

INFORME ASAMBLEA DE SOCIOS AEN 2007-2008

Girona, 23 de mayo de 2008

1. información presidente

I. INTRODUCCIÓN

La Junta Directiva ha celebrado desde las jornadas de Alicante tres reuniones ordinarias y ha trabajado fundamentalmente a través del correo electrónico, lo que le ha permitido discutir en profundidad y responder con agilidad a los temas que se han ido planteando. Las actas de estas reuniones están disponibles en la página web. El presente informe recoge sus principales contenidos.

1. Situación general

Desde las Jornadas de Alicante se han producido algunas novedades en el sentido del incremento de la importancia conferida a la atención a la salud mental en el momento actual que se han traducido en nuevos documentos. En el ámbito internacional han aparecido la serie de artículos promovidos por el Global Mental Health Group, que reúne a 38 expertos y en nuestro país, se ha publicado el documento *Modelo de Atención en el Sistema para la Autonomía del Enfermo Mental Grave*, que reconoce el papel de los servicios sociales en la atención a las personas con trastornos mentales y algunos (muy tímidos) desarrollos de la Ley de Dependencia.

Se han producido también algunas novedades en las respuestas que los países europeos están dando a los retos definidos en los documentos previos sobre la salud mental en Europa. Como han escenificado a la perfección el Reino Unido y los países nórdicos, tales desarrollos han supuesto, allí donde se han producido, una definición clara de programas y un importante incremento de recursos.

Aunque en este momento se están intentando aplicar los sistemas de evaluación previstos en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud español, aún no disponemos de información que nos permita evaluar los efectos de ésta en las distintas comunidades autónomas. La impresión general es que, salvo contadas excepciones, no se ha producido un desarrollo de programas bien definidos con objetivos concretos ni un incremento sustancial de los recursos dedicados a la salud mental equiparable al europeo, y que nuestra dotación al respecto se distancia aún más de los países que están a la cabeza en esta materia.

Durante este período se han perfilado también signos de alarma. En varios terrenos que ya eran problemáticos (como la sanidad penitenciaria) no se han producido avances y la situación ha empeorado y se han definido posibles áreas de usos político y coercitivo de la Psiquiatría (como para la repatriación de emigrantes).

Hasta muy recientemente, lo que podía considerarse como un logro de la Estrategia (y de los acuerdos que fueron su antecedente) fue la aceptación de un modelo común (capaz de albergar las peculiaridades propias de cada autonomía) y la voluntad declarada de convergencia de todas las comunidades autónomas en unos criterios y unas directrices también comunes, así como de compartir la información necesaria para poder realizar comparaciones y estar seguros de que se garantiza la equidad.

Lamentablemente en los últimos meses se han producido acontecimientos que nos hacen temer que alguna de las comunidades, Madrid en concreto, se ha despegado de estos planteamientos y lo ha hecho por la vía de los hechos, sin previo aviso y sin ninguna explicación de cuál es el nuevo rumbo.

1.1. La situación de Madrid

En un momento en el que la sanidad de Madrid se encontraba de facto descabezada, con el organigrama de la Consejería de Sanidad sin terminar de definir y con sensación

permanente de provisionalidad, con la Oficina Regional de Salud Mental, también descabezada, se producen los siguientes hechos

- a. Se inauguran (lo que no necesariamente quiere decir que se ponen en funcionamiento) 7 hospitales nuevos (propiedad de las empresas que los construyeron y con un contrato de alquiler por 30 años a la Comunidad de Madrid) con una importante dotación prevista de recursos humanos y materiales en salud mental, pero sin que se defina cuál es su relación con los dispositivos preexistentes
- b. Se hace una selección sorprendente y de nula transparencia de los profesionales que van a dirigir los nuevos servicios
- c. Se publica el decreto que confirma que el personal que va a integrar los servicios nuevos será personal desplazado de los recursos antiguos y que las vacantes que dejen no se van a cubrir. De hecho, de momento, siguen cobrando de sus centros de origen. Se abren 7 hospitales sin aumentar los recursos humanos.
- d. La radiología y el laboratorio de los nuevos hospitales pasa a concertarse con entidades privadas que se crean al efecto
- e. Los nuevos servicios empiezan a definir sus carteras de servicios a criterio de sus nuevos directivos, aparentemente amparándose en la afirmación del consejero de que no cree en la sectorización. Por ejemplo: el Hospital del Norte anuncia que se va a dedicar a la psicooncología, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto y los trastornos de la conducta alimentaria y el de Vallecas que sólo va a ingresar primeros episodios (Ambos han construido sus nuevas plantillas detrayendo psiquiatras de los centros de salud mental)
- f. El Consejero deriva a la AEN y la AMSM que le piden una entrevista para aclarar la situación a la viceconsejero que nos recibe apresuradamente para posponer la respuesta a todas las dudas que le planteamos.
- g. Para terminar, como conocéis por lo publicado en nuestra página web, donde hay un dossier completo, en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés tras año y medio de conflictos generados por distintas decisiones del gerente tendentes a desarticular la red de servicios y alterar el modo de atención a la salud mental basado en principios comunitarios:
 - I. Se cesa a Manuel Desviat como director médico y coordinador de salud mental del área 9, notificándosele a la plantilla dos semanas antes de hacérselo a él.
 - II. Se cesa a las responsables de calidad, continuidad de cuidados, el Centro de Salud Mental de Leganés y el Hospital de Día (en algún caso por teléfono) aduciendo como motivo la "pérdida de confianza"Ante semejante situación la AEN y la AMSM
 1. Piden, junto con la SEP una nueva entrevista con el consejero que aún no ha tenido respuesta (A unas manifestaciones mías en Diario Médico, respondió la consejería que no habían querido dárnosla antes de las elecciones, pero tampoco la han concedido después)
 2. Convocan una asamblea a la que asisten más de 100 profesionales y en la que se decide tomar medidas
 3. Recogen firmas de apoyo a los profesionales de Leganés y las entregan en la Asamblea de Madrid
 4. Para recaudar fondos para apoyar las demandas de los profesionales cuyos derechos se han vulnerado, se celebra un acto cultural de apoyo en la sala Clamores de Madrid
 5. Se prevé la celebración de actos científicos que puedan servir para apoyar el modelo hoy puesto en cuestión (Se ha enviado ya la convocatoria de la Jornada a celebrar en el Ministerio de Sanidad el 30 de septiembre)

1.2. Nuevas disposiciones sobre las profesiones relacionadas con la salud mental y sus consecuencias

En los últimos meses se ha producido una verdadera avalancha de disposiciones legales que conciernen a las profesiones a las que compete la atención a la salud mental que pueden tener consecuencias muy importantes para las mismas y para dicha atención. Destaco dos de ellos:

- a. La *OM ECI/332/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico* presenta dos novedades respecto a la doctrina sostenida hasta ahora por la Conferencia de Decanos de Medicina y reflejada en el Libro Blanco.

- i. Los 6 años de estudios de medicina, en lugar de dar directamente a un título de master, dan lugar a un título de grado (como los estudios de tres o cuatro años en otras materias). Ello supone por un lado que para cursar el doctorado será preciso realizar previamente estudios de master. Abre también la posibilidad de que en Medicina se abran master profesionales (Y no sólo de investigación) que puedan facultar para el ejercicio profesional. Esta posibilidad se vuelve más factible en la medida en la que el *Informe del Consejo de Estado al Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada*, en su página 7 se afirma “que actualmente existen dos vías oficiales para la especialización en el ámbito sanitario: a través de Master Universitario (de acuerdo con el RD 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales) y a través de los títulos oficiales de especialistas en Ciencias de la Salud que desarrolla el texto sometido a consulta, lo que se basa, como se dijo, en un sistema de residencia caracterizado por la doble condición de los alumnos de personal en formación y trabajadores”.
- ii. De los 9 créditos ECTS que el Libro Blanco otorgaba a la “Psicología Médica” y los 7 a la “Psiquiatría”, en la Orden Ministerial quedan, respectivamente 6 (ahora de “Psicología” sin el adjetivo “Médica”) y 3. Ello supone una importante pérdida de peso de las materias (Sin que se haya producido una reducción del número global de créditos)
- b. El *Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada* establece que el acceso a la residencia (Quizás en consecuencia con lo del apartado anterior, que por eso he colocado en primer lugar) se hará desde el título de grado y no desde el master. En Psicología los master profesionales ya son una realidad y la afirmación del Consejo de Estado puede tener consecuencias gravísimas. Hay que considerar que el grado de Psicología es de 240 créditos (4 años) con una formación polivalente y menos contenidos clínicos que la actual licenciatura. Entre otras cosas no está claro que vaya a tener prácticas externas como la actual licenciatura. Por tanto la formación en materias clínico-sanitarias será mucho menor. Si se llega a diseñar el master sanitario que el ministerio propone (120 créditos, aproximadamente 2 años) con carácter de profesión sanitaria no especializada (Pero sanitaria), significara de hecho la equiparación del master a la especialidad, lo que significa la devaluación de la especialidad, prácticamente su liquidación. Situación que empeora si tenemos en cuenta las abiertas resistencias al aumento de la duración del programa PIR a cuatro años. Además no está claro si el futuro graduado podrá ejercer de forma independiente, por lo que se podrían dar graduados ejerciendo (con formación de 4 años), titulados de master como profesionales sanitarios (formación de 6 años) y especialistas vía PIR (con formación de 7 años). Algo semejante sucede en Enfermería.
- c. Al final, la *ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor*, también se ha publicado con modificaciones respecto a los proyectos que hemos discutido con anterioridad, y que afectan a la inserción de las profesiones de Psicología Clínica y Enfermería en el sistema de formación de especialistas sanitarios.

Estas cuestiones fueron discutidas en una reunión con la Fundación para la Psiquiatría y salud Mental, con la que se acordó tomar medidas que se detallan más adelante.

2. Actividad de la Asociación

2.1. Proyectos presentados a la convocatoria de ayudas para entidades sin ánimo de lucro del Ministerio de Sanidad y Consumo

Fueron aceptados para su financiación los cinco proyectos presentados a la convocatoria de ayudas a entidades sin ánimo de lucro del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los proyectos eran:

- Proyecto de desarrollo del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Propuesta de elaboración de un consenso español sobre detección e intervención precoz en psicosis
- Proyecto de documento de consenso sobre hospitales de día de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Proyecto para grupo de trabajo para promover consenso español en torno a “Intervenciones de promoción de la salud mental, prevención primaria y reducción del estigma”
- Proyecto de desarrollo de una red de investigación clínico epidemiológica en salud mental

Dadas las condiciones en las que hubieron de ser presentados y la falta de claridad de la convocatoria, de los 202.500 euros solicitados, hemos conseguido justificar en términos aceptables para el ministerio unos 164.712,10.

Acaban de presentarse los proyectos (un desarrollo de los de prevención y promoción y del de atención temprana) a la convocatoria de este año (se han limitado el número de proyectos a dos por entidad).

2.2. Guía de Práctica Clínica para Trastorno Bipolar

Está en proceso de firma entre el Ministerio y el rectorado de la Universidad de Alcalá el convenio entre las dos instituciones por una cantidad de 151.000 euros, que nos permitirá desarrollar el proyecto

2.3. Informe sobre la situación de la salud mental de niños y adolescentes para el Ministerio de Sanidad y Consumo

Se ha liderado un grupo que responde a una demanda del Ministerio de Sanidad y Consumo, que ha elaborado un documento que está a la espera de ser presentado al Consejo Interterritorial.

2.4. Propuesta de nuevos grupos de trabajo

- Se han constituido los grupos de
 - Enfermería
 - Relaciones Internacionales
 - Discapacidad
 - Reinserción laboral
 - Grupo de Trabajo sobre las profesiones que participan a en la atención a la salud mental (Interprofesional)
- Está pendiente de poner en marcha
 - Grupo de Psiquiatría (Que hiciera un trabajo semejante a los de Psicología Clínica y Enfermería)

2.5. Desarrollo de la presencia de la AEN en la red

- Propuestas para el desarrollo de la página web
 - Un grupo de trabajo trabajó con la idea de mejorar la presencia de la AEN en la red.
- Inclusión de la Revista en SCiELO: el etiquetaje de los números atrasados está llevando mucho más trabajo del que habíamos previsto. Una persona a jornada completa etiqueta aproximadamente dos números al mes. De momento, a pesar de haber entregado ya un buen número de ellos, la BVS sólo ha colgado los últimos
- Está en marcha el proyecto de repositorio que pondrá de forma visible en la red y accesible a buscadores de prestaciones complejas

2.6. Participación en otras guías

- Hemos tenido o estamos teniendo participación institucional en la elaboración de las siguientes Guías de Práctica Clínica
 - ELA
 - Depresión
 - Depresión en la infancia
 - Ansiedad
 - Trastorno Mental Grave

2.7. Relación con otras instituciones

- **Industria farmacéutica:**
 - Hasta la fecha, aunque hemos tenido colaboraciones puntuales con bastantes laboratorios sólo alguno de ellos nos ha hecho propuestas más o menos estables
- **Consejerías de salud de las CCAA**
 - Después de que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid nos contestara con el silencio a la solicitud de entrevista conjunta con la SEP, estamos sopesando solicitarlo a todas las consejerías (para lo que necesitaríamos a las autonómicas)
- **Ministerio de Sanidad y Consumo**
 - Se ha participado en la elaboración, presentación y seguimiento de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud
 - La relación esta legislatura ha sido buena, sobre todo con la Dirección de Calidad, aunque ha habido situaciones de desinformación que habría que evitar en la próxima
- **Ministerio de Asuntos Sociales**
 - Se participó en la elaboración y en la presentación del documento *Modelo de Atención en el Sistema para la Autonomía del Enfermo Mental Grave* que establece las funciones del IMSERSO
- **Ministerio de Educación**
 - Sólo hemos tenido contacto oficial con ellos para resolver problemas puntuales (como los referentes a la CNE de enfermería). La falta de una estrategia y de previsión nos ha llevado a la sorpresa ante las últimas disposiciones. Urge construir puentes con ellos
- **Ministerio del Interior:**
 - Se han tenido contactos con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias a propósito de la situación en las cárceles y en los “psiquiátricos penitenciarios”. Queda pendiente promover un encuentro entre las instancias que tendrían que participar en una solución a la situación actual
 - El 18 de diciembre de 2007 acudimos a la primera reunión del Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura, un organismo en el que participan Ministerio de Justicia, Ministerio de Interior, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, el Defensor del Pueblo, los Comisionados Autonómicos Leopoldo Torres, Fernando Mariño, Emilio Ginés y Álvaro Gil-Robles, el Consejo General de la Abogacía, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Coordinadora para la Prevención de la tortura, Coordinadora Catalana para la Prevención de la tortura, Amnistía Internacional, APDH, AEDIDH y APT y que pretende articular los procedimientos para que los compromisos asumidos por España en el Consejo de Europa puedan desarrollarse de hecho. Actualmente somos parte del grupo que trabaja en ello.
- **FEARP:** se han realizado acciones conjuntas sobre distintos temas, incluida la situación de Madrid. Se han alcanzado acuerdos para compartir las ventajas de ser socio de cara a la inscripción en congresos y cursos.

2.8. Relaciones internacionales (ver más adelante, en relaciones internacionales)

WPA

Deberíamos haber definido una estrategia respecto a esta organización antes del Congreso de Praga, en Septiembre

Elecciones

Hemos dado nuestro apoyo a la nominación de Pedro Ruiz para la presidencia y de Levent Kuey para la Secretaría General

Grupo de diagnóstico

De momento se han propuesto los siguientes miembros: María Fé Brevo Ortiz, Alberto Fernández Liria, Manuel Gómez Beneyto y Oscar Vallina. Debería incorporarse más gente

SMES

Existe un contacto a través de María Fé Bravo y Mariano Hernandez y una participación en actividades conjuntas. Hemos ofertado un espacio en la web (del que se haría cargo Elena Medina Téllez)

Nos hemos comprometido en varios proyectos internacionales ("*Daphne III Programme to prevent and combat violence against children, young people and women and to protect victims and groups at risk*")

2.9. Relación con la prensa

- Se ha conseguido una cierta presencia institucional en los medios de comunicación que, generalmente, se ponen en contacto con nosotros cuando van a abordar temas relacionados con la salud mental.
- Hemos conseguido divulgar alguna posición sobre todo en el sentido de evitar el estigma
- Hemos tenido muy poco éxito en el terreno de hacer llegar a los medios en temas asistenciales, a pesar de haber dedicado importantes esfuerzos a ello

2.10: Declaraciones y tomas de posición

- Se han hecho declaraciones institucionales (disponibles en la web) sobre:
 - Tratamiento ambulatorio involuntario
 - El Síndrome de Alienación Parental
 - La pena de muerte a enfermos mentales (Promovido por FEAFES)
 - El conflicto de Leganés. Está en la red el comunicado leído en Clamores y consensuado con AMSM; AMRP, AESM y FEARP
 - La situación de Madrid:

MANIFIESTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA SOBRE LA SITUACION DE MADRID Y DE APOYO A LOS PROFESIONALES DE LEGANÉS

La atención a la salud mental, en Madrid, está seriamente amenazada. La atención que reciben los ciudadanos y el trabajo y la dignidad de los profesionales están amenazados. Es el modelo de atención sanitaria que el gobierno de la Comunidad de Madrid está poniendo en marcha el que explica esta situación. Lo que se está desmantelando es el sistema sanitario público en su conjunto y la red de atención a la salud mental con él. Lo ocurrido en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés y lo ocurrido a sus profesionales es la cara más cercana y dolorosa de este proceso.

Los elementos que definen la situación en Madrid son:

- **Privatización, deterioro progresivo del sistema sanitario público y actitud de descrédito y hostigamiento hacia sus profesionales.**

1. A fecha de hoy, alrededor de 1 millón y medio de madrileños tienen sus servicios sanitarios dependientes de empresas privadas o concertadas. La marea privatizadora afecta a todo tipo de dispositivos y actividades. En los últimos años ya habíamos asistido a la creación de hospitales con capital privado y con modelos de gestión privada y al aumento masivo de los conciertos para las actividades de radiodiagnóstico, laboratorio, rehabilitación, paliativos, diálisis, etc. La apertura, esta

primavera, de 7 nuevos hospitales con un modelo de gestión privado supone un cambio cualitativo en esta tendencia privatizadora. Las medidas recogidas en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 2008 que faculta al Gobierno, sin control parlamentario, para modificar el estatus de cualquier dispositivo sanitario no hace nada más que abundar en esta idea. Cualquier hospital o dispositivo asistencial podrá acogerse al cambio de régimen administrativo. Algún gran hospital, como el Ramón y Cajal, ya está en lista de espera. Los acuerdos con la empresa privada para gestionar distintos centros de atención especializada ambulatoria, van saliendo a la luz y se empiezan a ejecutar. El modelo que se propone para los cuatro nuevos hospitales que se van a abrir en esta legislatura, incluye la atención primaria. Este es el gran salto que se está produciendo en Madrid: todo el sistema sanitario está abocado a la privatización.

2. Se están creando dos redes sanitarias en Madrid. La red de hospitales concertados y los nuevos hospitales y la red pública. Se apuesta por el éxito de la primera a costa de la segunda. La cobertura de los nuevos hospitales se ha hecho mediante un procedimiento de “reordenación de efectivos”, detrayendo profesionales de la red pública cuyas vacantes no han sido cubiertas. Los nuevos hospitales se incorporan a la red sin compromisos poblacionales estrictos y con una cartera de servicios bien definida, apoyándose en la red pública para cubrir sus necesidades y para suplir sus deficiencias. Esto, unido al cambio legislativo, introducido también en la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos del 2008, que permite la no aplicación de la Ley de Incompatibilidades a el personal sanitario de la Comunidad de Madrid pone las bases para un deterioro progresivo de la calidad asistencial y de las condiciones de trabajo de los profesionales de la red pública.

3. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid no solo ha dimitido de una de sus funciones fundamentales que es defender a sus profesionales y reforzar la confianza de los ciudadanos en los mismos como base imprescindible para una buena atención, sino que cuando no coinciden con sus postulados no solo los destituye sin tener en cuenta criterios técnicos sino que los desacredita, denigra, denuncia ante los tribunales, promueve juicios paralelos con la connivencia del Colegio de Médicos y facilita su linchamiento mediático. El caso del Dr. Montes y de los profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa es un ejemplo de ello. Más cercano

a nosotros aunque sin la repercusión mediática del anterior, tenemos la destitución de Manolo Desviat (Director Médico), Ana Moreno (Coordinadora de Calidad y Jefa del Hospital de Día), Marta Sanz (Jefa del Servicio de Salud Mental) y Teo Sobrino (Coordinadora del Programa de Continuidad de Cuidados) del Instituto Psiquiátrico José Germain y la resolución de la convocatoria de Jefes de Sección de los nuevos hospitales en los que el maltrato a los profesionales, la actitud sectaria, la arbitrariedad y despotismo han presidido todo el proceso.

- **Quiebra del modelo comunitario en salud mental**

1. El Plan de Salud Mental 2003-2008 inicia la quiebra del modelo comunitario de salud mental. La pérdida de protagonismo de los Servicios de Salud Mental de Distrito frente a los Servicios Hospitalarios con la potenciación de sus consulta externas y la creación de unidades específicas de atención ambulatoria dependiente de estos servicios han facilitado la creación de redes paralelas y de barreras a la coordinación y a la continuidad de cuidados. También el desarrollo del plan ha llevado a la preponderancia de un modelo psiquiátrico más que de salud mental y de los psiquiatras más que de los equipos multiprofesionales, así como la pérdida de protagonismo de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental en el diseño, puesta en marcha y coordinación de los nuevos dispositivos asistenciales. Por otro lado, las iniciativas de los profesionales para negociar la integración de la atención en salud mental en la atención especializada, con el fin de preservar nuestras especificidades (lo multiprofesional, la convivencia de redes complejas de dispositivos y una forma de trabajo desde una perspectiva integral y comunitaria), han sido bloqueadas desde la administración. El resultado está a la vista: existen tantos modelos de integración y tantos modelos de atención como áreas sanitarias (De hecho y, dado que la apertura de los nuevos hospitales ha supuesto también la desmembración de las áreas, algunos más).

2. Con la apertura de los nuevos hospitales se ha avanzado un paso más en este proceso. Se incorporan a la red con una zonificación muy laxa y con la intención de hacerse con una clientela ofreciendo una cartera de servicios atractiva y dejando que sea el paciente el que elija donde quiere ser atendido. Este modelo permite que se diseñe una cartera de servicios al margen de las necesidades así como que haya necesidades para los que no haya oferta en el hospital más cercano. Desde estos presupuestos la coordinación y la continuidad de cuidados se hace inviable. Su dotación de personal, 10 psiquiatras para

treinta camas, hace que nazcan con vocación de cubrir tanto la hospitalización como la atención ambulatoria con lo que ó se duplican dispositivos, la atención ambulatoria es la función fundamental de los Servicios de Salud Mental de Distrito, ó, y esto es lo más probable, terminen sustituyendo a éstos. Esto es precisamente lo que ha pasado en un área de Madrid, Valdemoro, cuya asistencia depende de un hospital privado: se ha cerrado el Servicio de Salud Mental de Distrito y se ha concertado la atención ambulatoria con otro hospital privado cercano.

3. Por último, los programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental de Distrito, que priorizan las intervenciones comunitarias, garantizan la continuidad de la atención y constituye el único acceso a los dispositivos de hospitalización prolongada y a la red de dispositivos de rehabilitación psicosocial de las personas con un trastorno mental severo, no se han dotado de personal ni se han potenciado sus funciones en los últimos años. La pérdida de protagonismo de los Servicios de Salud Mental de Distrito se ha acompañado de una pérdida de peso de sus programas, como el de Continuidad de Cuidados, cuestionándose su papel en muchas áreas sanitarias e intentando desplazar sus funciones, sobre todo las de derivación, a los Servicios Hospitalarios.

- La situación del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

1. El Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain es una red compleja de dispositivos y recursos asistenciales, desde la atención ambulatoria y hospitalización breve a la rehabilitación y hospitalización prolongada, completamente públicos, con un modelo de funcionamiento comunitario, con la continuidad de cuidados como eje vertebrador de la asistencia y que cubre las necesidades asistenciales de un área sanitaria bien definida. Esta red es el resultado del proceso de transformación llevado a cabo sobre las estructuras manicomiales allí existentes por un equipo de profesionales encabezado por Manolo Desviat y que se convirtió en un modelo a seguir tanto dentro como fuera de nuestro país.

2. Hace dos años, se pone en marcha por parte de la gerencia del Instituto un plan de reorganización asistencial al margen del Plan de Salud Mental, de las directrices de la

Oficina de Salud mental, y en contra de las opiniones de la Dirección Médica, y de la mayoría de los Jefes de las Unidades asistenciales y resto de profesionales. El resultado inicial de esta reorganización ha supuesto la desintegración del área sanitaria que gestionaba el Instituto y el cese de los profesionales que defendían el anterior modelo. Los ceses de Manuel Desviat (Director Médico), Ana Moreno (Coordinadora de Calidad y Jefa de Hospital de Día), Marta Sanz (Jefa del Servicio de Salud Mental de Distrito de Leganés) y Teo Sobrino (Coordinadora del Programa de Continuidad de Cuidados), todos ellos profesionales de acreditada y reconocida calificación técnica, se han producido aduciendo motivos de “falta de confianza”, criterio que se está convirtiendo en el único mérito para acceder a puestos de responsabilidad técnica en la Comunidad de Madrid. Un manifiesto con 500 firmas de profesionales de la red de salud mental, dirigido al Consejero de Sanidad, solicitando la clarificación de la situación y apoyando a los profesionales cesados y su restitución en sus puestos de trabajo, no ha obtenido ninguna respuesta.

Ante estos hechos la Asociación Española de Neuropsiquiatría quiere poner de manifiesto:

1. Su apoyo al Manifiesto en Defensa de la Sanidad Pública Madrileña, promovido por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) (www.fadps.org). Con ella compartimos nuestras señas de identidad que incluyen un compromiso con la sociedad, su independencia y la defensa de un modelo de atención público y universal que sea un factor fundamental de cohesión social, de justicia redistributiva y una garantía para la igualdad de oportunidades. Con ella, también exigimos al Gobierno Regional de la Comunidad de Madrid que detenga las iniciativas de privatizadoras de la sanidad madrileña llevadas a cabo por la Consejería de Sanidad y Consumo y que retire las medidas contempladas en la “Ley de Acompañamiento”, que rediseñe el mapa de áreas de asistencia sanitaria para garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias y donde cada área sanitaria cuente con un hospital público de referencia y con gestión pública directa y que dote a la Atención Especializada de recursos suficientes para dar cobertura a la totalidad de la población en cuanto a sus necesidades en salud mental.

2. Su compromiso con un modelo de atención en salud mental público con voluntad de asumir todos los problemas y trastornos de salud mental y sus diferentes momentos evolutivos de una forma territorializada, basado en dispositivos integrados en una Red Única de Atención, donde cada dispositivo tenga definido un papel y un ámbito de aplicación, donde las unidades específicas se integren en sus áreas sanitarias de referencia, donde el modelo de continuidad de cuidados vertebral la atención y donde se prioricen las intervenciones en el ámbito donde viven las personas, con abordajes integrales llevados a cabo por equipos multiprofesionales bien dotados y donde la toma de decisiones esté ligada al lugar donde se presta la atención. Creemos que únicamente este modelo es el que permite cumplir con los principios generales de universalidad, equidad y accesibilidad que deben regir la atención sanitaria en general y la atención en salud mental en particular.

3. Por último pero también lo primero, el apoyo a Manuel Desviat, Ana Moreno, Marta Sanz y Teo Sobrino por la situación que están viviendo en este momento. Apoyo y reconocimiento agradecido por su esfuerzo en la mejora de la atención a las personas aquejadas de enfermedad mental, por su lucha por la defensa de sus derechos, su dignidad y la mejora de sus condiciones de vida. Apoyo y reconocimiento agradecido por su compromiso con una atención en salud mental pública y de calidad y por la defensa de un modelo que está siendo desmantelado y que, a pesar de las dificultades y de los contratiempos, merece la pena ser defendido. Su situación personal nos incumbe a todos y todos, hoy, nos sentimos y somos profesionales del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

- 3. Acciones previstas
- 3.1 Promover en coordinación con otras asociaciones científicas y profesionales un pronunciamiento sobre la consideración de los estudios de medicina como “grado”, sobre el acceso a los programas de residencia desde el “grado” y sobre la afirmación del informe del Consejo de Estado.
- 3.2. Designar responsables para los trabajos a abordar en la página web (secciones, bibliotecas temáticas...)
- 3.3. Poner en marcha el grupo de trabajo de Clasificación y Diagnóstico, notificarlo a la WPA e integrarse en el programa global
- 3.4. Promover un grupo de trabajo interdepartamental sobre la situación en las cárceles
- 3.5. Dar visibilidad a los trabajos del MNPT y del CoE a través de la página y, quizás, de la Sección de DDHH

2. Informe vicepresidente: secciones y grupos de trabajo. Óscar Vallina

2.1. Secciones

2.1.1. Sección de Rehabilitación Psicosocial

Coordinada por Ananías Pastor

En esta sección están trabajando en reactivar la participación de los asociados en la sección. Están recogiendo temas de interés clínico sobre el abordaje de rehabilitación para hacer una propuesta de organización de una mesa en el del próximo Congreso de Cádiz. Y próximamente enviarán a la Junta una propuesta de continuidad.

2.1.2. Sección de Salud mental infanto- juvenil

Coordinada por Encarna Mollejo. No se ha recibido información

2.1.3. Sección de historia

Coordinada desde el último congreso de la sección por Olga Villasante

2.1.4. Sección de Psicoanálisis

Coordinada por Enrique Rivas

La Sección de psicoanálisis sigue trabajando para consolidar el diálogo e intercambio de las distintas corrientes epistemológicas y prácticas que nutren el campo del psicoanálisis Jornadas de la Sección. Las últimas fueron las IX^a que se realizaron los días 27 y 28 de octubre de 2006 y que tuvieron un muy buen resultado en asistencia y contenido de temas y debates. En función de ello se decidió en la asamblea que se continuaran los debates por el interés que habían despertado, en una nueva Jornada al cabo de un tiempo razonablemente dilatado. Así se realizó una jornada- interjornadas con dos Mesas redondas. Una sobre "Riesgos y temporalidad en el porvenir del psicoanálisis" y otra sobre "Memoria subjetiva, memoria histórica". Se realizó en el Colegio de Médicos, el 20 de octubre de 2007, con una brillante participación y asistencia de nuevo. En la actualidad están articulando el desarrollo de las X^a Jornadas posiblemente para primavera de 2009.

Por otra parte se finalizó el proceso de publicación de ponencias de las IX^a Jornadas y se distribuyó a los ponentes.

2.1.5 Sección de Derechos Humanos

Coordinada por Pau Pérez

2.2. Grupos de trabajo

2.2.1. Grupo de trabajo de enfermería

Este grupo realizó a lo largo del año 2007 las siguientes actividades:

1. Presentación, como parte, en el contencioso-administrativo interpuesto por la Asociación de Diplomados de Enfermería de Salud Mental", contra la resolución del Ministerio de Sanidad, en la elección de los representantes de las asociaciones profesionales en la Comisión Nacional de Enfermería de Salud Mental.
2. Participación en la Comisión Nacional de Enfermería de Salud Mental.
3. Realización del Curso "La autoestima, instrumento terapéutico para el autocuidado", celebrado en Castellón en noviembre.
4. Inicio de la investigación "Situación de la Enfermería de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud". Este estudio se está llevando a cabo a lo largo del 2008. Con este trabajo se pretende elaborar un documento que describa el número, ubicación y especialización de la Enfermería de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud, así como las tareas desempeñadas por estas, la utilización de modelos y taxonomías de Enfermería en los cuidados habituales y la situación de la prescripción enfermera.

Este primer documento, servirá de base para el desarrollo de tres líneas de trabajo:

- Grupo de consenso sobre modelos y taxonomías de aplicación en Enfermería de Salud Mental.
- Ejercicio profesional de Enfermería de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. Descripción y propuestas.
- Situación actual y propuestas de prescripción en Enfermería de Salud Mental.

Esta investigación se podrá completar posteriormente con un análisis de contenido, mediante grupos de discusión, en una primera fase solo con enfermeras y en una segunda fase con otros profesionales.

El grupo de trabajo estará constituido por

- Coordinadora Ana García Laborda.
- Miembros del Grupo de Trabajo
 - o Carlos Rodríguez Rodríguez, sociólogo, antropólogo, especialista en temas de salud.
 - o Un representante enfermero de cada una de las CCAA, designado por la Junta Directiva de cada una de las Asociaciones Autonómicas y de la Asociación Galega de Saude Mental.

2.2.2. Grupo de trabajo de psicología clínica

Este grupo surge con los siguientes objetivos

1. Defender la Especialidad de Psicología Clínica, y el sistema PIR, como el sistema y modelo garante de la formación para el ejercicio profesional de la Psicología Clínica, en el marco de una concepción multidisciplinaria, comunitaria y diversificada de prestaciones y atención sanitaria.
2. Consolidar y promover la puesta en valor de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria del Sistema Nacional de Salud, a través de actividades que permitan observar, analizar y realizar un seguimiento activo de la situación de ejercicio, ubicación y perfil profesional de los psicólogos clínicos en los diferentes recursos de la red de Salud Mental.
3. Proponer actividades y actuaciones relacionadas con el desarrollo y la implantación de la Psicología Clínica en los Servicios de Salud de las diferentes CC.AA., de manera acorde a las demandas y necesidades de salud de los ciudadanos, de los profesionales de otras especialidades del SNS y de los desarrollos y actualizaciones científicos de la Psicología Clínica.
4. Establecer ágiles procedimientos activos de coordinación con la representante de la Asociación en la CNEPC.

A lo largo del año anterior y en lo que va de este ha realizado las siguientes actividades:

1. Establecimiento de una red de información y apoyo a las iniciativas locales para potenciar la psicología clínica en el SNS.
2. Encuesta sobre la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud en la que han participado 14 Comunidades Autónomas.
3. Monitorización de las iniciativas legislativas con repercusión directa e indirecta en la psicología y la psicología clínica.
4. Declaración de la AEN en apoyo de la psicología clínica. Noviembre de 2007.
5. Informe "El ejercicio profesional del psicólogo clínico en el Sistema Nacional de Salud". Marzo 2008.
6. Promover la difusión del informe y sus conclusiones, desde la AEN y sus secciones autonómicas, entre los responsables sanitarios tanto autonómicos como estatales.

El grupo está coordinado por Juan Francisco Jiménez

2.2.3 Grupo de trabajo para el seguimiento de la ley de la dependencia

Coordinado por Francisco Pulido y Ana Vallespí.

La constitución de este grupo de trabajo tiene como objetivo abordar el análisis y propuestas de actuación respecto a los siguientes contenidos relacionados con el desarrollo y aplicación de la

Ley de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia (LAAD) en las personas con una enfermedad mental grave:

- 1.-La LAAD abre un escenario de nuevas oportunidades para las personas con enfermedad mental y sus familias. Se podrían establecer cauces de colaboración con las asociaciones de usuarios y familiares para conocer sus expectativas y satisfacción respecto al desarrollo de la cartera de servicios así como de la aplicación del IVD.
- 2.- Los servicios de salud mental deben favorecer el logro de estas oportunidades. Por ello, consideramos que los dispositivos de salud mental tendrían que participar en la aplicación de la ley, tanto en la valoración de la dependencia (aplicación del IVD) como en el tipo de servicio o programa que el paciente requiere en función de las necesidades, dificultades, habilidades y objetivos terapéuticos que recoja su programa individualizado de rehabilitación (PIR) o su plan terapéutico (PIT).
- 3.- La adecuación de los equipos de valoración de la Dependencia que se creen en las CC.AA en la especificidad de las necesidades de las personas con TMG.
- 4.- Valoración de la igualdad en la implementación de los recursos que recoge la ley en cuanto a territorialidad y colectivos. Conocer criterios técnicos y profesionales que regulen los convenios entre el Estado y las CC.AA en la aplicación y seguimiento de la LAAD.
- 5.- Cómo se articularán las prestaciones de la cartera de servicios de la Dependencia.
- 5.-Regulación de los sistemas de acreditación de asociaciones y entidades privadas que accedan a la provisión de servicios y prestaciones relacionadas con la LAAD.
- 6.-Valorar qué sistemas de financiación regularán el acceso a las prestaciones asistenciales de la cartera de servicios en cada Comunidad Autónoma. Asegurar que el co-pago respetará el tipo y coste del servicio y la capacidad económica de la persona.

Los **OBJETIVOS GENERALES** quedarían definidos así:

1. Conocer la repercusión de la aplicación del Instrumento de Valoración de la Dependencia (IVD) en personas con enfermedades o trastornos mentales graves (TMG).
2. Evaluar el alcance del desarrollo de la ley de la Dependencia en todas las CC.AA del Estado, constatando los procedimientos utilizados en su desarrollo y aplicación, así como valorar las posibles diferencias o desventajas que se produzcan en las personas con TMG.
3. Analizar la relación entre la ley de la Dependencia y la Estrategia de Salud Mental aprobada en marzo de 2007 (adscripción de los nuevos recursos, seguimiento, etc.) y su repercusión en la atención de las personas con TMG.
4. Estimar la participación de los profesionales y de los dispositivos de salud mental en el desarrollo de la ley y en el baremo global de dependencia.
5. Realizar el seguimiento de la planificación de los recursos y servicios que las Administraciones Autonómicas y Locales desarrollen de cara a cubrir la cartera de servicios específica del desarrollo de la ley de la Dependencia.
6. Valorar la adecuación (dotación, objetivos asistenciales, criterios de calidad, evaluación, seguimiento, acreditación) de los servicios que se oferten a los usuarios de las nuevas prestaciones generadas por la ley de la Dependencia.
7. Evaluar si la repercusión de los sistemas de financiación y acceso a las prestaciones no excluye a las personas sin recursos económicos, así como los mecanismos o procedimientos garanticen su incorporación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer los mecanismos con los que se garantiza la participación de las entidades que representan a las personas en situación de dependencia con TMG y sus familias en cada Comunidad Autónoma.
2. Identificar y analizar los procedimientos de coordinación sociosanitaria que se hayan creado en las CC.AA para hacer efectiva la atención en un sistema que integre servicios públicos y privados, y coordine centros y servicios.

3. Conocer el catálogo de servicios de cada una de las CC.AA, cuál es la oferta pública que se promueve y la adscripción administrativa de los servicios, qué porcentaje de inversiones económicas corresponden a las prestaciones y cuál la inversión en servicios ofertados.

4. Conocer la accesibilidad y puerta de entrada a las prestaciones de la cartera de servicios: quiénes evalúan y elaboran el plan individualizado de atención, así como la aplicación de las modalidades terapéuticas.

5.-Valoración de los convenios firmados entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO:

Ana Vallespi. Psicóloga Clínica. Zaragoza	Representante Junta AEN
Francisco Rodríguez Pulido. Psiquiatra. Tenerife	Canarias
Margarita Hernanz. Psiquiatra. Vitoria.	País Vasco-Navarra
Mª Eutropia. Trabajadora Social	País Valenciano
Cristina Alonso. Trabajadora Social	Madrid
Patricia Berges	Aragón
Tina Ureña. Trabajadora Social. Barcelona	Cataluña
Antonia Cifre LLull. Trabajadora Social	Baleares
Marisa Terradillos	Murcia
Elena Ruiz. Trabajadora Social. Gijón.	Asturias
Concha Caballos. Trabajadora Social	Andalucía
Isabel Barrios Tabernero. Trabajadora Social	Castilla-León
	Extremadura
	Castilla-La Mancha
	Galicia

El grupo de trabajo ha de garantizar una mínima representación del territorio español.

Para poder conocer directamente el desarrollo y aplicación de la ley en las distintas CC.AA. Por ello, se valora adecuado que haya representantes de todas las asociaciones autonómicas pertenecientes a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

METODOLOGÍA:

1. Establecer criterios de observación y evaluación del alcance de la ley en las personas con TMG y sus familias para poder utilizar en el estudio y posterior análisis de los datos.
2. Identificar en cada C.A qué procedimientos se utilizan para la valoración y determinación del grado de dependencia (equipos de nueva creación, etc.), qué criterios de planificación asistencial (acreditación, continuidad asistencial, duplicidad con los recursos de salud mental y rehabilitación psicosocial) se siguen para asignar servicios y programas (sólo proveedores privados que gestionarán dichos servicios)
3. Recogida, análisis y discusión de los datos recogidos para conocer la situación en todo el territorio español, identificando desigualdades (en su caso) y proponiendo alternativas o estrategias que puedan equipararlas.
4. Elaboración de informe por parte de cada representante de la Asociación Autonómica de la AEN en el que se refleje la situación de su Comunidad Autónoma en relación a los objetivos 1, 2 y 3.
5. Redacción y presentación de un informe final sobre el impacto de la LAAD a nivel nacional.
6. Revisión del IVD y, en su caso, proponer la inclusión de nuevos criterios de valoración.

TEMPORALIZACIÓN:

- Objetivos 1, 2, 3 y 4 (informe provisional): Mayo de 2008. Coincidiendo con las Jornadas Anuales de la AEN en Girona, habrá una reunión del grupo de trabajo.
- Objetivos 4, 5 y 6: Diciembre de 2008.

El grupo de trabajo de la DEPENDENCIA necesita un empujón. Tras la última junta de marzo, se enviaron varios emails para retomarlo, puesto que después de un año no ha habido movimiento. A fecha de hoy no se ha podido avanzar por falta de respuestas. Es una tarea laboriosa ya que supone recopilar información de diversas fuentes. Se ha propuesto tener un encuentro-reunión en las jornadas de Girona para intercambiar opiniones, inquietudes y dificultades

2.2.4 Grupo de trabajo de Hospitales de día

ELABORACIÓN DE DOCUMENTO SOBRE HD.- Se han recogido datos de gran parte de los HD del Estado, y estamos pendientes de que en cada Comunidad se termine de elaborar un informe parcial con estos datos para redactar un documento que de una idea de lo que son y una opinión sobre lo que deben ser los hospitales de día.

De manera preliminar se constata que existe una gran disparidad, en algunos casos no se discrimina entre HD y otros recursos, habiendo límites con los CSM ambulatorio o recursos de rehabilitación.

La mayor parte de los hospitales de día se declaran heterogéneos, aunque generalmente se centran más en un tipo o en otro de patología, la disyuntiva es sobre todo entre psicosis y trastornos de la personalidad. En muchos se tienen dificultades para tratar pacientes límite. Se observa una tendencia a crear hospitales de día homogéneos, sobre todo para trastornos de la conducta alimentaria.

Hay también diferencias en la ubicación, que en parte condicionan los cometidos, siendo diferentes los de los que se encuentran en el edificio del hospital, y los que están en los CSM ambulatorio o independientes.

Se pone de manifiesto que está aumentando el número de hospitales de día en el país pero muchos surgen con precariedad de recursos.

CREACIÓN DE UNA RED DE HD:- Se están organizando unas Jornadas de HD, retomando una antigua tradición de hacerlas anualmente en diferentes puntos del Estado. Pretendemos empezar en Madrid, el 21 de noviembre, con el tema de “el papel del HD en la red de asistencia en SM”.

Para que sean lo más participativas posible se organizarán con una mesa que de inicio y facilite un debate posterior en talleres de trabajo, se acabara con una puesta en común.

ESCALAS:- Se están contrastando las que se usan en los diferentes hospitales de día, con el objetivo de ofrecer recomendaciones sobre escalas a tratar para evaluar las intervenciones en estos dispositivos.

2.2.5. Grupo de trabajo interprofesional sobre profesiones implicadas en la atención a la salud mental

Se trata de un grupo creado para el seguimiento de la repercusión de los cambios en los nuevos planes de estudio de las distintas disciplinas de las ciencias de la salud.

El grupo nace con los siguientes objetivos

1. Generar un documento que analice la situación creada por la nueva legislación y sus consecuencias y haga propuestas al respecto.
2. Promover en coordinación con la FPSM un pronunciamiento de las asociaciones científicas y profesionales sobre la consideración de los estudios de medicina como “grado”, sobre el acceso a los programas de residencia desde el “grado” y sobre la afirmación del informe del Consejo de Estado.
3. Participar en la elaboración con la FPSM de un documento dirigido a los docentes de las facultades de Medicina para incorporar más créditos al área de Psiquiatría y Psicología en los planes de estudios propios de cada facultad de Medicina.

El grupo está compuesto por las siguientes personas:

Representantes en las comisiones nacionales de especialidades (Kiko Montilla, Consuelo Escudero, Ana García Laborda), Manuel Gomez Beneyto y Juan Francisco Jiménez

2.2.6. Grupo de trabajo de de Relaciones Internacionales

Coordinado por Manuel Gómez Beneyto, la información de este grupo puede verse en el apartado de relaciones internacionales.

2.2.7. Grupo de trabajo de Clasificación y Diagnóstico

Grupo recientemente constituido. Se ha notificado su formación a la WPA para integrarse en el programa global. De momento está formado por las siguientes personas: Manuel Gómez Beneyto, Oscar Vallina, Alberto Fdez Liria, Marife Bravo

2.2.8. Grupo de trabajo de reinserción laboral

Esta recomponiéndose y retomando su actividad. Coordinado por Teo Sobrino

2.2.9. Grupo de trabajo interdepartamental sobre la situación en las cárceles

En proceso de formación

2.2.10. Grupo de trabajo de psiquiatría

Aprobada su formación y en proceso de constitución

3. Informe secretaria:

- a. aprobación nuevos socios**
- b. Evolución número de socios**