987) como ponencia de trabajo estable dentro del Consejo Interterritorial, constituida por representantes del ministerio de Sanidad y Consumo y de las distintas Comunidades Autónomas. La operatividad y empuje de esta Comisión iría de la mano de la del propio Consejo Interterritorial y del interés de sus miembros por avanzar en este sector de la sanidad. En los últimos años dicha comisión no funciona.
- *Informe sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988).  
Elaborado en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por un Comité de estudios de carácter interdepartamental, con representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Justicia, Defensa, el Consejo del Poder Judicial y la propia Comisión de seguimiento de la reforma psiquiátrica. Su trabajo se centró en aunar criterios para el cumplimiento de la normativa que regula los derechos de las personas ingresadas en las unidades psiquiátricas, los tratamientos y hospitalización de los enfermos mentales sin su consentimiento expreso y las medidas encaminadas a asegurar una correcta atención sanitaria y psiquiátrica de los enfermos mentales sometidos a procesos penales.
- Real Decreto de 1995 (R.D. 63/1995) sobre *ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS*. Ha establecido por primera vez los derechos concretos y prestaciones específicas de los usuarios del SNS en materia de salud mental. Recoge de forma explícita aunque de un modo genérico la psicoterapia y la rehabilitación psicosocial como prestaciones del SNS.
- *Reforma del Código Penal* (L.O. 10/1995) en el que se revisan las condiciones de inimputabilidad y se regulan las condiciones de tratamiento alterna-

tivo al cumplimiento de la pena, no superando en ningún caso la obligatoriedad de realizar un tratamiento el tiempo de pena recogido para el delito cometido.

- *Reforma del Código Civil (1999)* en el que se ha intentado modificar, sin éxito (gracias, entre otros, a las gestiones de la AEN), el alta de los ingresos involuntarios. En su aprobación definitiva el alta de un ingreso involuntario queda a criterio del psiquiatra responsable del caso, teniendo únicamente la obligación de comunicárselo al juez una vez que esto se ha producido.
- Decreto de *regulación de la especialidad de Psicología Clínica (1999)* que regula la formación especializada en Psicología Clínica a través del PIR y la homologación de los psicólogos que actualmente trabajan en psicología clínica. La AEN ha desarrollado una labor protagonista en su elaboración y en las gestiones para su aprobación. Supone el reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria con importantes repercusiones organizativas en las instituciones.

### 2.3.2. Disposiciones desarrolladas en el ámbito autonómico

A partir de las disposiciones mencionadas, las distintas Comunidades Autónomas han ido desarrollando sus propias normas. En un primer momento, los decretos para la constitución de los mapas sanitarios. También las instrucciones para elaborar planes de salud mental autonómicos. Igualmente, la suscripción de Convenios entre Administraciones e Instituciones sanitarias para la cooperación, coordinación e integración de recursos, y, por último, en algunos casos, la regulación de conjunto de la atención a la salud mental en el marco de las Leyes de los Servicios de Salud autonómicos.

A continuación se recogen los aspectos en que han hecho más hincapié, sin olvidar que en 1991, por ejemplo, solamente once Comunidades Autónomas habían redactado su Plan de Salud y aproximadamente la mitad habían suscrito Convenios de cooperación y coordinación con otras entidades sanitarias públicas:

- Decretos de zonificación, ordenación territorial y constitución de mapas sanitarios.
- Creación de Comités técnicos, asesores y grupos de estudio para la reforma psiquiátrica.
- Aprobación de Planes y programas generales y/o sectoriales de salud mental.

- Convenios de colaboración en salud mental con otras Administraciones e Instituciones sanitarias y sociales.
- Establecimiento de estructuras directivas para la planificación y gestión de la salud mental.
- Normas reguladoras de los servicios psiquiátricos y la salud mental en el ámbito de la Comunidad Autónoma.
- Organización de la formación postgraduada de psicólogos clínicos.
- Reorganización y/o recalificación administrativa (incluido cierre) de hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para la atención a la salud mental.
- Creación de nuevos centros y dispositivos para la salud mental.
- Decretos de transferencia de servicios y medidas de integración y homogeneización de los trabajadores transferidos.

Las disposiciones y normas que se han promulgado en nuestro país tienen precedentes y referencias en otros países, por lo que no se partió de cero. La variable evolución, en cuanto a los efectos y resultados de las mismas, nos recuerda que las leyes, siendo condición necesaria para afrontar cambios y transformaciones de toda índole, no son suficientes si no van seguidas de plazos para su desarrollo y no se establece a quién compete la responsabilidad de aplicar las medidas convenientes. Los procesos de cambio han de pasar, cuando menos, por tres fases diferenciadas: una primera, *de crítica y presión social y de sensibilización institucional*; una segunda fase, de actuaciones administrativas donde primen las *medidas normativas*, y, una tercera, de *concreciones*, expresadas a través de un *esfuerzo financiero* y apoyadas en su realización por una mayoría social.



### 3. Planificación de la atención en Salud Mental

#### 3.1. Introducción

Como señala López Alvarez<sup>5</sup>, uno de los componentes esenciales de las orientaciones basadas en los conceptos de la Salud Comunitaria es la planificación, es decir, la necesidad de utilizar una metodología específica que permita *partir del estado de salud de la población y adecuar progresiva y ordenadamente los recursos sanitarios a sus necesidades*.

El proceso de planificación concebido como un procedimiento de base científica<sup>6</sup> que hace posible tener en cuenta el conjunto de determinantes de los problemas de salud y facilitar su resolución, aumentando la eficacia específica de los servicios y actuaciones sanitarias, se desarrolla cíclicamente a lo largo de diversas fases. Desde la *identificación de los problemas, la determinación de prioridades, la fijación de objetivos y el diseño de estrategias para conseguirlos, hasta la puesta en marcha de los programas concretos* (basados en esas estrategias) y *su evaluación*; punto de partida, a su vez, de un nuevo ciclo. Sin caer en ningún tipo de valoración mítica, la planificación aparece hoy, en el sistema sanitario y en otros, como un elemento indispensable para el progreso, a múltiples niveles, de los servicios y actuaciones, instrumento a utilizar también en el proceso de Reforma Psiquiátrica. Su aplicación a este campo presenta, sin embargo, dificultades importantes, de entre las cuales hay dos que nos interesa destacar por sus especiales implicaciones.

Una de las dificultades tiene que ver con factores, en cierta medida, previos al proceso de planificación en sentido estricto, aunque inevitablemente condicionantes del mismo. Por un lado toda planificación necesita, obviamente, planificadores, es decir, un equipo de profesionales conocedores tanto del campo sobre el que se va a actuar (en este caso los problemas y servicios de atención a la Salud Mental), como de la metodología de trabajo específica de la planificación. Profesionales escasos en nuestro país y especialmente en un sector hasta ahora bastante marginal del sistema Sanitario como es el de la salud mental lo que implica una tarea de “formación de los planificadores” que en muchas ocasiones debe hacerse, en gran parte, paralelamente al propio proceso de planificación. Al mismo tiempo, tampoco puede perderse de vista la inclusión del proceso de planificación en el marco de una política sanitaria global. Política necesariamente previa en cuanto tal al mismo y legitimada, en principio, en tanto que resultante del funcionamiento de los mecanismos democráticos del poder político (y, evidentemente, sometida a evaluación

indirecta a partir de los resultados de la evaluación específica del proceso programado).

La otra dificultad, aún no resuelta satisfactoriamente, guarda relación con el propio *concepto “de problema de salud”*. Tanto este concepto, en cuanto estado individual o colectivo de deficiencia de salud, como su traducción operativa, la *“necesidad”* –lo que se requiere para solucionarlo– están sujetos a una pluralidad de definiciones que hacen difícil su medición. Así la definición del experto o técnico, la percepción del paciente o colectivo implicado, o sus expresiones en términos de demanda de servicios, constituyen elementos no siempre coincidentes, y entre los que no resulta fácil elegir a la hora de identificar la situación sobre la que se va a actuar.

Dificultad que se amplía por el papel que los propios servicios sanitarios existentes tienen en todas esas definiciones. Y se acentúa en un campo, como el de la salud mental, en el que tan difícil resulta establecer definiciones operativas objetivables y asumidas por todos<sup>7</sup>; y en el que, además, el papel de los servicios tradicionales ha contribuido a enmascarar los problemas, sobrecargándolos de prejuicios y añadiéndoles factores yatrogénicos a veces tan importantes o más que sus características iniciales. De ahí que resulte indispensable la transformación de la estructura de servicios para poder realizar una correcta aproximación al conocimiento de las necesidades de la salud mental de la población.

Planificación, pues, a realizar inicialmente desde una perspectiva más organizacional que poblacional, de cara a dar pie a la actuación sobre los efectos yatrogénicos del sistema antiguo (y especialmente a su prevención), a la vez que nos permite iniciar una mejor identificación de las necesidades de la población a la que los nuevos servicios deben atender. Base para el desarrollo posterior de programas de salud progresivamente más ajustados a dichas necesidades.

### 3.2. *Situación actual*

Con el objeto de conocer cual es la situación actual de la planificación de la asistencia a la salud mental, hemos pasado una encuesta a todas las Comunidades Autónomas, interesándonos por la existencia de la misma, así como aspectos directamente relacionados con ella, tales como normativa adicional y sistemas de financiación específicas, los resultados quedan reflejados en la Tabla 1.

Tabla 1. Encuesta sobre Planificación y Financiación en Salud Mental en España. Febrero 1999.

CCAA	Plan de Salud Mental (P.S.M.)			Leyes Decretos Ordenes/ año	Presupuesto anual asistencia a la Salud Mental		Sistema de financiación Específico para la asistencia en Salud Mental
	Sí	No	Aprob. Rev.		Ptas./Hab.	% (*)	
Andalucía	✓	93	98	Decreto Ley S.A.S.		1,7	No financiación específica del P.S.M.
Aragón	✓	97	No	Ley S.A.S.	11.832		No financiación específica del P.S.M.
Asturias	✓	98	No	Decreto/86	3.220		Si cofinanciado con INSALUD, ejercicio 1997
Baleares	✓	98	No				No financiación específica del P.S.M.
Canarias	✓	97	No	Ley/94 Decreto/95			No financiación específica del P.S.M.
Castilla La Mancha	✓	84	93/99				No financiación específica del P.S.M.
Castilla y León	✓	91	98	Decreto/89 Ley/93			No financiación específica del P.S.M.
Cataluña	✓	94	96	Decreto	3.518 (***)	3,3	Sí, incluye atención drogodependencias
Cantabria	✓	98	No	Ley/96	2.656 (cc.a.a.) + INSALUD	10	Sí
Extremadura	✓	96	No				No financiación específica del P.S.M.
Galicia P.S.M.	✓	94	97	Decreto			No financiación específica del P.S.M.
La Rioja	✓			Ley S.R.S			No financiación específica
Madrid	✓	89	Elabor.	Decretos S. Soc. y SRS	1.866 (c.c.a.a.) + INSALUD		No financiación específica del P.S.M., cofinanciación INSALUD
Murcia	✓	95	99		2.690		Si, contemplado en el P.S.M. 99-2.001
Navarra	✓	91	No				No financiación específica del P.S.M.
País Vasco	✓	83	90/90/94	Leyes/85/98	6.735	7,8(**)	Si, a través del Contrato programa e organización de servicios
Valencia	✓	91	99	Decreto 81/98 Orden 3/2/97			No financiación específica del P.S.M.

(\*) Porcentaje del Presupuesto total de asistencia sanitaria

(\*\*) El 7,8 excluye Servicios centrales, inversiones y farmacia.

(\*\*\*) No incluye el gasto farmacéutico que fue aproximadamente de 17.000 millones de ptas.

A modo de *conclusiones* podemos observar que:

1. Prácticamente la totalidad de las Comunidades Autónomas disponen ya de Plan de Salud Mental, la mayoría aprobados en la década de los 90, casi la tercera parte en los últimos 3 años. Todos ellos desarrollan un modelo de atención a la salud mental de ámbito comunitario, inspirado el Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica y en la Ley General de Sanidad (1985, 1986).

2. A pesar del tiempo transcurrido desde la Ley General de Sanidad (1986) y de la existencia de los Planes de Salud Mental autonómicos, la mayoría de las Comunidades Autónomas parecen tener dificultades para integrar la red asistencial de atención a la salud mental en la atención sanitaria especializada, por lo que siguen existiendo dispositivos en Atención Primaria y dispositivos en Atención Especializada con importantes problemas de coordinación para garantizar la continuidad de cuidados.

3. Igual podríamos decir de los dispositivos de carácter socio-sanitario, básicamente relacionados con la atención a enfermos mentales crónicos donde además existen grandes carencias (Centros de día, centros de noche, pisos y pensiones tuteladas, talleres, etc.) y cuya competencia es múltiple en cuanto a Administraciones se refiere.

4. Las actuaciones de carácter preventivo por depender también de varias administraciones, sufren la misma suerte que las rehabilitadoras, siendo además un campo del conocimiento sobre el que es necesario seguir profundizando.

5. No en todas las Comunidades Autónomas existen servicios centrales específicos dedicados a la evaluación, planificación y coordinación de la atención a la salud mental con carácter tanto transversal como vertical.

6. Probablemente podríamos relacionar todo lo anterior con las dificultades para disponer de una financiación específica, conocida y evaluable de la atención a la salud mental.

7. Para finalizar, reiteramos que con excepciones por todos conocidas, la mayoría de las Comunidades Autónomas estarían en esa tercera fase del proceso de planificación que requiere medidas concretas expresadas a través de un esfuerzo financiero. De lo contrario, los Planes de Salud pueden convertirse en meros documentos de buenas intenciones. Es necesario incorporar, al igual que se está haciendo en el resto de la sanidad pública, una cultura de la gestión clínica basada en la evaluación y la medición de resultados tanto a nivel de gestión como a nivel asistencial. Esto significa que en los próximos años, clínicos y gestores tengamos que familiarizarnos, también en la atención a la salud mental,



con indicadores de evaluación de objetivos, directamente relacionados con los planes de actuación y con la financiación, sometidas además a cronogramas definidos y revisiones periódicas.

*Recomendaciones para la planificación de los Servicios de S.M.:*

1. Disponer de un Plan de Salud por objetivos que aseguren el desarrollo del Modelo de Atención a la Salud Mental de ámbito comunitario, acompañados de una *hoja financiera que garantice* el cumplimiento de los objetivos que impliquen nuevos recursos.

2. Disponer de una Infraestructura Regional ó Autónoma, tanto a nivel *humano* con formación especializada, como *material* tecnológicamente adecuada, para la planificación y evaluación de los Servicios de Salud Mental, en *coordinación con el resto de la Planificación Sanitaria Regional ó Autónoma*, interconectados con los dispositivos asistenciales y con *capacidad de influir en la toma de decisiones*.

3. Identificación periódica de los problemas, basada en la información disponible a través de diferentes fuentes que van desde la epidemiología descriptiva (encuestas de Salud, estudios locales, tesis, tesinas, etc.. ), el Registro de Casos Psiquiátricos (morbilidad asistida, utilización de servicios, etc.. ), el Inventario de recursos Públicos y Privados ( Humanos y Materiales, procedencia administrativa ), así como el conocimiento de los comportamientos sociales y culturales de la población diana.

4. Determinación de las *prioridades*, que estarán centradas en los grupos de riesgo identificados. Estas serán medibles y cuantificables, estarán en relación con los definidos y admitidos por la Comunidad Científica Nacional e Internacional, y con los reconocidos en las prestaciones básicas de los Sistemas Nacional y Autónomo de Salud.

5. Fijación de objetivos medibles y cuantificables, respetando los criterios de la psiquiatría y psicología basada en pruebas, aplicables en la Prevención, Asistencia, y Rehabilitación.

6. Diseñar estrategias para conseguir los objetivos a través de Programas de Intervención (programas de Gestión Convenida, Planes Estratégicos, etc.) que deberán estar ajustados a las posibilidades reales de Intervención y disponer de financiación adicional si se consideran irrenunciables.

7. Evaluación del impacto de las estrategias, realizada con el uso de herramientas adecuadas a los objetivos, o si fuera necesario, desarrollando nuevos

instrumentos que garanticen la fiabilidad de los resultados; estas herramientas y los resultados de su uso deberían estar al alcance de los profesionales de la red asistencial para mejorar la gestión clínica.

8. Desarrollar un marco Jurídico/Administrativo necesario para la integración funcional de los recursos Sanitarios, Educativos, Sociales, Laborales y Judiciales que intervienen en los diferentes niveles de la Atención a los problemas de Salud Mental.

9. Contar con la participación de los agentes comunitarios, especialmente los usuarios y familiares, en todas las fases del proceso de planificación.

## 4. Organización

### 4.1. *Planes estratégicos*

El Plan Estratégico es un documento marco de actuación que va permitir llevar a cabo a las organizaciones la consecución de los objetivos definidos previamente en el Plan de Salud Mental desarrollando las estrategias una vez hecho el diagnóstico de la situación actual (DAFO), el análisis del marco legal y la evaluación de los recursos existentes.

El Plan Estratégico estaría destinado a establecer una política de actuación común basada en “Una Atención Comunitaria de Salud Mental de Calidad”. Es de suma importancia que su filosofía no sea contradictoria con los principios definidos del modelo comunitario de atención. Con frecuencia los Planes Estratégicos se diseñan desde los servicios o “productos” que a una organización determinada le interesa producir, y no, en consonancia con una filosofía de salud pública, desde la respuesta a las necesidades de salud de la población a la que atiende.

De los objetivos generales definidos en el Plan de Salud Mental han de resultar los objetivos específicos, así como acciones a emprender para el alcance de los mismos. Un elemento esencial del Plan Estratégico lo constituye el *análisis del entorno* en el que se debe incluir la definición del perfil de usuario (paciente) teniendo en cuenta tanto las necesidades reales como las necesidades percibidas, y la definición de la oferta (servicios y recursos, existentes y deseables).

Hay una relación directamente proporcional entre las posibilidades de implementación de un plan estratégico y la participación en la elaboración del mismo del mayor número de interesados (profesionales, asociaciones, administraciones...).

A pesar de que cada plan estratégico ha de ser la respuesta del análisis específico de cada organización en particular, este grupo valora que existen una serie de amenazas y oportunidades, de debilidades y fortalezas comunes en el Estado que conviene tener en cuenta

#### 4.1.1. *Análisis externo: Amenazas/Oportunidades.*

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recortes presupuestarios: reducción de recursos como consecuencia del retroceso del estado del bienestar.</li> <li>2. La generalización acrítica de unos modelos de gestión en los que exclusivamente prima la contención del gasto.</li> <li>3. Aumento progresivo de la demanda asistencial: sobrecarga de los servicios.</li> <li>4. Aumento morbilidad con aparición de nuevas patologías: necesidad de mayores recursos.</li> <li>5. La fragmentación del apoyo social y las altas tasas de desempleo</li> <li>6. Decreto de la libre elección de especialista con amenaza del criterio de territorialidad.</li> <li>7. Coordinación deficiente en el espacio socio-sanitario que cuestiona la continuidad asistencial.</li> <li>8. El peso del monopolio de la industria farmacéutica en el I+D.</li> <li>9. Pensamiento reduccionista y conservador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salud Mental como prioridad en algunos de los Planes de Salud.</li> <li>2. Desarrollo de nuevas tecnología de la información con una mejora de la comunicación.</li> <li>3. Decreto de la especialidad de psicología clínica.</li> <li>4. Aumento de la influencia de las Asociaciones de usuarios.</li> <li>5. Experiencia adquirida en el desarrollo de estos 20 años de Reforma.</li> <li>6. Métodos de evaluación de la calidad de los servicios asistenciales.</li> </ol>

#### 4.1.2. *Análisis interno: Debilidades/Fortalezas*

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispersión geográfica.</li> <li>2. Infraestructura material y de profesionales precaria.</li> <li>3. Falta de formación y reciclaje continuados en Salud Mental comunitaria.</li> <li>4. Falta de organización y coordinación formalizada intrared: déficit de protocolos de intervención y derivación, procedimientos operativos y escasa orientación al usuario.</li> <li>5. Falta de idoneidad de los indicadores de evaluación de la calidad asistencial.</li> <li>6. Escasa definición de los perfiles de atención objeto de cobertura.</li> <li>7. Precariedad y arbitrariedad en la situación laboral de muchos profesionales.</li> <li>8. Falta de participación en la toma de decisiones, así como de reconocimiento (motivación) y ausencia de incentivos.</li> <li>9. Falta de recursos de rehabilitación, cuidados y apoyo social.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Red de especialistas cualificados y trabajo en equipos multidisciplinares.</li> <li>2. Planes de Salud Mental desarrollados en gran parte de las Comunidades Autónomas en los que consta una definición de las necesidades.</li> <li>3. Calidad y gama amplia de prestaciones</li> <li>4. Progresiva integración de la Atención a la Salud Mental en el Sistema Sanitario General.</li> <li>5. Mejora de la coordinación con la Atención Primaria de Salud.</li> <li>6. Implantación progresiva de los sistemas de información en salud mental.</li> </ol>

A nivel del Estado el desarrollo de Planes Estratégicos de las distintas organizaciones con responsabilidad asistencial en salud mental es muy desigual; tanto en lo que se refiere al ámbito del mismo, como a su filosofía (demanda / oferta de servicios, necesidades en salud mental/programas asistenciales y servicios) y a los modelos de gestión que se proponen.

Como *recomendaciones* se pueden proponer:

1. Cada organización debe desarrollar su Plan Estratégico en función de su análisis externo (oportunidades y amenazas) y de su análisis interno (fortalezas y debilidades).

2. Las estrategias definidas y su modelo de gestión no deben ser contradictorios con el modelo asistencial comunitario.

3. Dada la situación actual, todavía en muchos casos sin transferencias sanitarias, una de las estrategias prioritarias debe ser la integración funcional de las distintas redes asistenciales.

4. Es recomendable el desarrollo de una cultura de gestión clínica basada en la evaluación y medición de resultados.

5. En la elaboración de los Planes Estratégicos deben participar en todas sus fases todos los implicados (usuarios y familiares, profesionales, planificadores y políticos).

6. La financiación debe estar claramente especificada y contar con una asignación presupuestaria.

7. Debe contar con un cronograma de aplicación.

#### 4.2. *Organización y estructura de servicios*

El desarrollo del modelo comunitario en los distintos países se ha basado en una estructura de servicios similares, pero con organizaciones diferentes adaptadas a los sistemas sanitarios y sociales propios. Esto mismo ocurre en nuestro país en un grado más limitado, ya que aunque con el trasfondo de la Ley General de Sanidad, en cada Comunidad Autónoma partiendo de una situación previa sanitaria y política distinta se ha optado por organizaciones concretas que difieren en la estructura de los servicios. Fruto de la experiencia y del análisis de las mismas realizamos unas propuestas que pensamos pueden facilitar el que la atención que se preste sea de mejor calidad.

#### 4.2.1. *Situación actual*

Conocer la situación actual en cuanto al desarrollo de los dispositivos a lo largo del Estado entraña una gran dificultad, ya que existe poca uniformidad en cuanto a la tipología de dispositivos, y a la homogeneidad de las medidas de los datos recogidos. Para intentar hacer una descripción de esa situación hemos utilizados los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud publicada por el Ministerio de Sanidad relativa a los datos de 1996<sup>8</sup>; y también se ha realizado una encuesta de elaboración propia solicitando información cualitativa a distintos representantes de las asociaciones autonómicas y a partir de los distintos Planes de Salud Mental y Decretos de desarrollo de servicios de las comunidades. Los datos cuantitativos corresponden a 1996, ya que la actualización homogénea de los mismos nos ha resultado sumamente difícil; mientras que los datos cualitativos que hemos obtenido sí se encuentran actualizados. Con todos ellos hemos hecho unas tablas resumen que nos permitan analizar esta situación. En estas tablas se utiliza la terminología recogida en la Encuesta Nacional de Salud y se señalan las distintas denominaciones de los dispositivos en las comunidades.

En la Tabla nº 2 se recogen los datos relativos a los Centros de Salud Mental con la denominación, los programas definidos, el tipo de población que atienden, el nº de CSM y la población que atienden y los datos de actividad que recoge la Encuesta Nacional de Salud. Existe cierta confusión en cuanto a lo que se entiende por programas definidos, en todas las comunidades se realiza la asistencia psiquiátrica comunitaria, aunque en algunas de ellas esta tiene una denominación específica.

En la Tabla nº 3 se recogen las Unidades de Hospitalización, haciendo constar la denominación, si se han puesto en marcha unidades específicas (Alcoholismo, Drogodependencia, Niños y Adolescentes y Trastornos Alimentarios) y si en las Unidades de Media y Larga Estancia existen programas de tratamiento activo y rehabilitadores.

En la Tabla nº 4 se ha tratado de agrupar la dispersa información sobre Hospitales de Día y Dispositivos de Rehabilitación. Dada la inexistencia de ratios homogéneas para muchos de ellos nos ha interesado conocer sus ubicaciones y diferentes dependencias administrativas.

Los datos recogidos en las Tablas 2, 3 y 4 son aquellos que en cada Comunidad están incluidos dentro de la Red de Salud Mental. En muchas ocasiones los dispositivos de Alcoholismo y Drogodependencias están en redes independientes.

En la Tabla nº 5, extraída de la Encuesta de Salud Mental de 1996, se exponen las ratios de profesionales por población en cada Comunidad Autónoma referidos al conjunto de la Red. Hay tres comunidades en las que la Encuesta no proporciona datos por no tenerlos disponibles. Aunque de estas tres comunidades tenemos datos actualizados no nos ha parecido pertinente mezclarlos con los anteriores.

Por último la Tabla nº 6 recoge aspectos relativos a la coordinación entre dispositivos y al tipo de gestión.

Del análisis de las tablas podemos extraer las siguientes *conclusiones*:

1. Desarrollo en todas las comunidades de Centros de Salud Mental con distinta denominación y distinta población diana. Mayoritariamente atiende niños y adultos (a veces con dispositivos independientes) y en muchas ocasiones personas con dependencia de alcohol. En general la atención a drogas es independiente.

2. Sobre la base de la atención psiquiátrica comunitaria existe gran variabilidad en cuanto al desarrollo de programas específicos definidos sobre distintas poblaciones diana. Existe disparidad en cuanto a la conceptualización de lo que se entiende por *programa*.

3. Existe una gran variabilidad en cuanto a la población atendida por cada CSM, probablemente en relación con las diferentes condiciones territoriales y socioeconómicas. La media de población por CSM es de 70.000 hab. En los extremos se sitúan algunos distritos de Madrid en los que un CSM puede tener una población de referencia de más de 250.000 hab. , y zonas rurales o insulares con menos de 30.000 hab. de referencia.

4. La gran disparidad observada en cuanto a los datos de incidencia y frecuentación, más allá de las diferencias que puedan existir en cuanto a la actividad de los servicios y la morbilidad, refleja probablemente mucho más la falta de homogeneidad en la definición de los indicadores.

5. La asistencia domiciliaria tiene un desarrollo testimonial en la práctica totalidad del Estado.

6. Se observa una gran variabilidad en las ratios de camas de agudos por población, oscilando entre el 6,1 y el 18,1.

7. La persistencia en un número importante de comunidades de camas de agudos en HP (40%), en contra de las Recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985.

8. Se evidencia la escasez de Unidades específicos para Niños y Adolescentes, prácticamente inexistentes en la mayor parte de las comunidades.

9. Existe una gran variabilidad en cuanto al nº de camas de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria y de Unidades Residenciales, a su definición y al contenido de los programas terapéuticos. Llama la atención el alto número de camas de crónicos que existen en algunas comunidades. La persistencia de centros manicomiales, a pesar de los cambios de denominación, es una evidencia.

10. En cuanto a los Hospitales de Día, las ratios de plazas recogidas resultan en la mayoría de los casos testimoniales; no teniendo clara ni su ubicación predominante, ni sus programas de tratamiento.

11. Los dispositivos de rehabilitación claramente ponen de manifiesto la inequidad en la distribución de recursos, y la insuficiencia de las dotaciones. Dichos dispositivos tienen una gran disparidad en cuanto a la dependencia de estos.

12. Aunque a modo de muestra existen en todas las comunidades alternativas residenciales y laborales, el nº de ellos es prácticamente imposible de precisar, y en todo caso muy insuficiente para las necesidades de la población. La tipología de las alternativas residenciales y laborales no es homogénea. No existen datos de recursos existentes homogéneos. Las estimaciones de recursos necesarios casi siempre carecen de estudios fiables de necesidades de los usuarios, y responden más a las condiciones previas de cada comunidad.

13. Las cifras de recursos humanos recogidos en la encuesta de salud, correspondientes a todos los dispositivos de la red pública (hay que tener en cuenta que no incluyen los profesionales de las redes de drogodependencias, y en algunos casos tampoco los de las redes de dispositivos específicos de rehabilitación) ponen de manifiesto importantes carencias en cuanto a la dotación en la gran mayoría de las categorías, así como la disparidad en las ratios en las distintas comunidades.

14. Por la información recogida de las distintas comunidades los roles de los profesionales son variables entre unas y otras.

15. Variación importante en las cifras de enfermería de salud mental además de insuficiencia de las mismas a nivel comunitario.

16. Las cifras de psicólogos son muy bajas, sobre todo si no se incluyen las redes de rehabilitación y de drogas.

17. En general el análisis de estas cifras permite poner de manifiesto el diferente grado de desarrollo de la reforma psiquiátrica y donde pivota el centro de la atención.



18. La existencia de transferencias sanitarias ha facilitado la integración de los recursos de las distintas administraciones, aunque esto no siempre se ha visto seguido de una mejor coordinación entre dispositivos de la Red.

19. La coordinación entre dispositivos de un Area se ha estructurado de muy diversos modos y en algunos casos es inexistente a nivel formal.

20. La superposición de la organización asistencial con la estructura académica (en el caso de la psiquiatría vinculada a la asistencia) ha sido fuente de conflicto en muchas comunidades.

## HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD

Tabla 2. Centros de Salud Mental.

Comunidad	Denominación	Programas básicos definidos	Población que atiende	Nº Centros de salud mental <sup>(*)</sup>	Habitantes por centro de salud mental <sup>(*)</sup>	Primeras consultas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Consultas sucesivas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Total de consultas x1000 hab <sup>(*)</sup>
Andalucía	E. S. M. de Distrito U.S.M. Infantil	Asistencia psiquiátrica comunitaria Según centros	Niños (**) Adultos	82	86.930	10,6	68,4	79,0
Aragón	C.S.M.	Asistencia psiquiátrica comunitaria		24	49.174	8,6	79,3	87,9
Asturias	C. S. M. (Adultos e Infantil)	Atención a la demanda Seguimiento de crónicos S.M. y A.P.	Niños Adultos Dep. alcohol	19	56.383	9,7	116,9	126,6
Baleares	E. S. M. E. Inf-Juv	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños (***) Adultos	14	52.104	12,2	55,4	67,6
Canarias	U. S. M. Comunitarias	Asistencia psiquiátrica comunitaria. Según centros	Niños (**) Adultos	17	91.951	15,5	76,4	91,9
Cantabria	U.S.M.	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños Adultos	7	75.231	10,8	51,6	62,4
Castilla La Mancha	U.S.M. Adultos U.S.M. I-J	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños Adultos Dep. alcohol	26	65.155	1,6	11,0	12,5
Castilla y León	E. S. M. E. S. M. Inf-Juv	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños (***) Adultos	41	61.214	10,5	72,3	82,8
Cataluña	C.S.M. Adultos C. S. M. Inf-Juv	Detección y diagnóstico Atención a la crisis Tratamiento y seguimiento Soporte de la APS Atención específica al TMS	Niños (***) Adultos	97	62.531	9,5	92,5	102,0
C. Valenciana	U.S.M.	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños Adultos	56	69.868	10,1	73,0	83,1
Extremadura	U.S.M./C.S.M./ E.S.M.	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños Adultos	14	76.805	9,8	46,8	56,7

Tabla 2. Centros de Salud Mental.

.../...

Comunidad	Denominación	Programas básicos definidos	Población que atiende	Nº Centros de salud mental <sup>(*)</sup>	Habitantes por centro de salud mental <sup>(*)</sup>	Primeras consultas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Consultas sucesivas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Total de consultas x1000 hab <sup>(*)</sup>
Galicia	C.S.M./U.S.M.	Asistencia psiquiátrica comunitaria	Niños <sup>(***)</sup> Adultos	31	87.863	6,1	36,7	42,8
	U.S.M. I-J		Dep. alcohol					
	U. Trat. Alcoholismo							
Madrid	S. S. M.	Evaluación	Niños	36	139.333	7,7	92,9	100,6
		Atención Ambulatoria	Adultos					
		Rehabilitación	Dep. Alcohol					
		Alcohol						
		Infanto-Juvenil Psicogeriatría Coordinación con AP, S. Soc						
Murcia	C.S.M./U.S.M.	Adultos	Niños	15	72.293	15,2	94,5	109,7
	C.A.D.	Infanto-Juvenil Drogodependencias	Adultos Dep. alcohol Dep. drogas					
Navarra	C.S.M.	(En centros pilotos) Infanto-Juvenil Crónicos	Niños Adultos	9	58.515	9,4	150,1	159,5
		Toxicomanías	Dep. alcohol Dep. drogas					
País Vasco	C.S.M.	Adultos	Niños	58	35.679	11,9	225,8	237,7
	C.S.M. I-J	Infanto-Juvenil Toxicomanías Alcoholismo	Adultos Dep. alcohol Dep. drogas					
		T. Alimentación						
LA RIOJA			7	37.207	16,6	110,2	126,8	
Total Estado			555	70.757	9,6	82,5	92,1	

\* Datos recogidos del Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores 1996. Ministerio de Sanidad Consumo  
 \*\* Tras ser evaluados algunos casos se derivan a las Unidades de Salud Mental Infantil (USMI). \*\*\* Existe además un Equipo Infanto-Juvenil  
 \* Programas específicos de asistencia a la Salud Mental. Infanto-Juvenil

Tabla 3. Unidades de hospitalización.

Comunidad Autónoma	Unidades de hospitalización breve				Unidades de hospitalización de media y larga estancia		
	Denominación	Camas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Camas H.P. x1000 hab <sup>(*)</sup>	Unidades específicas A B C D	Denominación	Prog. Trat. Activo reabilita.	Camas x1000 hab <sup>(*)</sup>
Andalucía	U.S.M.-H.G.	7,1	0		Comunidades Terapéuticas	Sí	7,4
Aragón	U.H.P.B.	9,3	1				97,7
Asturias	U.H.B.-H.G.	7,7	0	UTT UTT	Comunidades Terapéuticas	Sí	21,6
Balearares	U.H.B.	17,8	12	2 4	U. Media E U. Larga E	Incompletos	44,4
Canarias	U.I.B.	8,6	3		U.R.A. U.M.E. U.L.E.	Parciales	13,3
Cantabria	U.H.B.-H.G.	6,1	0		U.H. Media y Larga E.		82,0
Castilla-La Mancha	U.H.B.-H.G.	7,4	0	12 12 (A+B)	U. Residencial U. Rehabilitadora	Sí	41,9
Castilla y León	U.H.P.	10,4	2		U. Rehabilita. Psiquiátrica	Sí	51,0
Cataluña	U. AGUDOS	18,1	14	? UETA	U. Subagudos U. Media y Larga Estancia	Incompletos	60,6
C. Valenciana	U.H.P.A.	7,0	2		U.H. Media E		7,2
Extremadura	U.H.B./U.H.A.	8,4	4		U.M.E./U.L.E.		40,5
Galicia	U.H.P.	7,9	1	UETA	U. Rehabilita.	Sí	30,1
Madrid	U.H.B.	9,6	3	UDA UA (16) (34)	U. Rehab./ U. Media E U. Resid/ U. Larga E	Parciales	20,8
Murcia	U.P.H.	9,6	5	UDH <sup>(*)</sup> UTO	U.M.E. U.L.E.		4,4

Tabla 3. Unidades de hospitalización. .../...

Comunidad Autónoma	Denominación	Camas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Unidades de hospitalización breve			Unidades de hospitalización de media y larga estancia					
			Camas H.G. x1000 hab <sup>(*)</sup>	Camas H.P. x1000 hab <sup>(*)</sup>	A	B	C	D	Denominación	Camas Prog. Trat. Activo rehabilita. x1000 hab <sup>(*)</sup>	
Navarra	U.H.B.	10,3	10,3	0	-	-	-	-	Clínica de Rehabilitación	Sí	47,5
País Vasco		14,6	8,3	6							78,5
La Rioja		10,0	10,0	0							69,1
Total Estado		10,6	6,3	4,1							33,8

(\*) Datos recogidos del Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores 1996. Ministerio de Sanidad. Consumo.

Llamamos la atención sobre el hecho de que las tasas de camas de UHB en HG + HP no coincide con exactitud con las tasas globales

UHB: Unidad Hospitalización Breve. UHP: Unidad Hospitalización Psiquiátrica. UPH: Unidad Psiquiátrica Hospitalaria. UIB: Unidad de Internamiento Breve.

UCE: Unidad de Corra Estancia. UHPA: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. UTF: Unidad de Tratamiento de Toxicomanías

UDA: Unidad de Desabitación Alcohólica. UA: Unidad de Alcoholología. UDH: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. UTO: Unidad de Tratamiento Opiáceos

UETA: Unidad Específica de Trastornos Alimentarios. UCA: Unidad de Contención de Adolescentes

Unidades Específicas: A: Alcoholismo; B: Toxicomanías; C: Trastornos Alimentarios; D: Niños y Adolescentes

Tabla 4. Hospitales de día y dispositivos de rehabilitación.

Comunidad Autónoma	Hospitales de Día		Centros de rehabilitación		Alternativas residenciales		Alternativas laborales	
	Ubicación/H. de Día Específicos	Plazas x1000 hab <sup>(8)</sup>	Denominación	Plazas x1000 hab <sup>(8)</sup>	Dependencia Administrativa	Tipo y Denominación	Tipo y Denominación	Dependencia Administrativa
Andalucía	Independientes H.G.	1,3	U.R.A.	3,8	Salud	Pisos Hogares	Talleres Empresas	FAISEM
Aragón		2,1	C. Día	15,5		Casas a medio camino Comunidades Protegidas Alojamientos protegidos	Talleres Protegidos	Serv. Sociales Serv. Sociales
Asturias	Independiente HD T Alimentación	9,8	C. Rehabilitación		Salud	Pisos protegidos Hogares tutelados Residencias Asistidas	Talleres Protegidos	Salud Mental Serv. Sociales Concieratos
Baleares		-	C. Día	7,5	S. Soc. Salud	Pisos prot.	Talleres ocupacionales	Salud
Canarias		0,0	C. Día	2,9	CIRPAC	Pisos protegidos Pensiones tuteladas	Talleres ocupacionales	CIRPAC
Cantabria	H. Día	0,0	C. Día	0,0		Centros a Medio Camino Pisos tutelados	Talleres Terapéuticos	
Castilla-La Mancha	-		C. Día		Asoc. Familiares	Pisos protegidos	Talleres protegidos Talleres ocupacionales	Junta Diputación AFAEPS AFAEPS
Castilla y León	Consorcio Hospitalario	0,6	C. Día	5,0	Diputación Consorcio Junta	Pisos protegidos	Diputación Consorcio Junta	

Tabla 4. *Hospitales de día y dispositivos de rehabilitación.* .../...

Comunidad Autónoma	Hospitales de Día		Centros de rehabilitación		Alternativas residenciales		Alternativas laborales	
	Ubicación/H. de Día Específicos	Plazas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Denominación	Plazas x1000 hab <sup>(*)</sup>	Dependencia Administrativa	Tipo y Denominación	Dependencia Administrativa	Tipo y Denominación
Cataluña	H. Día Inf-Juv H. Día Adultos	3,1	C. Día Adultos C. Día I-J	18,1		Pisos protegidos Residencias		T. protegidos T. ocupacionales Centros especiales de empleo
C. Valenciana	H.G.	1,5		1,5	Asoc. Familiars			
Extremadura	-	0,0	C.R.P.S	4,7	Concertados Asoc. Familiars			
Galicia	Independientes CSM H.G. H.P.	3,1	C. Día		Asoc. Familiars	Pisos protegidos	Pública	
Madrid	H.G. S.S.M. INDEP.	4,0	C.R.P.S. C. Día	13,2	Serv. Soc. Salud	Minirresidencias ARCO	Serv. Soc. Salud	C.R.L. Serv. Soc. Salud
Murcia	-	0,0	C. DIA	7,4	SALUD	Pisos terapeuticos		
Navarra	H.G. C.S.M. Independiente H. D. INF-JUV	9,5	C. DIA	7,6	SALUD	Residencias Hogares protegidos Pensiones protegidas	Salud	Centro agrícola Centro de Rehabilitación Industrial
País Vasco	H. Día	5,7	U. Rehabilitación Polivalentes	14,1	Concertados Privados Asociaciones			ERAGINTZA (Fundacion Dipu. + BBK)
La Rioja		0,0		9,6				
Total Estado		2,5		8,9				

(\*) Datos recogidos del Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores 1996. Ministerio de Sanidad Consumo  
Datos cualitativos: encuesta personal

Tabla 5. Recursos humanos.

Comunidad Autónoma	Psiquiatras x1000 hab <sup>(*)</sup>	Psicólogos x1000 hab <sup>(*)</sup>	D.U.E. x1000 hab <sup>(*)</sup>	T.S. x1000 hab <sup>(*)</sup>	Aux. de clínica x1000 hab <sup>(*)</sup>	Terapeutas ocupacionales x1000 hab <sup>(*)</sup>	Total
Andalucía	4,6	2,2	4,9	1,4	8,6	0,2	24,4
Aragón	6,9	2,9	8,5	1,7	31,4	0,3	61,3
Asturias	5,2	2,4	10,4	1,6	20,8	0,2	52,6
Baleares	4,8	4,0	6,4	1,2	28,8	0,1	59,9
Canarias	5,0	3,0	8,3	1,2	18,8	0,2	38,3
Cantabria	5,3	2,7	8,5	1,1	26,8	0,4	61,5
Castilla-La Mancha	3,9	3,7	7,4	1,5	20,0	1,2	40,3
Castilla y León	4,8	2,4	5,7	1,1	8,7	0,3	24,0
Cataluña							
Comunidad Valenciana	4,2	2,0	2,6	0,4	8,5	0,3	18,2
Extremadura	3,1	2,5	5,9	0,7	21,2	0,2	81,7
Galicia							
Madrid	6,4	3,0	6,2	1,6	7,8	0,8	29,5
Murcia	5,1	3,7	0,4	0,8	8,5	0,8	30,9
Navarra	6,1	4,6	10,1	3,4	49,6	1,9	94,4
País Vasco							
La Rioja	6,9	3,8	7,3	0,8	27,6	0,4	68,3
Total Estado	5,0	2,7	5,8	1,3	13,4	0,5	34,4

(\*) Datos recogidos del Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores 1996. Ministerio de Sanidad Consumo



Tabla 6. *Coordinación y gestión de la Red de Salud Mental*

Comunidad Autónoma	Transferencias Sanitarias	Administraciones responsables	Coordinación Entre Administraciones	Unidad Funcional	Coordinación entre Dispositivos	Gestión	
						Integrada S.S.G. S.M.	S. Planificación S.M.
Andalucía	Sí	S.A.S.	Área	Junta de area Comision asesora Comision formacion Coordinador de área	A.E A.P.	Programa de Salud Mental del SAS	
Aragón	No						
Asturias	No	Autonómica INSALUD	Área	Comité de Enlace	Coordinador de Area	A.E.	Sí
Baleares	No	INSALUD C. Sanitat	No	No	INSALUD C. Sanitat		No
Canarias	Sí	S. Canario Salud Cabildo de Tenerife	Área	SÍ	CIRPAC	AE	Sí
Cantabria	No	Diputación Regional de Cantabria	Área	Comisión Paritaria		Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	Junta Comunidades INSALUD Diputación	Parcial	Parcial			No
Castilla y León	No	Junta Castilla y León INSALUD Diputación					
Cataluña	Sí	Servei Català de la Salut			Circuito		Sí
C. Valenciana	Sí	C. Sanitat	Comisión Mixta Sociosanitaria		Unidad Coordinación Salud Mental (A.E.)		

Tabla 6. *Coordinación y gestión de la Red de Salud Mental* .../....

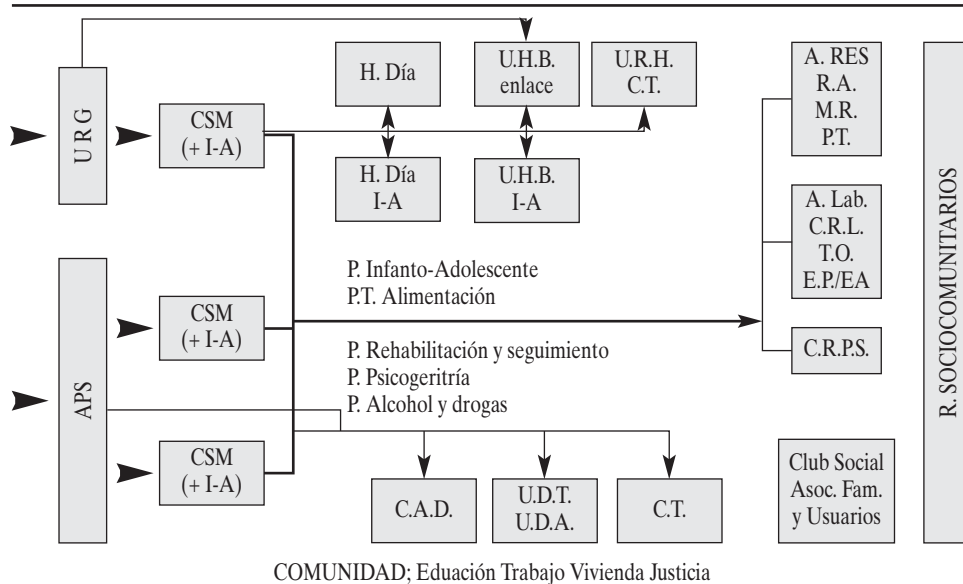
Comunidad Autónoma	Transferencias Sanitarias	Administraciones responsables	Coordinación Entre Administraciones	Unidad Funcional	Coordinación entre Dispositivos	Gestión	
						Integrada S.S.G.	S. Planificación S.M.
Extremadura	No	Junta Extremadura Diputaciones Provinciales INSALUD	Comité de enlace y coordinación Regional	Área	Sí	AE	
Galicia	Sí	Autonomía Galega		Área			
Madrid	No	INSALUD Comunidad Ayuntamiento	Comité enlace	Área	Comisión de asistencia, rehabilitación, y docencia Ayunt. Coordinador de área	INSALUD Comunidad Ayunt.	
Murcia	No						
Navarra	Sí	Servicio Navarro de Salud		Área		AE AP	
País Vasco La Rioja	Sí	OSAKIDETZA					

### 4.2.2. Red de dispositivos de Salud Mental del Área

Como señalábamos en la definición de la filosofía del modelo asistencial comunitario una de las características que creemos esenciales es la de *la responsabilidad asistencial territorializada* como estrategia para conseguir la equidad y el trabajo comunitario. Nuestra Ley General de Sanidad define el Área como el territorio alrededor del cual se estructura la asistencia sanitaria general. Por este motivo consideramos que la mejor fórmula para la organización de la atención a la Salud Mental es a través de una Red de Dispositivos de Salud Mental en el Área, que trabajan coordinadamente, garantizan la continuidad de cuidados y organizan su actividad en base a unos programas sobre grupos específicos.

En la Figura 1 se plantea una propuesta de Red de Dispositivos de Salud Mental de un Área Sanitaria, en la que se recoge el flujo de la demanda, la integración de las redes de atención que pueden existir en ese ámbito y con los recur-

Figura 1. Red de Salud Mental de un Área Sanitaria



APS: Atención primaria de salud; CSM: Centro de Salud Mental; I-A: Infante adolescente; UHB: Unidad Hospitalización Breve; URH: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria; CT: Comunidad Terapéutica; CAD: Centro de Atención a Drogodependencias; ARes: Alternativas Residenciales; RA: Residencia Asistida; MR: Minirresidencia; PT: Pisos Tutelados; Alab.: Alternativas Laborales; CRL: Centro de Rehabilitación Laboral; TO: Talleres Ocupacionales; EP: Empleo Protegido; EA: Empleo con Apoyo; CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial o Centro de Día

sos sociocomunitarios, y los programas que deben existir a nivel transversal en el área.

A continuación damos cuenta de la definición del Área de Salud Mental, sus objetivos, características y elementos básicos de la red de dispositivos.

#### 4.2.2.1. Definición

El Área de Salud Mental se ordena alrededor de sus elementos: usuarios, profesionales y recursos para la Atención de Salud. El Área debe definir dicha atención en el marco comunitario, debe clarificar y exponer sus funciones, sus actividades y objetivos. La definición del Área de Salud Mental debe contener los siguientes parámetros:

- a) *Un servicio sanitario especializado*
- b) Con un *ámbito territorial* constituido por un Área Sanitaria (según se recoge en la Ley General de Sanidad) que comprende varios Distritos Sanitarios, y con una población determinada.
- c) Que debe *integrar una variedad de dispositivos* que deben dar respuesta a las diferentes necesidades de atención de salud mental de esa población.
- d) Una *ordenación en red* de estos dispositivos en este territorio,
- e) Caracterizado con una peculiaridad básica: *la continuidad de la atención* desde la Atención Primaria a la Atención Especializada y en la necesaria coordinación con los Servicios Sociales.
- f) Y, como consecuencia, *ofreciendo respuestas integradas* en los diferentes niveles de atención, lo que implica una adecuación de las actividades de los dispositivos a los objetivos priorizados del Área y una coordinación de los recursos que garantice la atención integral.
- g) Poniendo en marcha *Programas asistenciales* estructurados en función de las necesidades de *grupos específicos* de pacientes (niños y adolescentes, ancianos, enfermos mentales crónicos y graves, trastornos de alimentación, alcohol y drogas).

#### 4.2.2.2. Objetivos

La finalidad expresa del Área de Salud Mental se dirigirá al logro, en dicho campo de salud, de los siguientes objetivos: *promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia y rehabilitación en los supuestos de pérdida o alteración de la salud*. Objetivos que se pueden enunciar en los siguientes:

- a) Proporcionar una atención de Salud Mental comunitaria y de calidad a la población del Área.
- b) Analizar la población, la cualidad y cantidad de la demanda.
- c) Trabajar en coordinación con la Atención Primaria de Salud
- d) Garantizar una atención especializada en sus vertientes generales de valoración, intervención y seguimiento.
- e) Propiciar y asegurar la continuidad de cuidados.
- f) Coordinar nuestra atención con los agentes sanitarios, sociales y comunitarios, judiciales, etc. de nuestra área de influencia.
- g) Potenciar la Formación e Investigación.
- h) Conseguir procedimientos evaluadores de calidad
- i) Disponer de unos recursos suficientes (materiales y profesionales), convenientemente actualizados.
- j) Marcar estrategias para la atención.

#### 4.2.2.3. Características

Garante de la coordinación y la continuidad de cuidados, debe organizarse alrededor de reuniones periódicas, acuerdos de Área, comisiones de Área; implantando espacios de coincidencia, de formación, de coordinación y de grupos de trabajo; unificando criterios y abordajes; estableciendo programas de actuación generales y programas asistenciales para grupos específicos.

La responsabilidad de la organización debe correr a cargo *de profesionales responsables de cada dispositivo* y de *un coordinador a nivel de Área*. El perfil de estos puestos debe atender a características de funcionalidad y ser revisado y evaluado periódicamente.

#### 4.2.2.4. Red de dispositivos

Dentro de la red de dispositivos del Área de Salud Mental *el elemento central debe ser el Centro de Salud Mental*. Es la puerta de entrada al sistema y debe ser el responsable del proceso terapéutico del paciente. Un principio básico debe regir la organización de la red de dispositivos de SM de un Área, y es que *toda la estructura debe estar orientada a dar respuesta a las necesidades de los enfermos*. En base a estas necesidades pueden distinguirse grupos específicos según problemáticas sobre las cuales se deben organizar los programas asistenciales. La estructura organizativa de un Área de Salud Mental entendida desde este punto

de vista matricial, está formada a su vez por una serie de dispositivos diferentes, pero complementarios, y a su vez por unos programas que coordinan transversalmente la actividad de estos dispositivos según las necesidades de los pacientes.

Con frecuencia surge la polémica acerca de cual es el dispositivo preeminente y pensamos que ésta es una polémica engañosa, ya que suele encubrir más las preocupaciones y aspiraciones de los profesionales que trabajan en ellos que las respuestas a las necesidades de los pacientes. Creemos que los programas específicos ajustados a esas necesidades que atraviesan transversalmente el funcionamiento de todos los dispositivos y que exigen la coordinación de los mismos para garantizar la continuidad de cuidados son la única garantía de que se resuelva favorablemente dicha polémica.

En la Figura 1 se recoge la propuesta que hacemos en cuanto a los dispositivos de esta red que consideramos indispensables para poder proporcionar a los usuarios y sus familias una buena atención. Está referida al territorio del Area porque creemos que todas debieran contar con ellos, aunque entendemos que las características geográficas y poblacionales peculiares de algunas de ellas requieran una organización diferente. En muchas Comunidades parte de los dispositivos pertenecen a redes diferentes, pero con independencia de este hecho, pensamos que es indispensable que exista una coordinación estrecha entre todos ellos. Sólo así pueden evitarse duplicidades, faltas de atención y de coordinación.

#### 4.2.3. *Tipos de dispositivos*

La situación en las diversas CCAA, siendo variopinta en función de la historia, tiempo de desarrollo, planes de Salud Mental, transferencias, etc., nos permite establecer un tronco común en cuanto a los tipos de dispositivos existentes. Como denominación de los mismos hemos utilizado los más frecuentes, aunque somos conscientes que no pocas veces los nombres dejan traslucir distintas filosofías. Así mismo a la hora de describirlos nos ha parecido interesante distinguir los servicios para niños y adolescentes, porque aunque deben pertenecer a la misma red y en la mayoría de las ocasiones forman parte de los mismos centros, su especificidad y el déficit de recursos existente, hacen necesario resaltar su diferenciación.

##### 4.2.3.1. Centros de salud mental

Dispositivos de tratamiento ambulatorio, ubicados mayoritariamente en Atención Especializada, presentes principalmente en todos los C.C.A.A, algu-

nos incluyen atención al Alcoholismo y/o Toxicomanías y tienen un diferente nivel de desarrollo.

Debe ser el elemento central de la red de dispositivos de SM del Area, puerta de entrada al sistema, con la máxima responsabilidad asistencial sobre los pacientes a lo largo de sus procesos, y con su actividad estructurada en programas.

Nuestra recomendación a nivel funcional es la que sigue:

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Detección y diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeras visitas normales y preferentes</li> <li>- Valoración y orientación diagnóstica</li> <li>- Derivación</li> <li>- Coordinación con los servicios de atención primaria de salud y social</li> </ul>
Atención a la crisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención inmediata (accesibilidad)</li> <li>- Gestión de la lista de espera</li> <li>- Valoración y orientación diagnóstica</li> <li>- Tratamiento</li> <li>- Coordinación con los servicios de urgencias</li> </ul>
Tratamiento y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamientos: psicofarmacológico, psicoterapéutico, terapias de grupo, terapias familiares y de pareja.</li> <li>- Seguimiento clínico</li> <li>- Gestión de prestaciones sanitarias</li> <li>- Coordinación</li> </ul>
Apoyo a la Atención Primaria de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interconsulta</li> <li>- Sesiones de discusión de casos</li> <li>- Protocolos de tratamiento, seguimiento y derivación</li> <li>- Formación</li> <li>- Colaboración en actividades preventivas</li> </ul>
Atención específica a los Trastornos Mentales Graves (dentro del Programa de Rehabilitación del Área)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de los TMG/ registro</li> <li>- Tratamiento y seguimiento individualizado</li> <li>- Técnicas de intervención psicosocial y soporte a las familias<sup>(1)</sup></li> <li>- Atención inmediata</li> <li>- Atención domiciliaria</li> <li>- Identificación de recursos sociocomunitarios</li> <li>- Coordinación de los recursos</li> <li>- Priorización de la atención a los pacientes dados de alta hospitalaria</li> <li>- Captación de los pacientes desvinculados</li> <li>- Tutoría o gestión de casos (Plan de Seguimiento Individualizado)</li> <li>- Intervenciones rehabilitadoras. Plan Individualizado de Rehabilitación</li> </ul>

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Programas específicos de atención a diversos grupos de patología (alcohol, drogas, trastornos alimentarios...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación y tratamiento</li> <li>- Protocolos de actuación conjunta</li> <li>- Colaboración con actividades preventivas y rehabilitadoras</li> <li>- Colaboración con asociaciones de usuarios y familiares.</li> </ul>
Soporte a las familias <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información de la enfermedad</li> <li>- Consejo y ayuda en las crisis y de forma cotidiana</li> <li>- Buscar la colaboración de la familia en el proceso de tratamiento.</li> <li>- Consideración de la familia como agente terapéutico</li> <li>- Descarga familiar</li> <li>- Grupos de autoayuda</li> <li>- Oferta de Programas Psicosociales y de Psicoeducación</li> </ul>
Programa de Psicogeriatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación y tratamiento</li> <li>- Interconsulta, coordinación y apoyo a Residencias de Mayores y Centros de Día</li> <li>- Coordinación con los recursos sociosanitarios</li> <li>- Colaboración en actividades preventivas y rehabilitadoras.</li> </ul>
Programa de atención a Niños y Adolescentes <sup>(*)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación y tratamiento</li> <li>- Interconsulta, coordinación y apoyo con atención primaria de salud</li> <li>- Coordinación con los recursos sociosanitarios, educativos, judiciales y de tutela</li> <li>- Colaboración en actividades preventivas y rehabilitadoras.</li> </ul>
Diagnóstico de salud de la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de las características sociodemográficas y socioeconómicas de la zona.</li> <li>- Conocimiento de los recursos sociosanitarios</li> <li>- Conocimiento de los indicadores de morbilidad psiquiátrica y de uso de servicios</li> <li>- Detección de grupos de riesgo</li> </ul>

(\*) La atención a Niños y Adolescentes

La atención a Niños y Adolescentes en general se ha desarrollado escasamente a nivel del Estado y cuenta con modos de organización muy diversos. Según recogen en el documento elaborado por un grupo de trabajo, coordinado por I. Avellanosa<sup>9</sup>, existen: a) autonomías con planes específicos de salud mental para niños y adolescentes, con distinto grado de cobertura, (Castilla-La Mancha, Cataluña, Asturias, Valencia, Aragón y Murcia –en un segundo nivel



asistencial–, y Andalucía –en un tercer nivel asistencial–); b) autonomías que tienen organizada la atención dentro de un plan general de salud mental, con programas específicos de atención dentro de los CSM (País Vasco, Extremadura, Galicia, y Madrid); c) En fase de organización (Canarias) o en estudio de un plan específico (Navarra); d) Y pendientes de organizar y planificar (Cantabria, Baleares y Rioja).

Independientemente del modelo organizativo por el que se opte se deben respetar dos aspectos fundamentales: *la coordinación en la red y con el equipo de adultos y la suficiente especificidad de los profesionales que se atienden esta población*. La atención ambulatoria se realizará a través de los programas específicos llevados a cabo en los Centros de Salud Mental, o bien en CSM Infanto-Adolescentes por equipos con la suficiente especialización en este campo.

La prevención de las patologías en esta población debe ocupar una parte importante del trabajo destinado a ella, procurando una detección precoz de los niños que estén en grupos o situaciones de riesgo, una intervención precoz en posibles casos de malos tratos, o en hijos de pacientes psiquiátricos, etc. Por otra parte, sería importante también la inclusión en el protocolo del niño sano de aspectos evolutivos del desarrollo psíquico a ser vigilados en los controles pautados. La atención a esta población requiere si cabe aún más de una estrecha coordinación entre todos los dispositivos implicados.

#### 4.2.3.2. Unidades de hospitalización parcial

##### 4.2.3.2.1. Hospitales de Día

Poco extendidos a lo largo del Estado, surgen como alternativa a la hospitalización de casos agudos y subagudos. Entendidos como estructura que proporcione soporte, supervisión y monitorización en la transición de casos desde el hospital al domicilio. También como recurso para pacientes con un funcionamiento crónicamente desadaptativo (trastornos de personalidad graves, o con trastornos psicóticos con un gran repliegue autístico) que proporcione un medio terapéutico en el que se puedan conjugar diversos tratamientos. El grupo de trabajo de la AEN elaboró unas conclusiones que presentó en las Jornadas de Bilbao, y un documento que aparecerá publicado. También ha participado en la elaboración de la Guía de Gestión para la Hospitalización de Día Psiquiátrica, promovida por el INSALUD.

El perfil de los pacientes en los que estaría más indicado este dispositivo, dependiendo del momento evolutivo en el que se encontraran, corresponde a: trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos afectivos y trastornos de alimentación.

Deberán contener las siguientes consideraciones en cuanto a funciones y procedimientos:

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Ingreso y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan terapéutico individualizado</li> <li>- Tratamiento Psicofarmacológico y Psicoterapéutico</li> </ul>
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de rehabilitación y Reinserción</li> </ul>
Soporte a las familias <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas psicoeducativos</li> </ul>
Coordinación con los diferentes servicios de atención psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información a las familias</li> <li>- Protocolización del ingreso</li> <li>- Sistema coordinado de visitas post-alta hospitalaria con los servicios de atención especializada</li> <li>- Gestión del caso (PSI)</li> </ul>

#### 4.2.3.2.1. Hospitales de Día de Niños y Adolescentes

Es el recurso más adecuado para niños y adolescentes que presentan una patología grave y no pueden seguir una escolarización normalizada. Se deben realizar diferentes tratamientos, fundamentalmente psicoterapéuticos, con los pacientes y sus familias, y se deben incluir también actividades educativas y psicopedagógicas que permitan a los pacientes permanecer escolarizados.

En cuanto a las funciones y procedimientos son similares a los recogidos en el H. de Día de adultos, adaptado a las peculiaridades de esta población. En general se recomienda que los H. de Día para Niños y Adolescentes tengan una estructura y funcionamiento adaptado a tres grupos de edad: a) menos de 7 años, b) entre 7 y 13 años, y c) más de 13 años.

#### 4.2.3.3. Unidades de hospitalización

##### 4.2.3.3.1. Atención a las Urgencias

Servicio de urgencias de atención psiquiátrica durante las 24 horas, en estrecha coordinación con los servicios ambulatorios de atención especializada con derivación preferente de los casos que lo precisen e información del movimiento habido en él.

Sin descartar la posible existencia de diversas modalidades de atención a las crisis tales como servicios telefónicos, ambulatorios, en hospital de día, etc., creemos beneficiosa su ubicación en el ámbito de un hospital general como medio que facilite de inmediato exploraciones complementarias necesarias.

Deben recoger los siguientes parámetros de funcionamiento:

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica</li> <li>- Entrevista familiar</li> <li>- Reconocimiento exploración Protocolo de atención</li> </ul>
Atención a la crisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación diagnóstica</li> <li>- Tratamiento</li> </ul>
Disposición del caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de asistencia</li> <li>- Protocolo de derivación</li> <li>- Coordinación con otros servicios</li> </ul>

#### 4.2.3.3.2. Psiquiatría de Enlace e Interconsulta

Coordinación, apoyo e interconsulta con los servicios hospitalarios de atención especializada. Su organización dependerá de la existencia o no de Unidades de Psiquiatría en el Hospital General. En cualquier caso debe garantizarse (si lo precisa) la continuidad de cuidados con los servicios ambulatorios.

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Detección, evaluación y tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica asociada a la patología médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica</li> <li>- Interconsulta</li> <li>- Intervención en crisis</li> <li>- Tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos</li> </ul>
Enlace con unidades o servicios en los que existe una mayor prevalencia asociada de trastornos psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a los profesionales</li> <li>- Protocolos conjuntos de intervención</li> </ul>

#### 4.2.3.3.3. Unidades de Hospitalización Breve

Son dispositivos de provisión de cuidados de 24 h para la atención de situaciones de crisis, episodios, descompensaciones, etc., por imposibilidad de abordaje ambulatorio por entrañar riesgos auto o heterolesivos, por existir refractariedad al tratamiento, o bien por inexistencia de un adecuado soporte sociofamiliar. Junto a lo anterior, debe contemplarse también la posibilidad de ingreso para estudio diagnóstico.

Entre sus objetivos estaría el conseguir la más pronta recuperación en el plazo más breve posible, para su reinserción en la comunidad. Se debe garantizar la coordinación e inmediato seguimiento por los C.S.M., por el H. de Día o en su defecto, su derivación a otros dispositivos de estancias más prolongadas con un programa terapéutico y rehabilitador intensivo u otras estructuras intermedias, para evitar el colapsamiento de dichas unidades y ser consecuentes con el principio de atención flexible a las necesidades.

A pesar de las Recomendaciones de la Comisión Ministerial de 1985, todavía un 40% de las UHB se encuentran ubicadas en Hospitales Psiquiátricos. Nuestra recomendación es que la totalidad de las mismas se encuentren en Hospitales Generales. En algunas comunidades disponen de unidades de hospitalización para tratamiento de toxicomanías, deshabitación o desintoxicación alcohólica. En los últimos años están surgiendo unidades hospitalarias de tratamiento de trastornos alimentarios, sin que se hayan desarrollado unidades para adolescentes. Es opinión de este grupo de trabajo que el compromiso asistencial con una población de un territorio debe primar sobre la creación de unidades para el tratamiento de patologías específicas; sin que esto suponga que la atención que reciban sea indiferenciada.

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Evaluación y diagnóstico pluridimensional	– Entrevista clínica
Tratamiento intensivo de la sintomatología aguda y de la situación de crisis	– Entrevista familiar – Reconocimiento/exploración/diagnóstico
Coordinación con los diferentes niveles de atención psiquiátrica.	– Tratamientos biológicos – Tratamiento psicológico – Soporte social y atención a la familia <sup>(1)</sup> – Medidas de contención – Plan terapéutico individualizado – Establecer criterios consensuados de derivación y plan de tratamiento entre dispositivos – Protocolos consensuados de ingreso – Sistema coordinado previo al alta con los servicios de salud mental – Reuniones de coordinación con el CSM

#### 4.2.3.3.4. Unidades de Hospitalización Breve de Niños y Adolescentes

La hospitalización de agudos para niños y adolescentes está sin resolver en la mayoría de la CCAA. Existen grandes dificultades para ingresar niños con

problemática psiquiátrica en unidades de pediatría; en las cuales no existe asignación de camas. El desarrollo de unidades específicas para niños y adolescentes es prácticamente inexistente. Y esto es especialmente grave para el caso de los adolescentes en los que en general la patología grave suele acompañarse de trastornos de conducta que hacen imposible que por una parte estos puedan contenerse en una unidad pediátrica, y por otra resulten totalmente inadecuadas como medio terapéutico las UHB de adultos.

#### 4.2.3.3.5. Unidades de Rehabilitación Hospitalaria o Comunidades Terapéuticas

Dirigidas a dar respuesta a las necesidades de los pacientes que precisan de entornos estructurados residenciales y con abordajes prolongados de tipo rehabilitador y/o asistenciales sanitarios.

Este es uno de los casos en los que la denominación deja entrever más claramente la filosofía de los que las diseñaron (Comunidad Terapéutica, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Media/Larga Estancia, Unidad de Subagudos, etc.) aunque no siempre se corresponde con la realidad de las prácticas. Aunque nominalmente todas las comunidades disponen de estos recursos, muchos de ellos por la ausencia de tratamientos rehabilitadores activos encubren residuos manicomiales.

Evidentemente la longitud de la estancia no es el elemento esencial que debe definir estas unidades sino la naturaleza de las prácticas que allí se realizan. Nuestras recomendaciones son:

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Evaluación psicopatológica y de discapacidades y tratamiento integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan terapéutico individualizado</li> <li>– Tratamiento Psicofarmacológico y Psicoterapéutico</li> </ul>
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programas de rehabilitación individualizados</li> <li>– Programas psicoeducativos</li> <li>– El medio como elemento terapéutico</li> <li>– Soporte a las familias<sup>(1)</sup></li> </ul>
Coordinación con los diferentes servicios de atención psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protocolización del ingreso</li> <li>– Establecer criterios consensuados de derivación y plan de tratamiento entre dispositivos</li> <li>– Sistema coordinado previo al alta con los servicios de salud mental</li> <li>– Reuniones de coordinación con el CSM</li> </ul>

#### 4.2.3.4. Dispositivos de rehabilitación

##### 4.2.3.4.1. Centros de Rehabilitación Psicosocial

Existentes en la mayoría de CC.AA. bajo diversos nombres (Unidad de Rehabilitación; Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día). Con un mayor o menor desarrollo se marcan objetivos:

- Prevenir o reducir el deterioro y la discapacidad social.
- Restaurar las habilidades potenciales.
- Reforzar las habilidades existentes.
- Facilitar la adaptación psicológica y social.
- Posibilitar los niveles más óptimos de funcionamiento.

En la consecución de estos objetivos se pueden distinguir dos fases: una de consecución y otra de mantenimiento, que podrían corresponderse a los Centros de Rehabilitación propiamente dichos y los Centros de Día. Estas dos funciones pueden coincidir o no en un mismo dispositivo.

FUNCIONES	PROCEDIMIENTOS
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programa individual de rehabilitación y reinserción</li> <li>– Programa funcional de actividades</li> <li>– Programa de intervención comunitaria</li> </ul>
Actividades de centro de día	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Actividades ocupacionales</li> <li>– Actividades de ocio y tiempo libre</li> </ul>
Soporte psico-social y psicoeducativo a las familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programas de atención a las familias</li> </ul>
Soporte a otras redes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programas de colaboración</li> </ul>
Coordinación con los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Criterios de derivación</li> <li>– Elaboración de proyectos terapéuticos y rehabilitadores conjuntos</li> <li>– Gestión del caso (PSI)</li> </ul>

##### 4.2.3.4.2. Alternativas Residenciales

Tienen el objetivo de minimizar la carga familiar y favorecer la autonomía de los enfermos crónicos, o bien son la alternativa a la inexistencia de un alojamiento. Con diferentes tipos y denominaciones (Pisos, Hogares, Casas a medio camino, Comunidades protegidas, Unidades Residenciales, Minirresidencias, Pisos protegidos, Pensiones tuteladas...) y con mayor o menor supervisión y apoyo, tienen diferente dependencia administrativa

(Salud, Servicios Sociales, Diputaciones, Fundaciones, etc.) y en la actualidad son claramente insuficientes.

En todos los casos y junto a la provisión de alojamiento, la continuidad de cuidados se preocupará de facilitar el entorno en el que viven, con acceso a actividades normalizadas, dispositivos de rehabilitación, centros de día, así como a la mejor calidad de vida posible.

Se precisará de una clara información sobre los recursos disponibles, claros criterios de selección de los posible residentes, así como de nuevas necesidades y de los estándares de cuidados.

Estas alternativas residenciales deben cubrir la necesidad gradual de supervisión, tanto en cuanto a los diferentes tipos de pacientes (con distinto grado de discapacidad), como a los diferentes momentos del proceso rehabilitador en que se encuentran. En general la tendencia es a que en cualquier caso los alojamientos que necesitan más supervisión sean de tamaño pequeño, no más de 30 plazas.

Distinguiríamos entre cuatro niveles de dispositivos con un grado de supervisión decreciente:

- Unidades residenciales o residencias asistidas.
- Minirresidencias.
- Pisos tutelados.
- Pensiones supervisadas.

Por otra parte, en algunas comunidades están distribuyendo estas plazas en tres tipos de estancias que proporciona una mayor flexibilidad:

- Plazas de descanso familiar (menos de un mes).
- Plazas de estancias medias (hasta un año).
- Plazas de estancia indefinida.

#### 4.2.3.4.3. Alternativas laborales

Con un menor desarrollo, bajo distintas denominaciones (Talleres Ocupacionales, Talleres Protegidos, Centros de Rehabilitación Laboral, o empresas Sociales) es una de las asignaturas pendientes de nuestra reforma.

Como comentamos en el apartado anterior es conveniente que el proceso de rehabilitación laboral se plantee de modo progresivo, capacitando a los enfermos para que se vayan incorporando gradualmente y hasta su nivel de máximo rendimiento a los distintos medios laborales (de mayor a menor protección), manteniendo en todo caso el apoyo aún en situaciones de mayor normalización.

#### 4.2.3.4.4. Recursos de Rehabilitación y Apoyo Comunitario Normalizados

##### *Servicios sociales.*

A nivel de *Recursos* los habilitados por los servicios sociales en sus programas de reinserción debiendo exigirse que éstos sean efectivamente implementados.

##### A nivel de *Prestaciones.*

- Facilitar acceso a diferentes centros ocupacionales (culturales, deportivos, etc.).
- Proporcionar ayuda a domicilio.
- Facilitar ayudas económicas.
- Plazas residenciales para mayores de 65 años en residencias asistidas y no asistidas.

##### *Asociaciones de familias.*

##### *Voluntariado.*

#### 4.2.4. Coordinación entre dispositivos

La coordinación entre los dispositivos de la red es uno de los elementos esenciales para que se pueda realizar una atención integral y continuada, que es un punto básico para que esta sea de calidad. En la situación actual existen diversos grados de coordinación a nivel estructural. Con frecuencia el modo en que esto se organiza de forma concreta es uno de los gérmenes de conflicto que surgen en la misma. Debe responder al objetivo último de que la atención que recibe el usuario de dispositivos tan diversos sea coordinada, coherente y continuada. Contribuyen a que se produzcan:

- Que exista una *estructura funcional de Coordinación de Salud Mental* a nivel del Área con:
  - Unas *Comisiones de Área*:
    - De Asistencia
    - De Programas
    - De Formación y Docencia
    - Interinstitucionales
  - La figura de un *Coordinador de Salud Mental del Área*
- Que existan unos *Programas Asistenciales* a nivel del área, estructurados en función de las necesidades de grupos específicos de enfermos:



- Niños y Adolescentes
  - Psicogeriatría
  - Rehabilitación y Seguimiento de Enfermos Mentales Crónicos y Graves
  - Trastornos de Alimentación
  - Alcohol y Drogas.
- Que se utilicen Protocolos de intervención conjunta elaborados consensuadamente.
- Que existan *espacios de reunión periódica* de discusión clínica, formación, coordinación y de unificación de criterios entre los diversos dispositivos y en conjunto.

La coordinación en los dispositivos debe quedar garantizada por la propia estructura y cohesión del Area de Salud Mental y del funcionamiento en red. Muestra de ello viene a ser las reuniones de Comisión de Area, o de Coordinadora, o Junta de Area, que reúne a los responsables de los diferentes Equipos y Unidades y al Coordinador de Salud Mental del Area. Es ahí donde se ejecuta la real coordinación y donde se llegan a acuerdos, unificación de criterios y se homologan actuaciones en función de los objetivos generales.

Sobre los *protocolos* como garantía de coordinación deberemos hacer algunas consideraciones sobre su uso, conceptualización, características y tipos. Es indiscutible que el modo de proceder en nuestras intervenciones profesionales está ya protocolizado desde hace tiempo. Desde la progresiva puesta en marcha de los distintos dispositivos, con la creación de la Red de Salud Mental, se han establecido pautas de conducta más o menos definidas, tanto en las tareas organizativas como en las asistenciales, que se han mantenido de forma consuetudinaria durante este período.

Los usos y costumbres, como modo de actuación poco sistematizados, pueden ser de gran valor en las organizaciones donde el factor humano es el elemento principal o en aquellas otras que, como la nuestra, persiguen objetivos de extraordinaria complejidad. Los usos, modos y costumbres se encuentran en un primer escalón en el proceso de una organización hacia formas más desarrolladas. Realizar protocolos que recojan los modos ya existentes de actuar ante los diferentes problemas puede permitir, dada la mayor sistematización, que estos sean mejorados introduciendo mecanismos de evaluación y verificación.

Al mismo tiempo puede permitir alcanzar una cierta homogeneidad en la actuación ante problemas que reúnen caracteres comunes o conseguir una mayor claridad en la necesaria coordinación entre los distintos elementos y

niveles de organización. Los protocolos pueden ser indicadores de calidad y sin duda llegan a ser mecanismos garantes de la coordinación. El protocolo, como cualquier otra construcción científica y técnica, debe permitir partiendo de una abstracción de lo real, intervenir sobre lo real, nunca sustituir a lo real.

Las características deseables en todo protocolo son: fiabilidad y validez, que sea reproducible, que sea claro, breve y preciso en la forma, que sea producto de un acuerdo multiprofesional y que incluya calendarios para su revisión y para su verificación. Hay muchos tipos de protocolos: de intervención, coordinación, derivación, clínicos, asistenciales, específicos de programas, etc.

Las dificultades que con frecuencia surgen a todos los niveles para lograr una buena coordinación hacen necesario desarrollar técnicas de mejora de la comunicación interna y una actitud de colaboración, pensando en las necesidades de los pacientes más que en los intereses de los profesionales.

Muchos problemas, por su propia naturaleza exigen una necesaria coordinación intersectorial. Casos concretos en los que las situaciones de exclusión son manifiestas y que exigen que esta coordinación intersectorial sea efectiva, son por ejemplo la de los enfermos mentales penados o los enfermos mentales sin hogar. Por las especiales características que concurren, y la transcendencia de los problemas más allá del Área, sería aconsejable que a nivel regional existieran Programas específicos para esta población.

#### 4.2.5. *Continuidad de cuidados*

Es clara la necesidad de procurar una continuidad de cuidados y una coordinación entre los servicios (recursos) que los prestan.

La continuidad de cuidados, ligada al proceso del tratamiento, presupone una adecuada coordinación interdisciplinar e intersectorial (entre distintos sectores sanitarios, socio-sanitarios y sociales) y que la red asistencial esté cerrada (sino es así, uno u otro dispositivo se verá afectado en la adecuación de sus prestaciones).

Debe cumplir criterios ligados a una fácil accesibilidad, disponibilidad, flexibilidad según necesidades, adaptabilidad, tutorización y participación activa del paciente en el proceso

Como proponía L. Bachrach los *principios de la continuidad de cuidados* pueden ser:

- Clima administrativo que apruebe, apoye y legitime los servicios para la población definida.

- Garantía de que el paciente puede acceder al servicio cuando lo necesite (no barreras geográficas, económicas o psicológicas).
- Oferta integral de servicios. La continuidad no existe si no hay algún servicio necesario que no esté disponible.
- Flexibilidad en la oferta de atención. No exigencias de adaptación a estándares fijos.
- Todas las instancias u organizaciones que potencialmente puedan atender a un paciente deben tener una misma dirección.
- El paciente debe tener la oportunidad de establecer una relación estable y continuada con un referente del sistema (Principio de la tutorización).
- El paciente debe poder participar de forma activa en el proceso (principio de la participación).
- El sistema de cuidados debe contener programas que sean acordes a la realidad cultural del paciente.

#### 4.2.6. *Estimación de necesidades de recursos*

Estimar cuantos recursos son necesarios en cuanto a dispositivos y a profesionales para dar una atención de calidad entraña una gran dificultad ya que se carecen de datos concretos de prevalencia de trastornos en las distintas comunidades, y porque según el tipo de prácticas asistenciales que se realicen pueden requerirse números variables de profesionales y dispositivos. En general en nuestro país la estimación de recursos necesarios que aparecen en los Planes de Salud Mental resultan, en el mejor de los casos, de un ligero incremento en la dotación de recursos previos, en función de las posibilidades de asignación presupuestaria. Por tanto resultan más de lo que las administraciones están dispuestas a gastarse y de la historia previa de sus servicios, que de las necesidades de la población. Y es evidente que si queremos conseguir una atención de calidad uno de los elementos indispensables es *que exista un número de recursos suficientes*. Somos conscientes de que los recursos no son ilimitados y de que a ellos se ha de llegar de un modo gradual, pero creemos que como asociación debemos realizar unas *estimaciones en relación con las necesidades* y no con los presupuestos que las administraciones están dispuestas a gastarse.

Por otra parte, realizar estimaciones en base a necesidades entraña una gran dificultad porque aunque existen estudios epidemiológicos realizados ya en nuestro país existe una gran variabilidad en sus resultados, y una carencia de

estándares fiables en cuanto a la cantidad de recursos que son necesarios teniendo en cuenta nuestras características de funcionamiento y socioeconómicas.

Para realizar estas estimaciones se han tenido en cuenta los datos de prevalencia de los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales<sup>10</sup>, las estimaciones realizadas por diversos grupos de trabajo que han estado trabajando sobre programas concretos (Niños y Adolescentes<sup>9</sup>, Rehabilitación<sup>11</sup>), prestaciones básicas en general<sup>12</sup>; los recogidos en los diversos Planes de Salud Mental de las CCAA; las publicadas por el Royal College de Psiquiatras del Reino Unido<sup>20</sup>, por el GAP (Group of Advancement of Psychiatry de la APA), y por otros autores<sup>13,14</sup>. Estas estimaciones aparecen recogidas en la bibliografía y se ha hecho una síntesis de las mismas en los Anexos.

La prevalencia de trastorno mental en estudios epidemiológicos comunitarios en nuestro país está en torno al 20%<sup>10</sup>, siendo las cifras de prevalencia anual de esquizofrenia y psicosis paranoide entre el 0,1 y el 2,4 %, oscilando las cifras medias entre el 0,3 y el 0,6 %. Esto equivale a que a lo largo de un año por cada 100.000 hab, unos 20.000 tendrán algún tipo de trastorno mental de los cuales una proporción se resolverá sin tratamiento, otra será atendida en Atención Primaria y otra será atendida en los Servicios de Salud Mental (aproximadamente un 4 % según el modelo de Goldberg y Huxley<sup>14</sup>). Por cada 100.000 hab entre 300 y 600 tendrán trastornos psicóticos (sin incluir las psicosis afectivas), de los cuales aproximadamente el 80 % (Según encuestas realizadas por las asociaciones de familiares) residen con sus familias, y de 20 % restante algunos podrán vivir autónomamente, pero la mayor parte necesitarán algún tipo de alojamiento protegido.

Otra consideración que hemos querido tener en cuenta es que las necesidades de recursos, sobre todo en lo que al número de profesionales se refiere, dependen de las actividades terapéuticas y los programas asistenciales que se pongan en marcha. Como las redes son muy diferentes en las distintas CCAA en el caso de los profesionales necesarios en los CSM se han desglosado por programas teniendo en cuenta aquellos que están en dispositivos diferentes en algunas autonomías. Con respecto al resto de dispositivos hemos realizado estimaciones con respecto a las ratios de plazas por 100.000 hab., asumiendo que para la atención de esas plazas sí que existe un mayor consenso con respecto al nº de profesionales que se requieren.

En la Tabla nº 7 se recoge la estimación de necesidades de recursos de profesionales para un Centro de Salud Mental para una población de 100.000 hab. , desglosándolos para la atención de : adultos, niños y adolescentes, psicogería-

Tabla 7. *Estimación de necesidades de profesionales en los CSM.*

C.S.M.	Psiquiatras/ 100.000 hab.	Psicólogos/ 100.000 hab.	Enfermeros 100.000 hab.	T. Sociales/ 100.000 hab.	Otros/ 100.000 hab.
Adultos	5	4	3	0,5	Aux. Adm. 2,5
Programa de Niños y Adolescentes	1,5	1	0,5	0,5	Logopeda 0,5
Programa de Psicogeriatría	1	0,5	0,5	0,5	
Programa de Rehabilitación y Seguimiento	0,5	0,5	3 <sup>(*)</sup>	1	T. Ocupacional 1
Programa de Alcohol y Drogas	1	2	1	0,5	
Total mínimo	9	8	8	3	
Total óptimo	12	11	10	3	

*(\*) Estimación realizada sobre la base de una prevalencia de un 0,6 % de Trastornos mentales graves y crónicos, considerando que el 15 % de los mismos necesitaría una atención específica y que un profesional puede ser responsable de 50 casos como máximo. Para poder desarrollar una atención domiciliaria más intensa estas cifras deben aumentar.*

Tabla 8. *Estimación de necesidades de plazas de hospitalización*

Dispositivo	Plazas/100.000 hab. mínimas	Plazas/100.000 hab. óptimas
Hospital de día	10	19
Hospital de día de niños y adolescentes		
< 7 años	3	5
7-13 años	3	5
> 13 años	3	5
U. Hospitalización breve	12	15
U.H.B. Niños	1	2
U.H.B. Adolescentes	2	3
U. Rehabilitación hospitalaria/Comunidad Terapéutica	8	10

Tabla 9. *Estimación de necesidades de plazas de rehabilitación*

Dispositivo	Plazas/100.000 hab. mínimas	Plazas/100.000 hab. óptimas
Centros de rehabilitación psicosocial	20	50
Centros de día y actividades ocupacionales	20	50
Centros de rehabilitación laboral/Talleres protegidos/ apoyo al empleo normalizado	15	30
Unidad residencial	20 <sup>(*)</sup>	20 <sup>(*)</sup>
Minirresidencia	20	50
Pisos tutelados	20	50
Pensiones supervisadas	5	10

*(\*) Depende de la existencia previa de pacientes hospitalizados con grave deterioro psicosocial*

tría, rehabilitación y seguimiento de EMC y G, y alcohol y drogas. Se señalan los estándares mínimos y óptimos. Los cálculos referidos a la necesidad de enfermeros psiquiátricos, que en general van a ser los responsables de la tutoría o gestión de cuidados de los enfermos con trastornos mentales severos, están hecha sobre la base de una prevalencia entre un 0,3 y un 0,6 %, de los cuales al menos el 15 % necesitaría de esta atención, y que un enfermero puede ser responsable como máximo de 50 pacientes, siendo lo óptimo alrededor de 30.

En la Tabla nº 8 se presentan las necesidades de plazas de hospitalización en los distintos dispositivos, referidos a una población de 100.000 hab. En la Tabla nº 9 se recoge la estimación de necesidades en cuanto a los recursos de rehabilitación. Esta estimación está muy determinada por la capacidad de la propia comunidad (sus familias, los recursos sociales y laborales...) para acoger a estos pacientes. Pero aunque lo deseable es que la inserción sea en la medida de lo posible en recursos normalizados para muchos pacientes esto no será así y deben existir suficientes plazas de recursos específicos. Por otra parte estos recursos permiten el apoyo y la descarga de las redes sociales naturales de estos pacientes, que de no contar con ellos pueden romperse y favorecer los procesos de exclusión. Este apartado es, sin lugar a dudas, el más deficitario en todas las CCAA y el que influye de modo más determinante en el desarrollo satisfactorio de la Reforma Psiquiátrica. La atención de calidad para los enfermos graves y crónicos exige una atención integral que abarca tanto los aspectos sanitarios como sociales (tablas 7, 8 y 9).

#### 4.2.7. Equipos multidisciplinares

Uno de los principios básicos del modelo de atención comunitaria a la SM es el trabajo desde equipos multidisciplinares que permitan abordar las problemáticas de un modo integral. Como señala Vallejo F.<sup>15</sup> “dar cuenta del trabajo en Salud Mental no es posible sino a través del prisma de distintas disciplinas”.

Los equipos pueden ser entendidos “desde la *formalidad* de la institución sanitaria como un *agrupamiento de profesionales* en torno a una serie de criterios técnico-rationales, y cuyas metas y actividades vendrán, en un primer momento, definidas desde la Institución. En ese primer momento, por tanto parecería que bastara con cumplir con el rol profesional de cada miembro, y atender la demanda asistencial”. La creación de los espacios organizativos propios y del funcionamiento conjunto puede dar paso al *momento grupal* del equipo, en el que se ha ido produciendo la adecuación de las características de cada

miembro (formación, rol, motivación...) a la tarea institucional. Es lo que Vallejo denomina el *equipo-grupo* con un grado de cohesión interna, una definición operativa de las tareas y una metodología de trabajo propias. Para llegar a ese momento grupal es necesario que cada equipo structure sus espacios comunes organizativos y de discusión sobre la tarea clínica. Esta es una primera dificultad, lograr el tiempo necesario para esos espacios y que estén dotados de contenido. La continuidad de estos espacios va a representar que el equipo pueda crear su propio proceso, donde los esquemas referenciales de cada profesional puedan tener un lugar dónde ponerse en juego con los otros para poder ir construyendo un modelo común de trabajo.

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

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

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

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

El sistema tiene que posibilitar cauces regulares de participación de los profesionales en todos y cada uno de los ámbitos. Desde el nivel más micro en su centro de trabajo, participando en el acuerdo de los objetivos, hasta un nivel macro en la definición de las estrategias y en la mejora de la calidad de atención.





## 5. Prioridades asistenciales. Prestaciones básicas

La Red Asistencial de Salud Mental de un Área Sanitaria es un instrumento para el desarrollo de los principios de la Ley General de Sanidad y en tanto que dispositivos asistenciales especializados situados en segunda línea, deben proporcionar en el marco de una población circunscrita, promoción y prevención de la salud, asistencia y rehabilitación, que sean compatibles con criterios de calidad asistencial.

La OMS señala el importante incremento de la morbilidad psiquiátrica a nivel mundial y el que este se produce a expensas de los trastornos adaptativos y de nuevas patologías, mientras que las patologías más clásicas permanecen estables. En nuestro ámbito, esto supone un incremento importante de la presión asistencial de los dispositivos de entrada a la Red (Centros de Salud Mental) y la necesidad por nuestra parte de reflexionar sobre a quien y con qué calidad vamos a atender.

Si necesario es que se definan unas prestaciones básicas en Salud Mental, también lo es que estas vayan encaminadas a dar respuesta a las necesidades de la población identificadas como más prioritarias.

Esta premisa conlleva la importancia de tratar de aproximarnos al conocimiento de dichas necesidades en la población definida como diana y que a nuestro criterio va a ser *aquella que hace una demanda expresa de atención y cumple unos criterios de gravedad, y por otra parte, aquella que presentando problemas o trastornos mentales por su pertenencia a colectivos o grupos de riesgo tiende a quedar más marginada del sistema y va a ser más difícil que demande cuidados o tratamiento.*

Bertolote<sup>16</sup>, denomina *tratamientos esenciales* a aquellas intervenciones necesarias y suficientes para la atención de los pacientes con trastornos mentales específicos, señalando que dichas intervenciones deben tener una efectividad terapéutica, aceptable seguridad en su uso, satisfacer las necesidades de salud de la población y poder ser asumibles por la comunidad.

De acuerdo con esto, una condición de la idoneidad de las prestaciones básicas habrá de ser su adecuación, es decir que efectivamente atiendan a las necesidades de salud (mental) de la población, habiendo de ser lo más capaces posibles de conocer cuales son estas, a pesar de que el término necesidad sea ambiguo conceptualmente, que su definición deba adaptarse a cada caso y que se precise consensuar.

El estudio *Caring for a Community* del Royal College of Psychiatric<sup>17</sup>, plantea que una red de servicios psiquiátricos comunitarios precisa:

- Apropiaada infraestructura y recursos.

- Intervenciones efectivas.
- Atención a la morbilidad oculta y a la sobrecarga de familias y cuidadores.
- Coordinación entre dispositivos.
- Cooperación interdisciplinar.
- Equidad y proporcionalidad (los recursos ofertados deben ser proporcionales al grado de necesidad).
- Accesibilidad, adaptabilidad y responsabilidad.
- Continuidad de cuidados.

Por nuestra parte, y teniendo en cuenta lo anterior, *recomendamos*:

- *Establecer perfiles de atención diferenciada entre atención especializada y atención primaria*, que se ajusten a criterios de gravedad del caso psiquiátrico.
- *Priorizar y hacer proporcionales ofertas asistenciales* a las demandas que llegan al servicio, así como a aquellas otras, potencialmente graves, que tienden a quedar marginadas del sistema, y esto, en una doble vertiente: tipo de intervención y plazos de ejecución.
- *Definir prestaciones asistenciales básicas* y hacer que estas sean operativas.
- *Mantener una verdadera continuidad de cuidados*, lo que requiere delimitar prestaciones y flexibilizarlas según los cambios de necesidades, así como coordinarse eficazmente con otros dispositivos implicados, siendo necesario que cada uno de ellos tenga responsabilidades claras y delimitadas
- *Evaluar cada servicio para asegurar su adecuación*, y así posibilitar la identificación de áreas de necesidades no cubiertas.

### 5.1. *Perfiles de necesidades*

Según distintos autores, las necesidades pueden ser entendidas cómo:

- Las necesidades de servicios de una población y la actual provisión de ellos (Lehtinen).
- La combinación de la morbilidad definida y la falta de utilización de servicios (Shapiro).
- La insuficiente provisión de particulares intervenciones terapéuticas (Thornicroft)<sup>18</sup>.

Nosotros entendemos *las necesidades en salud mental de una población determinada, como aquellos problemas o trastornos mentales que cumplen unos determinados criterios de gravedad* (que nos permite diferenciarlos de otros malestares vitales), *que tienen o precisan cuidados o tratamiento y que aparecen en forma de demanda expresa o que afectan a individuos pertenecientes a grupos de riesgo, aunque no planteen una demanda expresa.*

Para un mejor conocimiento de las necesidades en salud mental de una población, deben conjugarse las estimaciones obtenidas de distintos indicadores como:

- Estudios epidemiológicos de morbilidad (tales como el ECA, que ofrecen resultados de un 18% en la población general, del que el 1,5% sería un trastorno severo y persistente; o los realizados en población española con resultados medios del 20%, y entre un 0,3 y 0,6% de psicosis crónicas no afectivas<sup>10</sup>).
- Porcentaje de casos diagnosticados y no tratados (que pueden llegar al 60%).
- Datos de utilización de servicios (incidencia y prevalencia diagnóstica, frecuentación, etc.), que proporcionan información de pacientes bajo tratamiento, pero que si solo son tenidos en cuenta en forma aislada, tienden a perpetuar inequidades, a la vez que no son los más válidos para dar cuenta de necesidades asistenciales y de recursos no cubiertas.
- Indicadores de salud en función de la conocida asociación entre características sociodemográficas de la población en cuestión y prevalencia de trastornos mentales (pirámide de población, clase social, tasas de desempleo, tasas de fracaso escolar), estudios de Jarman, etc.

Dichos problemas o trastornos mentales (necesidades) permiten categorizar a los pacientes en cuatro grandes grupos<sup>19</sup>:

- Pacientes con trastorno mental severo y persistente.
- Pacientes con trastorno mental severo pero no persistente.
- Pacientes con trastorno mental persistente pero no severo.
- Pacientes sin trastorno mental severo ni persistente.

Las necesidades podemos clasificarlas en preventivas, asistenciales y rehabilitadoras:

- Necesidades *preventivas*:
  - Del grupo o situación de riesgo.
  - Del entorno familiar.
- Necesidades *asistenciales*:

- De salud general.
- De salud mental:
  - De valoración y orientación.
  - De asistencia en crisis.
  - De tratamiento de la sintomatología
- Necesidades rehabilitadoras:
  - De rehabilitación cognitiva.
  - De autocuidado.
  - De habilidades de la vida diaria.
  - De soporte relacional.
  - De ayudas básicas (alimentos, alojamiento,... etc.)
  - De ayuda a la búsqueda de empleo y a la integración laboral.
  - De protección de sus derechos legales.
  - De soporte a las familias.

## 5.2. *Demanda y utilización de servicios*

Es necesario distinguir entre *necesidades latentes y percibidas* y también el que la percepción de una necesidad puede convertirse o no en *demanda de tratamiento* en función de una serie de factores:

- De tipo sociodemográfico, étnico y del nivel de retraimiento social.
- De actitud hacia la enfermedad.
- De información sobre la enfermedad y su tratamiento.
- De la oferta asistencial.
- De la accesibilidad.

Entendemos por *demandas aquellas peticiones de quienes tienen necesidades, o de sus allegados, o entorno social.*

Clásicamente se distinguen distintos tipos de demanda: *explícita* (en que el paciente refiere síntomas psíquicos), *implícita* (quejas físicas que enmascaran o traducen causas psíquicas), *conspicua* (explícita o implícita detectada por el médico) y *oculta* (que pasa desapercibida para el médico) y como se ha dicho antes, son varios los factores que la condicionan.

Convendría distinguir en la práctica las demandas expresas en términos cuantitativos y cualitativos. Cuantitativamente suelen corresponderse con trastornos adaptativos y afectivos “menores”, más frecuentes en mujeres, con problemas psicosociales añadidos y frecuente demanda de tratamientos “psicológi-

cos” y que tienden a consumir muchos servicios, siendo conveniente delimitar prestaciones y técnicas de intervención psicoterapéuticas y fomentar grupos de autoayuda.

Cualitativamente, serían aquellas patologías que cumplan los criterios de gravedad previamente definidos, siendo conveniente insistir en lo que dice la OMS respecto de que el incremento de morbilidad psiquiátrica a nivel mundial se está produciendo a expensas de los trastornos adaptativos y de nuevas patologías, mientras que las patologías más clásicas (esquizofrenias, PMD, etc.) se mantienen relativamente estables.

La recepción que se haga no sólo de las demandas expresas sino también de las objetivadas como severas pero que no van a demandar asistencia, va a determinar la utilización de los servicios, dependiendo esta, en términos generales, de los siguientes condicionantes: .

- La filosofía y política sanitaria general.
- Las características sociodemográficas de la población.
- Las tasas de morbilidad existentes.
- La eficiencia en la organización y gestión de los servicios:
  - Prioridades o no en la recepción de la demanda.
  - Lista de espera.
  - Coordinación con dispositivos derivantes.
  - Disponibilidad.
- Oferta asistencial.

Más adelante señalaremos que la necesidad de priorizar perfiles de demanda más susceptibles de ser atendidos en un nivel especializado situado en segunda línea como son los servicios de salud mental, exige, en lo que se refiere a la demanda que procede de la Atención Primaria (que es la mayoritaria), establecer unos criterios de gravedad que filtren las derivaciones, habiendo diseñado al respecto una Escala de gravedad del caso psiquiátrico que se está pilotando en la actualidad, y cuya finalidad sería delimitar perfiles diferenciados de demanda para ser tratados en el nivel primario o especializado (Anexo I).

El análisis de utilización de los servicios nos van a proporcionar información acerca de: indicadores de utilización, patrones de uso y patrones de cuidados, que señalaremos a continuación.

Por lo que respecta a los *indicadores de utilización*, estos nos van a proporcionar datos acerca de:

- Cuantos (nuevos, retornos, etc.).
- Cómo (citas programadas, preferentes, urgencias, etc.).

- De donde (procedencia de Atención Primaria, UHB, urgencias, servicios sociales, etc.).
- Quienes (distribución por edad, sexo, diagnóstico, etc.).
- Características de la atención (ambulatoria, hospitalaria, etc.).
- Modalidad de intervención (patrones de cuidados).

Los *patrones de uso de servicios* buscan definir y categorizar distintos tipos de contactos asistenciales en base a: criterios temporales (duración de la asistencia); combinación de criterios temporales y consumo de servicios (alta o baja utilización); y criterios mixtos que contemplan la duración bruta y neta de la asistencia, intensidad de ella y cociente de internamiento. La finalidad de poder determinar estos patrones es distinguir distintos grupos de pacientes según consuman más o menos servicios.

Por otra parte, los patrones de utilización de servicios también tratan de definir y categorizar distintos *patrones de cuidado o módulos asistenciales*. La OMS<sup>16</sup> define el módulo asistencial como *la cantidad de actividades que conforman una clase de asistencia delimitada por sus objetivos* (de evaluación, de tratamiento, etc.). Cada módulo asistencial tiene 8 posibles dimensiones o aspectos y cada una de estas dimensiones, tiene 4 categorías según una mayor o menos intensidad de la asistencia.

Las 8 dimensiones son:

- Dimensión PROB (evaluación de problemas).
- Dimensión CRIS (tratamiento de las crisis).
- Dimensión SOCI (intervención de ayuda y apoyo social).
- Dimensión PSIC (intervenciones psicológicas).
- Dimensión BIOL (intervenciones biológico-psiquiátricas).
- Dimensión MEDI (asistencia médica general).
- Dimensión AVDF (tareas en relación a actividades de la vida diaria).
- Dimensión ALO (tareas encaminadas a facilitar residencia y alojamiento).

La adecuación de los objetivos de los servicios a dar cobertura a las necesidades y demandas, de la población diana determinada vendrá condicionada por sus indicadores de organización asistencial en base a:

- Accesibilidad.
- Disponibilidad.
- Elegibilidad.
- Aceptabilidad de la oferta asistencial.
- Adecuación de la oferta.
- Proporcionalidad.

- Trabajo multi e interdisciplinar.
- Continuidad asistencial.

### 5.3. *Delimitación de perfiles de atención diferenciada entre el nivel primario y el especializado*

Existen controversias sobre la conveniencia de atender los casos más graves en el nivel especializado y los que se podrían considerar más leves en el nivel primario, o dada la evolución crónica de patologías consideradas como “leves o menores” y su repercusión en una deficitaria calidad de vida, así como su dificultad de tratamiento, no hacer tal distinción y considerar adecuado también su abordaje desde una atención especializada.

Quizás en parte esta polémica sea debida, a que habitualmente el concepto de gravedad ha venido casi exclusivamente definido por el diagnóstico, y este, en el caso de la patología psiquiátrica, no es exclusivamente determinante del pronóstico. Una neurosis no tiene por que ser siempre de mejor pronóstico que una psicosis, o su abordaje terapéutico más sencillo y resolutivo.

Nuestra opinión, es que la gravedad de un caso sí debe definir el nivel asistencial en que va a ser atendido (primario o especializado), pero que la gravedad debe ser entendida por criterios que incluyan aquellos parámetros que mejor la maticen, y que no van a depender exclusivamente del diagnóstico.

Con este propósito se han definido unos criterios de gravedad del caso psiquiátrico, que engloban una serie de variables, que a su vez se agrupan en 4 factores: clínicos, psicosociales, de discapacidad y tipo de demanda y complejidad de manejo terapéutico, de cuya baremación resulta una puntuación, habiendo de determinar un punto de corte con la adecuada sensibilidad y especificidad que posibilite una orientación para el médico de primaria en su decisión de asumir para tratamiento o derivar los casos psiquiátricos que detecta.

Los criterios que hemos considerado que mejor definen *la gravedad de un caso psiquiátrico* en la población adulta son:

- Factores clínicos:
  - La gravedad diagnóstica.
  - La comorbilidad con otras patologías físicas o psíquicas.
  - El riesgo de peligrosidad.
  - El tiempo de evolución del trastorno.
- Factores psicosociales:

- Grupos y/o situaciones de riesgo.
- Características de la red social.
- Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social.
- Grado de discapacidad producido por la enfermedad.
- Características de la demanda.
- Complejidad de manejo terapéutico.

Estos criterios se han agrupado en factores a los que se ha adjudicado una baremación (Anexo I).

Esta escala está siendo pilotada en la actualidad en la Atención Primaria con objeto de definir el punto de corte más adecuado. En los primeros ensayos y sobre una puntuación máxima de 25 puntos, creemos que el punto de corte debe ser de 6. Por otra parte, si Atención Primaria se va a responsabilizar del tratamiento de un determinado tipo de casos (los que estén por debajo del punto de corte), lógicamente habrá que contribuir a su mejor formación en la detección y tratamiento.

Si la escala pudiera llegar a ser un instrumento que nos ayudara a diferenciar perfiles de pacientes en función de su gravedad, no debemos olvidar que esto solo sería de utilidad respecto de la población que demanda expresamente y que sin embargo existe una población que tiende a automarginarse o a ser marginada por el sistema y que también debería formar parte de la población diana atendida por los servicios de salud mental.

Mencionamos en el documento sobre Prestaciones Asistenciales Básicas elaborado por un grupo de trabajo de la Asociación Madrileña de Salud Mental<sup>12</sup> que hay tres aspectos a tener en cuenta respecto de esta población que no demanda:

- En lo que concierne a tasas de morbilidad, lo recogido en el estudio ECA en cuanto a que entre el 70-80% de las personas con algún tipo de desorden psiquiátrico no consultan.
- En lo que concierne a pertenencia a grupos de riesgo, estos son colectivos más vulnerables que por su menor capacidad y/o disposición a pedir ayuda tienen el riesgo de quedar fuera del sistema. Los niños, ancianos, población marginal y los pacientes con trastorno mental severo, sobretodo psicóticos crónicos, son los más vulnerables, y en los que los Servicios sociales deben facilitar su detección y mediante una buena coordinación con salud mental, facilitar su abordaje asistencial.
- En lo que concierne a crisis evolutivas como situaciones de riesgo debemos diferenciarlas por grupos de edad, y así, a nivel infanto-juvenil deberemos tener en cuenta el embarazo en adolescentes, los hijos de padres con antecedentes psiquiátricos graves, el maltrato y abuso sexual, las enfermedades fisi-



cas de repetición y/o ingresos hospitalarios y las pérdidas de padres. En la edad adulta, consideraremos el embarazo y puerperio y las pérdidas familiares o laborales. En la tercera edad, las pérdidas psicofísicas y familiares.

#### 5.4. *Prioridad y proporcionalidad en las ofertas asistenciales*

La priorización asistencial pensamos que se debe realizar en base a:

- Criterios de gravedad, presentados ya anteriormente.
- Programas asistenciales para grupos específicos, en base a garantizar la proporcionalidad de las ofertas:
  - Personas con trastorno mental severo.
  - Niños y adolescentes.
  - Ancianos.
  - Enfermos mentales sin hogar.

La escala de gravedad del caso psiquiátrico podría servir también, tanto para definir mejor aquellas derivaciones que se consideran de carácter preferente desde la atención primaria, como para priorizar modalidades de intervención desde la atención especializada, si desde esta se confirma la gravedad evaluada en el primer nivel.

Por otra parte, la proporcionalidad de las ofertas asistenciales es uno de los principios rectores que debe regir el funcionamiento de los servicios de salud mental. Si queremos evitar caer en la denominada ley de cuidados inversos y ser rigurosos con defender dar más a los que más lo necesitan, es evidente que solo una correcta apreciación de las distintas necesidades asistenciales de los pacientes nos orientará en este sentido.

Strathdee y Thornicroft<sup>13</sup> han desarrollado unas guías para diferenciar grupos de pacientes con distintas necesidades de soporte en base a las cuales se ha puesto en marcha en el Reino Unido el Care Programm Approach, que es un programa asistencial prioritario:

1. *Grupo de alto soporte*: Pacientes con severa disfunción social (por ejemplo aislamiento social, sin empleo y /o dificultades de habilidades de la vida diaria) como consecuencia de un severo o persistente trastorno mental. En particular individuos con dificultades de seguimiento pueden ser identificados con altas necesidades de soporte por:

- Frecuente o reciente riesgo para sí o para los demás.
- Serias dificultades conductuales.

- Alto riesgo de recaídas.
  - Historia de pobre adherencia a los servicios.
  - Escaso contacto con otros servicios o dispositivos.
  - Precariedad de alojamiento.
  - Sobrecarga de los familiares y cuidadores.
  - (tales pacientes requieren un ratio staff/paciente de 1:15).
2. *Grupo de soporte medio*: Individuos con grado moderado de discapacidad social, atribuida a trastorno mental(aquellos que trabajan al menos una parte del día o que mantienen al menos una relación duradera). Este grupo también incluiría la necesidad de un seguimiento individual
- Los que reconocen y buscan ayuda al principio de las recaídas.
  - Los que reciben ayudas en otros dispositivos.
3. *Grupo de soporte bajo*: En general aquellos individuos que responden bien a tratamientos breves y de baja intensidad. Por ejemplo pacientes con:
- Psicosis en remisión.
  - Desórdenes moderados de personalidad.
- Con la finalidad de lograr una adecuada priorización y homogeneidad en la atención proponemos:
- *Priorizar* la oferta asistencial a los casos más graves y necesitados. Especial atención a la población de grupos de riesgo (niños, ancianos, marginales), con potencial riesgo de cronicidad y deterioro (esquizofrénicos), cuidadores, etc.
  - *Utilizar* una guía de intervención (ver Anexo II) desde la evaluación inicial, que facilite la detección de necesidades de los pacientes y contribuya a evitar la variabilidad de la atención y que contemple el diagnóstico individual y contextual, necesidades asistenciales, modalidades de intervención y planificación de objetivos terapéuticos que permita su ulterior evaluación.
  - *Flexibilizar* las ofertas en función de los cambios de necesidades.
- Tener en cuenta las distintas necesidades* que en cada paciente (sobre todo en los psicóticos crónicos) deben ser atendidas y hacer que estas estén disponibles, desde criterios de proporcionalidad (mayor atención a los más necesitados).

### 5.5. *Prestaciones básicas en salud mental*

Hay un gran aumento de la morbilidad psiquiátrica a nivel mundial (OMS), que está incrementando la presión asistencial. Este aumento es sobre-

todo de trastornos adaptativos, nuevas patologías, etc., manteniéndose relativamente estables las patologías más clásicas (esquizofrenia, psicosis, PMD, depresiones mayores, etc.). Consecutivo a esto la demanda crece, pero los recursos lo hacen muy por detrás y además hay una política de contención del gasto.

La oferta de servicios y de tratamientos esenciales debería formar parte de una política nacional de salud, pero a esto deberíamos contribuir los técnicos con documentos, para hacer frente al riesgo de que se pretenda una mejora de la calidad asistencial solo centrada en una mejora de la gestión basada en indicadores de actividad.

Aunque estos sin duda son necesarios, son los indicadores blandos, que tienen más en consideración el funcionamiento, los más adecuados para valorar la calidad de la asistencia, que debe ir orientada a la prestación global de servicios, a tipología de pacientes y a programas de especial interés.

Frente a la necesidad de establecer limitaciones en las prestaciones hay que tratar de hacerlo desde criterios en los que se discrimine positivamente a los más necesitados, aunque cuantitativamente puedan ser menos y con menor poder de influir en ello.

Por último, resulta necesario evaluar las prestaciones, en términos de sus resultados (indicadores respecto de objetivos generales prefijados: por ej. disminuir tasas de ingresos, de suicidios, de abandonos, de ausencias, de satisfacción, etc.).

Interesa puntualizar que el Sistema Nacional de Salud es quien debe definir las prestaciones que desde el sistema público se van a financiar. Al hablar de *prestaciones básicas nos referimos a aquellas que deben estar al alcance de todos los ciudadanos del Estado*, independientemente de la CCAA en la que viven. Es claro que es una cuestión de equidad. No hablamos en el documento de cartera de servicios porque entendemos que esto hace referencia más los servicios que tiene disponible cada organización, y se rige más por criterios de gestión y de oferta de productos, que de dar cobertura a una necesidad.

#### 5.5.1. Definición

Definimos las prestaciones básicas como:

- Modalidades de intervención disponibles con posibilidades de utilización concreta.
- Dirigidas a atender las necesidades en salud mental de la población diana definida.

- Que se han demostrado efectivas y seguras en su práctica.
- Asumidas por el sistema sanitario que se compromete a generar los recursos necesarios para su práctica.
- Accesibles a la población en condiciones de equidad y proporcionalidad.

### 5.5.2. Principios rectores

- Fácilmente *accesibles*, corrigiendo barreras de tipo geográfico, horario, físico, informativo (falta de conocimiento de la existencia e intervenciones de l servicio), actitudinales (rechazo a grupos minoritario-marginales), burocráticas, etc.
- Dirigidas a *atender las necesidades consensuadas* como más importantes de la población diana definida: población que demanda expresamente y cumple los criterios de gravedad preestablecidos y población de colectivos que constituyen grupos de riesgo.
- *Adecuadas* a dichas necesidades, tanto de tipo sanitario como de otra índole, y para las que se deben prever los recursos necesarios y la imprescindible coordinación.
- Que proporcionen información al paciente y personalización en el trato, haciéndolas *aceptables* por ellos.
- *Efectivas y eficientes*, aunque habrán de tenerse en cuenta una serie de consideraciones tales como que en el tipo de patología que tratamos, mayoritariamente desconocemos su etiología (dificultad para diferenciar entre lo normal y lo patológico); que en ella concurren muchos factores en ocasiones de imposible abordaje, (como paro, pobreza, etc., que tiende a ser crónica, por lo que como dice Quintana nunca va a ser una prioridad para invertir recursos). Las prestaciones deben demostrar su bondad en los contextos y con los pacientes en los que se utilizan. Es cierto que hay que buscar la adecuación de las técnicas a las características de los pacientes (adaptabilidad) y no los pacientes a la técnica, pero también es difícil que los profesionales puedan disponer en sus bagajes de distintos modelos teórico-prácticos con los que adaptarse a este planteamiento.
- *Seguras* (intervenciones sin riesgo), como una de las dimensiones a valorar en cuanto a una buena calidad de las prestaciones.
- *Oportunas y temporalizadas*: ambos aspectos deben ser complementarios. Hay que eliminar la variabilidad de la atención y procurar una homogeneización respecto de que prestación (intervención) vamos a realizar, con que

paciente, en que momento evolutivo de su patología, en que contexto y con que duración.

### 5.5.3. Modalidades de intervención

La Clasificación Internacional de cuidados en salud mental de Giel<sup>2</sup>, enumera diez tipos de intervenciones en relación a:

- Establecimiento del contacto y su mantenimiento.
- Valoración funcional y del problema.
- Coordinación de la atención.
- Cuidado de la salud general.
- Hacerse cargo de las actividades de la vida diaria.
- Intervenciones psicofarmacológicas.
- Intervenciones psicológicas.
- (Re)educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales.
- Actividades diarias.
- Intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros.

Sería conveniente utilizar una *Guía de intervención* (Anexo II). que contemple el diagnóstico individual y contextual, objetivos claros, calibrados y evaluables y temporalización de pasos, fases y evaluaciones.

Las modalidades que deben estar disponibles serían:

- Establecimiento del contacto y facilitación de la adherencia al tratamiento.
- Valoración funcional del problema.
- Tratamiento psicofarmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico reglado y/o consultas terapéuticas.
- Intervención domiciliaria.
- Intervenciones dirigidas a familias u otros cuidadores.
- Tutoría o gestión de casos.
- Intervención en crisis.
- Hospitalización breve.
- Hospitalización parcial.
- Hospitalización en Unidades de Rehabilitación.
- Rehabilitación psicosocial de discapacidades y programas de soporte comunitario.
- Alojamiento en Unidades Residenciales, Residencias asistidas, Minirresidencias o Pisos tutelados.
- Rehabilitación laboral y programas de apoyo.

– Defensa de los derechos de los enfermos.

### 5.6. *Criterios para una mejora de la calidad asistencial de la Red de Servicios de Salud Mental*

A modo de decálogo podíamos sintetizar las *recomendaciones* para mejorar en la práctica la calidad asistencial en los dispositivos de la Red en:

1. *Identificar lo mejor posible las necesidades de la población*, tanto en lo que concierne a la demanda de utilización de servicios (necesidades expresadas), como de potenciales necesidades ocultas (derivadas de tasas de morbilidad, grupos de riesgo, etc.).

2. *Orientar lo mejor posible las derivaciones desde Atención Primaria*, tanto en lo que respecta a características de los pacientes a derivar (aplicación de la escala de gravedad del caso psiquiátrico), como en prioridades de atención (derivación preferente).

3. *Facilitar la accesibilidad* (supresión de barreras), *disponibilidad* (del servicio y de modalidades de intervención), y *aceptabilidad* del paciente, buscando el consenso pero también el compromiso terapéutico de éste.

4. *Desarrollar un protocolo de intervenciones* que contemple el diagnóstico, necesidades asistenciales, objetivos terapéuticos, intervenciones a llevar a cabo, servicios en que deben prestarse, plazos aproximados, potenciales necesidades de coordinación y evaluación de resultados. Todo ello con la finalidad de alcanzar criterios de equidad, lograr la mayor idoneidad terapéutica posible en el abordaje de las distintas patologías y limitar al máximo la variabilidad de la atención.

5. *Organizar y priorizar recursos y actividades asistenciales* para que atiendan lo más adecuadamente esas necesidades. Establecer criterios consensuados de proporcionalidad. Atención a los más necesitados: trastorno mental severo, población infanto-juvenil, detección precoz y tratamiento si lo precisan de pacientes en situación de riesgo, familias con sobrecarga y riesgo de enfermar, etc.

6. *Gestionar lo más adecuadamente posible los tiempos asistenciales*: racionalizar la lista de espera, las ausencias a primeras citas y los abandonos precoces. Llegar a criterios consensuados de distribución de tiempos asistenciales (número y tiempo de dedicación a nuevos, revisiones, modalidades de intervención, programas, actividades de coordinación y formación, etc.) con la finalidad

de defender indicadores técnicos validados frente a criterios gerenciales exclusivamente economicistas

7. *Definir prestaciones asistenciales básicas*, determinando:

- A quien irán dirigidas (población diana).
- Cuales deben ser (modalidades de intervención que sigan la clasificación internacional de cuidados en salud mental)
- Quien debe prestarlas (roles profesionales en función del perfil de las tareas).
- Donde deben prestarse (tipos y funciones de los distintos dispositivos).
- Frecuencia y duración: explicitando plazos aproximados.

8. *Procurar una continuidad de cuidados*

9. *Velar por una adecuada coordinación intra e interdispositivos.*

10. *Evaluar la calidad asistencial*, intentando alcanzar tres objetivos:

- Calidad de la atención (satisfacción del usuario).
- Calidad asistencial (calidad técnica y satisfacción de los profesionales).
- Calidad de diseño (adecuación y eficiencia de las actividades y programas desarrollados).





## 6. Evaluación y estrategias de mejora

A lo largo de este documento de forma constante se hace referencia a dos conceptos claves para el objetivo propuesto de mejora de la calidad asistencial. Estos dos conceptos son: planificación y evaluación e independientemente del orden con el que aparecen, si primero planificación seguido de evaluación o a la inversa, ambos se observan relacionados entre sí, bien de forma entrelazada bien en forma de *continuum* o en cualquier otra forma que resulte del objetivo planteado y de la metodología utilizada, por lo que resulta totalmente imposible desarrollar por separado uno u otro concepto.

No se trata en este apartado de abordar en alguna medida el proceso de planificación-evaluación que nos ocupa, nuestro interés solamente se dirige a señalar y compartir algunos aspectos inherentes al mismo que consideramos han de ser, siempre, tenidos en cuenta.

Así entendemos que *Evaluación y Planificación* han de observarse como:

- Dos actividades paralelas dentro de un mismo *proceso circular* que se desarrolla en el tiempo y no como un acontecimiento instantáneo.
- Dos actividades impensables *fuera de un proyecto de cambio* y de actividades innovadoras que superan la situación de partida, ya que ambas, participan *articuladamente* en la construcción de las fases de realización vinculadas entre sí (proceso y resultado)

La Evaluación *intenta captar* tanto en sentido restringido como amplio (un programa, un servicio, una organización de servicios) *qué cosas se están moviendo*, qué elementos tácitos favorecen la consecución de los objetivos fijados o por el contrario los entorpecen, si se están atendiendo las necesidades de la población en cada momento y/o en qué medida y durante cuánto tiempo se reflejan los efectos de una intervención/s.

La Evaluación requiere *la formulación de juicios* basados en análisis cuidados de situaciones específicas y globales con el fin de obtener *conclusiones bien fundadas* y de hacer propuestas de acción útiles.

Estos juicios no deben de tener un sentido jurídico de aprobación/ desaprobarción sino que *han de basarse en información válida, pertinente y sensible* que se comparta con todos aquellos implicados en el proceso de evaluación

*Información* entendida en términos más amplios que *un conjunto de datos* que no son más que variables asociadas a un acontecimiento. Para obtener información es necesario que los datos estén ubicados en un *marco de referencia* y que sean interpretados *con criterios externos que hayan sido definidos y validados con anterioridad (normas)*.

*El reto de acompañar un crecimiento en cantidad con un crecimiento en calidad* implica utilizar instrumentos de información que aseguren la *monitorización continua de los niveles de eficiencia y eficacia*, ya sea en cuanto a la actividad desarrollada, a la demanda atendida o a los efectos de las intervenciones.

La activación de *los flujos informativos* sobre las relaciones entre *servicios/demanda y servicios/ atención* se convierten en un instrumento que *apoya la toma de decisiones* respecto a *todos los niveles de operatividad*, desde los propios servicios (dotación de profesionales, formación del equipo, niveles de responsabilidad, priorización de necesidades) hasta la proyección externa de los servicios (compromiso con otros servicios, participación ciudadana).

*El análisis de los elementos nuevos* que va generando el proceso de evaluación y de cambio (positivos o negativos) posibilita *articular nuevas estrategias* que aumenten el conocimiento de todos los implicados en el proceso.

*La duda sobre lo que realmente se está haciendo*, conlleva la evaluación del proceso; qué nuevas marginaciones se están produciendo, qué elementos conservadores o rígidos están impidiendo avanzar o cuál es el grado de compenetración entre los diferentes niveles organizativos

El funcionamiento de los servicios, las repercusiones de los mismos sobre la población a atender y sobre otros servicios, el tipo de oferta asistencial, la preocupación por aumentar la calidad media de los servicios y de la atención prestada, la integración en la comunidad, la coordinación asistencial, la comunicación entre los distintos niveles de la organización de servicios *requieren una actividad evaluadora plural y compleja con la aplicación de distintas metodologías y modelos de evaluación según a qué preguntas se quiera dar respuestas y a quiénes estas preguntas y respuestas van dirigidas.*

Se intenta superar la era de la *autoevaluación* basada en impresiones u opiniones y admitir que *reglar y ordenar la información es una exigencia cognoscitiva* de la propia práctica asistencial.

Las características de *los registros acumulativos de casos psiquiátricos (RACPs)* como sistema longitudinal que se centra en los usuarios, contemplando un conjunto de servicios diversos y territorializados permite obtener datos detallados y globales de calidad en un marco de referencia

Este sistema de información es un instrumento de análisis para los procesos de cambio, de apoyo para la toma de decisiones, de conocimiento de la población atendida, de análisis de la actividad asistencial, de investigación para el desarrollo, de elemento de coordinación e igualmente responde a fines administrativos, de gestión y de costes asistenciales.

Sin embargo, *la elección de uno u otro sistema de información ha de ser una medida bien pensada* que tenga en cuenta los objetivos que se persiguen, las características de la organización de servicios y aquellos requisitos y medios que el sistema precisa para ser implantado. En ocasiones es más conveniente comenzar con un sistema a desarrollar en fases que malgastar esfuerzos humanos y materiales en potentes sistemas de información que estén por encima de las necesidades organizativas y asistenciales que se tienen.

Por último compartir que la *“imagen” que se obtiene de la información compromete “hacia dónde se va”* facilitando: de una parte, la revisión de la organización, del funcionamiento, del estilo de trabajo de los servicios como elementos que repercuten de manera importante en la calidad y eficacia de las intervenciones y de otra, el inicio de un proceso de consenso entre los profesionales en el que el objetivo no sólo sea la corrección de situaciones individuales sino el planteamiento de *la continua mejora de la calidad de las intervenciones y de los resultados* definiendo criterios y ajustando cada acto asistencial a estándares de “buena práctica”

### 6.1. *Sistemas de información*

Aunque no hemos podido hacer una recogida exhaustiva de todos los sistemas de información de cada C.A, sí podemos tener una visión general de la situación actual y señalar algunas observaciones.

Todas las CC.AA tienen algún sistema de recogida de información en Salud mental. Como mínimo se recoge la actividad de los profesionales (consultas diarias)

Coexisten distintos sistemas de información dentro de una misma comunidad, dependiendo de la adscripción administrativa o del nivel asistencial (o administrativo) en el que nos encontremos.

Muchas Comunidades, tienden a implantar un sistema de información que sea un Registro Acumulativo, como se ve en los distintos planes de Salud Mental elaborados recientemente (Canarias, Baleares).

En las Tablas 10, 11 y 12 se recogen las características de algunos de los Registros de Casos utilizados y de los que están en proyecto.

Como *recomendaciones* con respecto a los sistemas de información planteamos:

Dado el desarrollo actual de la informática, sería lógico recomendar la implantación de RACP en las distintas comunidades.

Tabla 10. Registros de casos psiquiátricos *1ª parte*

	Asturias	Navarra	La Rioja	Gipuzkoa
Tipo de registro	Registro Acumulativo Casos Psiquiátricos	Registro Casos Psiquiátricos	Registro Acumulativo Casos Psiquiátricos	Registro Acumulativo Casos Psiquiátricos
Dependencia	Administración sanitaria	Administración sanitaria	Administración sanitaria	Administración sanitaria
Año inicio	1986	1987	1990-1993	1989(1984)
Hardware	Equipo AVIION 6220 96MRAM-4GB DISCO	3 PCs (1 servidor y 2 terminales)	IBM-AS400 (Principal y 5 terminales)	PC central y PC en serv. Ambulatorios. Recepción de diskettes.
Software	SO D6 UNIX 5.4, INFORMIX Y ON LINE 7.1 SQL 6.01-4GL 6.01	Open Access II Plus	Programa usuario en RPG Hoja de cálculo QPRO-SPSS	Programa usuario en Dbase III-Clipper SPSS
Clasificación diagnóstica	CIE-9	CIE-10	DSM-III	CIE-9
Información que recoge	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios

2ª parte

Tabla 10. Registros de casos psiquiátricos

	<b>Bizkaia</b>	<b>Galicia</b>	<b>Granada</b>	<b>Madrid</b>
Tipo de registro	Registro Acumulativo Casos Psiquiátricos	Registro Acumulativo Casos	Registro Acumulativo Casos Esquizofrenia	Registro Casos Psiquiátricos
Dependencia	Administración sanitaria	Administración sanitaria	Universidad de Granada	Administración sanitaria (C.M.)
Año inicio	1991(1984)	1990	1995	1985
Hardware	PC central y PC en serv. Ambulatorios. Recepción de diskettes.	PC central y PC en centros Ambulatorios.	PC 486-8MRAM 425MB tipo SCSI SEAGATE ST 1480	PC central y PC en serv. Ambulatorios y Hospitales C.M.
Software	Programa usuario en Dbase III-Clipper SPSS	Red Novel, Clipper Delphi para Windows 95	Dbase III EPI-INFO HG	Programa usuario en Dbase III-Clipper
Clasificación diagnóstica	CIE-9	DSM-III		CIE-9
Información que recoge	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con cada uno de los servicios	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Contactos con algunos servicios

Tabla 11. Otros sistemas de información.

Tipo de registro	Andalucía SISMA (Indicadores)	Cataluña	Baleares Registro actividad
Dependencia	SAS	Servei Catala de la Salut	INSALUD
Año inicio	1999	1998	
Servicios	Centros de Salud mental	Centros de salud mental Hospitales	Unidades de Salud mental
Información	Datos administrativos, familiares y clínicos del paciente. Datos de actividad	Hospitales: CMBDA CSM: Datos de pacientes y de utilización de servicios	Datos de actividad no del paciente

Tabla 12. Sistemas de información. Registros de casos psiquiátricos nuevos.

Tipo de registro	Canarias Registro acumulativo	Murcia Registro acumulativo	Madrid Registro acumulativo
Dependencia	Servicio Sanario Salud	Consejería de Sanidad	Dependencia administrativa
Año inicio	1997	1999	1999
Servicios	Equipos Salud Mental Urgencias Hospitalización Interconsulta	Centros de Salud Mental	Centros de salud Mental Hospitales Urgencias Dispositivos de rehabilitación
Software	Access 97		Programa propio
Variables	Sociodemográficas y clínicas del paciente Datos de actividad	Sociodemográficas y clínicas del paciente Datos de actividad	Sociodemográficas y clínicas del paciente Datos de actividad Plan terapéutico Valoración clínica al alta (resultados)
Clasificación diagnóstica	CIE-10		CIE-10

Es el sistema de información que nos permite conocer mejor las características de la Atención psiquiátrica, desde el modelo Comunitario que defendemos en el que intervienen una variedad de servicios y donde la continuidad de cuidados es un valor esencial.

Un RACP nos permite conocer las características del paciente individualizado (sin duplicidades).

Nos permite conocer las actividades de cada uno de los servicios y lo que es más importante del conjunto de ellos.

Nos va a permitir pasar del recuento de consultas a hablar de episodios asistenciales (que en psiquiatría tiene referentes temporales y espaciales distintos) y acercarnos a los costes por proceso.

Es el único sistema que nos permite conocer la trayectoria individualizada del paciente por los distintos servicios.

Por tanto es un sistema que sirve tanto a los fines de planificación, evaluación e investigación (orientado hacia el usuario), así como a los fines de gestión (orientado hacia los profesionales).

Un sistema de información que debería tener una estructura piramidal, desde las unidades de atención más pequeñas, con una información mucho más detallada, hasta una unidad central en cada autonomía que gestionara la totalidad de los datos, para obtener una visión global del conjunto del sistema.

Es imprescindible contar con unos medios humanos y materiales suficientes, pues no se trata de almacenar datos sino de darles salida.

Que sea un sistema flexible y adaptable a las cambiantes necesidades de información.

## 6.2. *Procesos de Evaluación*

Evaluar un servicio de salud en sentido general supone medir *la capacidad del servicio para llevar a cabo las tareas que se le han asignado*. Para la Asociación Americana de Salud Pública<sup>21</sup> es “un método de determinación de valor o del grado de alcance de un objetivo determinado”; en la misma línea Sarraceno<sup>22</sup> comenta que “la actividad de evaluación consiste en una comparación entre aquello que se hace y aquello que se debería hacer”.

Teniendo en cuenta el esquema de Pineault y Davelty (Figura nº 2)<sup>5</sup> que resaltan el aspecto dinámico y circular de la evaluación para diferenciarlo de la simple monitorización de actividades, V. Aparicio<sup>23</sup> define la evaluación como “un

juicio sobre una actividad en cuanto al grado de alcance de un objetivo previamente establecido, valorando los recursos utilizados y comparándola con otra actividad de objetivos similares o con una actividad que hemos considerado ideal”.

De cualquiera de estas definiciones deducimos que *la evaluación no es un medio en sí misma, es un medio para un fin (mejorar la asistencia) y que la evaluación no puede concebirse aislada, sino ligada al proceso de planificación*. En esto se diferencia de la mera “gestión de recursos” y del “control de calidad” del producto final, aunque engloba a ambos.

Siguiendo a Hargreaves y Attlison<sup>24</sup> podemos distinguir 4 niveles de evaluación en salud mental. Cada uno de ellos implica tareas de gestión específicas a las que también corresponden actividades evaluadoras específicas:

*1º Nivel: Sistema de gestión de recursos.* Contempla aspectos como asignación, adecuación, organización y funcionamiento.

*2º Nivel:* Se refiere a las *actividades ofertadas* (diagnósticas, terapéuticas, preventivas y de rehabilitación) y a su *utilización por parte de la población* (análisis de la demanda, características, patrones de utilización, etc..)

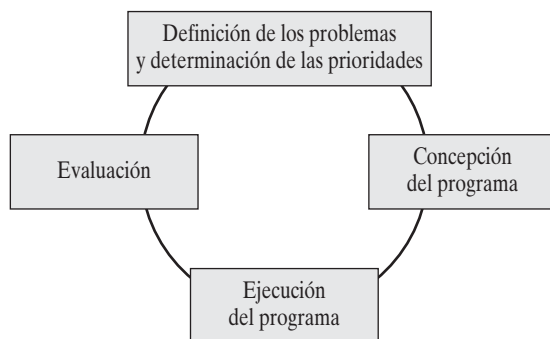
*3º Nivel:* Corresponde a los *resultados de las intervenciones* y da cuenta de los efectos de las actividades y de su aceptación (efectividad y satisfacción).

*4º Nivel:* Hace referencia al *impacto sobre la comunidad*, modificación del nivel de salud y grado de participación comunitaria.

Podemos resumir diciendo que la evaluación en Salud Mental implica:

- *Existencia de unos objetivos explicitados* que tienen que ver con los valores que persigue el sistema, la existencia de planes de salud mental previamente establecidos y la definición de las tareas.

Figura 2. *El lugar de la evaluación en el proceso de planificación sanitaria.* (Pineault y Daveluy).





- *Existencia de instrumentos operativos y metodología ad hoc* que permitan la evaluación y la complejidad de la medida en Salud Mental. Como vimos los Registros de Casos son elementos indispensables.
- *Decidir qué instrumentos de medida son adecuados en cada nivel*. Ello presupone haber contestado a la pregunta del *por qué* de la medida (distintos propósitos a cada nivel) y el *para qué* (pertinencia en relación a cerrar el ciclo de la evaluación y el feedback de la planificación).
- *Calidad de las medidas elegidas* que tienen que ver con sus atributos científicos (tienen que ver con los atributos que deben poseer las medidas, como practicabilidad, objetividad, sensibilidad, fiabilidad, etc.; así como con las definiciones clásicas de criterios, estándares e índices<sup>25</sup>), y con el grado en que recogen la complejidad en Salud Mental combinando indicadores clínicos y sociales<sup>26</sup>. El paso a la psiquiatría comunitaria introduce la complejidad (en los modelos teóricos, en los equipos, en las intervenciones y en la organización). Introduce la multidimensionalidad y la multidisciplinaridad.
- *Comparabilidad de las medidas* que permite introducir elementos de calidad social, calidad económica y calidad clínica. Para ello es imprescindible la contextualización de la evaluación que es la que va a permitir la información y la comparabilidad entre distintos sistemas de servicios o modelos de atención. Contextualización que, a diferencia de la investigación, tiene que ver con contextos reales de población y de recursos.
- Sirve de base para *afrentar nuevas decisiones y orientar las estrategias futuras*.
- Persigue en sí misma *la mejora de la calidad* en cuanto aprende de ella y mejora las formas de trabajo.

Serían así de alguna manera recogidas las cuestiones ya clásicas de la evaluación de Servicios de Salud Mental formuladas por Wing (27):

- ¿Cuántas personas acuden al servicio que pretendemos evaluar? ¿En qué forma y durante cuánto tiempo?
- ¿Cuales son las necesidades de asistencia que plantean? ¿Cuales las que plantean sus familias? ¿Qué síntomas tienen, qué grado de incapacidad les producen y qué repercusiones sobre los convivientes?
- ¿Satisface el servicio tal y como funciona en la actualidad esas necesidades?
- ¿Cuántas personas que no acuden al servicio tienen también necesidades y cuales son?
- ¿Cuántos nuevos servicios o qué modificaciones en el existente se precisan para cubrir las necesidades no satisfechas?

- Si esos servicios se creasen o se hiciesen las modificaciones oportunas ¿quedarían satisfechas todas las necesidades?

Para resumir destacaríamos varias características fundamentales de la evaluación:

- *Su carácter de juicio*: evaluar en este sentido sería medir con una razón en la mente.
- *Su carácter sumativo*<sup>28</sup>: Sirve de base para la toma de nuevas decisiones y para la mejora de la calidad.
- *Su carácter operativo*: Las medidas (estándares, índices, indicadores) son instrumentos que permiten traducir unos objetivos.
- *Su carácter multidisciplinar y de consenso*.

Para que todo ello se produzca se debe dar un nuevo modelo de evaluación de servicios<sup>29</sup> que sea:

- *Contextualizado*
- *Integrado e integral y*
- *Multiaxial*.

Thornicroft y Tansella<sup>30</sup> proponen un modelo de estructura matricial para evaluar y mejorar los servicios de salud mental comunitarios. A la dimensión temporal, recogida de Donabedian, de estructura, proceso y resultados; suman la dimensión geográfica, nacional o regional, local y a nivel del paciente. Estas dos dimensiones permiten construir una matriz en la que se recogen los indicadores relevantes en cada uno de los niveles, que deben ser conocidos y monitorizados para que sirvan de base para las estrategias de mejora. En el Anexo IV se recoge esta matriz con los indicadores propuestos por ellos. También recogemos otros indicadores de calidad de la actividad asistencial y de funcionamiento de los servicios de salud mental comunitarios propuestos en algunos documentos y planes.

La necesidad de que se desarrollen políticas de calidad en las organizaciones y de que se tenga una estrategia de mejora continua de la calidad (esto es de seguimiento constante y mejora de los procesos que afectan a los resultados) debe ser una exigencia con respecto a los servicios de salud mental comunitarios. Thornicroft y Tansella<sup>30</sup> señalan que esta estrategia debe estar basada en la evidencia o en pruebas, y en principios éticos. Sineke Ten Horn nos señalaba en su participación en las Jornadas de la AEN en Mallorca que en Holanda se ha desarrollado una Ley marco de Calidad de los Servicios Sanitarios, incluidos los de Salud Mental, que tiene como principios fundamentales que los servicios son responsables de ofrecer una atención que se caracterice por:

- Ser ajustada al cliente.
- Que responda a una necesidad.
- Que sea eficaz, efectiva y eficiente.
- Y además tienen la obligación de:
  - Desarrollar planes de cuidados justificados.
  - Hacer participar a los clientes en este desarrollo y también en su ejecución.
  - Y publicar anualmente los resultados, incluso una memoria de las prestaciones y las reclamaciones.

Esta ley, según su opinión, está permitiendo promover la evaluación de la calidad, aunque más lentamente de lo deseable, a través de diversas estrategias como:

- Las visitas más o menos estructuradas entre instituciones.
- Las reuniones de grupos profesionales.
- Las evaluaciones de programas más o menos específicas.
- Los estudios de satisfacción de los clientes.
- La evaluación de los planes de tratamiento y cuidados, con o sin instrumentos particulares.
- La utilización de Sistemas de Información a nivel nacional y la implantación de Registros de Casos Psiquiátricos a nivel regional.

En síntesis podemos plantear como *recomendaciones* en cuanto al proceso de evaluación:

- Debe afectar a las estructuras, a los procesos y a los resultados
- Debe realizarse tanto a nivel estatal o regional, como local e individual, a nivel del paciente.
- El proceso de evaluación es un elemento esencial de la planificación e implementación de recursos.
- Debe existir una política de evaluación continuada como eje de una política de calidad.
- Es necesario desarrollar una metodología evaluativa de los procesos de cuidados y de los nuevos modelos de intervención en su conjunto. Se debe definir que es un buen resultado y los indicadores más adecuados de la atención comunitaria.
- Los agentes de la evaluación deben ser:
  - Los profesionales implicados
  - Los usuarios y familiares

- Los planificadores
- Los políticos.

### 6.3. *Planes Formación e investigación*

Clásicamente se han definido tres tipos de funciones en los servicios sanitarios: la asistencial, la docente y la investigadora. *La función docente* tiene como objetivo fundamental la formación de los propios profesionales del equipo, y la participación en la formación pregraduada y postgraduada. En un sentido más genérico cuando se habla de formación se hace referencia tanto a la función de proporcionar formación (docente), como a la de recibirla (discente). Teniendo en cuenta que muchos de los profesionales que trabajan en la red realizaron su formación cuando no se había desarrollado la asistencia comunitaria y por tanto carecen en sus currícula de una formación en gran parte de las técnicas, modos de intervención o dispositivos, la formación continuada constituye uno de los ejes centrales del éxito de la implantación de los nuevos modelos de atención. Así como es un elemento de motivación esencial. La formación es uno de *los indicadores más claros de calidad asistencial*<sup>25</sup>.

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

No existe una política de formación continuada orientada a capacitar a los profesionales de la organización para poder realizar las tareas que ésta tiene encomendadas, ni para dotar de habilidades en los nuevos modos de trabajo que se quieren implantar. ¿Tenemos acaso formación adecuada para trabajar en la rehabilitación? ¿Cómo puede explicarse que teniendo recursos insuficientes de rehabilitación en muchos de ellos queden plazas libres? La formación continuada no puede ser sólo teórica, muchas habilidades se adquieren fundamentalmente por la práctica; es por ello indispensable poder contar con la posibilidad del intercambio de profesionales en los dispositivos de la red.

La formación de especialistas ha contado en cambio con un mayor interés por parte de los responsables y la AEN ha desempeñado un papel muy importante en la elaboración de los programas formativos de los MIR y PIR, y quiere

contribuir al desarrollo de la especialidad de Enfermería en Salud Mental. Fruto de este interés ha sido el desarrollo de un grupo de trabajo sobre Formación que ha elaborado un documento que se publicará a la vez que este.

La formación por tanto debe ser *uno de los ejes de los Planes de Salud Mental* y deben existir planes de formación a nivel autonómico y de cada Área de Salud Mental que tiendan a:

- Favorecer la formación continuada de los profesionales de los equipos, contribuyendo a la actualización de sus conocimientos.
- Participar en la formación postgraduada de los MIR de Psiquiatría y de los PIR, asumiendo la responsabilidad de la organización y del cumplimiento de los objetivos docentes durante su rotación en el centro, de acuerdo con los programas oficiales de formación postgrado de cada especialidad.
- Participar en otras modalidades de formación postgraduada, tales como especialización de Enfermería en Salud Mental, MIR de Familia, cursos de doctorado..., siempre que existan convenios de colaboración con dichas entidades, o exista vinculación con la Universidad.
- Participar en la formación pregraduada (médicos, psicólogos, diplomados de enfermería, trabajadores sociales...) si existen convenios con dichas entidades docentes, o exista vinculación con la Universidad.
- En lo que respecta a la *formación continuada* de los profesionales de los equipos sería conveniente conocer la capacitación y experiencia del personal adscrito para:
  - Detectar las áreas asistenciales y los programas en los que hay más necesidades de formación de los miembros del equipo.
  - Planificar la adquisición de los conocimientos teóricos y aptitudes en las áreas deficitarias a través de:
    - La rotación por otros servicios en los que el programa tenga un funcionamiento adecuado.
    - La realización de actividades formativas en el propio servicio, aprovechando los conocimientos de los miembros más expertos.
    - La realización de actividades formativas en el área, organizadas a través de las Comisiones de Docencia.
    - La realización de actividades formativas fuera del área, u organizadas por otras entidades (Cursos, seminarios, talleres, congresos, jornadas...), siempre que contribuyan a la actualización de los conocimientos, o que sean de especial interés para el funcionamiento del servicio.

- En general, en la planificación de las actividades formativas conviene priorizar aquellas que incluyen para su adquisición la realización de un trabajo práctico, ya que suelen tener un poder formativo mayor. Por otra parte, la propia actividad formativa (docente y discente) constituye un elemento en sí mismo incentivador de los profesionales.

La *investigación* se ha dado en los servicios ligada fundamentalmente a la actividad de los profesionales, planteada de un modo individual. Al igual que la formación, el poder realizar investigaciones relevantes incrementa de un modo notable su motivación. Algunos autores definen la investigación sanitaria como una herramienta de generación de conocimiento nuevo a través del método científico, destinado a la identificación y manejo de los problemas de salud. También la aplicación de soluciones o procedimientos ya existentes, en diferentes circunstancias, permite generar conocimientos nuevos o resolver problemas cuyas soluciones no son conocidas. La investigación se transforma, bajo esta consideración, en una actividad esencial para desarrollar actuaciones efectivas sobre la salud, e imprescindibles para el aprendizaje de los profesionales de la salud, y para la acción coordinada de todos los integrantes del sistema sanitario.

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

Estas líneas de investigación pueden seguir tres direcciones fundamentales: la investigación clínica, la investigación epidemiológica, y la investigación en economía de la salud. En síntesis podríamos decir que la investigación en Salud Mental permitiría:

- Identificar y dimensionar los problemas de salud.
- Establecer las prioridades asistenciales.
- Desarrollar nuevos instrumentos de medida y estrategias de evaluación más adecuados al modelo comunitario de atención.
- Evaluar los resultados de los nuevos tratamientos y estrategias de intervención comunitarios.

Se debe tender a desarrollar investigaciones que impliquen a diversos dispositivos del Area, o a distintos centros y se potenciarán aquellos proyectos que

incluyan a miembros del equipo y que opten a su financiación por organismos oficiales (F.I.S., C.A.Y.C.I.T.) El control de las acciones que como resultado de la investigación se realicen sobre pacientes, vigilando en todo momento que dichas acciones cuenten con consentimiento informado y se ajusten a los principios éticos, debe ser obligado.

#### 6.4. *Criterios y estrategias de acreditación de Servicios de Salud Mental Públicos*

En la mayoría de los países occidentales se están desarrollando reformas de los sistemas sanitarios, que se centran más en la eficiencia que en la eficacia y la equidad<sup>31, 32</sup>.

En la literatura desarrollada hasta el momento se suelen citar cuatro tipos de razones justificadoras de los cambios en los sistemas de gestión. Las primeras hacen referencia a los cambios de la estructura demográfica de la población, principalmente al envejecimiento y su influencia en las tipologías de enfermedades a asistir. Otro tipo de razones son las relacionadas con las nuevas tecnologías, que hacen prever un encarecimiento del sistema sanitario. Muy relacionado con la línea de argumentación anterior, se halla el de la evolución de la demanda de la población, que se vislumbra creciente en cuanto a cantidad como a calidad de cuidados. Y por último la aparición de nuevos síndromes, consecuencia del cambio del entorno físico del hábitat, y de la mayor movilidad de las poblaciones.

No se consideran en estas prospectivas los cambios socioeconómicos, y sus influencias en los procesos de enfermar y sanar. Tampoco se consideran los cambios en los sistemas de valores, ética, actitudes de los profesionales sanitarios, clave del funcionamiento de las redes asistenciales.

En este contexto se han desarrollado estrategias inspiradas en dinámicas de mercado para las cuales la acreditación de servicios sería clave.

Sin embargo en la Sanidad la asimetría de la información hace que sea muy dificultoso por no decir imposible, el que se desarrollen adecuadamente las bases para sistemas de estandarización y acreditación, como en la generalidad del sistema de producción.

Por otra parte existe una irrefutable relación entre los sistemas de información y comunicación, y los resultados en sanidad. Para que la comunicación y la información funcionen, no basta con las tecnologías en nuestro campo, hace falta que los profesionales se sientan implicados con los objetivos de las mismas.

Se puede considerar que las autoridades de Salud tienen ciertas responsabilidades en la elaboración de estrategias, como las de que éstas se han de basar en datos aportados por estudios epidemiológicos y registros.

Son también responsabilidades de las autoridades de Salud el monitorizar la cualidad técnica de los servicios, realizar el seguimiento de las deficiencias que se puedan detectar y realizar informes públicos sobre las mismas.

Para desarrollar una planificación y ordenación consecuente, adecuada y efectiva, es imprescindible conseguir un mínimo acuerdo entre profesionales y usuarios, en consonancia con las decisiones estratégicas de los responsables sanitarios y los objetivos de la planificación en Salud Mental.

En la ordenación de los servicios hay una pendiente resbaladiza desde la postura de aprobar presupuestos y realizar un control presupuestario sin más, dejando a los servicios su propio desenvolvimiento, hasta la postura de intervención total y detallada sobre las actividades de cada servicio. Tanto un extremo como otro son ineficaces. Cada nivel de decisión ha de situarse en la cuota adecuada de esta pendiente.

Toda descripción de programas y tareas administrativas en Salud ha de tener claros los valores que las inspiran. Se ha de tener en mente el asegurar el máximo de efectividad, eficiencia, equidad, adecuación y accesibilidad de los servicios para los usuarios en sus cometidos, así como la responsabilidad de los profesionales. Estos valores han de inspirar la estrategia y han de estar presentes en el desarrollo de la misma. No es lugar este documento para extendernos sobre los valores. Pero como ejemplo apuntamos el de la responsabilidad de los profesionales. Si queremos que los servicios de Salud Mental sean eficaces, hemos de percatarnos de que su principal instrumento son las personas de los profesionales. Si actúan irresponsablemente o sin implicarse personalmente en sus actividades, no se conseguirá una buena asistencia. Pero para ello han de poder proponer las actuaciones que, en su opinión, son más adecuadas, y se ha de llegar a un acuerdo con ellos sobre la adecuación de las mismas a los objetivos sanitarios. La estrategia aquí propuesta puede conseguir este acuerdo, asegurando la sistemática para establecerlo, con unas técnicas que permiten la cuantificación y medición del desarrollo consecuente.

Para una adecuada ordenación se ha de disponer de una descripción de actividades mensurables y métodos e instrumentos para mediarlas. Y en este proyecto se presentan todos ellos.

Por otra parte, el creciente presupuesto en Salud Mental justifica la necesidad de cuantificar la asistencia. Asimismo, los usuarios también exigen una jus-



tificación de los servicios existentes y las razones para desarrollarlos o no. La calidad de los mismos depende también de esta cuantificación y de la posibilidad de fijar las responsabilidades con claridad.

La calidad de la asistencia de los servicios de Salud Mental, puede ser definida como el grado en el que el sistema cumple un número de estándares de calidad. Aunque los estándares, al final, han de ser establecidos por un agente externo a los proveedores, como las autoridades de Salud, han de ser desarrollados consultando a los profesionales asistenciales.

Estos estándares han de regular los hospitales, y todo tipo de servicios, las condiciones para planificarlos, construirlos, organizarlos y desarrollarlos, así como sus costes. Han de regular y coordinar también la educación y formación de los profesionales. Han de tener en cuenta las recomendaciones de los estudios realizados en función de decisiones políticas y han de basarse en datos de cuestionarios, datos de ficheros de servicios psiquiátricos. En resumidas cuentas, han de establecer las condiciones estructurales y organizativas en las que se realice la asistencia en Salud Mental.

Se ha de asegurar la posibilidad de exigir responsabilidades sistemáticamente en la red de Salud Mental respecto al cumplimiento de los planes, Para ello se han de consensuar los objetivos sanitarios y los estándares establecidos en función de los mismos. Así pues, es necesario tener documentos de cada área, comarca y servicios. En ellos se ha de especificar el contexto de las actuaciones a desarrollar, las actividades y los medios de evaluarlas. Asimismo, estos documentos han de reflejar los objetivos de cada área, la medida en que cada área va a contribuir a los objetivos sanitarios generales y el nivel de integración de los diversos sectores sanitarios (primario y secundario, privado y público, por ejemplo).

En los informes de los servicios han de definirse las prioridades y la relación de las actividades y sus presupuestos, consecuentes con los objetivos del área y de la Comunidad. La región europea de la OMS ha organizado recientemente diversos estudios sobre la clasificación de las actividades de los servicios de Salud Mental. En 1987 desarrolló un estudio de clasificar la asistencia en Salud Mental. Las razones para la clasificación y consecuente registro son:

- Facilitar la evaluación de la eficacia y eficiencia del sistema de Salud Mental.
- Para promover la cooperación entre los servicios de un área y asegurar la continuidad de cuidados.
- Para mejorar la organización de los servicios.

- Para apoyar con información válida las decisiones sobre distribución de servicios.
- Para poder comparar los servicios y su eficacia entre distintos países.
- El registro elaborado pretende como primer objetivo clasificar los servicios para evaluar sus prestaciones. Para ello se describe el servicio y la asistencia desarrollada en términos estandarizados.
- El registro se debe pasar a todos los servicios de Salud Mental sin excepción. Es muy conciso para ahorrar energías. Los datos pueden ser registrados en ordenador. En el mismo se registran las actividades curativas y las de rehabilitación.

Como *recomendaciones* en materia de estrategias de acreditación proponemos:

1. El programa de acreditación debería de ser decidido con la más amplia *representación* posible. Convendría que participaran también médicos de atención primaria. Sería conveniente programar dos veces al año reuniones de este amplio espectro de representantes para discutir la marcha del programa.

2. El nivel uno propuesto en el informe, el de los profesionales clínicos, debería de *establecer los estándares clínicos* siempre que fuera posible. Las comisiones técnicas solo deberían de aportar criterios clínicos cuando hubiera una inequívoca certeza sobre los mismos, apoyada por investigaciones sobre la adecuación y eficacia de las actividades. El consejo de Acreditación debería de aportar por su parte criterios sobre estructura, procesos, accesibilidad, equidad, continuidad de cuidados, comunicación...

3. Nos hemos de percatar de que hay diferencias significativas entre los métodos que un sistema de acreditación ha de desarrollar para establecer estándares, por una parte, y por otra los que son mas adecuados para monitorizarlos. Es clave el establecer alguna *metodología* para evaluar la implicación de los profesionales en el establecimiento de los estándares. Los estándares obligatorios, por ejemplo, generalmente suelen basarse en Asunciones apriorísticas, pueden estar basados en derechos humanos, han de tender a ser universales, pero han de versar sobre mínimos.

4. *La monitorización* de los estándares debería de ser desarrollada por profesionales de los servicios. Los comités y la comisión deberían monitorizar los sistemas de auditorias como tales (en que áreas se aplican, como se aplican), y si funcionan los sistemas de garantías de calidad.

5. La formación en auditorías es muy importante. La formación en metodología de auditorías médicas y clínicas, se debería de promocionar incluso en la universidad. Los responsables del desarrollo de auditorías deberían de estar *vinculados a programas de formación* para que las necesidades de formación se desarrollaran adecuadamente. También es importante mantener vínculos desde un principio con servicios de investigación y desarrollo, servicios de urgencias, y servicios de gestión de recursos.

6. Conviene insistir en *la involucración de los usuarios*. Se ha de establecer claramente su rol, y su capacidad de intervención, su poder. La participación de la voz leiga en la Comisión es esencial. Ello fortalecerá la confianza de los ciudadanos.

7. Para comparar los efectos de distintos tratamientos o servicios, ha de haber *unos datos mínimos comunes* sobre pacientes, cuales son:

- Tipos de problemas y diagnósticos.
- Severidad.
- Cronicidad.
- Apoyo social.
- Estatus económico, y de empleo.

8. *La Comisión y los Comités de acreditación* han de ser independientes, sin funciones de gestión o de planificación. Su *independencia y compromiso* son claves para que sean considerados imparciales en las relaciones entre gestores y clínicos. La tarea del sistema de acreditación es el aportar temas apropiados para prestar atención al nivel de servicio en que las obligaciones sean reconocidas, los recursos disponibles, y la voluntad de promoción clara.

9. En la organización de la *Comisión* se suscitan una serie de cuestiones y *puntos delicados* como los siguientes:

- El problema de su *estatus*. ¿Con que autoridad va a actuar? Si esta emana de Departamentos de Sanidad habrá de ser claramente establecida. ¿De que tipo de autoridad podrá dotarse, económica o moral? Esta última es más ambigua. Una u otra dependen del estatus del que se la dote.
- En línea con el punto anterior estaría el tema de las *sanciones* tanto positivas como negativas. Los contratos de servicios ¿se supeditarían a la acreditación? ¿Puede haber otro tipo de sanciones?
- Para conseguir una buena *colaboración* con los servicios, entre otras cosas convendrá que estén adecuadamente representados en la misma.
- La experiencia enseña que es muy difícil *monitorizar los datos* de los servicios. Es muy frecuente aportar montañas de datos que en poco reflejan la

realidad. Pueden ser muchas veces datos irreales, y otros cúmulos de datos difíciles de analizar. Se han de conseguir buenas bases de datos. Nosotros contamos con la ventaja del R.A.C.P. El personal del mismo podría formar parte del sistema de acreditación.

- El desarrollar el sistema de acreditación supone *un cambio cultural* en el que se ha de prever un tiempo prolongado. El apoyo político ha de ser consistente e inequívoco.
- *El diálogo con los servicios*, sobre la acreditación, conviene comenzarlo con gran antelación. Se ha de crear una tesitura adecuada para desarrollar un sistema en el que las estrategias internas de calidad, y las externas de acreditación trabajen coordinada y complementariamente, utilizando la revisión entre pares y el sistema de auditorías como bases.

10. En el sistema de acreditación ha de ser valorado fundamentalmente el acto clínico, la *transacción con el paciente*. Por ello se ha de poner especial énfasis en la medición de la *calidad* de los resultados, o dicho de otra manera, los resultados en términos cualitativos. Ello será el mejor test para valorar el mismo sistema de acreditación.

11. El sistema de acreditación ha de tender a *maximizar los aspectos positivos* tanto de los *sistemas internos* de calidad, como de los *sistemas externos* de acreditación. Al mismo tiempo tratando de minimizar los aspectos negativos de ambos. El documento realiza un planteamiento ideal en este sentido, estableciendo un sistema de interconexión entre ambos.

12. Se ha de tener en cuenta que *en el desarrollo de la acreditación* existen, entre otras, las siguientes áreas potenciales de dificultades, o *desafíos que se habrán de afrontar*:

- Habrá de distinguirse entre acreditar la gestión y trabajar con los gerentes. Los gerentes han de implicarse en todo el proceso de acreditación.
- Se ha de conseguir la “credibilidad” de los acreditadores que visiten los servicios, y desarrollar una metodología equilibrada entre los datos cuantitativos, y los indicadores cualitativos.
- Se ha de prever el suficiente tiempo para conseguir el desarrollo de estándares y protocolos con el fin de elaborar un manual básico en áreas clave como admisiones y altas, antes de comenzar con las primeras visitas.
- Se ha de asegurar que los servicios tengan tiempo y posibilidad de elaborar sus estrategias a partir de datos epidemiológicos. Se ha de tener claro que no es función del sistema de acreditación influir en los planes que se elaboran en los servicios, pero si el asegurar que se hallen escritos, comentados y

aceptados por el Departamento para utilizarlos en las visitas y en las evaluaciones.

- Se ha de asegurar que el sistema de acreditación ensamble con los sistemas de auditorias, calidad e información.
- Se ha de asegurar que hay una economía de esfuerzos en la acreditación, en el sentido que los esfuerzos dedicados sean coherentes con los beneficios obtenidos. Así se ha de tener una idea clara de los resultados que se esperan obtener, por ejemplo respecto al numero de mejoras de los servicios.



## 7. Referencias bibliográficas

1. Arechederra JJ: “*Psiquiatría Y Derechos Humanos*”.
2. Richards H; Barham P: “*Innovative approaches in Service evaluation*”. WHO. 1993
3. García González, J; Espino Granado, A y Lana Palma, L. “*La Psiquiatría en la España de fin de siglo*”. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1998.
4. Mejica, J. “*Legislación psiquiátrica y otras disposiciones complementarias*” Ed. Colex. Madrid, 1999.
5. López Alvarez, M. Cap. 2. “*Bases de una nueva política en Salud Mental*” del libro “*La Psiquiatría en la España de fin de siglo*”. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1998.
6. Pineault R., Daveluz C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona, Masson. 1987.
7. Hafner H. *Estimating needs for mental health care. A contribution of epidemiology*, Berlín, Springer-Verlag, 1979.
8. *Encuesta Nacional de Indicadores de Salud Mental 1996*. M. Sanidad.
9. *La situación de la Salud Mental de los Niños y Adolescentes en la Comunidad de Madrid: Pasado, presente y futuro*. Grupo de trabajo coordinado por Ignacio Avellanosa. 1998.
10. Santiago A, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En Vázquez-Barquero JL, *Psiquiatría en Atención Primaria*. 1998.
11. *Necesidades de recursos específicos para el tratamiento, rehabilitación y soporte comunitario a la población Enferma Mental Grave y Crónica en la Comunidad de Madrid*. Grupo de trabajo coordinado por Pilar Nieto. 1998.
12. *Prestaciones Básicas de los Servicios de Salud Mental*. Grupo de trabajo de la AMSM coordinado por Miguel Angel Moré. 1997.
13. Strathdee G, y Thornicroft G. *Community psychiatry and service evaluation*. En Murray R, Hill P y McGuffin P, Eds. *The essentials of Postgraduate Psychiatry*. Cambridge Univ Press, 1997.
14. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders. A bio-social model*. Routledge, 1992.
15. Vallejo F. *Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental*. En Leal J. Coord. *Equipos e Instituciones de Salud (Mental), Salud (Mental) de Equipos e Instituciones*. AEN/Estudios/21, 1997.
16. Bertolote J.M.; de Girolamo G.: *Essential treatments in Psychiatry*. WHO. 1993.

17. Caring for a Community. The community care policy of the Royal College of Psychiatrists. RCP. 1995.

18. Thornicroft G, Phelan M y Strathdee G. "Needs assesment". En Knudsen HC, y Thornicroft G, Ed. Mental Health Service Evaluation. Cambridge Univ Press, 1996.

19. Kamis-Gould E.; Shulamith Minsky. E. *Needs assesment in mental health service planning*. Administration and Policy in mental Health. 1995; 23,1: 43-58

20. The Royal College of Psychiatrist. *Mental health of the nation*. Council Report 16. 1992

21. Tignol J, Martin C. *Evaluation de soins en psychiatrie*. Congres de Psychiatrie et de Neuologie de langue francaise. III Rapport. Paris 1992.

22. Saraceno B y col. *Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación*. Rev AEN, 1992, XII, 40, 3-8.

23. Aparicio V. Evaluación de los servicios de salud: Conceptos y componentes. En Aparicio V comp. Evaluación de servicios de Salud Mental. AEN / Estudios. Madrid, 1993.

24. Hargreaves WA y Attkinson CC. *Programe Evaluation*. En Talbot JA y Kaplan SR Eds. Psychiatric Administration. Grune & Stratton, New york 1983.

25. Pujol. *Indicadores de calidad asistencial en Psiquiatría*

26. Saraceno B, Fratura L y Bertolote JM. *Evaluation Mental Health Services*. WHO, Geneve, 1993.

27. Wing JK y Halley AM. *Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register 1964-1971*. Oxford Univ Press. 1972.

29. Sartorius N y Harding TW. *Issues in the evaluation of mental health care*. En Holland WW Ed. Evaluation of Health Care. Oxford Univ Press. Oxford 1983.

30. Sanchez AE y Iglesia C. *La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica: su evaluación*. En Aparicio V comp. Evaluación de servicios de Salud Mental. AEN/Estudios. Madrid, 1993.

31. Thornicroft G y Tansella M. *The Mental Health Matrix*. A manual to improve services. Cambridge Univ Press. 1999.

32. *Criterios y estrategias de acreditación de Servicios de Salud Mental*. Agustín Ozámiz. Psiquiatría Pública.

33. *Acreditación y registro en SM en el Reino Unido*.

34. *Projecte d'avaluació externa de qualitat del programa d'atenció psiquiàtrica i salut mental de Catalunya*. Centres de Salut Mental. Indicadors d'avaluació de qualitat. Fundació Avedis Donabedian . 1998.



*Otra documentación consultada*

- Plan de Salud Mental del Servicio Balear de Salud.
- Plan de Salud Mental de Murcia 1995.
- Organización, funcionamiento y evaluación de los CSM de Murcia.
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2000.
- Plan Andaluz de Salud.
- Plan de Salud de Cataluña (Apartado de Salud Mental).
- Plan de calidad de los SSM de Cataluña.
- Plan de Salud Mental de Canarias.
- Plan de Atención Psiquiátrica y Salud Mental para Asturias.
- Problemas de Salud Mental de Asturias.
- Guía de servicios de Salud Mental de Asturias.
- Organización y funcionamiento de los Servicios e Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León.
- Plan de Salud de Castilla y León: Areas de Actuación.
- Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León.
- III Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.
- Guía de Recursos del Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.
- Listado de Recursos de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Castilla y León en el año 1998.
- Indicadores andaluces SISMA.
- Reorganización del Sistema de Información andaluz.
- Conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria de Andalucía.
- Indicadores de monitorización de las USM Mallorca.
- Documento de definición de estándares básicos de dispositivos de Salud Mental de Cataluña.
- Pujol R. Indicadores de calidad asistencial en psiquiatría.
- Normas básicas de acreditación de servicios de internación psiquiátrica de Chile.
- Tipología de centros y sistemas de acreditación de Aragón.
- Rodríguez P. Política y garantía de calidad hospitalaria. En Temes JL, Pastor V, y Díaz JL. Manual de Gestión Hospitalaria. Interamericana, 1992.
- “Quality Assurance in Primary Care”. R. Heather Palmer.
- “Local Sstems of Support. A framework for purchasing fo people with severe mental health problems”. The Mental Health Task Force. NHS

- Executive. Department of Health. 1994.
- Patmore C y Weaver T “Community Mental Health Teams: Lessons for planners and managers”. GPMH, 1991.
  - “Qualidade total. Un modelo para o Hospital Ano 2000”. Clínica Oliva Leite, 1994.
  - Espino A. La reforma psiquiátrica en la IIª República española. En: Huertas, Rafael et al. (eds.) *Perspectivas Psiquiátricas*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987.
  - Espino A. A propósito del Decreto de ordenación de prestaciones sanitarias de enero de 1995. *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 1995, nº 7, Noviembre de 1995, Comunidad de Madrid.
  - Moreno B; Torres F; “Ficha Manheim de contactos con los servicios comunitarios de salud mental”. *Arch. de Neurobiología* 1997; 60,2;151-161.
  - Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Ediciones DOR ; 1994.
  - Report of the American Psychiatric Association. Task Force on Quality Indicators. 1999.

# ANEXO I

## ESCALA DE GRAVEDAD<sup>12</sup>

### A. Factores clínicos

#### *Gravedad en el diagnóstico:*

- Intensa (3 puntos):
  - Psicosis funcionales y orgánicas.
  - Estados paranoides.
  - Estrés postraumáticos (tras violación, abusos sexuales, maltratos, agresiones, accidentes).
  - Trastornos neuróticos graves (crisis de angustia de repetición e invalidantes, TOC, crisis histéricas graves).
  - Crisis emocionales adaptativas graves.
  - Alcoholismo, adicciones (juego u otras, excepto drogas).
  - Trastornos mentales orgánicos.
  - Trastornos alimentarios graves.
- Moderada (2 puntos):  
trastornos depresivos no psicóticos
  - Trastornos neuróticos de menor gravedad.
  - Trastornos adaptativos.
  - Trastornos de personalidad.
  - Adicciones no severas.
- Mínima (1 punto):
  - Conflictos de pareja.
  - Conflictos sexológicos.
- Inexistente (0):
  - Ausencia de psicopatología.

#### *Comorbilidad:*

- Intensa (2 puntos):
  - Existencia de otra patología psíquica y física.
- Moderada (1 punto):
  - Existencia de otra patología psíquica o física (severa).
- Inexistente (0 puntos):
  - Ausencia de otras patologías.

*Riesgo de peligrosidad:*

- Intensa (3 puntos):
  - Existencia de riesgo suicida y/o heteroagresividad, con antecedentes anteriores.
- Moderada (2 puntos):
  - Existencia de riesgo suicida y/o heteroagresividad sin antecedentes anteriores.
- Mínima (1 punto):
  - Existencia de riesgo suicida y/o heteroagresividad en forma de amenazas
- Inexistente(0 puntos):
  - No existencia de riesgo.

*Tiempo de evolución:*

- Agudo (1 punto):
  - Tiempo inferior a 3 meses en episodio inicial o reagudización de patología de base.
- Crónico (0 puntos):
  - Tiempo superior a 3 meses de evolución

*B. Factores Psicosociales**Grupos y/o situaciones de riesgo:*

Grupo de riesgo: población marginal, emigrantes, pobres, pacientes con trastorno mental severo y ancianos.

Situación de riesgo: embarazo y puerperio, pérdidas psicofísicas, familiares o laborales, embarazo adolescentes, hijos de padres con antecedentes psiquiátricos graves, maltrato o abusos sexuales.

- Incluidos en grupos y situaciones de riesgo (2 puntos).
- Incluidos en grupos o situaciones de riesgo (1 punto).
- No incluidos (0 puntos).

*Características de la Red Social:*

Red personal inmediata o próxima: familia, parientes, amigos.

Red social o extendida: trabajo, asociaciones, instituciones.

- Red personal y social y apoyo de ellas escaso (3 puntos).
- Red personal y apoyo de ella escasos (2 puntos).
- Red social y apoyo de ella escasos (1 punto).

- Buen apoyo de la red (0 puntos).

*Repercusiones sobre el entorno familiar:*

- Riesgo de sobrecarga en cuidadores o descendientes (1 punto).
- Ausencia de riesgo (0 puntos).

*Grado de discapacidad:*

(Según el deterioro de las cuatro áreas consideradas: autocuidado y salud, afrontamiento personal y social, autonomía personal y social y tratamiento).

- Nivel IV de cronicidad: 53-64 puntos (4 puntos).
- Nivel III de cronicidad: 37-52 puntos (3 puntos).
- Nivel II de cronicidad: 25-36 puntos (2 puntos).
- Nivel I de cronicidad: 16-24 puntos (1 punto).
- Nivel 0 de cronicidad: < 16 puntos.

*Características de la demanda y complejidad del manejo terapéutico*

*Características de la demanda:*

- Involuntaria (1 punto).
- Voluntaria (0 puntos).
- Urgente (1 punto).
- No urgente (0 puntos).
- . Con motivación al tratamiento (1 punto).
- Sin motivación al tratamiento (0 puntos).

*Complejidad del manejo terapéutico*

- Precisan servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales (3 puntos).
- Precisan servicios sanitarios y sociosanitarios (2 puntos).
- Precisan servicios sanitarios:
  - Hospitalarios y ambulatorios (2 puntos).
  - Ambulatorios (1 punto).
- Precisan servicios sociales (0 puntos).

# ANEXO II

## *GUIA DE INTERVENCIÓN<sup>12</sup>*

### *1. Diagnóstico individual*

### *2. Diagnóstico contextual*

- Factores Psicosociales
- Grado de discapacidad

### *3. Puntuación Baremo Gravedad*

### *4. Necesidades*

- Preventivas
  - Del paciente (Grupo o situación de riesgo)
  - Del entorno familiar
- Asistenciales
  - Del salud general
  - De salud mental (nº necesidades siguiente listado)
    - De valoración y orientación.
    - De asistencia en crisis
    - De tratamiento de la sintomatología
- Rehabilitadoras (nº necesidades siguiente listado)
  - De ayudas básicas (alimentos, alojamiento, etc.)
  - De autocuidado
  - De habilidades de la vida diaria
  - De soporte relacional
  - De ayuda a búsqueda de empleo
  - De protección de derechos legales

### *5. Prestaciones indicadas*

(Estimando la(s) modalidad(es) del siguiente listado, así como frecuencia y duración si se considera pertinente)

- Establecimiento del contacto y facilitar la adherencia al tratamiento
- Coordinación de la atención
- Tratamiento psicofarmacológico
- Tratamiento psicoterapéutico reglado y/o consultas terapéuticas
- Intervención domiciliaria

- Intervenciones dirigidas a las familias, parientes u otros
- Tutoría de casos
- Hospitalización breve
- Hospitalización parcial
- Hospitalización en Unidad de rehabilitación estructurada de media estancia
- Hospitalización en Unidad de Larga estancia
- Rehabilitación de discapacidades en el medio ambulatorio y programas de soporte comunitario
- Ingreso en residencia asistida o no asistida de mayores de 65 años

6. *Servicios (recursos) donde deben prestarse*

7. *Coordinación de los recursos*

Precisa: si (interdispositivo) si (intradispositivos)

no

Responsable:

8. *Objetivos marcados*

- Delimitación
  - Respecto de las necesidades
    - Preventivas
    - Asistenciales
    - Rehabilitadoras
  - En su ejecución (pasos, fases, duración, patrón de uso)
- Facilitación prestaciones: respecto de:
  - Accesibilidad
  - Disponibilidad
  - Oportunidad
  - Aceptabilidad
  - Idoneidad/Efectividad
- Evaluación
  - Del proceso
  - De los resultados

# ANEXO III

Tabla I-A. *Prevalencia estimada de trastornos psiquiátricos en Inglaterra*<sup>13</sup>.

	<b>Prevalencia estimada en 500.000 habitantes</b>
Esquizofrenia	1000-2500
Psicosis afectivas	500-2500
Depresión	10000-25000
Ansiedad	8000-30000

Fuente: *Department of Health (1994)*

Tabla I-B. *Prevalencia vida de trastornos psiquiátricos por 1000 habitantes (GAP. 1987).*

Psicosis	19,5
Psicosis afectivas	10,2
Esquizofrenia	7,0
Neurosis	58,5
Trastornos de personalidad severos	64,0
Retraso mental	9,8

Fuente: *GAP: Group for Advancement of Psychiatry*

Tabla II. *Necesidades de número de plazas en un servicio de salud mental "ideal", para una población de 100.000 habitantes*

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Rango de plazas</b>
Residencias asistidas 24 horas	40-150
Centros de día	30-120
Unidades de hospitalización UHB	50-150
Pisos protegidos	48-80
Adult placement schemes	0-15
Local secure places	5-10
Descarga familiar	0-5
Unidades de seguridad	1-10

Fuente: : *Strathdee and Thornicroft (1992)*<sup>13</sup>



Tabla III. *Necesidades de plazas para una población de 100.000 hab. Según The Royal College of Psychiatrist (1993)<sup>20</sup>.*

	Por 100.000 hab	Rango	A nivel nacional
Adultos			
- Agudos	33	25-50	
- Drogodependientes	3	2,5-4,5	
- Media estancia	8	6,5-12	
- Larga estancia	90		
Niños/adolescentes	3,2	2,4-4	
Retraso mental			
- Agudos y media estancia	25		
- De seguridad			253
Psiquiatría forense			
- Hospit.Especiales			1.700
- Unidades especiales de seguridad			1.500
- Unidades de seguridad de larga estancia			750
Psicogeriatría			
- Agudos	16		
- larga estancia	43		
Psicoterapia			350

Tabla IV. *Necesidades de psiquiatras por 100.000 hab según The Royal College of Psychiatrist<sup>20</sup>.*

Adultos	4,9
Niños/adolescentes	1,5
Discapacitados por retraso mental	1,0
Psicogeriatría	1,6
Psicoterapia	0,8

# ANEXO IV

## *Indicadores de Calidad Asistencial*

Tabla I-A. *Indicadores asistenciales elaborados a partir del documento de Prestaciones Básicas en SM, de la AMSM<sup>2</sup>.*

---

Indicadores relacionados con la gestión de la lista de espera:

- Atención preferente: 3 días
- Atención normal: 20 días
- Máximo de personas en lista de espera / profesional/mes:30 ¿
- Máximo de personas en lista de espera/ SSM/mes: (el equivalente al número de nuevos vistos ¿)
- Ausencias primeras citas: <15%
- Ausencias citas sucesivas: <9%
- Porcentaje de casos preferentes : < 11%
- Porcentaje de casos mal derivados
- Procedencia por Centros de Salud

---

Gestión del tiempo asistencial:

- 65-75% del total, dedicado a tareas asistenciales
- 25-35% a actividades de coordinación, docentes, de formación y de investigación.
- Tiempo dedicado a pacientes nuevos: 45 minutos (psiquiatras y psicólogos)
- Tiempo dedicado a revisiones: 20 minutos en psiquiatras y 30 en psicólogos.
- Número de nuevos citados por día de actividad: psiquiatras (1-2); psicólogos (1).
- Número de revisiones citados por día de actividad: psiquiatras (10); psicólogos (8).

---

Indicadores de actividad:

- Primeras consultas
  - Nuevos
  - Derivaciones internas
  - Retornos
- Consultas sucesivas
- Relación nuevas/sucesivas
- Población activa
- Pacientes por diagnóstico
- Altas
- Incidencia
- Prevalencia
- Frecuentación

---

Indicadores de funcionamiento

- Relación nuevos/altas (1/3)
- Cociente asistencial (asistencias/diagnóstico)
- Retornos por diagnóstico
- Abandonos por diagnóstico
- Urgencias
- Ingresos (1-1,3/1000hab. Población riesgo/año)
- Número de pacientes por diagnóstico en tratamiento ininterrumpido mayor de 2meses, 6 meses, 1 año y 2 años
- % crónicos censados
- % crónicos en programa de seguimiento

Otros indicadores de funcionamiento

- Existencia y número de protocolos conjuntos con otros dispositivos asistenciales
  - Existencia, número y frecuencia de actividades de coordinación con otros dispositivos
- 

Indicadores de resultados:

Pretenden medir el grado alcanzado en la consecución de los objetivos programados. Son los más difíciles de formular, objetivar y evaluar, ya que la multifactorialidad de las causas del enfermar hacen difícil objetivar las causas de los resultados y por tanto la efectividad de las distintas prestaciones. No obstante, algunos objetivos de evaluación tendrían que ver con: niveles de discapacidad, número de suicidios, frecuencia de delitos cometidos por pacientes, número de pacientes mentales sin hogar, carga familiar, condiciones de vida de los psicóticos crónicos y nivel de participación de estos en trabajos y actividades.

- Respecto de resultados relacionados con la clínica:

- % altas por fin de tratamiento
- obtención de objetivos encaminados a disminuir tasas de ingresos (sobretudo no programados), urgencias, suicidios, morbilidad, etc.

Respecto de resultados relacionados con la satisfacción de los pacientes

- muestreos aleatorios que permitan conocer el grado de satisfacción y los factores asociados a ella, así como los aspectos a mejorar en la provisión de los servicios.

Habrà de tenerse en cuenta que los indicadores de resultados pueden ser distintos según se trate de pacientes (más interesados en valorar el funcionamiento social y la calidad de vida); las familias (preocupadas sobretudo de una mejor accesibilidad, ayudas económicas y estructuras de soporte); o los planificadores (preocupados por contener el gasto).

---

Tabla 2. *Modelo matricial para la evaluación de Servicios de Salud Mental (Thornicroft y Tansella, 1999)*<sup>30</sup>.

Dimensión Geográfica	Dimensión Temporal		
	Estructuras	Procesos	Resultados
Nivel Regional o Estatal	Gasto en Salud Mental y distribución del presupuesto. Leyes de SM. Políticas y directivas gubernamentales. Planificación de la formación de los profesionales de SM. Guías y Protocolos de Tratamiento.	Indicadores de actividad (tasas de ingresos, de ocupación de las camas, de tratamientos involuntarios.) Guías clínicas y protocolos de tratamiento Estándares mínimos de asistencia	Tasas de suicidios. Tasas de población sin hogar. Tasas de personas en la cárcel. Investigaciones especiales.
Nivel Local (Area)	Presupuesto local de los servicios y balance entre los servicios hospitalarios y comunitarios. Valoración de las necesidades de la población local. Distribución y ratios de profesionales. Servicios clínicos y no clínicos. Relaciones entre los servicios.	Monitorización de los contactos con los servicios y de los patrones de uso de los servicios. Auditorías clínicas. Vías asistenciales de continuidad de cuidados. Priorización de grupos específicos.	Tasas de suicidios. Resultados agregados a nivel local. Morbilidad física.
Nivel del Paciente	Valoración de las necesidades individuales. Demandas hechas por los pacientes. Demandas hechas por los familiares. Conocimientos y habilidades de los profesionales. Contenido de los tratamientos clínicos. Información a los pacientes y a los cuidadores.	Calidad subjetiva de los tratamientos. Continuidad de los clínicos. Frecuencia de citas. Patrón para los procesos de cuidados para pacientes individuales	Reducción de los síntomas. Impacto en los cuidadores. Satisfacción con los servicios. Calidad de vida. Discapacidad. Necesidades.

Tabla 3. *Proyecto de evaluación externa de calidad del Programa de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Cataluña. Fundación Avedis Donabedian 1998<sup>33</sup>.**Dimensión 1: Atención a los pacientes*

Aspecto relevante	Indicador	Criterio	Estandar
Diagnóstico y estrategia terapéutica	1	Realizar el diagnóstico y la estrategia terapéutica en 3 visitas	90%
Revisión del plan terapéutico	2	Revisar la estrategia terapéutica 2 veces al año	80%
Protocolos atención	3	El centro debe disponer de protocolos de atención	100%
Actividades psicoterapéuticas	4	El centro debe tener diseñadas, organizadas y registradas las actividades terapéuticas que realiza	100%
T.M.S	5	Registro de pacientes con trastorno mental severo	75%
Valoración enfermería de TSM	6	El centro debe realizar una valoración de enfermería en los TSM	75%
Valoración social de TSM	7	El centro debe realizar una valoración social de los TSM	75%
PAI interdisciplinar para TSM	8	El centro tiene que tener un PAI interdisciplinar para los TSM	75%
Seguimiento del PAI de TSM	9	El centro debe realizar un seguimiento anual del PAI interdisciplinar de los TSM	75%
Revinculación de los TSM	11	El centro debe definir el sistema de detección, localización y revinculación de los TSM que no acuden a consultas	70%
Derivación de enfermería de los TSM	12	Los TSM derivados a otros recursos deben tener un informe de enfermería	50%
Informe de derivación hospitalaria	13	Los pacientes derivados a urgencia u hospitalización deben tener un informe de derivación	98%
Historia clínica unificada	14	Los pacientes deben disponer de una historia clínica única y unificada	90%

*Dimensión 2: Derechos, Deberes Información*

Aspecto relevante	Indicador	Criterio	Estandar
Información a los usuarios	15	Los usuarios deben recibir información escrita sobre los diversos servicios, horarios, derechos y deberes de los pacientes y familiares	100%
Confidencialidad de la información	16	El centro ha de definir el protocolo de confidencialidad de la información	100%
Satisfacción de los usuarios	17	El centro ha de conocer el grado de satisfacción de los usuarios	100%
Gestión de sugerencias y reclamaciones	18	El centro debe tener definido el sistema de gestión d sugerencias y reclamaciones	100%

*Dimensión 3: Confort, Entorno y Servicios Hosteleros*

Aspecto relevante	Indicador	Criterio	Estandar
Espacios	19	El centro ha de disponer de espacios diferenciados y adecuados para las actividades que realiza	100%

*Dimensión 4: Organización*

Aspecto relevante	Indicador	Criterio	Estandar
Priorización de la demanda	20	El centro debe disponer de un sistema de priorización de la demanda	100%
Asistencia a demanda no programada	21	El centro debe dar respuesta asistencial a la demanda no programada	100%
Funcionamiento del equipo interdisciplinar	22	El centro ha de tener estructurada la composición y funcionamiento del equipo interdisciplinar	100%
Sesiones clínicas	23	Los profesionales del CSM deben tener sesiones clínicas interdisciplinares	90%
Dotación de personal	24	El centro debe tener una dotación de personal interdisciplinar adecuada	90%
Identificación de profesionales	25	Los profesionales han de estar adecuadamente identificados	80%
Satisfacción de profesionales	26	El centro debe conocer el grado de satisfacción de los profesionales	100%

*Dimensión 5: Coordinación de la atención con otros niveles asistenciales*

Aspecto relevante	Indicador	Criterio	Estandar
Continuidad de atención con otros niveles	27	El centro debe tener definidos y consensuados los criterios para la derivación de pacientes con los otros dispositivos de la red de salud mental	100%
Coordinación con AP	28	El centro debe tener definido el sistema de coordinación con A.P	100%
Coordinación con otros niveles de Salud Mental	29	El centro debe tener un referente para otros dispositivos de Salud Mental	100%
Coordinación con servicios sociales	30	El centro debe tener un sistema de coordinación con servicios sociales	100%

# A E N

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*

D. ....  
Profesional de la Salud Mental, con el título de .....  
expedido por .....  
que desempeña en (Centro de trabajo) .....  
domicilio ..... dto. postal .....  
y con domicilio particular .....  
teléf. .... población .....  
dto. Postal ..... provincia .....  
fecha de nacimiento .....

## **Solicita:**

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autónoma correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. ....  
D. ....

Banco .....  
Caja de Ahorros .....  
Sucursal .....  
Domicilio .....  
Dto. Postal .....  
Cuenta nº .....  
Población .....

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan adeudar en mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros nº ..... el importe de la cuota anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población ..... día ..... mes ..... año .....

Firma