



Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental

2003-2008



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

***Plan de Asistencia
Psiquiátrica y
Salud Mental 2003-2008***



Tirada:
Coste Unitario:
Edición:
Depósito Legal: M-37936-2002
Imprime:

SUMARIO

I. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN	15
II. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE MADRID: PUNTO DE PARTIDA	17
1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE MADRID	17
2. LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	20
2.1. Directrices consensuadas interinstitucionales: Convenio de Colaboración tripartito	20
2.2. Estructuración global de los marcos políticos para el desarrollo de la Salud Mental y Atención Psiquiátrica de Madrid (1997-2001)	22
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL ACTUAL	23
3.1. Modelo organizativo y de gestión	23
3.1.1. La territorialización de los recursos	23
3.1.2. La gestión: el comité de enlace regional	25
3.1.3. La gestión: nivel regional (Departamento de Salud Mental)	25
3.1.4. La gestión: nivel de área y distrito	26
3.2. Situación de los recursos humanos profesionales	28
3.3. Actividad asistencial: utilización poblacional	30
3.3.1. Utilización de servicios ambulatorios	30
3.3.2. Utilización de servicios hospitalarios	32
3.4. Actividad asistencial: desarrollo de programas	34
3.4.1. Desarrollo de programas asistenciales	34
3.5. Actividad asistencial: situación de dispositivos	36
3.5.1. La asistencia ambulatoria	36

3.5.2. La asistencia hospitalaria	38
3.5.3. La rehabilitación psicosocial	43
3.6. Actividad asistencial: coordinación institucional sanitaria	47
3.6.1. Atención primaria de salud	47
3.6.2. Servicios sociales y comunitarios	47
3.7. Otras coordinaciones institucionales	48
3.7.1. Instituciones judiciales	48
3.7.2. Instituciones penitenciarias	48
3.7.3. Instituto Madrileño del Menor y la Familia	49
3.7.4. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid	49
4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA Y LA INVESTIGACIÓN EN ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL (2000-2001)	50
4.1. Formación continuada en psiquiatría y salud mental	50
4.2. Investigación aplicada evaluativa en psiquiatría y salud mental	50
5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EVALUACIÓN Y CALIDAD EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL ACTUAL	51
5.1. Sistemas de información	51
5.1.1. Registros acumulativos de casos psiquiátricos	51
5.2. Acreditación, evaluación y gestión de calidad	52
5.2.1. Política de calidad	52
5.2.2. Acreditación y evaluación de servicios	52
III. MODELIZACIÓN BÁSICA DEL PLAN QUE SE PROPONE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL	53
1. UBICACIÓN LEGAL, NORMATIVA Y POLÍTICA ADMINISTRATIVA	53
1.1. Ley General de Sanidad, marco de referencia estatal	53
1.1.1. Principios generales	53
1.1.2. De la salud mental	54
1.1.3. De las áreas de salud	54
1.1.4. Calidad, evaluación y control de gestión	55
1.2. Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (Loscam), marco de referencia regional	56
1.2.1. Administración directa	56
1.2.2. Administración institucional (indirecta)	57
1.3. Normativas y propuestas en europa, marco de referencia superior	60

2. BASES CONCEPTUALES DEL MODELO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID	62
2.1. Principios generales de base normativa	62
2.2. Principios generales del modelo	62
2.3. Modelo de atención propuesto	63
2.4. Propuesta de objetivos del plan de salud mental	65
2.4.1. Objetivos generales	65
2.4.2. Objetivos específicos	65
2.4.3. Objetivos operativos	67
3. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	68
3.1. Sobre la hospitalización	68
3.1.1. Hospitalización breve	68
3.1.2. Hospitalización parcial	70
3.1.3. Hospitalización para cuidados de media y larga duración	72
3.2. Sobre la asistencia ambulatoria especializada	74
3.3. Sobre la continuidad de cuidados y tratamientos	78
3.4. Sobre la atención a niños y adolescentes	79
3.5. Sobre la atención a las personas mayores	81
3.6. Sobre la rehabilitación psicosocial	83
3.7. Sobre la atención domiciliaria	86
3.8. Sobre las nuevas demandas y necesidades emergentes	87
3.9. Sobre la psiquiatría de enlace y coordinación con Atención Primaria	89
3.10. Sobre la atención al alcoholismo	90
3.11. Sobre la psicoterapia	92
3.12. Sobre la patología dual	95
3.13. Sobre las urgencias y el transporte sanitario	97
3.13.1. Urgencias en el medio ambulatorio	97
3.13.2. Urgencias hospitalarias	98
3.13.3. Transporte del enfermo mental	98
3.14. Sobre la psiquiatría cultural	99
3.15. Sobre el abordaje de la exclusión social	99
3.16. Sobre consideraciones medico-legales	101
3.17. Sobre las catástrofes	104
4. PRINCIPIOS PARA LA INFORMACIÓN, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD ..	104
4.1. Relacionados con la gestión de calidad, evaluación, seguimiento y control .	104
4.1.1. La gestión de calidad	104

4.1.2. Criterios relacionados con la evaluación (sistémica), seguimiento y control	105
4.2. Relacionado con los Sistemas de Información y la Gestión del Conocimiento	105
5. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	106
5.1. Sobre la formación continuada	106
5.2. Sobre la investigación clínica y evaluativa	107
IV. PROPUESTA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO Y LÍNEAS DE ACCIÓN	109
1. ESTRUCTURACIÓN GENERAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID	109
1.1. Modelo organizativo y de gestión	109
1.1.1. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental	109
1.1.2. Red Única de Provisión de Asistencia Psiquiátrica	111
1.1.2.1. Consolidar un objetivo común	111
1.1.2.2. Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Área	111
1.1.3. Sistema de coordinación de la Oficina Regional con la Red de Provisión	112
1.1.3.1. Nivel Central	112
1.1.3.2. Nivel Regional	114
1.1.3.3. Nivel Periférico	114
1.2. Principios de la política de Recursos Humanos	116
1.2.1. Convergencia de los distintos regímenes laborales	116
1.2.2. Organización de la gestión del Área Sanitaria	119
1.3. Propuesta de integración y adecuación de las infraestructuras	119
1.3.1. Integración en Atención Especializada	119
1.4. Integración funcional de los centros monográficos públicos	121
1.4.1. Hospital Psiquiátrico de Madrid	122
1.4.2. Instituto Psiquiátrico y Servicios de Salud Mental José Germain ..	122
1.5. Propuesta de coordinación con Organizaciones e Instituciones sinérgicas ..	123
1.5.1. Potenciar la coordinación con Servicios Sociales	123
1.5.1.1. Órganos de Coordinación	123
1.5.1.2. Coordinación Sectorial	124
1.5.2. Coordinación y actuación conjunta con el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica	125
1.5.3. Colaboración con la Agencia Antidroga	125

1.5.4. Desarrollo de la coordinación con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia	126
1.5.5. Marco de colaboración con el Ayuntamiento de Madrid (Concejalías de Salud y Consumo y de Servicios Sociales)	127
1.5.6. Colaboración con la Dirección General de Salud Pública	127
1.5.7. Coordinación con la Consejería de Educación	127
1.5.8. Colaboración con la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección	128
1.5.9. Creación de un marco regulado de relación con la Judicatura	128
1.5.10. Articular coordinación con Instituciones Penitenciarias	129
1.6. Modelo para sistemas de información	129
1.6.1. Identificación del modelo de sistemas de información	129
1.6.2. Plan Maestro de Informática y telemática: dotaciones, perfiles y funciones	130
1.7. Propuesta para optimizar la formación e investigación en el ámbito de la atención psiquiátrica y de la salud mental	131
1.7.1. Programa de Formación Continuada regional y de área sanitaria ..	131
1.7.2. Impulsar la Investigación en la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental	131
2. PROPUESTA FUNCIONAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA COMO CENTRO DEL SISTEMA	132
2.1. Definición de los servicios básicos y propuesta de cartera de servicios	132
2.1.1. Definir servicios básicos ambulatorios	132
2.1.2. Definir servicios básicos hospitalarios	133
2.1.3. Definir servicios de rehabilitación psicosocial	134
2.2. Plan de Calidad de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental	137
2.2.1. Fundamentos del Plan	137
2.2.2. Diseño del Plan Integral de Calidad	138
2.3. Facilitar el establecimiento de un sistema de acreditación	141
2.4. Desarrollo del modelo de participación de usuarios y familiares	143
2.4.1. Comité Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental	143
2.4.2. Comisión de usuarios de Área (pacientes y familias)	143
3. LÍNEAS DE ACCIÓN EN EL ÁREA ASISTENCIAL	143
3.1. Optimización de la hospitalización psiquiátrica	143
3.1.1. Hospitalización Breve	143
3.1.2. Hospitalización Parcial	144
3.1.3. Hospitalización para Cuidados de Media y Larga Duración	144

3.1.3.1. Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación	144
3.1.3.2. Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados	145
3.1.3.3. Comunidad Terapéutica Hospitalaria	145
3.2. Reestructuración optimización de la Asistencia Ambulatoria Especializada en Psiquiatría y Salud Mental	145
3.2.1. De la organización de los servicios	145
3.2.2. De los recursos	146
3.2.3. Creación de la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental	146
3.3. Reestructuración, desarrollo y optimización de la atención psiquiátrica a los niños y a los adolescentes	148
3.3.1. Planificación y optimización de los recursos ambulatorios	148
3.3.2. Planificación de recursos hospitalarios	149
3.3.2.1. Hospitalización Parcial	149
3.3.2.2. Hospitalización Breve	149
3.3.2.3. Otros recursos	150
3.4. Potenciar la atención psiquiátrica a las personas mayores	150
3.4.1. Potenciar la coordinación con Atención Primaria	150
3.4.2. Promover el modelo de Enlace con los dispositivos de Atención a Personas Mayores	151
3.4.3. Mejorar la hospitalización de los mayores	151
3.4.4. Promover la implicación de los profesionales de la red	151
3.5. Desarrollo y optimización del programa de continuidad de cuidados y rehabilitación	152
3.5.1. Estudio de necesidades por Área	152
3.5.2. Propuesta de recursos necesarios	152
3.5.3. Actuación conjunta con el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica	153
3.5.3.1. Centros de Día y Centros de Rehabilitación Psicosocial	154
3.5.3.2. Alternativas Residenciales Comunitarias	154
3.6. Abordaje y estudio de nuevas demandas y necesidades emergentes	154
3.6.1. Revisión de la Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria	155
3.6.2. Trastornos de Personalidad	155
3.6.3. Duelo patológico	156
3.6.4. Neuroimagen	156
3.6.5. Estrés laboral	156
3.7. Reestructuración y optimización de la Coordinación con Atención Primaria y de la Psiquiatría de Enlace	157

3.7.1. Mejorar la derivación y la coordinación con procedimientos y actividades comunes	157
3.7.2. Establecer anualmente un pacto de consumo de Primeras Consultas	158
3.7.3. Configurar la Coordinación con Atención Primaria y la Psiquiatría de Enlace en un único programa.	158
3.8. Optimización de la atención a pacientes alcohólicos	159
3.8.1. Optimización de los recursos actuales	159
3.8.2. Propuesta de nuevos recursos	159
3.9. Abordaje de la patología dual	160
3.9.1. Prevalencia del problema asistencial	160
3.9.2. Atención Ambulatoria	160
3.9.3. Atención Hospitalaria	161
3.10. Reestructuración de las urgencias y el transporte sanitario	162
3.10.1. Urgencias en medio ambulatorio	162
3.10.2. Urgencias en el medio hospitalario	163
3.10.3. Transporte del enfermo mental	164
3.11. Catástrofes	164
3.12. Propuestas para abordar la exclusión social	165
3.13. Desarrollo de la atención a pacientes con implicaciones judiciales y/o penales	165

ANEXOS

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD MENTAL GRUPOS DE EXPERTOS	167
---	------------

PARTICIPANTES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Dr. Francisco Ferre Navarrete

Jefe del Departamento de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental

DESARROLLO Y ELABORACIÓN DEL PLAN:

Dr. Ángel Arribas Hernández
Dña. Mercedes Blass Nogueira
Dña. Elia González Guitián
Dr. José María López Jiménez
Dr. Juan Antonio Palacios Castaño
Dña. María Luisa Pérez Pérez
Dra. Blanca Reneses Prieto
Dra. Fernanda Revilla Lombardía
D. Fernando Rincón Sánchez
Dr. Gabriel Rubio Valladolid
Dña. Paula Vallejo Gutiérrez
Dra. María Jesús del Yerro Álvarez

APOYO TÉCNICO:

Dña. Gloria Carbonell Galiana
D. Arturo Fernández Corredor
D. Ramón Gil Santamaría
D. Francisco José Herráiz Ors
D. José Luis Martín Cantera
D. Rubén Miguel Sanz
Dña. Nuria Vicente Estévez

APOYO ADMINISTRATIVO:

Dña. María Dolores Aracil Rodríguez
D. Manuel de Francisco Plaza
Dña. Aurora Barrio Mozo
D. Juan Carlos González Ubol
Dña. María de los Ángeles Gosálvez Luna
Dña. María José Martín Barrientos
D. Daniel Martínez Menéndez
Dña. María Luz Pareja Langreo
D. Ignacio Sánchez-Brunete Aguado
Dña. Antonia Sevilla García-Prieto

PRESENTACIÓN

La Comunidad de Madrid ha asumido durante el año 2002 la transferencia de las competencias en materia de sanidad, lo que representa un reto importante para los próximos años y va a significar una mejora significativa en la atención a los problemas de salud de los ciudadanos de esta Comunidad.

El primer acto legislativo en el que se ha traducido esta nueva realidad es en la promulgación de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y que, al colocar al ciudadano en el centro del sistema sanitario, marca las pautas que deben guiar las actuaciones de éste.

En este contexto nace el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, que supone un esfuerzo de previsión, racionalización y una utilización más eficaz y eficiente de los recursos y prestaciones para la atención a las personas que padecen trastornos mentales, sin olvidar, por supuesto, a sus familias.

La continuidad de los cuidados en todo el proceso de tratamiento es uno de los objetivos prioritarios de este Plan, además de garantizar el acceso en condiciones de igualdad a todos los ciudadanos a los diferentes servicios y dispositivos de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

La atención a las personas con un trastorno mental grave y de larga duración, haciendo hincapié en las estrategias de Rehabilitación y Reinserción Social, la atención a los niños y adolescentes, así como a la Personas Mayores, constituyen ejes fundamentales de este Plan. Sin olvidar, por otra parte, aquellas patologías o situaciones de la práctica clínica, que merecen una consideración especial bien por su propia idiosincrasia o por su emergencia en una sociedad que está en constante evolución.

El compromiso y la ilusión de los diferentes profesionales que forman parte de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, han hecho posible el haber llegado hasta aquí y que conceptos tales como la mejora continua de la calidad, la formación continuada y la investigación estén presentes en el día a día.

El Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental es fruto del interés y del compromiso de la Consejería de Sanidad y del Gobierno la Comunidad de Madrid con sus ciudadanos y especialmente, en este caso, con dicho sector de la población.

I. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN

El Plan 2003-2008 ha sido concebido como el documento de referencia a través del cual la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid propondrá y diseñará objetivos, líneas de acción y medidas tendentes a ejecutar sus contenidos dentro del marco de la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental de Madrid. Se trata, por tanto, de un marco de referencia sobre las medidas a desarrollar en esta materia durante el período 2003-2008 frente a ciudadanos y profesionales vinculados con la Atención Psiquiátrica y la Salud Mental de Madrid.

Es en el mes de octubre del año 2001 cuando se propone el desarrollo de un Plan de Salud Mental de Madrid bajo el horizonte de inmediatas transferencias sanitarias, donde los recursos y funcionalidades territoriales de Madrid pertenecientes al Instituto Nacional del Salud pasarían a formar parte de la Comunidad de Madrid.

Como consecuencia lógica de esta trayectoria y con el marco transferencial de competencias próximo, se propone la elaboración de un Plan de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental de Madrid, con los siguientes objetivos generales:

1. Definir de forma concreta el Modelo de Gestión y Calidad que permita impulsar las estrategias a desarrollar en la denominada 'Red Única de Atención Psiquiátrica y Salud Mental' de la Comunidad de Madrid, durante el periodo 2003-2008.
2. Proponer la metodología de elaboración y desarrollo del mismo de forma participativa, con la intervención / colaboración de los profesionales de la red asistencial y de gestión de servicios psiquiátricos implicados, con independencia de la Administración de la que hayan dependido hasta la fecha.

De acuerdo con todo ello, las diferentes opciones y estrategias que se elijan, deberán presentar finalmente el adecuado consenso de las partes implicadas.

II. ANÁLISIS DE REALIDAD DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE MADRID: PUNTO DE PARTIDA

1. PERSPECTIVA HISTORICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE MADRID

Aunque el desarrollo de la atención psiquiátrica y de salud mental de Madrid comienza su andadura hace tiempo, es a finales de 1981 cuando se inician los cambios de mayor impacto en la atención psiquiátrica y de salud mental contemporánea de Madrid: la Diputación de Madrid crea el Instituto de la Salud Mental (INSAM) con las funciones de coordinación, gestión y planificación de los servicios psiquiátricos de la provincia, lo que supuso dentro del panorama general de la asistencia psiquiátrica un importante cambio¹.

En 1988, la Comunidad de Madrid inicia la suscripción de dos convenios interinstitucionales, dentro del intento de integración de los recursos de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental en el ámbito de la Comunidad de Madrid:

- Convenio entre el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid,
- Convenio entre el INSALUD y la Comunidad de Madrid,

El desarrollo de estos Convenios conlleva a partir de 1988:

- La constitución del Comité de Enlace y Seguimiento para los programas de Salud Mental
- El desarrollo de un esquema funcional operativo de los Servicios de Salud Mental de Madrid, que sitúa como unidad para el desarrollo del modelo el Área Sanitaria, a su vez conformada de Distritos Sanitarios.
- El desarrollo del Plan de Acciones en Salud Mental 1989 – 1991², que basa sus intervenciones en 6 principios fundamentales (ver cuadro 1):

1 *La problemática de la Salud Mental en Madrid: La situación en Madrid. El modelo del Instituto de la Salud Mental de Madrid (INSAM). Instituto de la Salud Mental de Madrid, 1983 (Trabajo no publicado).*

2 *Plan de acciones en Salud Mental 1989 - 1991. Servicio Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid, 1989.*

CUADRO 1.
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL PLAN DE ACCIONES DE
ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL DE MADRID
(PERIODO 1981 – 2001 / LOCALIZACIÓN: REGIONAL)

- 1 Los Servicios de Salud Mental son considerados como Atención Especializada**
- 2 Cada Área Sanitaria tendrá identificados todos los recursos necesarios para la atención a la salud mental**
- 3 La asistencia psiquiátrica se integra dentro del ámbito de la asistencia sanitaria general**
- 4 Las Unidades de Hospitalización breve se ubicarán en los Hospitales Generales**
- 5 Transformación de los Hospitales Psiquiátricos generando y/o potenciando las actividades rehabilitadoras**
- 6 Desarrollo de sistemas adecuados de educación sanitaria de la población**

En un intento de optimizar los esfuerzos implicados y alcanzar mayores niveles de eficiencia, el Plan de Acciones en Salud Mental 1989 – 1991 estructura las actuaciones de los Servicios de Salud Mental en Programas evaluables³, que centran su esfuerzo en la consecución de una actuación pública comunitaria basada prioritariamente sobre prestaciones ambulatorias y donde la hospitalización se convirtiera en un hecho excepcional.

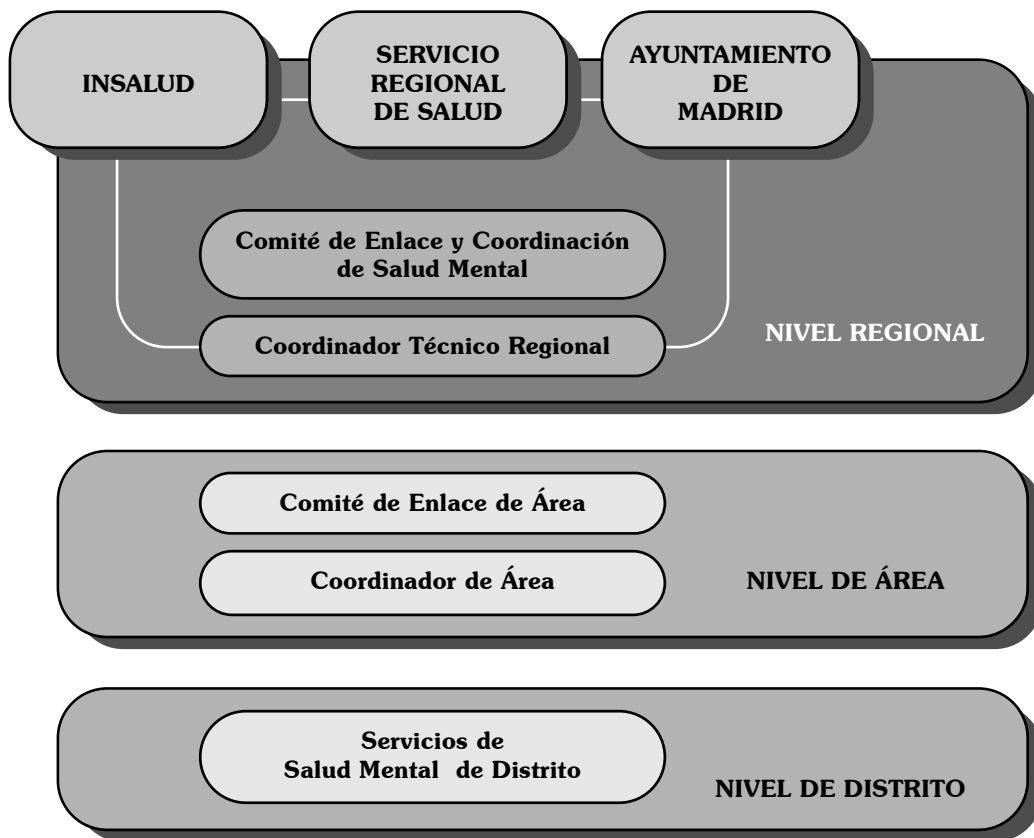
En 1997, se ratifica un nuevo Convenio ‘único’ de colaboración interinstitucional entre la Comunidad Autónoma de Madrid, el INSALUD y el Ayuntamiento de Madrid, que busca una simplificación y mayor integración de los dispositivos asistenciales de Salud Mental y Atención Psiquiátrica.

A lo largo de 1998, la publicación del Decreto 4/1998⁴ que define la estructura del Servicio Regional de Salud (SRS) de la Comunidad Autónoma de Madrid, crea el Departamento de Salud Mental, dependiente de la Gerencia del SRS, cuyas competencias se centrarían “en la coordinación, planificación y gestión de los recursos de Salud Mental, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en coordinación con éstos”.

³ *Programas de los Servicios de Salud Mental. Servicio Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid, 1989.*

⁴ *Decreto 4/1998, de 8 de enero, por el que se aprueba la estructura orgánica del organismo autónomo Servicio Regional de Salud (B.O.C.M., de 20 de enero de 1998).*

FIGURA 1.
CONFIGURACIÓN EN DICIEMBRE 2001 DE LA RED INTEGRADA
DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL DE MADRID



2. LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

2.1. DIRECTRICES CONSENSUADAS INTERINSTITUCIONALES: CONVENIO DE COLABORACIÓN TRIPARTITO (19-03-1997)

Las estipulaciones establecidas en el Convenio de Colaboración interinstitucional entre la Comunidad de Madrid, el INSALUD y el Ayuntamiento de Madrid, ratificado el 19 de marzo de 1997, marcan las directrices de las políticas actuales consensuadas para la ordenación de la Red Integrada de Salud Mental de Madrid, desde ese mismo año hasta la actualidad, que podrían resumirse en 21 directrices básicas:

- 1 Integración progresiva de los recursos procedentes de las administraciones firmantes.
- 2 Organización con arreglo a la territorialización sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- 3 Desarrollo de un Sistema de Información integrado, diferenciado por niveles asistenciales y de gestión, para la planificación y evaluación de la asistencia y de los recursos.
- 4 Constitución de una unidad, integrada funcionalmente a nivel de Área, con los recursos de cada administración, que desarrolle acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.
- 5 Promoción y facilitación de la coordinación entre los niveles asistenciales de la red sanitaria, los servicios sociales y, en su caso, los de educación.
- 6 Desarrollo de los servicios o unidades dentro del marco de la Atención Especializada:
 - Acciones asistenciales en el ámbito hospitalario.
 - Acciones asistenciales extrahospitalarias
 - Colaboración en programas de Rehabilitación y Reinserción.
 - Funciones de prevención y promoción de la Salud
 - Funciones de Formación e Investigación
 - Apoyo, asesoramiento y supervisión a otras instancias asistenciales, sociales y educativas del área.
- 7 Consolidación de las Unidades de Psiquiatría de los hospitales generales.
 - El incremento del número de camas y la apertura progresiva de nuevas unidades de acuerdo con las necesidades asistenciales.

- 8 Adaptación progresiva de los hospitales psiquiátricos a las necesidades y a las demandas.
- 9 Desarrollo progresivo de dispositivos de rehabilitación para el tratamiento de pacientes con patologías crónicas en su medio social y familiar.
- 10 Apoyo y coordinación con los Equipos de Atención Primaria para fomentar su capacitación en Atención Psiquiátrica y Salud Mental.
- 11 Apoyo y coordinación con los Centros Integrados de Salud del Ayuntamiento de Madrid, que realizan funciones de carácter preventivo.
- 12 Las actuaciones asistenciales se estructurarán por Programas Asistenciales básicos, que se adaptarán a las necesidades asistenciales del ámbito de aplicación.
 - Su coordinación se realizará a nivel de Área, salvo que las necesidades y recursos demanden un ámbito diferente.
 - Podrán constituirse comisiones técnicas de Área.
- 13 Constitución de un Comité de Enlace y Coordinación de Ámbito regional.
- 14 Designación de un Coordinador Técnico para el desarrollo práctico y seguimiento de los acuerdos del Comité de Enlace y Coordinación. Este asumirá también la coordinación de los Coordinadores de Área.
- 15 Composición de Comisiones Técnicas, con carácter asesor.
- 16 Coordinadores de Área con funciones de organización, dirección, seguimiento y evaluación de los programas y actividades desarrolladas en su ámbito.
 - Su función tiene una duración de 4 años, renovables.
- 17 Constitución de Comités de Enlace de Área con funciones de organización y gestión general de los diferentes recursos y programas del Área.
- 18 En el plazo de un año se establece la integración funcional total de los recursos, el diseño de un organigrama funcional y de plantilla integrada y de la asignación de las responsabilidades de gestión.
 - El personal conservará la vinculación jurídico-laboral de dependencia y tendrá acceso en igualdad de condiciones a la actividades de formación y a las ayudas para la Investigación.
- 19 Estudio de fórmulas de transición, hasta la llegada de las transferencias sanitarias, que implicará una dirección y dependencia única en los distintos niveles de gestión que seguirá las directrices del Comité de Enlace.
- 20 Las aportaciones financieras y en materia de Recursos Humanos serán objeto de negociación entre las tres administraciones para cada ejercicio económico.
- 21 Las tres administraciones no podrán contraer compromisos unilaterales en materia de Salud Mental

2.2. ESTRUCTURACIÓN GLOBAL DE LOS MARCOS POLÍTICOS PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE MADRID (1997-2001)

POLÍTICA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN:

Está orientada a la integración progresiva de

- Los recursos psiquiátricos y de Salud Mental, que constituyen la Red Integrada de Salud Mental, incluidos los recursos humanos, sin perjuicio de la conservación de la relación jurídico – laboral con el organismo de dependencia en cada caso
- La dirección y dependencia única en los distintos niveles de gestión, que ha de seguir las directrices emanadas del órgano rector (hasta ahora, el Comité de Enlace y Coordinación Regional), como fórmula de transición hasta la llegada de las transferencias sanitarias.

POLITICA DE SERVICIOS

Está orientada a la mejora de los mismos, teniendo en cuenta

- Las necesidades de la población de cada área
- El eje de la continuidad de los cuidados, que se centra en la mejor coordinación entre los distintos dispositivos de la Red Integrada de Salud Mental y Atención Primaria y los Servicios Sociales
- La disposición de los recursos necesarios para la prestación de los servicios de la forma más eficiente.

POLÍTICA DE CALIDAD

Hasta la fecha mantenía como elementos fundamentales las funciones de evaluación y acreditación de servicios, para las que el sistema de información resulta ser un elemento indispensable.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL ACTUAL (2000-2001)

3.1. MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN

3.1.1. La territorialización de los recursos

La asistencia en Salud Mental está sectorizada, con arreglo a la zonificación sanitaria general de la Comunidad de Madrid, en Áreas y Distritos.⁵ Cada Área de Salud se divide funcionalmente en varios Distritos Sanitarios.

El volumen de población que atiende oscila en cada Área desde los poco más de 249.000 habitantes del Área 10 a los 665.142 habitantes del Área 11.

Los Servicios que se ubican en cada Área de Salud están integrados, de manera que en cada uno de ellos trabajan profesionales de las tres administraciones con competencias en Salud Mental, pudiendo ser los recursos estructurales y de equipamiento de titularidad de cualquiera de las tres administraciones. (Figuras 1 y 2)

En cuanto a los recursos básicos del Área de Salud:

- Cada Área Sanitaria tiene como responsable al Coordinador de Área.
- Cada Distrito Sanitario es gestionado por el Jefe de Servicios de Salud Mental ambulatorios de Distrito, que puede pertenecer a cualquiera de las tres administraciones.
- Cada Distrito cuenta con un equipo multidisciplinar integrado por Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Trabajadores Sociales, básicamente, incorporando en ocasiones a Terapéutas Ocupacionales y Monitores de Terapia Ocupacional, en función del grado de desarrollo de los servicios y los programas.

Cada Distrito tiene asignados

- Servicios de Salud Mental ambulatorios que se ubican en un único lugar o en varios, según el caso.
- Una unidad de Hospitalización Breve. Las Unidades o Servicios de Hospitalización Breve se ubican en hospitales generales en muchos casos, aunque en algunas Áreas dichas unidades se encuentran en los Hospitales

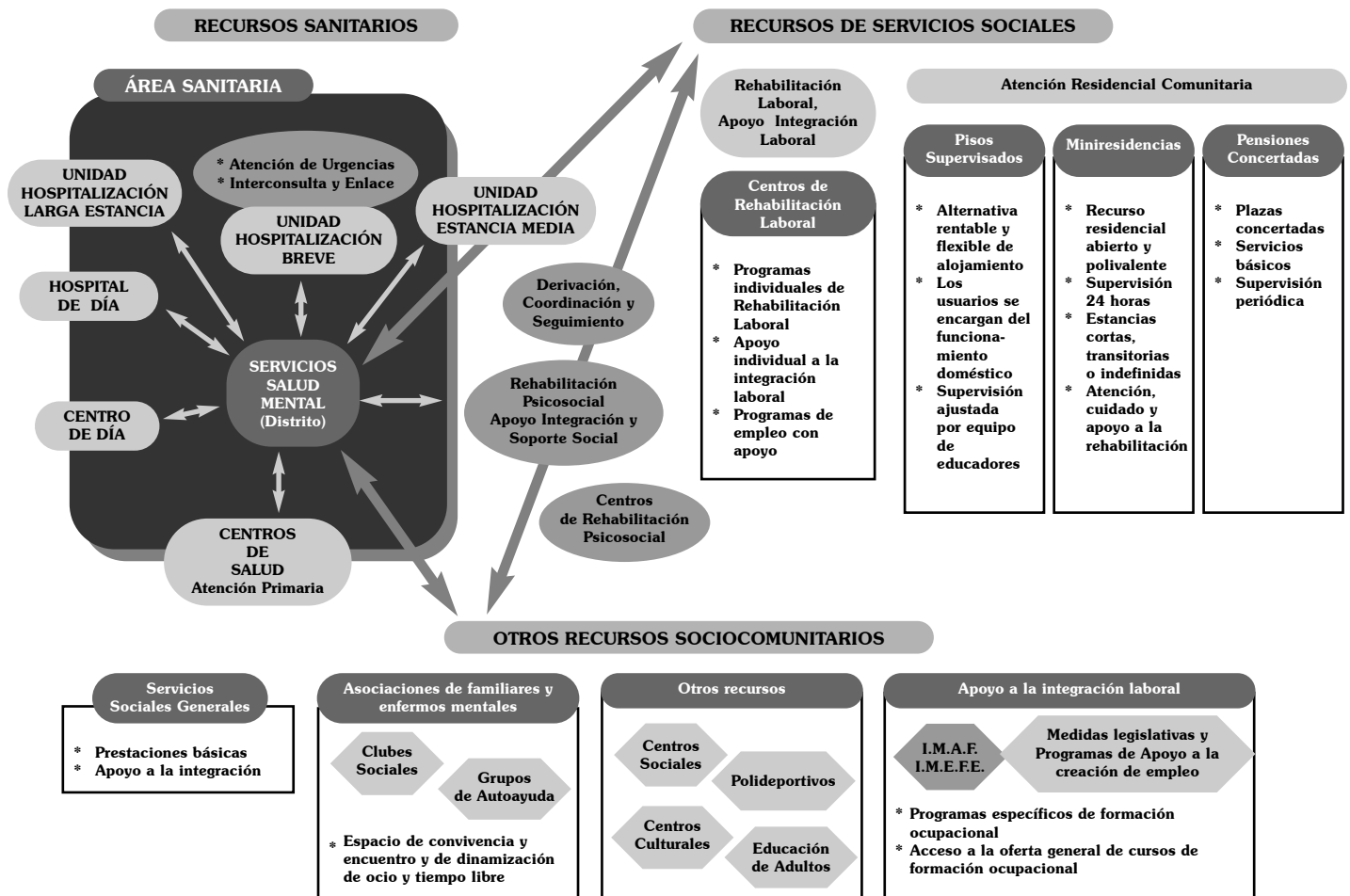
⁵ Decreto 117/88, de 17 de noviembre (B.O.C.M. del 24 de noviembre) y Decreto 437/1996, de 28 de marzo (B.O.C.M. del 16 de abril).

monográficos. En ocasiones la unidad de Hospitalización Breve asignada a un distrito está fuera del Área en que se ubica éste.

- Dispositivos de apoyo o intermedios como son: Hospital de Día, Centros de Día y Centros de Rehabilitación Psicosocial, que pueden ser compartidos con otros distritos.

Además de estos servicios de distrito, cada Área Sanitaria cuenta con servicios de urgencia psiquiátrica sectorizados, coincidiendo generalmente con el Hospital donde se encuentra la Unidad de Hospitalización Breve.

**FIGURA 2:
RECURSOS INTEGRADOS EN LA RED DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
Y SALUD MENTAL DE MADRID**



Fuente: A.A. "Estudio para el plan de salud mental de la Comunidad de Madrid". Documento sin publicar. 1998. Modificado de: "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. Consejería de Sanidad. Madrid. 1998."

3.1.2. La gestión: el Comité de Enlace y Coordinación Regional

El nivel superior de gestión de la red es el Comité de Enlace y Coordinación Regional. Este comité es el órgano colegiado, integrado por las tres administraciones, que se constituye como el garante del cumplimiento de los compromisos adquiridos por estas.

Funciones:

- Estudio de los recursos humanos y materiales adscritos a la red,
- Estudio de las vías de integración funcional y de coordinación con las instituciones,
- Definición de las responsabilidades y competencias de los recursos,
- Seguimiento de los acuerdos y su cumplimiento,
- Evaluación del funcionamiento de los equipos o unidades funcionales,
- Nombramiento o ratificación a los coordinadores de Área,
- Propuesta de las fórmulas de nombramiento de jefes y responsables de distrito y
- Resolución de los problemas relacionados con las directrices establecidas.

3.1.3. La gestión: nivel regional (Departamento de Salud Mental)

En el Decreto 4/1998⁶, referente a la estructura orgánica del organismo autónomo Servicio Regional de Salud (SRS) se definen las competencias, funciones y estructura del Departamento de Salud Mental (DSM), anteriormente Servicio de Salud Mental.

Competencias:

- Coordinación, planificación y gestión de los recursos de Salud Mental, sin perjuicio de las atribuidas a otros órganos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- No tiene competencia directa en la totalidad de la gestión de los recursos de Salud Mental, aún de los propios de la Comunidad de Madrid. El Hospital Psiquiátrico, el Instituto “José Germain” y el Hospital Gregorio Marañón dependen directamente de la Gerencia del SRS y tienen un apreciable grado de autonomía. Los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales generales del INSALUD también están fuera de sus competencias de gestión.

⁶ Decreto 4/1998 de 8 de enero, por el que se aprueba la estructura orgánica del organismo autónomo Servicio Regional de Salud (B.O.C.M. de 20 de enero de 1998).

3.1.4. La Gestión: Nivel de Área y Distrito

A) COORDINADOR DE SALUD MENTAL DE ÁREA

Toda la estructura del Área se haya bajo la Dirección de la figura del Coordinador de Salud Mental de Área.

Funciones:

- Organización, dirección, seguimiento y evaluación de los programas y actividades desarrollados en su ámbito. de acuerdo a las directrices establecidas desde el Comité de Enlace.
- Organización asistencial
- Gestiones relativas a la gestión de personal

Dependencia:

- Comité de Enlace Regional. Este comité puede designar un Coordinador Técnico que asuma la función de coordinar a los Coordinadores de Área. Dicho Coordinador Técnico es el Jefe del Departamento de Salud Mental.

B) COMITÉ DE ENLACE DE ÁREA

En cada área sanitaria existe, además del Coordinador de Área, el Comité de Enlace de Área, como órgano de dirección colegiado.

Funciones:

- Organización y gestión general de los diferentes recursos y programas del Área
- Desarrollo y ejecución de los acuerdos del Comité de Enlace Regional.

Otros órganos colegiados en el Área son la Comisión de Asistencia, la de Rehabilitación y la de Formación Continuada (Docencia) e Investigación.

C) JEFE DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

Además, dentro de las Áreas sanitarias, cada Distrito está gestionado por un Jefe de Salud Mental de Distrito

Funciones:

- Dirección de los Servicios de Salud Mental ambulatorios en el ámbito de Distrito, dependiendo de los Coordinadores de Área.
- Funciones directamente relacionadas con la organización asistencial y de dirección de los equipos de trabajo
- Gestión administrativa de personal.

Dependencia:

- Dependencia de la Jefatura del Departamento de Salud Mental y del Coordinador de Área.

D) LA CULTURA ORGANIZATIVA

Existen valores compartidos en un grado apreciable, fundamentalmente sobre las especificidades que debe tener la gestión y organización de la Psiquiatría y de la Salud Mental y de la necesidad de su desarrollo y mejora. Estos valores son los mayores determinantes de los avances organizativos y de servicios que se han producido y representan auténticos puntos fuertes sobre los que establecer un proceso de mejora e impulso.

No se puede afirmar que exista una cultura corporativa en la Red Integrada de Salud Mental (RISM), siendo las principales diferencias respecto del INSALUD

- La concepción de dos diferentes modelos de atención, uno comunitario y otro “hospitalocentrista” se percibe todavía en la organización, si bien parece que las posturas se han aproximado.
- La pertenencia a distintas administraciones establece las suficientes diferencias con respecto a las condiciones laborales, de promoción, carrera profesional, etc. como para que se perciba como diferente la “cultura INSALUD” de la “cultura Comunidad de Madrid” y la “cultura del Ayuntamiento”.
- Aún dentro de la red de la Comunidad de Madrid es posible establecer diferencias de “culturas”, la de los Hospitales y la de los Servicios de Salud Mental, y aún la de los hospitales monográficos con respecto a los generales.

3.2. SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PROFESIONALES

GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Ámbito de competencia del Departamento de Salud Mental:

- En la práctica, en la planificación de los recursos el Departamento de Salud Mental actúa solamente en el ámbito de los Servicios de Salud Mental Ambulatorios.
- No tiene competencias en el ámbito hospitalario de la red del INSALUD o de la propia Comunidad Autónoma de Madrid. En los hospitales monográficos y en el H. "Gregorio Marañón" la gestión es competencia de la Gerencia de los mismos, dentro de las restricciones inherentes a la centralización de las funciones en el SRS. En el ámbito del INSALUD las gerencias respectivas gestionan los recursos de forma indiferenciada del resto del personal.

RÉGIMEN LABORAL DEL PERSONAL

La circunstancia que más marca la situación de la política de recursos humanos de la red es el distinto régimen laboral de los profesionales, determinado por las características de cada una de las administraciones.

- La vinculación de los profesionales a las tres administraciones establece situaciones diferenciadas en aspectos relevantes de la Política de Personal.
 - Perteneciendo, en lo funcional, a una misma organización no es posible la movilidad interna de una forma ágil y específica entre las administraciones.
 - Cada administración califica en menor grado el desempeño de puestos de trabajo en puestos dependientes de la otra. Es un mensaje más de ausencia de integración real.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS: PLANTILLA

A continuación presentamos un resumen de los recursos humanos de los Servicios de Salud Mental de Distrito integrados por las tres administraciones.

**TABLA 1:
RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE
DISTRITO INTEGRADOS POR LAS TRES ADMINISTRACIONES
(AÑO 2000)**

(1) En este apartado quedan incluidos los recursos humanos de los Servicios de los Distritos de Leganés y

	S.R.S. (1)	INSALUD	AYTO. DE MADRID	OTROS (2)	TOTAL
Psiquiatras	142	66	17	4	229
Psicólogos	87	43	12	2	144
Diplomados Enfermería	77	25	-	1	103
Técnicos/ Monitores	8	-	-	-	8
Trabajadores Sociales	59	1	-	1	61
Terapeutas Ocupacionales	17	-	-	-	17
Auxiliares de Clínica.	35	1	-	-	36
Personal administrativo	65	10	-	2	77
Otro Personal Auxiliar	46	3	-	1	50
TOTALES	536	149	29	11	725

Fuenlabrada dependientes del I.P.S. S.M. J.G.

(2) En esta columna se refleja el personal de los Servicios de Salud Mental de Aranjuez, Servicio Concertado por el S.R.S.

(Datos de la memoria del Departamento de Salud Mental del año 2000)

A estos recursos hay que sumar los de dependencia de los hospitales del INSALUD, de los servicios de Psiquiatría del Hospital “Gregorio Marañón” y de los dos hospitales monográficos, así como de los Centros Concertados. Algunos de ellos no son de asignación exclusiva o tampoco de adscripción total de su tiempo en cuanto a la actividad de atención psiquiátrica.

3.3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: UTILIZACIÓN POBLACIONAL

3.3.1. Utilización de servicios ambulatorios

DATOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La actividad asistencial de los Servicios de Salud Mental de Distrito, referida al año 2000, queda reflejada en las siguientes tablas. Estos datos de actividad asistencial se obtienen a partir de la información grabada en los Registros de Casos Psiquiátricos instalados en los diferentes servicios. Debido a problemas diversos no aparecen los datos de actividad de algunos dispositivos concretos, lo que se especifica en cada uno de los apartados.

TABLA 2: ACTIVIDAD ASISTENCIAL GLOBAL DE LOS SERVICIOS DE DISTRITO (AÑO 2000)

ÁREAS	ASISTENCIAS REALIZADAS	CASOS TRATADOS	CASOS NUEVOS	ALTAS	NUEVOS/CASOS	ALTAS/CASOS	DIFERENCIA
1	76113	14258	5091	2064	0,36	0,14	0,21
2	57835	8032	3605	2446	0,45	0,30	0,14
3	29500	6303	2347	1597	0,37	0,25	0,12
4	60223	8969	3576	901	0,40	0,10	0,30
5 ¹	39136	8812	3413	1078	0,39	0,12	0,26
6	42720	7234	2984	1047	0,41	0,14	0,27
7 ²	41439	8079	2811	260	0,35	0,03	0,32
8	61540	10546	3624	1763	0,34	0,17	0,18
9	52783	9638	3435	2224	0,36	0,23	0,13
10	38451	6726	2367	1555	0,35	0,23	0,12
11 ³	81099	15293	5386	4309	0,35	0,28	0,07
TOTAL⁴	580839	103890	38639	19244	0,38	0,18	0,19

(1) Sin el Distrito de Tetuán

(2) Sin el Distrito de Chamberí

(3) Sin el Distrito de Usera

(4) Sin el Distrito de Tetuán, Chamberí, Usera

(Datos: "Boletín de Información y Datos del Registro de Casos Psiquiátricos. Año 2000")

En la tabla siguiente se reflejan los indicadores de actividad de los Servicios de Salud Mental de Distrito, agrupados por Áreas Sanitarias y diferenciados por grupos de edades.

TABLA 3: INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR ÁREAS SANITARIAS (AÑO 2000)

ÁREAS	GLOBAL			INFANTO-JUVENI			MAYORES 64 AÑOS		
	INCID ^(a)	PREVA ^(b)	FREC ^(c)	INCID ^(a)	PREVA ^(b)	FREC ^(c)	INCID ^(a)	PREVA ^(b)	FREC ^(c)
1	7,99	22,38	119,48	5,09	10,19	53,49	7,02	25,51	95,70
2	8,96	19,97	143,77	6,98	12,37	69,71	4,79	16,75	88,26
3	8,70	23,37	109,37	8,32	15,41	83,96	10,13	32,39	116,18
4	7,05	17,68	118,69	5,33	9,07	49,92	7,91	19,17	88,99
5 ¹	7,80	20,14	89,43	5,94	9,84	44,84	9,26	27,66	93,69
6	7,39	17,91	105,78	4,75	8,24	36,71	7,48	20,92	93,34
7 ²	7,43	21,35	109,52	1,98	3,00	10,58	8,14	24,64	91,74
8	9,11	26,51	154,71	7,54	14,77	76,86	10,34	35,72	125,95
9	9,85	27,64	151,35	8,66	15,69	90,41	10,21	37,74	147,51
10	9,50	27,01	154,39	6,62	12,19	81,82	12,26	42,05	161,36
11 ³	9,77	27,73	147,07	9,82	17,38	90,62	8,70	26,12	135,99
TOTAL⁴	8,43	22,67	126,73	6,58	11,94	63,85	8,07	26,12	105,76

(1) Sin el Distrito de Tetuán

(2) Sin el Distrito de Chamberí

(3) Sin el Distrito de Usera

(4) Sin el Distrito de Tetuán, Chamberí, Usera

(Datos: "Boletín de Información y Datos del Registro de Casos Psiquiátricos. Año 2000")

Como puede observarse en la tabla anterior, los datos muestran diferencias apreciables entre los indicadores de actividad de las distintas Áreas Sanitarias. Esto está en relación no sólo con las características propias de la población sino también, probablemente, con la oferta de servicios y la accesibilidad a los mismos.

3.3.2. Utilización de servicios hospitalarios

En las tablas siguientes se reflejan los datos de actividad asistencial de las Unidades de Hospitalización Breve (en adelante U.H.B.) de los diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid, presentándose por separado los datos correspondientes a las Unidades de adultos y a la de adolescentes. Los datos de actividad se refieren al año 2000.

TABLA 4: INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE PARA ADULTOS (AÑO 2000)

HOSPITAL	INGRESOS	ESTANCIAS	ALTAS	ESTANCIA MEDIA	ÍNDICE DE OCUPACIÓN	ÍNDICE DE ROTACIÓN	TASA DE HOSPIT. 100.000 HAB
H.G.G. Marañón	1.527	23.721	1579	15,5	86,66	20,3	260,8
H. La Princesa	429	8043	430	18,75	91,50	17,87	131,3
H. P. Asturias	291	4656	296	16,00	85,04	19,40	143,1
H. Ramón y Cajal	459	7.011	453	15,27	80,03	19,12	326,8
H. Psiquiát. de Madrid	1707	37508	1722	21,09	77,9	12,19	224,4
H. Puerta de Hierro	469	7.674	N.D.	12,6	95,57	21,3	145,6
H. Clínico "S Carlos"	999	17.628	989	17,6	87,8	18,1	189,7
F. Jiménez Díaz	346	4.660	N.D.	13,47	106,39	28,83	169,5
H. Móstoles	459	6764	451	14,5	93,2	20	299,6
I.P. José Germain	840	14490	845	17,25	94,52	24,15	202,5
H. Getafe	318	2942	333	9,25	66,98	26,50	165,4
H. Doce Octubre	323	6380	316	19,75	87,40	16,15	165,4
TOTAL	8.167	141.477	7.414	17,32	87,89	18,51	207,41

N.D. = No Disponible

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

En la tabla siguiente se reflejan los datos de actividad de la Unidad de Adolescentes del H.G.U. Gregorio Marañón. Hay que tener en cuenta que esta Unidad comenzó a funcionar el 11 de noviembre del año 2000, por lo que los datos se refieren únicamente al periodo de tiempo transcurrido desde esta fecha hasta el 31 de diciembre del mismo año.

**TABLA 5: INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE PARA ADOLESCENTES (H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN)
(AÑO 2000)**

HOSPITAL	INGRESOS	ESTANCIAS	ALTAS	ESTANCIA MEDIA	ÍNDICE DE OCUPACIÓN	ÍNDICE DE ROTACIÓN
U.G.U. Gregorio Marañón	32	496	25	15,5	46,7	18,5
TOTAL	32	496	25	15,5	46,7	18,5

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

**TABLA 6: INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
(AÑO 2000)**

	INGRESOS
Número de urgencias / año	22.932
Número de urgencias / día	68,07

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

3.4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: DESARROLLO DE PROGRAMAS

3.4.1. *Desarrollo de programas asistenciales*

Desde 1984 con el objetivo de lograr una mayor eficiencia de los servicios, las actuaciones se estructuran en programas, en la idea de que el trabajo por programas permitiría una mayor flexibilidad en el uso de los recursos, fundamentalmente en las actuaciones sometidas a cambio constante, sobre todo en la atención a la cronicidad.

En 1989 se volvieron a definir los programas⁷, sobre la versión de 1984 “con el enriquecimiento por la confrontación con la realidad durante estos años”, como se afirmó entonces, y se presentaron con el propósito de establecer unos criterios básicos en la práctica asistencial de los equipos terapéuticos. Esta descripción esta hecha para cada uno de ellos con la siguiente estructura: Introducción (Definición), Descripción, Objetivos, Agentes del Programa, Criterios Generales de Actuación y Observaciones.

Los programas definidos en 1989 son los que se describen a continuación:

- a) PROGRAMAS TRANSVERSALES: Según el tipo de prestación y de modalidad de atención que se realiza. Estos programas son:
- *De Evaluación:* Es la puerta de entrada a los Servicios de Salud Mental. Regula las intervenciones a efectuar en cada nuevo contacto con los servicios.
 - *De Atención Ambulatoria:* Constituido por el conjunto de actividades terapéuticas a desarrollar en el régimen ambulatorio por los profesionales de los Servicios de Salud Mental.
 - *De Atención Domiciliaria:* Comprende y regula las actividades que proporcionan (evaluación y eventualmente tratamiento) a aquellos pacientes que por circunstancias especiales no pueden ser atendidos, en determinados momentos, ni en el centro ni en otros dispositivos sanitarios.
 - *De Apoyo y Coordinación con Atención Primaria:* Organiza y regula las actividades concretas y específicas tendentes a coordinar los dispositivos de Atención Primaria de Salud Mental de los Distritos Sanitarios, para establecer los ámbitos de actividad conjunta y compartida, y para delimitar los campos de atención específicos de cada uno de los dos niveles

- *De Apoyo y Coordinación con los Servicios Sociales:* Regula y organiza la relación entre éstos y los Servicios de Salud Mental, determina los aspectos de atención a la población en los que confluyen ambos servicios y facilita el abordaje socio-comunitario.
 - *De Hospitalización:* Organiza y regula la atención en régimen de hospitalización de aquellos pacientes que no pueden ser atendidos en los dispositivos de atención ambulatoria. Su característica más específica es la de proporcionar cuidados de enfermería continuados y en régimen intensivo.
 - *De Rehabilitación y Reinserción Social:* Conjunto de actividades terapéuticas que posibilitan la recuperación de las facultades personales, sociales y relacionales necesarias para que el enfermo crónico pueda mantenerse adecuadamente en su entorno social con un funcionamiento lo más normalizado posible.
- b) PROGRAMAS LONGITUDINALES: Particularizan la actuación para una población de riesgo (niños y adolescentes y tercera edad) y por otra parte la atención para una determinada patología crónica. Estos programas son:
- *De Atención a la Salud Mental de niños y adolescentes:* Longitudinal, específico y de carácter permanente, que regula las actividades de Salud Mental referidas a la población de los distritos sanitarios, comprendida entre 0 y 17 inclusive.
 - *De Alcoholismo:* Coordinación de los servicios de Salud Mental con el resto de los dispositivos sanitarios, con los servicios sociales y entidades de ámbito ciudadano de autoayuda.
 - *De Psicogeriatría:* Dirigido a las personas mayores, se indica que debe desarrollarse física y funcionalmente integrado con el resto de los programas de salud mental.

3.5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: SITUACIÓN DE DISPOSITIVOS

3.5.1. La Asistencia Ambulatoria

La asistencia ambulatoria se presta por medio de una red de Servicios de Salud Mental de Distrito y está compuesta por 35 servicios, en alguno de los cuales pueden existir varios puntos de consulta.

La población asignada a cada distrito es muy variable, oscilando, en el año 1996, entre los 33.792 habitantes del distrito de Barajas y los 285.265 del de Vallecas. Así mismo la distribución de la población es muy irregular, existiendo distritos fundamentalmente urbanos y otros con una amplia población rural.

En la tabla siguiente se reflejan los Servicios de Salud Mental de Distrito (en adelante SS.S.M.), el tipo de Centro según su ubicación física y estructura (monográfico: si está dedicado exclusivamente a la atención psiquiátrica; ubicado en Centro de Salud, en Centro de Especialidades o en locales de algún Ayuntamiento), y la titularidad del local.

En aquellos distritos en los cuales existen varios locales, se consigna exclusivamente aquel que figura como cabecera del distrito.

TABLA 7: RELACIÓN DE LOS CENTROS DE CABECERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO AGRUPADOS POR ÁREAS SANITARIAS. (AÑO 2000)

ÁREA	DISTRITO	DIRECCIÓN	DEPENDENCIA ADMIN. DEL LOCAL ⁽¹⁾	TIPO DE CENTRO
1	ARGANDA	C/ Juan de la Cierva, 20	INSALUD	Centro de Especialidades
	MORATALAZ	C/ Hacienda de Pavones, 3-5	INSALUD	Centro de Salud
	RETIRO	C/ Dr. Castelo, 60	S.R.S.	Monográfico
	VALLECAS	C/ Peña Gorbea, 4	S.R.S.	Monográfico
2	CHAMARTÍN	C/ Marqués de Ahumada, 11	S.R.S.	Monográfico
	COSLADA	Avda. de España s/n	INSALUD	Centro de Salud
	SALAMANCA	C/ O'Donnell, 55	INSALUD	Centro de Salud
3	ALCALÁ DE HENARES	Avda. Reyes Magos, s/n	S.R.S.	Centro de Salud
	TORREJÓN DE ARDOZ	Centro de Salud "LA PLATA" Travesía de la Cañada S/N	S.R.S.	Centro de Salud

ÁREA	DISTRITO	DIRECCIÓN	DEPENDENCIA ADMIN. DEL LOCAL ⁽¹⁾	TIPO DE CENTRO
4	BARAJAS	C/ General 5, 2-A	S.R.S.	Monográfico
	CIUDAD LINEAL	Avda. de Badajoz, 14	S.R.S.	Monográfico
	HORTALEZA	C/ Mar Caspio, 8	Cons. de Servicios Sociales	Monográfico
	SAN BLAS	Avda. de Canillas Vicálvaro 64	S.R.S.	Monográfico
5	ALCOBENDAS	Centro de Salud "Miraflores" Avda. España, 50	INSALUD	Centro de Salud
	COLMENAR VIEJO	Dr. Cecilio de la Morena Arranz 2	S.R.S.	Centro de Salud
	FUENCARRAL	C/ Cándido Mateos, 11	INSALUD	Centro de Salud
	TETUÁN	C/ Maudes, 32	S.R.S.	Monográfico
6	COLLADO VILLALBA	C/ Los Madroños, 5	INSALUD	Centro de Salud
	MAHADAHONDA	Avda. de España, 7	INSALUD	Centro de Salud
	MONCLOA	C/ Quintana, 11	INSALUD	Centro de Especialidades
7	CENTRO	C/ Cabeza, 4	S.R.S.	Monográfico
	CHAMBERÍ	C/ Modesto Lafuente, 21	INSALUD	Centro de Especialidades
	LATINA	C/ Galiana, 1	S.R.S.	Monográfico
8	ALCORCÓN	Avda. Lisboa s/n	Ayto. Alcorcón	Monográfico
	MÓSTOLES	C/ Nueva York, 16	INSALUD	Centro de Salud
	NAVALCARNERO	C/ de la Doctora, 10	S.R.S.	Centro de Salud
9	FUENLABRADA	C/ Leganés, 59 bajo	Ayto. Fuenlabrada	Monográfico
	LEGANÉS	C/ Colón s/n	S.R.S.	Monográfico
10	GETAFE	Avda. de Los Ángeles, 12	INSALUD	Centro de Especialidades
	PARLA	C/ Pablo Sorozábal, 4	S.R.S.	Monográfico
11	ARANJUEZ	C/ Rey, 43	C. H. Benito Menni (2)	Monográfico
	ARGANZUELA	C/ Ronda de Segovia, 52	INSALUD	Centro de Especialidades
	CARABANCHEL	C/ Gral. Ricardos, 177	Cons. de Servicios Sociales	Monográfico
	USERA	C/ Visitación, 5	INSALUD	Centro de Salud
	VILLAVERDE	Centro de Salud "Los Angeles" C/ Totanes, 1	INSALUD	Centro de Salud

(1) Dependencia administrativa del local. Los Centros dependientes de Ayuntamientos están en Cesión de Uso al S.R.S. mediante Convenios anuales de colaboración.

(2) Centro Concertado con el Complejo Asistencial Benito Menni

3.5.2. La Asistencia Hospitalaria

La hospitalización psiquiátrica está reservada para aquellos pacientes en los que el tratamiento ambulatorio es insuficiente para el control de su patología y requieren, durante un periodo de tiempo, un número de cuidados, fundamentalmente de enfermería, superior.

La vía de acceso a los dispositivos hospitalarios es por derivación desde los Servicios de Salud Mental de Distrito, salvo en el caso de la hospitalización para enfermos agudos que puede ser también directamente a través de los Servicios de Urgencia.

La coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios implicados en la asistencia al paciente es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados en todo el proceso de tratamiento.

Los dispositivos hospitalarios se suelen clasificar atendiendo a si la hospitalización es parcial o completa, a la duración del internamiento y a los programas de tratamiento:

- Unidades de Hospitalización Breve
- Hospitales de Día
- Unidades de cuidados de Media Duración
- Unidades de cuidados de Larga Duración

**TABLA 8:
DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE
DE ADULTOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

HOSPITAL	ÁREA DE COBERTURA	Nº DE CAMAS	CAMAS/ 100.000 hab.
H.G.U.G. Marañón	ÁREA 1 (Arganda, Moratalaz, Retiro y Vallecas)	75	14,6
H.U. de La Princesa	ÁREA 2 (Coslada, Salamanca y Chamartín)	24	7,3
H. Príncipe de Asturias	ÁREA 3 (Torrejón y Alcalá de Henares)	15	7,4
H. Ramón y Cajal	ÁREA 4 (Barajas y Hortaleza)	24	17,1
H. Psiquiátrico de Madrid	ÁREA 4 (Ciudad Lineal y San Blas) ÁREA 5 (Alcobendas, Colmenar, Fuencarral y Tetuán)	120	15,8
H. Puerta de Hierro	ÁREA 6 (Collado, Majadahonda y Moncloa)	22	6,8
H. Clínico "San Carlos"	ÁREA 7 (Chamberí y Latina) ÁREA 11 (Carabanchel)	55	10,4
Fundación Jiménez Díaz	ÁREA 7 (Centro)ÁREA 11 (Arganzuela)	12	5,8
H.U. de Móstoles	ÁREA 8 (Móstoles)	20	13,6
I.P.J. Germain	ÁREA 8 (Alcorcón y Navalcarnero) ÁREA 9 (Fuenlabrada y Leganés)	42	10,1
H.U. de Getafe	ÁREA 10 (Getafe y Parla)	12	6,2
H. Doce de Octubre	ÁREA 11 (Usera y Villaverde y Aranjuez)	20	14,9
C.A. Benito Menni		20	
TOTAL COMUNIDAD DE MADRID		461	11,5

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

**TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
BREVE PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA
COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

HOSPITAL	ÁREA DE COBERTURA	Nº DE CAMAS
Unidad de Adolescentes del H.G.U.G. Marañón	* Adolescentes de 12-17 años de las Áreas 1,3,4,5,6,9 y 11	20
H. del Niño Jesús	* Niños de 0-11 años de todas las Áreas	5
	* Adolescentes de 12-17 años Áreas 2,7,8 y 10	9
TOTAL		34

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

**TABLA 10: TOTAL DE CAMAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
BREVE EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

	Nº CAMAS	Nº CAMAS/ 100.000 HAB.
POBLACIÓN > 17 AÑOS	461	11,5
POBLACIÓN < 18 AÑOS	34	3,4
TOTAL	495	9,9

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

7 "Programas de los servicios de salud mental, comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, Servicio Regional de Salud, Diciembre 1989"

TABLA 11: TOTAL DE PLAZAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. (AÑO 2000)

HOSPITAES DE DÍA	NÚMERO DE PLAZAS
Servicios de S. Mental de Chamartín	35
Clínica Puerta de Hierro	25
Hospital Clínico "San Carlos"	35
H.G.U. "Gregorio Marañón"	28
Instituto Psiquiátrico "José Germain"	30
Servicios de S. Mental de Móstoles	30
Hospital "Ramón y Cajal"	15
H. de Día del Instituto Montreal (niños y adolescentes)	20
H. de Día de Carabanchel (niños y adolescentes)	30
TOTAL DE PLAZAS	248

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

**TABLA 12: TOTAL DE CAMAS EN UNIDADES DE CUIDADOS DE MEDIA DURACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

HOSPITAL	Nº DE CAMAS
Unidad Rehabilitación del I.P.José Germain	40
Unidad de Media Estancia del Complejo Asistencial Benito Menni	30
Unidad de Media Estancia del H. San Juan de Dios de Ciempozuelos	30
TOTAL	100

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

**TABLA 13: TOTAL DE CAMAS EN UNIDADES DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

HOSPITAL	Nº DE CAMAS
Unidad Residencial del I.P.J. Germain	92
H. Psiquiátrico de Madrid	138
Complejo Asistencial Benito Menni	220
H. San Juan de Dios de Ciempozuelos	244
TOTAL	694

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

3.5.3. La Rehabilitación Psicosocial

El programa de Rehabilitación y de Reinserción Social dispone de una Red de Recursos Específicos de dependencia múltiple (Consejería de Sanidad y Consejería de Servicios Sociales). La Red de servicios de rehabilitación está sectorizada y el sistema de acceso a dichos dispositivos se realiza a través de los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental de distrito.

En las tablas siguientes se describen los distintos tipos de dispositivos existentes, su dependencia administrativa, su sectorización y el número de plazas de los mismos.

**TABLA 14: CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
EN LA COMUNIDAD DE MADRID
(AÑO 2000)**

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
	<i>Consejería de Servicios Sociales</i>		
- Alcalá de Henares	- D. Gral. de S. Sociales	Área 3 y Dto. de Coslada (Área 2)	90
- La Elipa	- D. Gral. de S. Sociales	Área 4	90
- Los Cármenes	- D. Gral. de S. Sociales	Área 11 (menos distrito de Arganzuela)	90
- Martínez Campos	- D. Gral. de S. Sociales	Área 6 y Distrito de Chamberí (Área 7)	90
- Getafe	- D. Gral. de S. Sociales	Área 10	90
- Vázquez de Mella	- D. Gral. de S. Sociales	Distritos de Centro y Latina (Área 7) y Distrito de Arganzuela (Área 11)	90
- Retiro	- D. Gral. de S. Sociales	Área 1 (menos distrito de Arganda)	85
- Arganda	- D. Gral. de S. Sociales	Área 1	80
	<i>Consejería de Sanidad</i>		
- I. Psiq."José Germain"	- S. Regional de Salud	Áreas 8 y 9	96
- San Enrique	- S. Regional de Salud	Áreas 2 y 5	64
TOTAL PLAZAS			865

**TABLA 15: CENTROS DE DÍA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
	<i>Consejería de Sanidad</i>		
- Hortaleza	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Hortaleza	25
- Alcobendas	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Alcobendas	12
- Colmenar Viejo	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Colmenar Viejo	20
- Móstoles	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Móstoles	30
- Tetuán	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Tetuán	20
- Coslada	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Coslada	25
- Alcorcón	- Servicio Regional de Salud	Distrito de Alcorcón	20
TOTAL PLAZAS			152

**TABLA 16: CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL
EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
	<i>Consejería de Servicios Sociales</i>		
- Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida"	- D. Gral de S.Sociales	Áreas 1,2,3 y 4	50
- Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella"	- D. Gral de S.Sociales	Áreas 7,10 y 11	50
- Centro de Rehabilitación Laboral "AFAP-Pedrezuela"	- D. Gral de S.Sociales Consejería de Sanidad	Áreas 5 y 6	40
- Talleres y Hábitos Laborales. Centro Rehábil. "San Enrique"	- Servicio Regional de Salud	Áreas 2 y 5	48
- Talleres de Rehabilit. Laboral Instituto Psiqu. "José Germain"	- Servicio Regional de Salud	Áreas 8,9 y 10	60
TOTAL PLAZAS			248

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

**TABLA 17: RECURSOS DE ALOJAMIENTO PROTEGIDO
EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
(AÑO 2000)**

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
	<i>Consejería de Servicios Sociales</i>		
- Mini-Residencia "Retiro"	- D. Gral. Ser. Sociales	Áreas 1 y 2 (menos distrito Coslada)	22
- Mini-Res "Carabanchel"	- D. Gral. Ser. Sociales	Áreas 11 y 7	24
- Mini-Residen. "Aravaca"	- D. Gral. Ser. Sociales	Área 4, distritos Tetuán y Fuencarral (Área 5) y distrito Moncloa (Área 6)	30
- Mini-Res. "Alcalá de H."	- D. Gral. Ser. Sociales	Área 3	9
- Mini-R. "Navalcarnero"	- D. Gral. Ser. Sociales	Áreas 8, 9 y 10	18
- Mini-Residencia "Río Sil-Alpedrete"	- D. Gral. Ser. Sociales	Distritos de Majadahonda y C. Villalba (Área 6)	15
- Mini-Res "Ceteva-Cobeña"	- D. Gral. Ser. Sociales	Distritos Alcobendas y Colmenar V. (Área 5) y distrito Coslada (Área 2)	10
TOTAL PLAZAS			128

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
- Programa A.R.Co.	- S. Regional de Salud	Todas las Áreas	13

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
	Consejería de Sanidad		
- 6 Pisos Leganés	- Servicio Regional de Salud	Áreas 8, 9 y 10	19
- 2 Pisos Móstoles	- S.R.S y Ayto. de Móstoles	Área 8	4
- 1 Piso Tetuán	- Servicio Regional de Salud	Área 5	4
- 1 Piso Alcalá de Henares	- Servicio Regional de Salud	Área 3	4
- 1 Piso Centro	- Servicio Regional de Salud	Área 7	1
- 1 Piso Ciudad Lineal	- Servicio Regional de Salud	Área 4	3
- 2 Pisos Barajas	- Servicio Regional de Salud	Área 4	6
- 1 Piso Hortaleza	- Servicio Regional de Salud	Área 4	3
	Consejería de Servicios Sociales		
- 1 Piso Carabanchel	- D. Gral. de S. Sociales.	Área 11	4
- 1 Piso Villaverde	- D. Gral. de S. Sociales.	Área 11	4
- 1 Piso Vallecas	- D. Gral. de S. Sociales.	Área 1	3
- 1 Piso Moratalaz	- D. Gral. de S. Sociales.	Área 1	4
- 1 Piso Vallecas Villa	- D. Gral. de S. Sociales.	Área 1	4
- 1 Piso Latina	- D. Gral. de S. Sociales.	Área 7	4
TOTAL PLAZAS			67

TIPOLOGÍA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	SECTORIZACIÓN	PLAZ
	Consejería de Servicios Sociales		
- 3 pensiones concertadas	- D. Gral. De S Sociales	Área 7	11

(Datos: "Memorias de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental de Madrid. Año 2000")

3.6. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL SANITARIA

3.6.1. Atención Primaria de Salud

Uno de los hechos más característicos del proceso de desarrollo de la Asistencia Psiquiátrica en el ámbito de la Comunidad de Madrid, ha sido su acercamiento a la realidad asistencial de la Atención Primaria.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN ACTUALES

En el nivel regional no hay en la actualidad mecanismos formales de coordinación con Atención Primaria.

En el nivel de Área, el Gerente de Atención Primaria acude a los Comités de Enlace de Área, lo que sirve de mecanismo de coordinación.

Es en el nivel de Distrito Sanitario donde se produce la coordinación. El grado de estructuración de esta coordinación depende de cada Distrito Sanitario, siendo en unos una coordinación organizada y continua y en otras coordinaciones puntuales cuando algún caso lo requiere.

3.6.2. Servicios Sociales y Comunitarios

La Ley General de Sanidad resalta la integración de la Atención Psiquiátrica y la coordinación de la Atención Psiquiátrica con los Servicios Sociales.

En esta línea la Comunidad de Madrid ha ido articulando diferentes coordinaciones con múltiples Organismos y Servicios que atienden a los colectivos o grupos de población usuaria de los Servicios de Salud Mental (niños, enfermos crónicos, personas mayores con trastornos psiquiátricos, etc).

Es en el campo de la Rehabilitación y en el de la Reinserción Social donde se produce la mayor interrelación entre los dos sistemas. Como en todo el ámbito del Sistema Sanitario existe una cierta imprecisión de los límites con los Servicios Sociales, más acusada aún en el caso de la Asistencia Psiquiátrica. En ocasiones no están bien delimitadas las competencias sobre los recursos o aún las competencias de “funciones” de cada uno de los sistemas de atención.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN ACTUALES:

- A nivel regional, existe coordinación entre el Departamento de Salud Mental y el Servicio de Atención a Colectivos Especiales de la Consejería de Servicios Sociales. Además se llevan a cabo coordinaciones puntuales con los distintos programas.
- La coordinación que se da en el nivel de Área cambia bastante dependiendo del Área Sanitaria de que se trate. En algunas hay coordinación con los servicios sociales municipales.
- Lo mismo ocurre en el nivel de distrito, donde la estructuración de la coordinación cambia mucho de unos distritos a otros, existiendo en algunos casos coordinaciones muy estrechas y otros coordinaciones puntuales.

3.7. OTRAS COORDINACIONES INSTITUCIONALES

3.7.1. Instituciones Judiciales

Las relaciones con la Judicatura no se plantean sólo en relación a los pacientes “inimputables”, sino en relación a una serie de demandas tales como:

- La solicitud de intervención para peritación, por parte de psiquiatras y psicólogos, ante diversas causas.
- Las solicitudes de intervenciones específicas de profesionales, los cuales deben desplazarse para valorar a una persona en su domicilio.
- Indicaciones de atención hospitalaria con respecto a pacientes con trastorno mental.

3.7.2. Instituciones Penitenciarias

Las relaciones con Instituciones Penitenciarias se establecen, en determinados programas por la necesidad expresada de apoyo de la Red a los internos que precisan servicios específicos de Salud Mental.

La atención especializada psiquiátrica se prestará en las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias, actualmente quedan dos centros de estas características en España,

uno en Fontcalent (Alicante), y otro en Sevilla, calificadas como centros especiales diseñados para el cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.

El tratamiento de los internos deberá continuar, si así fuera necesario, una vez haya sido cumplida la pena, fuera del sistema penitenciario. Para ello, la Administración Penitenciaria solicitará la colaboración de otras administraciones públicas, con competencias en la materia, para asegurar esa continuidad de la asistencia y tratamiento, favoreciendo la integración de los enfermos en sucesivos programas de rehabilitación o en las estructuras intermedias existentes en el modelo de atención a la Salud Mental.

Las competencias sanitarias de la Administración Penitenciaria están delimitadas con respecto a las Administraciones Sanitarias, si bien, se prevé la colaboración entre ambas, especialmente en la garantía de la continuidad de la asistencia psiquiátrica, una vez los pacientes son puestos en libertad.

3.7.3. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Este organismo autónomo tiene entre sus competencias la intervención en las situaciones de abandono, maltrato o conductas severamente desviadas de los menores residentes en la Comunidad de Madrid, por lo que con frecuencia demanda servicios de asistencia a los SS.S.M.

3.7.4. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

A este organismo autónomo corresponden las actividades de prevención y asistencia a los drogodependientes en la Comunidad de Madrid, por lo que es necesario establecer con él una coordinación fluida y eficaz para dar respuesta al problema que plantean los pacientes con patología “dual” (aquellos que presentan trastornos psiquiátricos graves y adicción a drogas). También se realizará esta coordinación con los Centros de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento.

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA Y LA INVESTIGACIÓN EN ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL (2000-2001)

4.1. FORMACIÓN CONTINUADA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Actualmente existen cuatro organismos para la Formación Continuada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid: **Servicio de Formación e Investigación de la Consejería de Sanidad; Instituto Madrileño de Administraciones Públicas (IMAP)**, con oferta docente para los profesionales de la Comunidad de Madrid ; **Departamento de Salud Mental**, donde existe un Coordinador de Formación Continuada (sus funciones se centran en la detección de necesidades, en la centralización de los recursos y en el establecimiento de un Plan de Formación), existiendo asimismo un responsable del tema en cada una de las áreas (cuyo planteamiento debe orientar las necesidades de formación de la misma), y por último, el **Centro Universitario de Salud Pública**.

Así mismo, los dos hospitales monográficos realizan sus propios cursos de formación debido a que disponen de financiación propia.

4.2. INVESTIGACIÓN APLICADA Y EVALUATIVA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

La situación de esta actividad es desigual en el ámbito de la Red de Salud Mental y prácticamente no existe en el ámbito de los Servicios de Salud Mental, en los que a veces se aduce, entre otras razones, que la presión asistencial no deja tiempo disponible para la investigación. No se utiliza la información disponible de los registros de salud mental para la realización de trabajos relacionados con la epidemiología clínica y la determinación de las necesidades de la población. Puede decirse que, salvo excepciones, no hay hábito de investigación.

A nivel hospitalario, sobre todo cuando está relacionado con el ámbito universitario, se realizan con más frecuencia tesis doctorales y publicaciones científicas. Este tipo de actividad está regulada de forma similar a la del resto de la Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público.

Tanto el Hospital Psiquiátrico de Madrid como el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental “José Germain” disponen de Unidades de Investigación.

5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD EN ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL ACTUAL (2000-2001)

5.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

5.1.1. Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos

Existe un Sistema de Información para la Red Integrada de Salud Mental, centralizado en el Departamento de Salud Mental que consiste básicamente en un Registro Acumulativo de Casos, implantado en el año 1987. La existencia de este registro acumulativo de casos ha permitido el desarrollo de una cultura entre los profesionales de registro de datos, tanto de los pacientes como de la actividad asistencial desarrollada, la existencia de bases de datos de los pacientes tratados en cada uno de los Servicios de Salud Mental de los Distritos y el conocimiento de la actividad realizada durante un período de tiempo en cada uno de los Distritos. Además se han desarrollado unos indicadores de actividad que toman como referencia la población y se han posibilitado las comparaciones entre los distritos.

Los dos hospitales psiquiátricos, Hospital Psiquiátrico de Madrid y el Instituto “José Germain”, disponen, además, del Sistema de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid (SISCAM), como el resto de hospitales de la Comunidad. A ello hay que añadir información de actividad y utilización de los recursos que se recoge en los sistemas específicos de cada hospital del INSALUD.

El Departamento de Salud Mental ha diseñado a lo largo de los últimos años, un nuevo sistema de Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) basado en el Proceso Asistencial, que prevé:

- La interconexión entre los diferentes dispositivos asistenciales de la Red Integrada de Salud Mental (RISM), Utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10).
- Un protocolo de calidad externa,
- Una mayor versatilidad en la explotación de los datos, tanto para la gestión como para la investigación, y
- Un acceso regulado y jerarquizado para los profesionales de la red, desde cualquier punto del sistema.

La problemática relacionada con la viabilidad, implantación y el desarrollo del citado Sistema se contemplará en el marco de su integración o no en otros sistemas de información de la que será Red Única de Utilización Pública.

5.2. ACREDITACIÓN, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD

5.2.1. Política de calidad

No existe un Plan de Calidad específico de la Red Integrada de Salud Mental (RISM).

El INSALUD establecía objetivos para sus hospitales, pero no estaban diferenciados para la Atención Psiquiátrica y la Salud Mental.

No existe un sistema de calidad, ni desde el punto de vista de la calidad científico-técnica, a partir de la definición de estándares realizada por los propios profesionales, ni en base a la calidad percibida a partir de la satisfacción manifestada por los usuarios del sistema o ciudadanos.

5.2.2. Acreditación y evaluación de servicios

No existen normas de acreditación específicas de los servicios de la RISM, excepto las utilizadas por el Sistema Sanitario para

- la acreditación docente y
- las normas existentes sobre la estructura física de los dispositivos, como las que hacen referencia a las condiciones de estructura de las Unidades de Hospitalización Breve de los hospitales generales.

La pertinencia del establecimiento de normas de acreditación está justificada como instrumento para garantizar los servicios que se prestan por la RISM, dado que para evaluar los mismos se requiere un proceso de acreditación previo. Se entiende que dentro del sistema deben caber también los servicios concertados. El sistema debe dirigirse tanto a la estructura como a los procesos y resultados.

El Departamento de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, ha realizado un diseño preliminar del Sistema, fundamentado en el establecimiento de las normas por este organismo y el ejercicio de las funciones por otro independiente como puede ser el Servicio de Autorización y Acreditación dependiente de la Dirección General Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

III. MODELIZACIÓN BÁSICA DEL PLAN QUE SE PROPONE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL

1. UBICACIÓN LEGAL, NORMATIVA Y POLÍTICA ADMINISTRATIVA

Al desarrollar un Modelo Integrado de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental es necesario establecer los elementos normativos y de intervención político-administrativa de los que se partirá para fundamentar la estructura asistencial. Nos referimos a:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad (LGS),
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)
- Las Directivas de la Unión Europea y otras normativas de los países de nuestro entorno.

1.1. LEY GENERAL DE SANIDAD, MARCO DE REFERENCIA ESTATAL

1.1.1.- Principios generales

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (Título I, Cap. I, Art. 3.1).
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva. (Título I, Cap. I, Art. 3.2).
3. Las Administraciones Sanitarias estarán orientadas a promover, entre otras acciones, las necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente (Título I, Cap. I, Art.6.5).

1.1.2.- De la Salud Mental

1. Se plantea la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que demandan servicios sanitarios y sociales (Título I, Cap. III. Art. 20). Sobre esta base las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:
 - La atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos ambulatorios y de hospitalización parcial que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
 - La hospitalización de los pacientes se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
 - Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para la atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
 - Se cubrirán, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.
2. Se considerarán de modo especial los problemas referentes a la Psiquiatría Infantil y la Psicogeriatría (Título I, Cap.III. Art.20.1).

1.1.3.- De las Áreas de Salud

1. Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos (Título II, Cap.III. Art. 56.2).
 - Un aspecto clave derivado de la estructuración del trabajo por equipos asistenciales, Actividades o Programas es la continuidad de cuidados al paciente, que es, junto a la equidad de la carga de trabajo entre los profesionales, el punto de partida para promover cualquier política de calidad en este campo de la Salud.

2. La Ley habilita un órgano que debería asumir las responsabilidades y funciones relacionadas con la dirección en política sanitaria del Área, dentro de las normas y prescripciones establecidos desde la Administración Autonómica. Se trata del Consejo de Dirección del Área (Título II, Cap. III. Art. 59.1).
3. La tendencia a la autonomía y control administrativo de gestión de las Áreas se manifiesta claramente en la misma Ley (Título II, Cap. III Art. 69), abogando por la implantación de la "dirección participativa por objetivos".

1.1.4.- Calidad, Evaluación y Control de Gestión

1. De forma genérica la Ley de Sanidad propone implantar Sistemas de Evaluación de calidad asistencial, oídas las sociedades científicas sanitarias (Cap. III. Art. 69)
 - a) La evaluación de la calidad deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades realizadas en el seno del Sistema Nacional de Salud (Título II, Cap. III. Art. 69.2).
 - b) Los Hospitales deberán disponer de Unidades específicas de control de calidad externo (Título II, Cap. III. Art.69.3).

PRINCIPIOS BÁSICOS APLICABLES A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y A LA SALUD MENTAL DESDE LA LEY GENERAL DE SANIDAD: RESUMEN

- 1. Integración en el Sistema sanitario general**
- 2. Integración de recursos en una sola red**
- 3. Desarrollo de actividades en el ámbito de la comunidad**

1.2. LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (LOSCAM), MARCO DE REFERENCIA REGIONAL

El 20 de diciembre de 2001 fue aprobada la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), bajo el horizonte de las transferencias en materia sanitaria desde la Administración Central a la Autonómica.

1.2.1.- Administración Directa

1. La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), supone la introducción de importantes novedades en el marco legislativo sanitario aplicable a esta Comunidad:
 - a) Supone la primera intención legislativa de la Comunidad Madrid en materia sanitaria según lo dispuesto en la Constitución, Estatuto de Autonomía y LGS.
 - b) Se establece la separación de las funciones de financiación, de aseguramiento, de compra y de provisión de servicios sanitarios.
 - c) Es una ley que coloca al ciudadano en el centro del Sistema, garantizando su participación y buscando la humanización de la asistencia.
 - d) Surgen en la misma una serie de conceptos de naturaleza sanitaria cuya redacción primigenia se encuentra en la Ley General de Sanidad. Entre ellos destacan:
 - Sistema Sanitario,
 - Sistema Sanitario de la Comunidad Madrid
 - Área Sanitaria¹
 - Distrito Sanitario
 - Zona Sanitaria
 - Actuación Sanitaria.
 - e) Se regulan los derechos y deberes sanitarios de los ciudadanos .
 - f) Se atribuyen y distribuyen competencias en materia sanitaria entre sus órganos: Consejo de Gobierno y Consejería de Sanidad.

1 (*) Debe indicarse que en la LGS se denominan Areas de Salud

- g) Aparecen otras figuras jurídicas y conceptos de distinto tipo que resaltan el carácter marcadamente innovador de la LOSCAM, en concreto:
- Agencia Sanitaria: encargada de auxiliar al administrado en la gestión de trámites administrativo-sanitario
 - Defensor del Paciente: gestor de quejas, reclamaciones y sugerencias relativas a derechos y obligaciones de los pacientes
 - Participación Social, Institucional y Civil de los ciudadanos de la Comunidad Madrid en la política sanitaria y en la actividad de organismos público.
 - Salud Pública provista de funciones necesarias para la protección de salud colectiva de la población. Se enfatiza en la idea de "vigilancia"
 - Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid
2. Por último, debe mencionarse la Red Sanitaria Única de Utilización Pública integrada por todos los proveedores sanitarios públicos y privados que previa acreditación y concertación, puedan prestar servicio al sistema público. Esta Red se desarrollará reglamentariamente.

1.2.2.- Administración Institucional (indirecta)

1. OBJETO

El objeto de esta ley es no sólo la ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid sino también la regulación general de todas las acciones que permitan, a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

2. PRINCIPIOS RECTORES: algunos de los principales son:

- a) Orientación del Sistema a los ciudadanos

-
- b) Concepción integral del Sistema Sanitario
 - c) Concepción integrada de los dos niveles de atención: primaria y especializada
 - d) Universalización de los Servicios sanitarios
 - e) Equidad en las condiciones de acceso a la Red Sanitaria
 - f) Adecuación de las prestaciones sanitarias a las del Sistema Nacional de Salud
 - g) Promoción del interés individual, familiar y colectivo por la salud
 - h) Descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios
 - i) Separación de las funciones de autoridad, aseguramiento, compra y provisión de servicios.
 - j) Racionalización, eficacia, simplificación, eficiencia y humanización de la organización sanitaria
 - k) Calidad y seguridad de los servicios sanitarios
 - l) Participación de la sociedad civil en la formulación de la política sanitaria.
 - m) Participación y responsabilidad de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización, planificación y gestión de los recursos.
 - n) Prioridad en promoción salud y prevención enfermedades

3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza funcional y territorialmente en Áreas Sanitarias.

La ley establece la separación de las funciones de autoridad, aseguramiento, compra y provisión. Los organismos encargados de cada una de estas funciones son:

- a) La **Autoridad Sanitaria** corresponde a la Consejería de Sanidad (Art.9).
- b) El **Aseguramiento**, que se desarrolla a través de las Agencias Sanitarias, que son servicios administrativos que tienen como función facilitar al ciudadano la gestión de trámites relacionados con la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid. (Art. 31)
- c) La **Compra de servicios**, que corresponde al Servicio Madrileño de Salud:
 - Definición del catálogo de procesos y servicios del Servicio Madrileño de Salud.
 - Adecuada asignación de los recursos presupuestarios. Para ello se elaborará anualmente un programa de Asignación por Objetivos Sanitarios.
 - Coordinación de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.
 - Compra de servicios sanitarios para cubrir las necesidades de la población.

El Servicio Madrileño de Salud debe asegurar la optimización de la calidad y la modernización de los servicios, según criterios de planificación y evaluación continuada.

- d) La **Provisión de servicios** corresponde al Instituto Madrileño de Salud, por medio de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, constituida por todos los servicios asistenciales financiados públicamente .

4. PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS

Considerando al ciudadano como el centro del sistema sanitario, se definen tanto sus derechos como sus deberes, destacando entre los primeros el derecho a la información, a la decisión y a la confidencialidad. Los deberes del ciudadano se centran en el adecuado uso de recursos y el seguimiento de las normas, creando así un marco de responsabilidad.

Para asegurar el cumplimiento de estos derechos se crea la figura del Defensor del Paciente, órgano consultor de la Administración Sanitaria encargado de gestionar las quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a las cuestiones relativas a derechos y obligaciones de los pacientes (Art.36).

Con el objeto de posibilitar la participación ciudadana dentro del Sistema Sanitario, se crea el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid y Los Consejos de Salud de Área que tienen facultades consultivas y de asesoramiento (Art. 41).

PRINCIPIOS BÁSICOS APLICABLES A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y LA SALUD MENTAL DESDE LA LOSCAM: RESUMEN

1. Ciudadano como centro del sistema sanitario
2. Separación de funciones: aseguramiento, compra y provisión (determinará la transformación del Departamento de Salud Mental en la Oficina Regional para la Coordinación de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental)
3. Integración de la Salud Mental en Atención Especializada
4. Gestión según los principios de evaluación continua y mejora de la calidad
5. Se potenciarán los recursos ambulatorios, la hospitalización parcial y la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales
6. La integración de los recursos proveedores del extinto SRS y del extinto INSALUD en la Red Única de Utilización Pública, convierte la antaño denominada Red Integrada de Salud Mental en una Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental

1.3. NORMATIVAS Y PROPUESTAS EN EUROPA, MARCO DE REFERENCIA SUPERIOR

La Atención Pública Psiquiátrica y de Salud Mental en los países europeos busca de forma homogénea:

- a) Asegurar el acceso a la salud mental a todas las personas con trastornos psiquiátricos;
- b) Avanzar en el conocimiento de los factores de los riesgo;
- c) Establecer las bases de una acción preventiva.

Lo que no resulta tan claro es cómo la actual política de la UE podrá alcanzar estos objetivos. En esta misma línea en los últimos años se ha puesto de manifiesto el impacto de los trastornos mentales en términos de discapacidad y de mortalidad. Estas enfermedades representan el 8% de todos los años de vida perdidos, en comparación con el 9% de las enfermedades respiratorias y con el 5% de las patologías cancerosas.

LAS REFORMAS DE LA SALUD MENTAL Y SUS LIMITACIONES EN EUROPA

Todos los países de la UE han coincidido en avanzar en lo que se ha venido denominando la era 'post -asilo' en el cuidado de la salud mental, caracterizado fundamentalmente por:

- ✓ Organización de los servicios psiquiátricos de acuerdo con los principios de la sectorización.
- ✓ Una progresiva reducción del número de camas de larga estancia.
- ✓ La creación de Unidades Psiquiátricas dentro de los hospitales generales.
- ✓ La participación de los ciudadanos y de las asociaciones de enfermos mentales en los Planes de Salud Mental.
- ✓ El establecimiento de un sistema de cuidados comunitarios donde se integren dispositivos de diferentes administraciones sanitarias (Estatales, autonómicas, etc).

Las medidas u objetivos estratégicos contempladas en diferentes normativas legales de los países de la UE se concretan en los siguientes apartados:

- A) Reducción en el número de camas psiquiátricas de larga estancia.
- B) Reducción de las admisiones involuntarias.
- C) Desarrollo de unidades psiquiátricas en hospitales generales.
- D) Establecimiento de centros de salud mental comunitarios.
- E) Mejora de la coordinación entre servicios hospitalarios y extrahospitalarios.
- F) Sectorización de servicios.

A pesar del acuerdo en los objetivos estratégicos normativos, sin embargo, el progreso hacia su implantación ha sido generalmente bajo, y las diferencias de desarrollo entre los países han persistido.

2. BASES CONCEPTUALES DEL MODELO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

2.1 PRINCIPIOS GENERALES DE BASE NORMATIVA

El modelo de Atención Psiquiátrica y Salud Mental que se propone en este Plan de Salud Mental se apoya en unos principios generales o bases conceptuales que van a servir de referencia para la construcción del sistema de atención que se propone.

En primer lugar se tendrán en cuenta aquellos principios relacionados con la normativa vigente (Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Directivas de la Unión Europea), posteriormente los relativos a modelo de Atención propuesto y a continuación los relacionados con la estructura y el funcionamiento de la organización de la atención.

2.2 PRINCIPIOS GENERALES DEL MODELO

Están definidos en la legislación vigente y pueden resumirse en los siguientes:

- Carácter **público y universal** de la asistencia.
- **Equidad y accesibilidad** de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid al Sistema Público de Salud.
- El **ciudadano** se define como el **centro del sistema**.
- Concepción **integral** de la asistencia psiquiátrica desde una perspectiva sanitaria, incluyendo actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de rehabilitación de las discapacidades.
- Ordenación de la asistencia sanitaria en **dos niveles**: Atención Primaria y Atención Especializada.

- **Integración** de la asistencia psiquiátrica en la **asistencia sanitaria general** como una especialidad médica más.
- **Integración de todos los recursos** públicos destinados a la atención psiquiátrica y de salud mental.
- Pertenencia de la atención psiquiátrica a la **Atención Especializada**, siendo el eje de la asistencia la Atención Ambulatoria donde habitualmente se realiza la mayor parte de la actividad asistencial que recibe el enfermo.
- **Distribución racional de recursos**, planificándolos en función de las necesidades.
- **Gestión descentralizada** de los recursos.
- Facilitación de las acciones en el **ámbito comunitario**.
- Atención **territorializada**, con arreglo a la zonificación sanitaria, definiéndose el Área sanitaria como la unidad asistencial básica del sistema.
- **No discriminación** del enfermo mental, equiparándolo con cualquier otro tipo de enfermo.
- La hospitalización psiquiátrica debe realizarse en **Hospitales Generales**.
- Necesidad de desarrollar los servicios de **Rehabilitación Psicosocial** y promover la Reinserción Social, con la necesaria coordinación con los Servicios Sociales.
- Converger con el resto de la Atención Especializada en Sistemas de Información únicos.
- La **formación** de los profesionales **y la investigación** se definen como funciones básicas del sistema.
- Desarrollo de una sistema de **gestión de la calidad**.
- Coordinación preferente con Atención Primaria y Servicios Sociales, pero manteniendo una **clara delimitación de funciones y recursos**.

2.3. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO

- **Integral**, porque integra los aspectos psicosociales y biológicos de la Medicina dando respuesta a las necesidades del paciente y su familia.
- **Global**, que favorezca la coordinación con otros recursos de la comunidad (sociales, educativos, jurídicos, etc)., pero manteniendo claros límites con ellos.

- Insertado en la **comunidad**, de tal forma que sólo en situaciones excepcionales se procederá a la separación paciente de su medio habitual.
- **Interdisciplinar**, favoreciendo la creación de equipos multidisciplinares, con diferentes enfoques profesionales, en un ambiente de colaboración y de intercambio de opiniones e ideas. Si bien, se impulsará una ordenación y estructuración de la actividad que respete las competencias profesionales de cada miembro del equipo .
- **Territorializado**, considerándose la unidad básica de actuación, gestión y referencia el Área Sanitaria.
- Con un funcionamiento **integrado** en cuanto a las actuaciones de los dos niveles de la atención sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada) y, también, en lo relativo a la actuación de los recursos de otras Administraciones que también tienen competencias sanitarias y que no han sido transferidas (Ayuntamiento de Madrid).
- La Atención Psiquiátrica como una especialidad médica más forma parte plena y totalmente de la **Atención Especializada**, conservando las características que le son propias especialmente las referentes a Rehabilitación Psicosocial.
- La **continuidad de la asistencia** en todo el proceso de tratamiento de un paciente se constituye en uno de los principios rectores del modelo.
- El desarrollo e implantación de **Sistemas de Información** homologados y de Sistemas de evaluación y acreditación de centros y servicios, que permitan una gestión y organización adecuadas para el cumplimiento de las funciones asignadas.
- La **Formación Continuada** de los profesionales, y la **Investigación** se consideran estratégicas en el desarrollo del sistema asistencial.

- | | |
|---|--|
| · Integral | · Continuidad asistencial |
| · Global | · Sistemas de evaluación y acreditación |
| · Insertado en la Comunidad | · Sistema de Información único |
| · Interdisciplinar | · Formación Continuada |
| · Territorializado | · Líneas de Investigación prioritarias |
| · Integrado | |
| · En el nivel de la Atención Especializada | |

2.4. PROPUESTA DE OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD MENTAL

2.4.1. *Objetivos Generales*

- Garantizar la **universalidad, la equidad y la igualdad** en el acceso a las prestaciones de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a las personas que padecen trastornos mentales.
- **Consolidar la Red Única** de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
- Establecer y desarrollar el **principio de separación de las funciones** de compra (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental) y provisión de servicios (Red Única de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental).
- **Integración plena** de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental **en la Atención Especializada** tanto en el nivel asistencial, organizativo, de sistemas de información, de infraestructuras y de recursos humanos.
- **Descentralizar la gestión** de los Servicios al Área Sanitaria en primer lugar y en segundo término a los distritos.
- Promover la **promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales** en los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.
- Establecer políticas de **calidad y acreditación** de Proyectos, Programas, Servicios y Dispositivos.
- Potenciar la **Formación e Investigación** en este campo.
- Fomentar la **participación** de los ciudadanos y de los profesionales.

2.4.2. *Objetivos Específicos*

- Categorizar el **Área Psiquiátrica dentro de las Áreas de Especialidad** que para la Gestión define el Instituto Madrileño de la Salud, en el mismo nivel que las Áreas Médica, Quirúrgica, Obstétrica, Pediátrica y de Cuidados Intensivos. La consecución de esta categoría de Área Psiquiátrica consolidaría la integración en Especializada y a su vez mantendría una consideración especial a las peculiaridades de este campo de la Sanidad.

-
- Delimitar la **organización jerárquica y funcional** de los profesionales de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, de acuerdo con sus niveles de responsabilidad.
 - Establecer los mecanismos que garanticen la coordinación de Servicios y Dispositivos necesaria para garantizar la **Continuidad Asistencial** en todo el proceso de cuidados de la persona afecta de un trastorno mental.
 - Establecer la **Cartera de Servicios** de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
 - Potenciar la prevención y atención de los trastornos mentales de la población **de niños y adolescentes.**
 - Potenciar la prevención y atención de los trastornos mentales de la población **de personas mayores.**
 - Potenciar la **prevención y la rehabilitación de las discapacidades** asociadas al padecimiento de un trastorno mental grave.
 - Potenciar la **prevención y atención de determinados trastornos mentales** que por diversas circunstancias merecen una consideración específica (Patología Dual, Alcoholismo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc.).
 - Potenciar la prevención y atención de **personas en situación de riesgo** de padecer un trastorno mental (personas excluidas socialmente, recién nacidos de alto riesgo, emigrantes, etc.)
 - Desarrollar mecanismos que faciliten la **participación de los ciudadanos** en las políticas sanitarias relacionadas con la Atención Psiquiátrica y la Salud Mental.
 - Potenciar la **coordinación entre las diversas instituciones** implicadas en la atención a las personas con trastornos mentales, en especial con las relacionadas con el soporte social y la reinserción laboral de estas personas.
 - Desarrollar mecanismos que faciliten la **participación y responsabilidad de los profesionales** en las decisiones de la organización, planificación y gestión de los recursos, de acuerdo con lo establecido en la LOSCAM.

2.4.3. *Objetivos Operativos*

- Desarrollar **estándares de dotación de medios y de recursos humanos** para cada tipo de Servicio y/o Dispositivo, así como criterios para la Acreditación y homologación de los mismos.
- **Redistribución de los recursos** dentro de cada Área Sanitaria de acuerdo con los principios establecidos en la Ley General de Sanidad (eficacia, celeridad, economía y flexibilidad) y en la LOSCAM (descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los Servicios Públicos).
- Adoptar las **Herramientas de Gestión propias de la Atención Especializada** para facilitar la integración en este nivel asistencial.
- Establecer **Contratos Sanitarios**, de carácter anual, con cada una de la Áreas Sanitarias en el marco del resto de la Atención Especializada.
- **Crear las estructuras organizativas y funcionales** necesarias para la gestión de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, tanto en el nivel regional como de Área
- Definir **los criterios básicos** para el desarrollo de la Atención **de niños y adolescentes**.
- Definir los criterios básicos para el desarrollo de la Atención a las **Personas Mayores**.
- Definir los criterios básicos para la atención de **determinados trastornos mentales** que por diversas circunstancias merecen una consideración específica (Patología Dual, Alcoholismo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc.).
- Definir los criterios básicos para la prevención y la atención de **personas en situación de riesgo** de padecer un trastornos mental (personas excluidas socialmente, recién nacidos de alto riesgo, ,etc.)
- Desarrollar Planes de Acreditación de Servicios, que garanticen niveles mínimos de eficiencia, efectividad y calidad en la provisión de Servicios.
- Desarrollar **Sistemas de Información homologados**.

-
- Establecer los **Acuerdos, Convenios o Conciertos** necesarios para la integración de los recursos dependientes de Administraciones no transferidas (Ayuntamiento de Madrid). Se creará un Comité de Seguimiento de los Convenios suscritos.
 - Establecer, con carácter anual, un **Plan de Formación Continuada** para los profesionales de la Red Única de Atención Psiquiátrica y Salud Mental.
 - Establecer, con carácter anual, las **prioridades en materia de Investigación**, por medio de un Plan Específico.

3. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

3.1. SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN

3.1.1.- Hospitalización Breve

- OBJETIVOS

- 1 Atender las necesidades en materia de salud mental de los individuos que necesiten ingresar en las Unidades de Hospitalización Breve.
- 2 Mantener una adecuada coordinación con otros dispositivos de salud mental, de forma que no se pierda la continuidad asistencial de cuidados.
- 3 Desarrollar, implantar y evaluar protocolos asistenciales que aseguren la calidad de la asistencia de los pacientes ingresados.
- 4 Optimizar las estancias medias para asegurar una correcta estabilización psicopatológica de los pacientes ingresados en estas Unidades. Los objetivos de estancia media para la hospitalización psiquiátrica serán tratados de forma diferenciada respecto a los objetivos de otras especialidades médicas hospitalarias.
- 5 Desarrollar líneas de formación e investigación en esta área de la psiquiatría.

- RECURSOS

- En los países de nuestro entorno se acepta como referencia la existencia de 12 camas por cada 100.000 habitantes mayores de 17 años.
- En el nivel de cada área sanitaria deberá existir, al menos, una Unidad de Hospitalización Breve en el Hospital General de referencia, sin menoscabo de que la provisión de este tipo de camas pueda ser reforzada desde otros dispositivos hospitalarios.
- Las Urgencias Psiquiátricas deberán estar directamente vinculadas con la Unidad de Hospitalización Breve y, en el caso de que en alguna área existan varios dispositivos de Urgencias, se deberá establecer una adecuada coordinación entre dichos dispositivos.

- ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico durante la hospitalización:
 - Las vías posibles de ingreso en las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales, de los pacientes con trastorno psiquiátrico, vienen a ser equivalente a las del resto de las especialidades médicas: programado, programado por vía de urgencias y urgente.
 - El tipo de ingreso a realizar será igualmente similar en su categorización al del resto de la Atención Especializada: voluntario, involuntario y judicial.
 - Desde la unidad de Hospitalización se garantizará la continuidad asistencial al alta.
- **Actividades de coordinación:**
 - Con equipos sanitarios: Servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Distrito; Urgencias; otras Unidades de Hospitalización Breve, hospitales de cuidados de media y larga duración, Hospitales de Día y resto de Atención Especializada

-
- Con otros equipos: instancias judiciales, recursos penitenciarios, Servicios Sociales, Instituto Madrileño del Menor y la Familia, y otros agentes sociales.
 - **Actividades de Formación, Docencia e Investigación** en esta área específica.

3.1.2.- Hospitalización Parcial

Se diferencian dos tipos de hospitales de día según el grupo etario de la población que atienden.

- Hospital de día para adultos.
- Hospital de día para niños y adolescentes.

- OBJETIVOS

- 1 Evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de los pacientes derivados, hasta ser dados de alta de este dispositivo.
- 2 Actuar específicamente sobre los factores de protección y de riesgo que modulan el pronóstico del trastorno mental que padecen los pacientes en ellos internados.
- 3 Garantizar la permanencia del paciente en el medio comunitario con intervenciones que van desde la contención en crisis al cambio en profundidad.
- 4 Mejorar la organización de la asistencia mediante la puesta en marcha de protocolos asistenciales.
- 5 Establecer la coordinación y cooperación con los Servicios sanitarios y no sanitarios (Servicios sociales, Administración de Justicia, Servicios educativos) implicados en la atención a un determinado paciente.
- 6 Realizar tareas de formación continuada, así como participar en los programas de docencia de postgrado.
- 7 Desarrollar líneas de investigación en Salud Mental, especialmente en el campo de los trastornos de personalidad y en los trastornos psicóticos graves.

- RECURSOS

- Se considera necesario, al menos, un hospital de día para adultos en cada una de las áreas sanitarias.
- No se estima trascendente para la actividad ni para la gestión del dispositivo su ubicación, de tal forma que podrán estar en un Hospital General, o en un Centro Ambulatorio. Sin embargo, se intentará evitar que este tipo de dispositivo sea utilizado como forma de mera descarga asistencial directa desde la Unidad de Hospitalización Breve.
- Se asegurará la prestación de este Servicio por un equipo multidisciplinar de profesionales, que incluirá titulados superiores (Psicólogos y Psiquiatras), Enfermeras, Terapéutas Ocupacionales, etc.

- ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** de atención directa a los pacientes, así como a sus familiares si fuera preciso, en el marco de un plan de tratamiento individualizado.
 - Se establecen como **indicaciones** de ingreso: Esquizofrenia, Trastornos de Personalidad, Trastornos de Alimentación, Trastornos Afectivos y Trastornos Neuróticos Graves. Este último grupo incluye Trastornos de Pánico muy invalidantes, cuadros conversivos o disociativos graves y trastornos obsesivo-compulsivos graves.
 - Se establecen como **contraindicaciones:** Riesgo de suicidio inminente, Toxicomanías como diagnóstico principal, Trastornos Mentales Orgánicos, Retraso Mental Moderado-Grave y Conductas Disociales muy estructuradas.
 - Existirán tres tipos de **estancia:** completa, parcial diaria y parcial intermitente.
 - El **seguimiento post-alta** en el propio Hospital de Día se considera recomendable en un gran número de pacientes, con el fin de mantener la continuidad asistencial entre este dispositivo y el retorno a la atención ambulatoria especializada de Salud Mental.

-
- **Actividades de coordinación interinstitucional:** con otros servicios sanitarios y con otros servicios no sanitarios (Servicios Sociales, educativos etc) en los casos en que sea necesario.
 - **Actividades de Formación, Docencia e Investigación** en este campo específico.
 - **Actividades de Evaluación:** para la evaluación del Hospital de Día se seguirán los Criterios de Evaluación de la "Guía de Gestión para la Hospitalización de Día Psiquiátrica" (INSALUD).

3.1.3.- Hospitalización para Cuidados de Media y Larga Duración

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN:

Pacientes con trastornos mentales crónicos, mayores de 18 años y residentes en la Comunidad de Madrid, con indicación positiva de ingreso en estas unidades.

No se consideran incluidos algunos pacientes en situaciones especiales, como pueden ser pacientes con daño cerebral severo y algunos retrasos mentales con psicopatología grave, que se estima deberían ingresar en unidades específicas.

- OBJETIVOS:

1. Asistencia facultativa integral y cuidados de enfermería, en régimen de hospitalización completa.
2. Abordaje específico de cada paciente con un plan terapéutico individualizado, cuyos objetivos se pueden resumir en cuatro ejes:
 - Eje 1: Estabilización sintomática.
 - Eje 2: Contención y adecuación conductual.
 - Eje 3: Rehabilitación de déficit en el funcionamiento psicosocial
 - Eje 4: Soporte residencial.

Según la necesidad de abordar para cada paciente, diferentes áreas de intervención se distinguen dos tipos de unidades:

- **Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación:** orientadas a la asistencia de pacientes con un predominio de afectación de los ejes 1 a 3.
 - **Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados:** orientadas a la asistencia de pacientes con un déficit importante en los cuatro ejes. El acceso a este tipo de unidades se considera el último escalón asistencial, tras haber agotado otros recursos.
3. Desarrollar una atención integral, en el marco de la Red Única de Atención Psiquiátrica y a la Salud Mental, garantizando la continuidad de cuidados de los pacientes y evitando la desvinculación con su entorno sociofamiliar.
 4. Organizar la gestión de estas camas de forma territorializada, tomando como referencia el criterio poblacional para su asignación por área sanitaria. En situaciones de lista de espera muy alargada, se optimizará la utilización del recurso disponible, independientemente de su ubicación geográfica.
 5. Establecer la coordinación con los servicios de salud mental derivantes, así como con otros dispositivos sanitarios.
 6. Establecer la coordinación con las instituciones no sanitarias que sea pertinente para una atención integral de los pacientes (Servicios Sociales, Administración de Justicia, etc.).
 7. Desarrollar actividades de formación continuada.
 8. Contribuir al desarrollo de líneas de investigación en el campo de la salud mental.

- RECURSOS.

Las Unidades de Hospitalización para cuidados de media y larga duración son dispositivos integrados en la Red Única de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, y compartidos por varias Áreas Sanitarias.

Cada Unidad deberá contar con un equipo multidisciplinar, compuesto por: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores de terapia ocupacional, auxiliares de clínica; en número variable, según el aforo de camas de cada Unidad.

De manera general, por razones de eficiencia y manejo, se considera que las unidades deben tener un aforo de 20-30 camas y estar ubicadas próximas a las Áreas Sanitarias de referencia, para evitar el desarraigo familiar y social de los pacientes y favorecer la reinserción social de los mismos.

- ACTIVIDADES.

- **Actividades asistenciales:** evaluación, diagnóstico, y abordaje terapéutico mediante un plan individualizado de tratamiento.
- **Actividades de coordinación interinstitucional:** con servicios sanitarios (Centros de Salud Mental, otros servicios de Atención especializada, etc.) y no sanitarios (Servicios Sociales, Administración de Justicia etc.).
- **Actividades de Formación, Docencia, e Investigación** en este campo específico.

- ACCESO.

Se articularán los mecanismos organizativos eficaces para la gestión y asignación de este tipo de camas a nivel de área sanitaria y cuando sea preciso a nivel regional. Se facilitará la implicación directa de los equipos de atención psiquiátrica y salud mental responsables del caso.

3.2. SOBRE LA ASISTENCIA AMBULATORIA ESPECIALIZADA

La Asistencia Ambulatoria Especializada es la que soporta el seguimiento de la mayor parte de los pacientes atendidos en la Red Única de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental de nuestra Comunidad. Constituye, por tanto, la actividad asistencial más polivalente en sus objetivos y en las modalidades terapéuticas que oferta, las cuales se incluyen en la cartera de servicios prevista para este tipo de dispositivos (Ver apartado específico).

La asistencia ambulatoria se presta, fundamentalmente, en los Equipos de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental ambulatoria, que se constituyen en el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Las personas residentes en la Comunidad de Madrid que precisan y/o demandan atención específica psiquiátrica o de Salud Mental.

- OBJETIVOS

- 1.- Atender las necesidades de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la población, en el marco de la atención especializada.
- 2.- Contribuir a la promoción de la salud mental y a la prevención de trastornos mentales en el ámbito comunitario.
- 3.- Desarrollar una atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinar.
- 4.- Garantizar la continuidad asistencial en todo el proceso de tratamiento del paciente. Para ello se creará la figura del Coordinador de Cuidados y Tratamientos.
- 5.- Establecer, definir y delimitar las actividades clínico-asistenciales, diferenciándolas de otro tipo de intervenciones (sociales, etc.).
- 6.- Implantar y desarrollar políticas de calidad que aseguren la efectividad, eficiencia y eficacia en la prestación de la asistencia.
- 7.- Integrar todos los recursos públicos existentes en el ámbito ambulatorio
- 8.- Establecer políticas de formación continuada de los profesionales, así como definir y priorizar líneas de investigación.

- RECURSOS

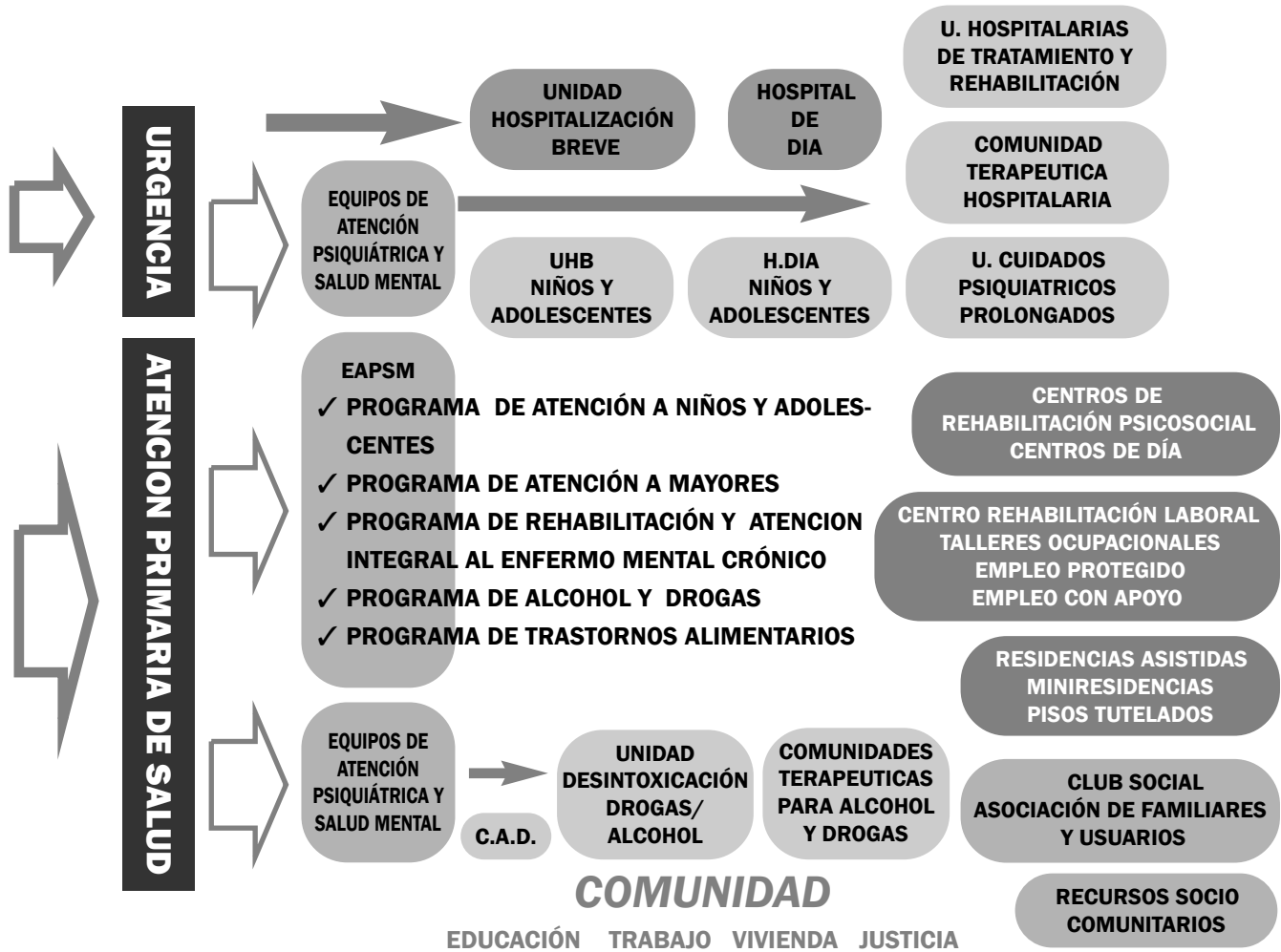
Están constituidos por los equipos multidisciplinares de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, de los cuales forman parte, al menos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y personal de apoyo administrativo. Estos equipos se organizarán diferenciando los distintos niveles de responsabilidad profesional en el trabajo con los pacientes.

Así mismo dichos equipos, en la medida de lo posible, desarrollarán su actividad en los Centros Ambulatorios de Especialidades

- ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico. Teniendo en cuenta que existen patologías que por sus peculiaridades (prevalencia, cronicidad, etc.) precisan una atención diferenciada, se protocolizará la atención de las mismas (trastornos de la conducta alimentaria, trastornos afectivos mayores, trastornos generalizados del desarrollo, etc).
- **Actividades de coordinación institucional:** con otros servicios sanitarios (Equipos de Atención Primaria, otros Servicios de Atención Especializada), sociales o de otro tipo que puedan ser de interés en cada caso particular.
- **Actividades de Formación, Docencia e Investigación**

**FLUJO DE LA DEMANDA EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



3.3. SOBRE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS

La atención a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales incluye prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, que son dispensadas por diferentes profesionales y desde distintos dispositivos. Para garantizar la atención integral de estas necesidades, se propone la articulación de una serie de actuaciones que recorren todas estas prestaciones, profesionales y dispositivos desde un equipo radicado en la atención ambulatoria de distrito y que pretende garantizar la actuación sinérgica y coordinada de los mismos a través de unos Planes de Atención Individualizados para cada paciente.

Estos planes garantizan la continuidad de las actividades llevadas a cabo en los distintos dispositivos, incluidas las actividades de rehabilitación. Esta actividad como parte del Programa de Rehabilitación que se desarrolla en cada área se regulará en la correspondiente Comisión de Rehabilitación.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- Dirigido a personas que **requieren** o se prevé que **van a requerir** el uso simultáneo o sucesivo de **diferentes recursos y dispositivos**, sea de la red de atención sanitaria o social u otros de su entorno y tienen dificultades graves para utilizarlos debido a un trastorno mental.

- OBJETIVOS

1. Garantizar que a la persona incluida en el programa se le proporcionan las **prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario** más adecuadas a su patología.
2. Establecer un **Plan de Atención Integral (P.A.I.)** e individualizado para cada paciente, en el que se especificarán los problemas a atender, los objetivos a lograr respecto a ellos, las acciones a través de las que se van a conseguir, los agentes encargados de llevarlas a cabo, los lugares en los que se van a realizar y los procedimientos y plazos en los que se va a llevar a cabo la evaluación de los resultados. El plan debe ser acordado entre el terapeuta responsable del caso, el coordinador, el paciente y cuantas personas vayan a participar en el mismo (profesionales, responsables de dispositivos, familiares, miembros de la comunidad, ...).

3. Crear la figura del **Coordinador de Cuidados y Tratamientos**, que corresponderá mayoritariamente a profesionales de enfermería y trabajo social .

3.4. SOBRE LA ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES

La Atención a Niños y Adolescentes constituye una actividad básica de la Red Única de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, cuyos fines son la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales, por medio de un programa asistencial diferenciado. Éste debe contemplar los distintos aspectos que contribuyen al bienestar del niño e integrar los recursos para una atención complementaria que evite las duplicidades, mejore los procesos e incremente la calidad de los servicios prestados.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN:

Población menor de 18 años residente en la Comunidad de Madrid.

- OBJETIVOS

- 1.- Atender las necesidades en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental de los niños y adolescentes.
- 2.- Contribuir a la promoción de la salud y a la prevención de los trastornos mentales de niños y adolescentes, en el marco de la atención comunitaria.
- 3.- Establecer, definir y delimitar las actividades clínico-asistenciales, diferenciándolas de otros campos de intervención (educativos, sociales, etc.).
- 4.- Establecer la coordinación y cooperación con los dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos que trabajen en el campo infanto-juvenil.
- 5.- Desarrollar una atención integral, llevada a cabo por un equipo multidisciplinario que provea la continuidad de cuidados. Dicha atención será realizada por la Red Única de Atención Psiquiátrica y Salud Mental.
6. Desarrollar, implantar y evaluar protocolos asistenciales que aseguren la calidad de la asistencia de los pacientes.

-
7. Procurar que los recursos humanos y de infraestructura sean los adecuados para el correcto abordaje de las patologías que lo requieran.
 - 8.- Desarrollar líneas de investigación en el campo de la Salud Mental de los niños y los Adolescentes.
 - 9.- Realizar tareas de Formación Continuada e Investigación específicas.

- RECURSOS

1.- Recursos en el nivel de Área:

- * **Equipo para atender niños y adolescentes:** deberá disponer de un equipo multiprofesional (Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera), con formación específica en este campo, incluyendo todos los recursos existentes. Aunque preferentemente se deberán integrar en cada equipo de atención ambulatoria del distrito, cabe la posibilidad que por razones demográficas se comparta este equipo por varios distritos.
- * **Interconsulta hospitalaria** de niños y adolescentes: este servicio debe estar disponible en todos los hospitales generales que atiendan a este grupo de población. Se proporcionará al personal de la formación específica y tendrá a su cargo los niños que estén ingresados en los Servicios de Pediatría debido a su patología psíquica.

Uno de los profesionales adscritos a este programa deberá realizar la coordinación del mismo dentro de cada Área. Así mismo, se recomienda que exista un referente para la coordinación de la atención a niños y adolescentes en la Oficina Regional de Coordinación de la Salud Mental.

2.- Recursos que pueden ser compartidos por varias Áreas:

- * **Hospital de Día** para niños y adolescentes: este recurso deberá disponer de tres programas de tratamiento diferenciados por edades: de 0-6, de 6-12 y de 12-17 años.
- * **Unidad de Hospitalización** breve: en los países de nuestro entorno se acepta la existencia de 5 camas por 100.000 adolescentes. Se dis-

pondrá así mismo de un número de camas suficientes para los niños menores de 12 años que no puedan ser internados en Servicios de Pediatría.

- * **Camas para la hospitalización de niños menores de 12 años**, con trastornos mentales, ubicadas en los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales.
- * **Dispositivo sociosanitario** para intervenciones y cuidados de **media duración**

Además es necesario disponer de recursos de soporte social (Minirresidencias, Hogares Alternativos, etc.).

- ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** evaluación, diagnóstico y el abordaje terapéutico. Es necesario que para determinadas patologías o situaciones con una idiosincrasia propia, se desarrollen protocolos específicos.
- **Actividades de coordinación interinstitucional:** con otros servicios sanitarios (Equipos de Atención Primaria, otros Servicios de Atención Especializada), con Servicios Sociales (Generales y Especializados, I.M.M.F), con los Equipos Educativos, con la Administración de Justicia y con otras Instituciones, en los casos en que sea necesario.
- **Actividades de Formación, Docencia e Investigación** en este campo específico.

3.5. SOBRE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Los cambios demográficos surgidos en nuestra Comunidad indican que las personas mayores representan un sector poblacional en crecimiento, con algunas necesidades específicas que deben ser contempladas en la Red Única de Atención Psiquiátrica y Salud Mental por medio de un programa asistencial diferenciado.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Las personas mayores de 65 años que necesiten atención psiquiátrica y las personas de edades inferiores que presenten trastornos mentales característicos de ese grupo etario (Demencia tipo Alzheimer y trastornos afectivos).

- OBJETIVOS

- 1.- Atender las necesidades en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental de la población de personas mayores en el marco de la atención comunitaria, lo que se realizará por medio de equipos multidisciplinares.
- 2.- Posibilitar la hospitalización en los Servicios de Geriátrica para aquellos pacientes que por su patología somática precisen un abordaje más integral, aunque el médico responsable sea un psiquiatra.
- 3.- Contribuir a la promoción de la salud y a la prevención de los trastornos mentales en personas mayores en el marco comunitario.
- 4.- Establecer, definir y delimitar las actividades clínico-asistenciales, diferenciándolas de las intervenciones sociosanitarias.
- 5.- Mantener una adecuada coordinación con los dispositivos sociosanitarios que contribuyan a mejorar la calidad de la asistencia. Para ello se dimensionarán los recursos de acuerdo con el número de estos dispositivos que existan en cada Área o distrito.
- 6.- Formar a los profesionales de la Red en esta materia y que la formación recibida sea considerada como parte de un perfil profesional específico para determinadas contrataciones

- RECURSOS

- * Recursos en el nivel de Área:
 - Equipos de atención psiquiátrica y salud mental ambulatoria
 - Unidad de Hospitalización breve del Hospital General

- Interconsulta hospitalaria
- Urgencias psiquiátricas

* Recursos compartidos por varias Áreas:

- Unidad de gerontopsiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Madrid.
- Unidades de cuidados de media y larga duración

- ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico. Dentro de este grupo de pacientes toma especial relevancia la posibilidad de recibir tratamientos de Terapia Electroconvulsiva. Esta técnica deberá estar disponible en cualquier Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. En los dispositivos de rehabilitación psicosocial, se facilitará el acceso a los pacientes que lo necesiten, sin que la edad sea un criterio de exclusión.
- **Actividades de coordinación institucional:** con otros servicios sanitarios (Equipos de Atención Primaria, otros Servicios de Atención Especializada), sociales (Residencias, Centros de Días) o de otra índole.
- **Actividades de Formación, Docencia e Investigación** en esta área específica.

3.6. SOBRE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El Programa de Rehabilitación y Reinserción Social que se venido desarrollando durante las dos últimas décadas en la Comunidad de Madrid, ha tenido un avance desigual en las distintas Áreas de Salud. Esta realidad y el momento actual ante un nuevo Plan de Salud Mental, se hace necesaria la profundización y actualización del Programa.

El programa esta destinado a personas con enfermedades mentales con deterioro, déficit o discapacidades o en riesgo de padecerlo

Parte de este Programa, lo que tiene que ver con el seguimiento de pacientes crónicos en la Comunidad, estará articulado con el PAI (Plan de Atención Integral de

pacientes graves y crónicos) que ha sido descrito en el apartado de Continuidad de Cuidados y Tratamientos.

Este programa debe completar el proceso de desinstitucionalización como forma de poder avanzar y de trabajar en la creación de nuevos recursos alternativos.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN:

Pacientes adultos, que estén siendo atendidos en los Equipos de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Ambulatoria de cada distrito. La inclusión de los pacientes en este programa no puede depender sólo del diagnóstico, si no también de las dificultades para poder realizar por sí mismos una vida lo más autónoma posible e integrada.

El programa se encamina a paliar, minimizar y recuperar aquellos déficits y minusvalías que se producen en las personas afectadas por enfermedades mentales graves, así como habilitar nuevas capacidades y asegurar su calidad de vida favoreciendo el uso simultáneo o sucesivo de los recursos y dispositivos tanto de la red sanitaria como socio-comunitaria que se estime necesario.

OBJETIVOS:

1. Garantizar el tratamiento y soporte comunitario de las personas incluidas en este Programa.
2. Hacer un Diagnóstico de situación de los recursos y necesidades de rehabilitación de cada área sanitaria y el censo de población crónica
3. Diseñar una Guía de Actuación que debe incluir criterios de acceso al Programa, actividades a desarrollar, profesionales que lo van a realizar, recursos e instrumentos de evaluación.
4. Informar y apoyar a las familias de los pacientes integrados en el programa.
5. Diseñar Acciones de Prevención en colaboración con otros sistemas de cuidados.

6. Diseñar un Plan de Formación Especializada que contemple: Formación continuada para Profesionales que están trabajando en la red.

ACCIONES A DESARROLLAR

Un equipo multiprofesional de rehabilitación por centro de atención ambulatoria (distrito) y dispositivos específicos. El personal debe tener un perfil adecuado y una formación para el puesto. Para conseguir la máxima eficiencia de estos profesionales sería deseable :

- Facilitar las condiciones laborales adecuadas para el trabajo comunitario.
- Dejar abierta la posibilidad de crear una Jefatura de Sección de Rehabilitación que aglutinara la responsabilidad en cada Área.

Las tareas de este equipo irán encaminadas tanto al diseño de planes individualizados de Rehabilitación como a la asignación de un Coordinador de Cuidados para cada caso, que será el que garantice tanto la continuidad de cuidados a lo largo de la red.

El Plan Individualizado de Rehabilitación supone un conjunto de acciones y medidas encaminadas tanto a recuperar habilidades perdidas y minimizar todas aquellos discapacidades que aparecen como consecuencia de la enfermedad, como a crear nuevas habilidades. Las acciones se van a realizar en los distintos recursos que constituyen el Programa de Rehabilitación.

A su vez el Plan Individualizado de Rehabilitación, tiene que ser consensuado con el paciente e informada su familia.

Para llevar a cabo este programa es fundamental establecer la red de recursos territorializada y la necesaria coordinación con cada uno de estos, de cara a favorecer su uso y garantizar que los derechos de los usuarios son respetados.

El programa se evaluará conforme a los criterios establecidos considerando el número de personas que están siendo atendidas en él, el grado de autonomía alcanzado así como la disminución de ingresos y urgencias, entre otros criterios.

Por otra parte, se considera que el programa se articula alrededor de tres grupos de actividades básicas:

-
- Acciones de continuidad de cuidados vinculadas al Plan de Atención Integral de los pacientes (ya referido en el apartado sobre Continuidad de Cuidados).
 - Utilización de recursos específicos (Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Tratamiento y Rehabilitación) y de la oferta de prestaciones asistenciales básicas de los servicios de la Red Única de Salud Mental.
 - Utilización de los recursos sociales y de la comunidad que puedan ser precisos en cada caso.

COORDINACION CON OTRAS INSTITUCIONES.

Para poder llevar a cabo este programa es necesario establecer coordinaciones con las diferentes instituciones públicas y privadas, que van a constituir la red de apoyo y que continuación se detallan:

- * Servicios Sociales Generales Municipales.
- * Consejería de Servicios Sociales
- * Promoción de la formación y empleo.
- * Promoción del alojamiento y vivienda.
- * Asociación de usuarios y familias.
- * Recursos privados del área que puedan tener un contacto con el programa.

3.7. SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Es una modalidad asistencial de la práctica psiquiátrica y de la Salud Mental comunitaria que puede tener su indicación en algunos pacientes que a lo largo de la evolución de su trastorno psiquiátrico precisan este grado de cuidados. Dicha actividad puede estar indicada en cualquiera de los programas que se llevan a cabo en los Equipos de Psiquiatría y Salud Mental ambulatoria. En principio se trata de una actividad programada, siendo muy restringida la posibilidad de una atención domiciliaria con evaluación psiquiátrica de modo urgente.

- AMBITO DE ACTUACIÓN:

- Dado que esta es una actividad incluida en los diferentes programas asisten-

ciales de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, su ámbito de actuación son los pacientes atendidos en dichos programas (Atención ambulatoria, Rehabilitación Psicosocial y Continuidad de cuidados y de tratamiento, Atención a personas mayores, etc.).

- En la evaluación domiciliaria a petición de terceros (Servicios Sociales Generales, Atención Primaria), la mayoría de los casos son conocidos por quien lo solicita. Por lo tanto la visita se programará con antelación suficiente, debiendo estar presente el /los Trabajadores Sociales responsables del caso o el médico de Atención Primaria, que haya solicitado la interconsulta.

- ACTIVIDADES:

- Evaluación de la situación y derivación del paciente a otro dispositivo asistencial, si procede.

3.8. SOBRE LAS NUEVAS DEMANDAS Y NECESIDADES EMERGENTES

En la sociedad actual asistimos a cambios en la forma de enfrentarse al sufrimiento humano que a veces conllevan el intento de medicalizar o psiquiatrizar cualquier tipo de malestar o inadaptación. Al mismo tiempo se observan algunos fenómenos o demandas emergentes que tienen una mayor consistencia para su abordaje dentro de nuestro ámbito.

Por otro lado, el desarrollo técnico y científico ha provocado que determinadas técnicas y procedimientos que tenían un uso restringido, deban ser incorporados a la práctica asistencial cotidiana.

Como resultado de todo ello se identifican diversas patologías o demandas emergentes dentro de la actividad asistencial actual, entre las que destacaremos

**LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
EL DUELO PATOLÓGICO
EL ESTRÉS LABORAL
LAS TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN**

LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Se debe planificar la optimización y desarrollo de programas y recursos específicos que aborden esta problemática, ya que actualmente esta demanda genera problemas de abordaje en los dispositivos asistenciales y un importante consumo de recursos con dudosa o baja efectividad.

EL DUELO PATOLÓGICO

Se trata de una demanda creciente para su atención en los servicios de salud mental, que presenta dos problemas principales resultantes de su identificación no correcta:

- * El abordaje de problemas adaptativos al proceso natural de la pérdida como si de un trastorno mental se tratara.
- * La no identificación de un duelo como patológico y, por tanto, el que no se trate adecuadamente.

Estas dificultades pueden ser superiores en su aplicación al ámbito infanto-juvenil.

EL ESTRÉS LABORAL

Algunas condiciones del mundo laboral actual pueden generar demandas asistenciales en las cuales es importante identificar algunos factores:

- * La existencia o no de un trastorno mental
- * Problemas sociales concomitantes
- * La vinculación de la demanda a posibles beneficios y prestaciones sociales (bajas laborales por enfermedad)

De la correcta identificación de estos factores y de la interacción entre ellos, va a depender el que se deba o no atender en los Servicios de Salud Mental y cual va a ser el abordaje más correcto.

Relacionado con el estrés laboral emerge una nueva problemática: el acoso moral en el trabajo, también conocido como MOBBING. Este trastorno no está contemplado en las categorías diagnósticas al uso.

Sin embargo, estudios recientes utilizan el término de “Bullying”, “Mobbing u hostigamiento psicológico en el trabajo”, para referirse a una situación en la que una per-

sona se ve sometida por otra u otras, en su lugar de trabajo, a una serie de comportamientos hostiles.

LAS TÉCNICAS DE NEURO-IMAGEN

La incorporación de las técnicas de neuroimagen en la detección, delimitación, tratamiento y seguimiento de la patología psiquiátrica ha supuesto una revolución científica importante en las últimas décadas que no ha ido acompañada de su uso y acceso amplio por los profesionales de la salud mental. Se promoverá una mayor disponibilidad de estos medios para los servicios de salud mental ambulatorios.

3.9. SOBRE LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Las actividades de enlace en los hospitales han demostrado su impacto en disminuir las estancias de pacientes médico-quirúrgicos. La coordinación con los Equipos de Atención Primaria también ha contribuido a que los profesionales de estos equipos mejoren la identificación de la patología psíquica, las indicaciones de derivación a Salud Mental y las intervenciones sobre los pacientes con problemas de salud mental de los que se hace cargo Atención Primaria.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Teniendo en cuenta las características de esta actividad se considera que su ámbito de actuación es doble, por una parte los profesionales de resto del sistema sanitario y por otro, los pacientes sobre los que se realiza esta actividad asistencial. Las actividades de este ámbito relacionadas con la atención a niños y adolescentes, forman parte del trabajo habitual de los equipos infanto-juveniles.

- OBJETIVOS

1. Identificar y tratar la patología psíquica en los pacientes atendidos en distintos servicios médico-quirúrgicos y en Atención Primaria.
2. Intervenir sobre los aspectos psicológicos del enfermar, tanto mediante intervenciones sobre pacientes derivados, como sobre los profesionales con quienes se mantiene el enlace.

-
3. Unificar los programas de interconsulta y enlace hospitalario con el de coordinación con atención primaria, potenciando los aspectos comunes (de líneas estratégicas generales para el área sanitaria) y conservando las actividades específicas de cada uno de ellos.
 4. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales en enfermos somáticos.
 5. Favorecer el proceso de continuidad asistencial y el abordaje integral de las personas con trastorno mental.
 6. Actividades de formación continuada con profesionales de otros servicios.

- RECURSOS

En cada Área se identificarán los profesionales y el tiempo de dedicación, tanto en el nivel ambulatorio como en el hospitalario, para el desarrollo de esta actividad.

- ACTIVIDADES

Se reconocen aspectos comunes, y también importantes diferencias en la práctica, entre las actividades de enlace en el hospital general y en los servicios de atención ambulatoria (con Atención Primaria y con Atención Especializada Ambulatoria). Los elementos comunes se refieren a que se interviene en ambos sobre necesidades de los pacientes, y de los profesionales (formación, apoyo).

3.10. SOBRE LA ATENCIÓN AL ALCOHOLISMO

Los problemas derivados del consumo de alcohol representan un importante problema sanitario que afecta a un amplio espectro de grupos sociodemográficos, desde personas jóvenes a personas mayores. Así se calcula que el 10% de la población adulta presenta problemas por el uso de alcohol, de los cuales la mitad serían dependientes del mismo.

En nuestra Comunidad existe una amplia red de dispositivos que atienden a población drogodependiente a la que también son derivados para tratamiento estos pacientes.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Pacientes de la Comunidad de Madrid con trastornos por uso de alcohol y problemas de salud mental asociados, que son derivados desde diferentes dispositivos al programa de alcoholismo de cada una de las Áreas Sanitarias.

- OBJETIVOS

- 1 Atender las necesidades en materia de salud mental de los individuos con trastorno por uso de alcohol en el marco de la atención comunitaria y dentro de un Programa de Área de forma que se optimicen los recursos existentes en ese territorio.
- 2 Contribuir a la promoción de la salud y a la prevención de los trastornos mentales en sujetos diagnosticados de trastornos por uso de alcohol.
- 3 Mantener una adecuada coordinación con otros dispositivos sanitarios y socio-sanitarios (Dispositivos de atención a drogodependientes municipales y de la Agencia Antidroga) y de otra índole (asociaciones de pacientes) que contribuyan a homogeneizar la calidad asistencial y técnica.
- 4 Desarrollar una atención integral, llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, que en cada Área provea la continuidad de cuidados para esta población.
- 5 Elaborar e implantar protocolos de evaluación y de tratamiento para este tipo de pacientes, así como evaluar el grado de implantación de los programas de alcohol y la utilización de los protocolos en cada una de las Áreas.
- 6 Impulsar la creación de dispositivos para deshabituación y residenciales, acordes con las necesidades de esta población.
- 7 Desarrollar líneas de formación e investigación en esta área de la psiquiatría.

- RECURSOS

* En el nivel de Área:

- Atención Ambulatoria
- Unidad de Hospitalización breve del Hospital General
- Interconsulta hospitalaria
- Urgencias psiquiátricas

-
- Camas de hospital general para desintoxicación
 - Dispositivos de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid.

* Recursos compartidos por varias Áreas:

- Unidad de Alcohología del Hospital Psiquiátrico de Madrid.
- Unidad de deshabitación alcohólica del Hospital Psiquiátrico de Madrid

- ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico.
- **Actividades de coordinación institucional:** con otros servicios sanitarios (Equipos de Atención Primaria, otros Servicios de Atención Especializada), sociosanitarios (Centros de atención a drogodependientes) o de otra índole (asociaciones de pacientes).
- **Actividades de Formación, Docencia e Investigación** en esta área específica.
- **Actividades de Prevención** centrados en Atención Primaria y a nivel escolar.

3.11. SOBRE LA PSICOTERAPIA

Las intervenciones psicoterapéuticas constituyen (en combinación o no con tratamientos farmacológicos) una prestación básica en el abordaje de los trastornos mentales. En el caso del tratamiento de niños y adolescentes es un tratamiento fundamental. La psicoterapia, como modalidad terapéutica única o en combinación con otras, formará parte del plan de tratamiento de cada paciente, en el que esté indicada, y, por lo tanto, deberá estar integrada su indicación en las actuaciones terapéuticas que se decidan y programen en cada caso.

- AMBITO DE ACTUACIÓN:

Pacientes de la Comunidad de Madrid en contacto con los distintos dispositivos de las Áreas Sanitarias, en los que se indique esta modalidad de tratamiento.

- OBJETIVOS:

- 1 Hacer accesible la psicoterapia a todos los pacientes en los que esté indicada. La indicación no debe hacerse basándose sólo en criterios diagnósticos, sino en otros como la capacidad de introspección del paciente, el grado de motivación, etc.
- 2 Crear un grupo de trabajo que elabore guías o recomendaciones para la indicación de psicoterapia.
- 3 Garantizar una valoración multiaxial del paciente de la que se derivará un plan terapéutico. En aquellos en los que se considere necesaria la psicoterapia se establecerá un foco y un límite de tiempo de acuerdo con el contrato terapéutico.
- 4 Garantizar la continuidad asistencial en el proceso de tratamiento de cada paciente y la coordinación con otros programas asistenciales.
- 5 Incluir, al menos, las corrientes psicoterapéuticas de referencia: la psicodinámica, la sistémica, la cognitivo-conductual y las propuestas basadas en los factores comunes..
- 6 Impulsar la modalidad de psicoterapia grupal como prioritaria en los servicios de asistencia psiquiátrica y de salud mental de la Red Única.
- 7 Desarrollar los aspectos psicoterapéuticos de los programas de atención a niños y adolescentes.
- 8 Garantizar que las psicoterapias se realicen en unas condiciones mínimas de encuadre (como el tiempo de sesiones, la periodicidad y el respeto a la planificación de dicha prestación en la agenda de los profesionales) con el fin de asegurar la eficacia de la intervención, al mismo tiempo que se priorizarán las formas de intervención breve.
- 9 No excluir a las patologías consideradas leves de la psicoterapia, pues precisamente una intervención a este nivel puede evitar agravamientos y cronicaciones del paciente.
- 10 Fomentar la contratación de psiquiatras y psicólogos en la Red pública con formación acreditada en psicoterapia.

- RECURSOS:

Estos serían profesionales de la red pública de servicios con formación y experiencia debidamente acreditada.

Se valorará la designación de un consultor de psicoterapia en cada área con la finalidad de apoyar a los profesionales que realizan estas actividades específicas de psicoterapia y contribuir a su formación. Este consultor supervisaría a otros colegas en problemas clínicos concretos y en diferentes Áreas Sanitarias, de forma que los tratamientos se seguirían desarrollando en su dispositivo de referencia. Esto repercutiría en la mejora de la asistencia, de la capacitación de los terapeutas responsables directos del caso y de la docencia de los residentes y de otros profesionales de la red.

- ACTIVIDADES:

* **Asistenciales:**

- La psicoterapia formará parte del plan de tratamiento individualizado para cada paciente. Se proponen las siguientes modalidades básicas:
 - Psicoterapia individual
 - Psicoterapia Grupal
 - Psicoterapia Familiar
- Coordinación con Atención Primaria y con otros dispositivos asistenciales.

* **Formativas:** formación en las corrientes psicoterapéuticas fundamentales, en habilidades psicoterapéuticas basadas en factores comunes y el entrenamiento en modalidades de intervención grupal, familiar y en la atención a niños y adolescentes.

* **De Investigación:** de proceso y de resultados de los diferentes programas e intervenciones psicoterapéuticas.

- EVALUACIÓN:

Será necesario establecer un sistema de evaluación de la práctica de la psicoterapia en sus respectivas modalidades, con el suficiente consenso técnico-profesional y en paridad con otro tipo de intervenciones también subsidiarias de evaluación. Una evaluación adecuada ha de incluir una evaluación de los recursos, procesos y resultados de la psicoterapia. La evaluación se hará con la metodología cualitativa adecuada.

3.12. SOBRE LA PATOLOGÍA DUAL

Los sujetos dependientes de drogas presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica y la presencia de ambos tipos de trastornos condiciona la evolución de ambas patologías, de forma que es necesario un abordaje integrado, donde los profesionales de la red de drogas (Planes municipales y centros de la Agencia Antidroga) y de la red de salud mental colaboren estrechamente para asegurar un adecuado tratamiento. Para ello se crea un Programa de Actuación conjunta entre la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, la Agencia Antidroga y los diferentes planes municipales de drogas.

- ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Pacientes de la Comunidad de Madrid con trastornos por uso de drogas que presentan, junto a la patología adictiva, otro trastorno psiquiátrico adicional.

-OBJETIVOS

1. Asistenciales:

- Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes derivados a dicho programa.
- Actuar como consultor para los problemas psiquiátricos de los dependientes de drogas atendidos en los diferentes centros y no derivados a este dispositivo.
- Desarrollar programas de rehabilitación para sujetos con patología dual.

2. De coordinación con Atención Primaria, la Agencia Antidroga y los Planes Municipales sobre Drogas.

3. De Formación e Investigación:

- Formación en el manejo de trastornos duales para profesionales de la Red de la Agencia Antidroga y de Salud Mental.
- Investigación según líneas pactadas entre la Agencia Antidroga y la Oficina Regional de Coordinación de Psiquiatría y Salud Mental de la Consejería

4. Preventivos:

- Detección de patología psiquiátrica en familiares de drogodependientes.
- Colaboración con los centros de atención primaria para detección precoz de consumo de riesgo, abuso de drogas, alcoholismo y otras drogodependencias.
- Colaboración de los dispositivos del distrito y/o ayuntamiento relacionados con la prevención.
- Colaborar con la Agencia Antidroga en la planificación y desarrollo de dispositivos sanitarios para sujetos con dependencia de drogas y comorbilidad psiquiátrica asociada.

- RECURSOS

- En el nivel de Área:
 - Dispositivos de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid.
 - Consultas ambulatorias
 - Unidad de Hospitalización breve del Hospital General
 - Interconsulta hospitalaria
 - Urgencias psiquiátricas
 - Camas de hospital general para desintoxicación
- Recursos compartidos por varias Áreas:
 - Consultas de patología dual
 - Unidad de patología dual
 - Unidad de alcoholología del Hospital Psiquiátrico de Madrid.
 - Unidad de deshabitación alcohólica del Hospital Psiquiátrico de Madrid

- ACTIVIDADES

- En la atención ambulatoria se realizarían las siguientes actividades:
 - Evaluación y diagnóstico y orientación terapéutica.
 - Intervención en crisis asumiendo el papel de hospital de día (en algunos casos).
 - Psicoeducación para familiares
 - Coordinación con los dispositivos de la red de drogas y de salud mental, con los equipos de Atención Primaria, Atención Especializada y asociaciones de usuarios.
 - Formación de los profesionales de ambas redes.
 - Investigación en patología dual.

3.13. SOBRE LAS URGENCIAS Y EL TRANSPORTE SANITARIO

La atención a la Urgencia ("lo que no admite demora") de los pacientes psiquiátricos es una función básica y necesaria que debe estar cubierta de forma coherente y coordinada por los Servicios Sanitarios Generales.

3.13.1. Urgencias en el medio ambulatorio

La primera valoración y actuación corresponde a los médicos de Atención Primaria como con cualquier otro enfermo y, si Atención Primaria lo considera necesario, recabará el asesoramiento, apoyo e interconsulta a los Equipos de Atención Psiquiátrica y Salud Mental correspondientes.

En los equipos de Salud Mental se dará respuesta a dos situaciones:

- Atención a las crisis: valoración, diagnóstico, orientación y tratamiento, si procede. En el caso de los pacientes que vayan a necesitar el uso de técnicas de diagnóstico, de contención conductual o de tratamiento especializadas, se recomienda que se realice esta atención en los servicios de urgencia hospitalarios.
- Atención a la demanda no programada que precise atención inmediata

3.13.2. Urgencias Hospitalarias

1. Las Urgencias Psiquiátricas de Hospitales Generales, al igual que el resto de las urgencias de la Atención Especializada, se mantienen sobre las guardias de 24 horas bajo el principio de continuidad de la asistencia, que realizan los profesionales de la red. Se trata de una actividad propia de la Atención Especializada, que se realiza en algunos de los Hospitales de la red.
2. Dado que se trata de una actividad hospitalaria, que en muchos casos precisa el apoyo de Unidades de Hospitalización, se tenderá progresivamente a que las mismas se ubiquen en Hospitales que disponen de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y a que todas las Áreas Sanitarias dispongan de al menos un dispositivo de Urgencias suficientemente dotado de recursos humanos y de infraestructuras, de acuerdo con una estandarización preestablecida por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de Madrid.
3. Las acciones específicas a realizar en Urgencias se centran en la resolución lo antes posible de la situación provocadora de la misma y, en su caso, proceder a la derivación al programa, servicio o proyecto que considere indicado.

3.13.3. Transporte del enfermo mental

1. Debe existir un transporte sanitario específico para enfermos mentales que abarque toda la Comunidad de Madrid.
2. Debe normalizarse la colaboración puntual de las fuerzas de seguridad del Estado, en determinados casos.
3. Debe existir siempre un informe médico, previo al traslado, que indique la necesidad de evaluación urgente en un hospital del paciente.
4. El traslado de enfermos mentales de forma voluntaria se realizará en transporte sanitario específico o el normalizado, si circunstancialmente fuera más operativo.

3.14. SOBRE LA PSIQUIATRÍA CULTURAL

La Comunidad de Madrid es uno de los lugares en los que más está creciendo la tasa de inmigración, sobre todo con personas procedentes de Latinoamérica y del norte de África. El abordaje de los trastornos psiquiátricos de estas personas puede verse complicado por barreras idiomáticas, por diferencias culturales en la comprensión de la enfermedad mental y por la su menor acceso a los dispositivos sanitarios. De ahí que para mejorar la atención en materia de salud mental a estos ciudadanos esté previsto:

1. Poner en marcha estudios para determinar la prevalencia, características diferenciales de los trastornos psiquiátricos, así como las barreras que pueden estar dificultando la accesibilidad de estos pacientes.
2. Desarrollar un programa de formación para los profesionales de la Red orientado a mejorar los conocimientos y a la adquisición de habilidades terapéuticas en psiquiatría cultural.
3. Impulsar proyectos de colaboración con las instituciones estatales y extranjeras (embajadas) para mejorar la atención a estos colectivos.

3.15. SOBRE EL ABORDAJE DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

La exclusión se produce por una serie de factores estructurales (dificultades de acceso a la vivienda y al empleo, déficits educacionales y formativos, insuficiencia en las políticas de protección social, etc.) y de factores individuales (alcoholismo, drogodependencia, soledad, déficit de apoyo familiar, etc.). El trastorno mental, se constituye en un factor que favorece los estados y las situaciones de vulnerabilidad, que facilitan, a su vez, los procesos individuales de exclusión social.

Los enfermos mentales son un grupo social más vulnerable que otros colectivos de ciudadanos, que sufren otras enfermedades o situaciones de dificultad.

El Sistema Sanitario interviene sobre el binomio salud/enfermedad. Mientras que el Sistema de Servicios Sociales lo hace sobre el binomio bienestar/necesidad social. Por tanto, las respuestas asistenciales se deben organizar desde la atención a la enfermedad y a las necesidades. La condición de extranjería y la inmigración no deben suponer per se ningún tipo de principio que oriente actuaciones específicas y/o especiali-

zadas, sin embargo el reconocer la singularidad del idioma y de algunos rasgos culturales, nos facilitará identificar situaciones de riesgo y establecer estrategias individuales de intervención.

- POBLACIÓN

Se plantean dos grupos diferenciados:

1. El colectivo social formado por las **Personas Sin Hogar**: son personas con un elevado grado de desarraigo y exclusión social, que constituyen una realidad muy heterogénea, relacionada con los problemas sobreañadidos que a veces presentan (alcoholismo, drogodependencia, pobreza extrema, etc.). Los trastornos mentales pueden ser la causa o una consecuencia del proceso de exclusión social, no obstante, en cualquier caso, son un factor que dificulta las respuestas asistenciales de las diferentes redes.
2. **Los grupos socialmente vulnerables**: son personas o grupos de personas que, por diversas circunstancias, corren el riesgo de iniciar procesos graves de exclusión. El trastorno mental es una situación que puede incrementar esta vulnerabilidad.

- MODELOS DE INTERVENCIÓN:

Cada colectivo requiere un modelo y/o una estrategia de intervención diferenciada.

1. Con el colectivo de **Personas Sin Hogar**: requieren la creación de recursos sociales y sanitarios específicos, el refuerzo de los ya existentes y el desarrollo de estrategias de intervención adaptadas al colectivo al que van dirigidas.
2. Con los **colectivos vulnerables**, la intervención debe de partir de principios generalistas y de universalidad, es decir que la intervención se debe realizar desde las redes y sistemas generales de protección social y sanitaria, las cuales se deben reforzar, lo que permitirá plantear intervenciones precoces dirigidas a grupos de riesgo y priorizar la atención a aquellos colectivos que están en los límites o las fronteras de la exclusión.

Se considera adecuado el desarrollo de estrategias de intervención tipo "búsqueda", superando el actual modelo asistencial de "espera". Igualmente, se hace necesaria la

puesta en marcha de programas específicos con algunos colectivos que se encuentran en una situación de alto riesgo.

- RECURSOS

- * **Recursos de alojamiento de Servicios Sociales** (pisos protegidos y residencias en sus diferentes modalidades).
- * **Recursos de rehabilitación psicosocial** (Unidades de Rehabilitación y Tratamiento, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, etc.)
- * **Recursos puente y de acompañamiento personal** al enfermo mental, son necesarios para dar respuesta a la difícil situación de este colectivo social.

- ACCESO

Se constata una dificultad de acceso a la red pública para estas personas, sobre todo las personas sin hogar, condicionada por la burocracia, la falta de flexibilidad de los profesionales, los horarios, el idioma, etc. Para mejorar el acceso se propone el:

- Desarrollo de estrategias organizativas de los servicios y de intervención de los profesionales para acercarse a estas personas sin hogar, que viven en la calle y padecen un trastorno mental.
- Desarrollo de programas y estrategias de intervención que posibiliten la adherencia y el mantenimiento de estos colectivos excluidos en los programas socio-sanitarios intervención.

3.16. SOBRE CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES

La práctica asistencial diaria en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, al igual que sucede en el resto de las especialidades médicas y demás profesiones relacionadas con la salud mental, tiene implicaciones legales que deben ser tenidas en cuenta en un Plan de Salud Mental.

- PSIQUIATRÍA Y LEY EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

1. **Urgencias psiquiátricas:** En los Servicios de Urgencias de los diferentes Hospitales de la Comunidad de Madrid la organización de la asistencia a los pacientes con trastornos psiquiátricos es heterogénea y un foco de posibles conflictos legales. En este sentido es preciso abordar determinados aspectos tales como la **identificación de espacios diferenciados** para realizar esta asistencia, la identificación de los profesionales del **equipo de enfermería** adscritos a la misma y la **vigilancia de pacientes psiquiátricos** que permanecen en el Servicio de Urgencias.
2. **Internamientos y tratamientos involuntarios:** están regulados en nuestro ordenamiento jurídico por el Artículo 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil. Es necesario **razonar** la necesidad tanto de que un determinado paciente sea internado y como de que el internamiento sea de tipo involuntario, dejando **constancia documental** de ambos extremos en la Historia Clínica. El **tratamiento forzoso** de los pacientes deberá realizarse siempre en contexto de involuntariedad.

Cuando un paciente solicite acogerse a un **Procedimiento de Habeas Corpus** (Ley Orgánica de 24 de mayo de 1984, de Regulación del Procedimiento de Habeas Corpus), deberán facilitarse al paciente los medios necesarios para el ejercicio de este derecho y deberá así mismo comunicarse inmediatamente al juzgado de guardia.

3. **Contenido y acceso a la Historia Clínica:** Deberá estar regulado. Las historias clínicas se cumplimentarán con criterios de anticipación de uso.
 4. **Información a terceros:** se tendrá en cuenta siempre si el paciente es competente o no para dar su consentimiento y, en todo caso, en el ámbito de lo civil solicitar al Juez que nos exima del deber de secreto profesional y, en el ámbito de lo penal, atenerse a las normas del Código Ética y Deontología Médica. La información remitida será la adecuada al asunto de que se trate.
 5. **Atención a niños y adolescentes:** En ocasiones, cuando existen discrepancias entre los padres, puede ser necesario solicitar autorización judicial para evaluar y/o tratar a un menor. Por otra parte el derecho del paciente a la confidencialidad puede entrar en colisión con el de los padres a recibir información sobre el trastorno de su hijo, sobre todo en el caso de los adolescentes. En este caso será necesario realizar una valoración específica de cada caso.
- v Se deberá comunicar al Juzgado de Guardia y a la Fiscalía de menores cualquier **ingreso** psiquiátrico de un menor.

- PSIQUIATRÍA FORENSE:

1. **Peritajes y testificaciones:** se estima que **no debe ofertarse** desde el Sistema Público la realización de **peritajes**, ya que éstos sólo deberían realizarse como auxilio excepcional a la Administración de Justicia en determinadas situaciones. Por otra parte el profesional de la Red de Salud Mental, según la legislación vigente, sólo puede actuar como **TESTIGO** en relación con los pacientes que tiene en tratamiento.
2. **Atención a pacientes que han sido declarados inimputables en razón de anomalía o alteración psíquica:** En el caso de estos pacientes es preciso conciliar su derecho a recibir un tratamiento digno y la obligación exigida por ley de disponer de determinadas medidas de seguridad (artículo 101 del vigente Código Penal²).

Actualmente un Juez, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, puede disponer que el internamiento se realice en uno de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existentes en España, o en cualquier unidad de hospitalización psiquiátrica general. Se estima que es necesario disponer de **Programas Especiales** para el tratamiento de estas personas en un dispositivo asistencial de media seguridad.

- PSIQUIATRÍA PENITENCIARIA:

1. **Asistencia a personas internas en establecimientos penitenciarios:** Cuando un preso precise atención psiquiátrica en régimen de hospitalización, ésta se realizará en las **Unidades de Custodia Polivalentes** que a tal efecto existen y se realizará por parte del Servicio de Psiquiatría del hospital donde estén ubicadas.
2. **La asistencia, en régimen ambulatorio, a personas sometidas a medidas de seguridad:** será realizada por los profesionales de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

3.17. SOBRE LAS CATÁSTROFES

Se entiende por Catástrofe la ocurrencia de eventos traumáticos de carácter extremadamente estresante, que superan el ámbito de la experiencia común y que suponen malestar psicológico con consecuencias de carácter agudo o crónico y transitorio o permanente sobre la salud mental en muchos de los sujetos expuestos.

La atención colectiva a las víctimas trae consigo problemas organizativos, institucionales y sociales. La intervención debería organizarse en función de las fases del desastre:

- 1 En el momento agudo la intervención individual y colectiva corresponde a las instituciones a cargo del salvamento: Protección Civil, Policía y Bomberos y son los organismos de la Administración quienes establecen los medios materiales y económicos para enfrentar a esta situación catastrófica.
- 2 En fases posteriores es necesario establecer un plan de Seguimiento de Catástrofes colectivas.

4. PRINCIPIOS PARA LA INFORMACIÓN, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1. RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE CALIDAD, EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL

4.1.1.- La gestión de calidad

La gestión de la calidad es en la actualidad una obligación y un reto de todo el sistema sanitario. La política de calidad en Salud mental se regirá bajo los principios de la calidad total e incorporará las estrategias de calidad diseñadas para toda la atención especializada, incorporando objetivos, estándares e indicadores específicos de esta especialidad tanto en el ámbito de la gestión como de la actividad asistencial. La planificación de las acciones de mejora de la calidad tendrá una doble perspectiva centralizada y descentralizada.

El compromiso de toda la organización con las sucesivas iniciativas de mejora de la calidad se plasmará en los contratos sanitarios de cada año.

Así mismo se deberá establecer la adecuada coordinación y colaboración con los Servicios de Calidad y Evaluación Sanitaria de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Consejería de Sanidad (para establecer e implantar programas de calidad total, etc.).

4.1.2.- Criterios relacionados con la evaluación (sistémica), seguimiento y control

Uno de los instrumentos y herramientas habilitados para la mejora y optimización de la gestión de las organizaciones es la Metodología de Evaluación Sistémica. Para su incorporación al diseño y desarrollo de proyectos, programas y servicios de atención psiquiátrica y salud mental es necesario disponer de:

- Sistemas de información al servicio de la gestión administrativa y de la gestión de la actividad clínica propiamente dicha.
- Una sistemática de recogida, explotación y devolución de resultados.
- El diseño de los cuadros de mando necesarios para cada nivel de la organización y la disponibilidad en el tiempo preciso de cada uno de ellos
- Un Sistema Integrado de Evaluación y un Plan General de Evaluación Sistémica
- El establecimiento de criterios básicos de vinculación de la evaluación a la distribución de recursos
- Un sistema adecuado de difusión y comunicación de los resultados obtenidos

4.2. RELACIONADOS CON LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

El desarrollo de la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental de Madrid exige necesariamente un Sistema de Información para la Gestión de los casos, procesos y resultados individuales y colectivos en sus dimensiones clínica, epidemiológica, económica, administrativa y de calidad.

- De forma general, integrado en los Sistemas de Información de la Atención Especializada.
- De forma específica, como un Subsistema de Información para la Red Integrada de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental

Este Sistema de Información debe adecuarse necesariamente al Plan Estratégico de Sistemas de Información definido para la Consejería de Sanidad, a la normativa vigente, tanto nacional como regional, sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal y a las necesidades y demandas de los diferentes usuarios de dicho sistema.

Por otra parte, su desarrollo precisa el establecimiento de un plan de acción, en colaboración con el Organismo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid.

5. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La Psiquiatría, la Salud Mental y las Neurociencias son algunas de las áreas científicas que tienen un mayor desarrollo, por lo que resulta imprescindible mantener un sistema de formación continuada que asegure la actualización de nuestros profesionales, lo que redundará en una mejora en la calidad de la asistencia.

5.1. SOBRE LA FORMACIÓN CONTINUADA

El modelo de formación continuada se caracterizará por:

- a) Potenciar las Comisiones de Formación de cada Área para canalizar las demandas formativas de los diferentes profesionales de la red de salud mental y facilitar progresivamente su integración y protagonismo en las comisiones que a tal efecto existan en las Comisiones de Atención Especializada de cada Área.
- b) Analizar las demandas asistenciales y formativas realizadas por los profesionales.
- c) Desarrollar las líneas de formación consideradas estratégicas por el Servicio Madrileño de Salud.
- d) Ajustarse a los siguientes criterios:
 - ✓ Ligada a la calidad asistencial.
 - ✓ Adecuar la política de recursos humanos a las necesidades de formación.
 - ✓ Financiación reglamentada y transparente.

- e) Estudiar formulas que aseguren el adecuado aprovechamiento de las actividades formativas, así como el poner en relación esta formación con la carrera profesional.

5.2. SOBRE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EVALUATIVA

Se considera un objetivo prioritario de este Plan de Salud Mental la puesta en marcha de una estructura organizativa orientada a la incentivación de proyectos y líneas de investigación en la red de psiquiatría y salud mental de nuestra Comunidad. Para ello:

- a) Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se marcarán periódicamente las líneas prioritarias de investigación.
- b) Los profesionales dispondrán de las herramientas y condiciones necesarias para desarrollar adecuadamente los proyectos de investigación.
- c) Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se coordinarán intereses públicos y privados para el desarrollo de proyectos de investigación.
- d) Se establecerán las coordinaciones con otras instituciones asistenciales o de investigación para optimizar los costes de los proyectos.
- e) Se impulsará la participación del Área Psiquiátrica en los Comités de Ética e Investigación de Área.

IV PROPUESTA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO Y LÍNEAS DE ACCIÓN

1. ESTRUCTURACION GENERAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

1.1. MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN

1.1.1. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Como parte integrante del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), tendrá como fin colaborar con el mismo en la asignación de los recursos presupuestarios para la Salud Mental y en mantener una organización que permita:

- a. La atención integral de la salud mental del individuo
- b. Proteger la salud a través de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública
- c. Una adecuada y clara separación de su función principal: asignación presupuestaria y compra de servicios sanitarios, de cualquier otra que pueda ejercer.
- d. Actuación según criterios de planificación y evaluación continuada

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental es creada a partir del Decreto de Funciones del Nuevo Organigrama de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Decreto 1/2002, de 17 de enero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad).

Su misión en el nuevo organigrama que surge de las transferencias sanitarias y la LOSCAM, es la de Compra de Servicios de Salud, en este caso de la Asistencia Psiquiátrica y la Salud Mental de los madrileños.

Por su pertenencia al Servicio Madrileño de Salud, separado de la función de provisión de servicios, estará implicada, según la LOSCAM, en las siguientes funciones:

1. Distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud.
2. Gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios asistenciales adscritos al SERMAS.
3. Establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administrativas de la Comunidad de Madrid.

Las actividades de esta Oficina se relacionan con la organización y gestión de la oferta, demanda y flujos asistenciales en la Red Única de Salud Mental. De esta forma elaborará la oferta de servicios que va a comprar a la Red provisorora y planificará los recursos humanos e infraestructuras necesarias para una adecuada provisión de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental a las necesidades de la población de la Comunidad de Madrid.

Con relación a la Red Única provisorora de Salud Mental, la Oficina determinará la cartera de servicios y la política de calidad que a ese nivel se desarrollará, acorde con la del resto del Servicio Madrileño de Salud. Además se encargará de forma específica de planificar y gestionar la compra para cada área sanitaria, de:

- ✓ Camas de Cuidados Psiquiátricos de Media y Larga Duración
- ✓ Camas de Programas Especiales
- ✓ Hospitales de Día
- ✓ Recursos intermedios de Rehabilitación Psicosocial y Recursos de soporte social para la integración del enfermo mental.
- ✓ Otros servicios que sea preciso proveer.

1.1.2. Red Única de Provisión de Asistencia Psiquiátrica

1.1.2.1. Consolidar un objetivo común

Consolidar la unificación de la red asistencial pública en las áreas sanitarias. Las estrategias tendrán que ser diversas pues el horizonte no es absolutamente monocorde en todas las áreas. En todas ellas se hace necesario implantar nuevos esquemas y modos de funcionamiento que acentúen el objetivo de la unificación en la función provisor de servicios.

1.1.2.2. Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Área

En el nivel del Área Sanitaria se situará la provisión de los servicios, dentro del ámbito de la Gestión de la Atención Especializada, es decir dependiendo de la correspondiente Gerencia de Especializada de cada área.

La estructura asistencial de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental en el Área Sanitaria es la unidad organizativa y funcional sobre la que se basa la configuración descentralizada de la Red Única de Salud Mental y a través de la cual ésta se integra en la red de Atención Especializada, configurando un área clínico - funcional de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Los Equipos de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental ambulatorios de distrito, los Servicios hospitalarios y todos los dispositivos ubicados en el Área, estarán gestionados y coordinados en el marco de lo que sería un Servicio de Psiquiatría y de Salud Mental de Área

La Red Única de Salud Mental tiene la función de provisión de servicios, para ello se constituirán los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Área. En principio serán 11, constituido cada uno por una unidad de hospitalización breve en el Hospital General y varias secciones de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental de distrito (según Áreas). Funcionarán como una unidad asistencial que ofrecerá continuidad de cuidados al enfermo mental en la asistencia ambulatoria, la hospitalización aguda y las urgencias. Desde el punto de vista de Recursos Humanos la componen personal de Instituto Madrileño de la Salud, del SERMAS y del Ayuntamiento de Madrid (estos últimos quedarán a expensas de lo que disponga el convenio correspondiente).

1.1.3. Sistema de Coordinación de la Oficina Regional con la Red de Provisión

El modelo organizativo del Red Única de Salud Mental se configurará formalmente como una organización descentralizada en el nivel del "núcleo operativo". Para los grupos asistenciales el Área de Salud constituye la unidad de gestión, organización y funcionamiento dentro de la estructura de Atención Especializada.

1.1.3.1. Nivel Central

A) COMITÉ ASESOR DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

Su composición y régimen de funcionamiento se regulará por Orden de la Consejería de Sanidad.

Formarán parte del Comité Asesor representantes de las Direcciones Generales, Agencias, Institutos y Oficinas de la Consejería de Sanidad directamente implicados, la Consejería de Servicios Sociales, la Consejería de Educación, la Consejería de Empleo, el Ayuntamiento de Madrid, la Federación Madrileña de Municipios, Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, Asociaciones de Enfermos y Familiares, y cuantas personas se consideren necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

El Comité Asesor de Salud Mental tendrá como funciones: asesorar al SERMAS sobre la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, así como del desarrollo del Plan de Salud Mental y la evaluación anual de los objetivos incluidos en el mismo, emitiendo el correspondiente informe.

B) COMITÉ DE DIRECCIÓN DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

Del Comité de Dirección formarán parte el titular de la Consejería de Sanidad, así como el de la Consejería de Servicios Sociales, el Director General del Servicio Madrileño de Salud, el Concejal Delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid y Concejal Delegado de Servicios Sociales y la oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. La presidencia del Comité de Dirección corresponderá al titular de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Al Comité de Dirección le corresponderá el ejercicio de las funciones de supervisión de la planificación y financiación del Plan de Salud Mental. El Comité de Dirección se reunirá dos veces al año.

C) *COMITÉ OPERATIVO DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL*

Para favorecer la aplicación de las políticas emanadas del Comité de Dirección, en todo el ámbito del desarrollo del Plan de Salud Mental, se constituirá el Comité Operativo compuesto por los responsables del Servicio Madrileño de Salud (que ostentará la Presidencia de este comité), de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, de la Agencia Antidroga, de la Dirección General de Servicios Sociales y las Áreas de Salud y Consumo y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, o personas en las que deleguen. Del Comité formará parte también el Responsable de la Oficina de Coordinación Regional de Salud Mental.

Con la existencia del Comité Operativo, con funciones delegadas del Comité de Dirección, se garantizará la respuesta ágil a los problemas de organización y gestión en el conjunto de la Red y en cada Área, de forma integrada. De igual forma se garantizará que los objetivos operativos anuales, que han de regir la gestión, organización y funcionamiento de la Red y del Área, estén unificados y consensuados por los agentes implicados en la Provisión y que la dependencia funcional y la orgánica finalmente estén, en la práctica, unidas.

El Comité Operativo se reunirá, como mínimo, dos veces al año, y siempre que los solicite uno de sus miembros

Salvo el Comité Asesor, cuya persistencia en el tiempo puede ser mantenida para impulsar y consolidar las políticas sanitarias en Salud Mental, el resto de comités tendrán una existencia limitada. Tanto el Comité Directivo como el Operativo, una vez terminado el período de desarrollo del Plan de Salud Mental 2003-2008, deberán disolverse. Estos comités tienen un papel clave en la transición hacia la integración definitiva y sin fisuras de la Asistencia Psiquiátrica y de la Salud Mental en la Atención Especializada.

1.1.3.2. Nivel Regional

Se propone el desarrollo de tres órganos de la Red, que deberán ser sancionados mediante su publicación Normativa correspondiente:

a) Un **Comité Regional de Gestión de Atención Psiquiátrica y Salud Mental**, formado por

- Los actuales Coordinadores de Área y cuando existan los Jefes de Servicio de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Área éstos últimos
- El Responsable de la Oficina de Coordinación Regional de Salud Mental Se valorará su existencia una vez que la red de provisión esté unificada.

b) Un **Comité de seguimiento del Convenio** suscrito entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid en materia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Madrid, formado por lo que se determine en el Convenio.

d) Un **Comité Regional de Coordinación de Recursos** de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, compuesto por:

- a. Servicios Sociales regionales y municipales
- b. Agencia Antidroga
- c. Centros Concertados
- d. Hospital Psiquiátrico de Madrid
- e. Instituto Psiquiátrico y de SS. Mental José Germain
- f. Federación Madrileña de Municipios
- g. Ayuntamiento de Madrid
- h. Representación del Comité Regional de Gestión

1.1.3.3. Nivel Periférico

Cada Área contará con órganos colegiados, adaptados a sus peculiaridades específicas. En todo caso existirán, como mínimo, los siguientes órganos:

- **Comisión de Salud Mental de Área.** Integrada por el Coordinador del Área, la Gerencia de Atención Especializada, la de Atención Primaria y representación de los Ayuntamientos que estén vinculados a la asistencia del área

mediante convenios. Esta comisión se integrará en los órganos de la Atención Especializada de cada área.

- **Comisión Asistencial**, que estará constituida por el Responsable del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental (actual Coordinador del Área) y los Jefes de Sección y de Distrito del Área. Además se incluirán los responsables de los programas asistenciales y dispositivos específicos del Área y una representación de Servicios Sociales. La Comisión Asistencial determinará el número y la composición de las Subcomisiones. Los temas relevantes tratados en dicha Comisión y concretamente los relacionados con la organización asistencial de toda el área sanitaria, serán trasladados a la Junta Facultativa del Hospital de Referencia.
- **Comisión de Rehabilitación.** Se recomienda para todas las Áreas la existencia de la Comisión de Rehabilitación, que incluirá profesionales dedicados específicamente a esta actividad.
- **Comisión de Usuarios y Familiares.** Formada por el Comisión de Salud Mental de Área y representantes de las Asociaciones de pacientes y de familiares, en al ámbito del Área.
- **Comisión de Formación e Investigación.** Esta comisión estará estrechamente vinculada a la Comisiones de Docencia y Formación Continuada y la de Ética e Investigación del Hospital de referencia correspondiente.

DURACIÓN DE LOS COMITES DE COORDINACIÓN PROPUESTOS

ÓRGANOS COORDINACIÓN	PERIODO DEL PLAN 2003-08	DESPUÉS DEL 2008
COMITÉS A NIVEL CENTRAL		
Asesor	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Dirección	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Operativo	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
COMITES A NIVEL REGIONAL		
Gestión	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Seguimiento de Convenio	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (1)
Coordinación de Recursos	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
COMISIONES A NIVEL PERIFÉRICO		
De Área	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (2)
Asistencial	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (3)
OTRAS COMISIONES DE ÁREA		
Usuarios y Familias	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Formación e Investigación	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Rehabilitación	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (4)

- (1) *Mientras exista Convenio*
 (2) *Como una especialidad más*
 (3) *Como actividad del Servicio*
 (4) *Integrada en Especializada*

1.2. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

1.2.1. Convergencia de los distintos regímenes laborales

En primer lugar hay que recordar que desde hace 15 años el personal del INSALUD, del SRS y del Ayuntamiento de Madrid, han trabajado de forma integrada en materia de Salud Mental. La conflictividad que pudiera haber surgido por las diferencias salariales y de régimen jurídico-laboral han sido mayoritariamente salvadas en pos de una atención integrada al paciente.

Partiendo en principio de una larga convivencia de tres culturas sanitarias en lo laboral se debería afrontar lo siguiente:

A) *DEFINIR LOS PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS*

Respetando la relación jurídico - laboral con la administración de dependencia, la Política de Recursos Humanos buscará incrementar la implicación y sentido de pertenencia de todo el personal de la Red Única de Salud Mental a la misma. De igual forma procurará la gestión coordinada de todos los recursos para lograr la mayor eficiencia en la utilización de los mismos.

B) *DEFINIR Y DESARROLLAR FUNCIONES DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED ÚNICA DE SALUD MENTAL*

Las funciones de gestión de Recursos Humanos en el nuevo marco después de las transferencias, desarrollarán de forma coordinada, al menos, las siguientes actividades:

- De conocimiento: elaboración del Inventario de recursos humanos, Catalogación de los puestos de trabajo, descripción de funciones y competencias y definición de perfiles profesionales para cada puesto/categoría.
- De facilitación de la formación continuada.
- De planificación y dimensionamiento de la plantilla de la Red, de acuerdo a las necesidades de la actividad prevista.

C) *DEFINIR Y DESARROLLAR DE FORMA COORDINADA LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED ÚNICA DE SALUD MENTAL.*

- Fomento de actividades de relaciones profesionales entre el personal de la Red.
- Desarrollo de un Plan de Comunicación Interna.
- Desarrollo del Sistema de Información específico.

D) *ESTUDIAR , EN VIRTUD DE LA LOSCAM, LA CONFLUENCIA DEL PERSONAL PERTENECIENTE AL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, CON EL DEL INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD*

- En primer lugar, el Instituto Madrileño de la Salud es competente para asumir la gestión del personal del extinto SRS que trabaja en Salud Mental. si éste le es asignado:

"El IMSALUD gestionará los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones "(cap II, art 81)

- En segundo lugar, está previsto que determinado personal del SMS pueda ser adscrito a la plantilla del IMSALUD por necesidad de proveer servicios, en este caso la asistencia psiquiátrica y la salud mental:

"El personal del IMSALUD estará formado por...c) El personal que por necesidades del servicio o por características especiales de determinados programas le sea adscrito del SMS u otras dependencias de la Comunidad de Madrid" (cap V, art 87)

E) *PROPONER QUE LAS PLAZAS DE NUEVA CREACIÓN SE ADSCRIBAN AL ÁREA SANITARIA*

Se debería arbitrar la fórmula que posibilite el que las nuevas contrataciones se hagan con adscripción al Área Sanitaria correspondiente, permitiendo la movilidad necesaria dentro de ese Área para optimizar los recursos humanos de los distintos dispositivos.

F) *PROPONER PERFILES PROFESIONALES ADECUADOS AL TRABAJO EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*

Se considera necesario tener muy en cuenta la especificidad de los perfiles profesionales. Se hace referencia concreta a la atención a niños y adolescentes, psicología clínica, a alcoholismo y patología dual, a rehabilitación psicosocial , etc...

1.2.2. Organización de la Gestión del Área Sanitaria

En los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Área la organización debe estructurarse en torno a tres niveles :

A) ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DE ÁREA

Este nivel de gestión correspondería a la figura actual del Coordinador de Área de Salud Mental. Es decir los Jefes de Servicio de Psiquiatría de Instituto Madrileño de Salud y los Coordinadores de Área del Servicio Madrileño de Salud

B) HOSPITALIZACIÓN

Este nivel correspondería a los actuales Jefes de Sección de IMSALUD o del SERMAS donde los hubiere.

C) ATENCIÓN AMBULATORIA (DISTRITO)

Este nivel corresponde a la figura actual de Jefe de Distrito, mayoritariamente del antiguo SRS, pero también pertenecientes al IMSALUD y al Ayuntamiento de Madrid. El término Distrito, deberá adaptarse a la terminología utilizada en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Si hubiere justificación clínica y organizativa suficiente se crearían otros niveles de responsabilidad.

1.3. PROPUESTA DE INTEGRACIÓN Y ADECUACIÓN DE LAS INFRAESTRUCTURAS

1.3.1. Integración en Atención Especializada

Lograr la integración total de la asistencia en Salud Mental en las estructuras sanitarias, preferentemente de Atención Especializada, evitando la estigmatización de los usuarios de Salud Mental y favoreciendo la interrelación con los demás dispositivos especializados y de Atención Primaria, es un objetivo de este Plan de Salud Mental.

Con carácter general, los centros de salud mental monográficos deberán integrarse de forma paulatina en los Centros de Especialidades del Área y sólo donde no fuera posible, lo harán en los Centros de Salud de Atención Primaria.

El Programa Arquitectónico Funcional Básico de un Servicio de Salud Mental de los servicios ambulatorios de Salud Mental debe tener las siguientes características:

- * Distribución del espacio preferentemente en una sola planta, sin barreras arquitectónicas y con ventilación e iluminación correctas.
- * Un ambiente atractivo, tanto para los usuarios como para el personal sanitario, que sin duda favorece el desarrollo de las actividades de los Servicios de Salud Mental.
- * El programa funcional incluirá los siguientes espacios:
 - Información/Recepción.
 - Administración.
 - Archivo.
 - Despachos (Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera, Trabajador Social, MIR / PIR / EIR).
 - Sala de Espera Adultos
 - Sala de Espera Niños y Adolescentes.
 - Sala de Grupos.
 - Sala de Terapia Ocupacional.
 - Sala de Reuniones / Biblioteca / Aula.
 - Aseos de Personal.
 - Aseos de Usuarios.
 - Almacén.
 - Instalaciones generales.

Los centros monográficos a integrar en Centros de Especialidades incluidos en los objetivos del Plan de Salud Mental son los siguientes:

Área 1: SSM Retiro
 SSM Vallecas

Área 2: SSM Chamartín

Área 4:	SSM Barajas SSM C.Lineal SSM Hortaleza SSM San Blas
Área 5:	SSM Tetuán
Área 7:	SSM Centro SSM Latina (Galiana) SSM Chamberí (Ponzano)
Área 8:	SSM Alcorcón
Área 9:	SSM Fuenlabrada SSM Leganés
Área 10:	SSM Parla
Área 11:	SSM Carabanchel

Con los mismos criterios funcionales se procederá en los Servicios de Salud Mental ya incorporados a Centros de Especialidades y Centros de Atención Primaria a realizar las reformas y ampliaciones de espacios necesarios para el óptimo desarrollo de sus actividades

1.4. INTEGRACIÓN FUNCIONAL DE LOS CENTROS MONOGRÁFICOS PÚBLICOS

Los dos centros hospitalarios de carácter monográfico existentes actualmente en la Red Única de Salud Mental, ahora dependientes directamente del Servicio Madrileño de Salud, el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain y el Hospital Psiquiátrico de Madrid, estarán integrados funcionalmente en el Área Clínico-Funcional de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del Área Sanitaria donde se ubican.

1.4.1. Hospital Psiquiátrico de Madrid

Esta institución evolucionará con su correspondiente Plan de Gestión hacia un Centro Polivalente de Atención Psiquiátrica. Se estima pertinente que el Hospital Psiquiátrico de Madrid pueda albergar las siguientes unidades:

1. Unidades de Tratamiento y Rehabilitación
2. Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados
3. Unidades para atender Programas especiales para diferentes tipos de pacientes (inimputables, trastornos de la personalidad, gerontopsiquiatría)
4. Unidades para desintoxicación y deshabituación de sustancias de abuso y de tratamiento de patología dual
5. Unidades de Hospitalización Breve para intervención en crisis prolongadas. Contemplando en su funcionamiento las correspondientes zonas de Vigilancia Intensiva Psiquiátrica y Áreas de Observación para aquellos pacientes que por sus características sean subsidiarios de necesitarlos.

1.4.2. Instituto de Psiquiatría y Servicios de Salud Mental José Germain

El Instituto es una red de servicios de salud mental (con prestaciones ambulatorias, de hospitalización, ingreso de agudos, residencia y apoyo comunitario), que da cobertura de atención psiquiátrica y salud mental al área 9 y parcialmente a las áreas 8 y 10, más ingresos de agudos de Alcorcón y Navalcarnero.

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, establece mecanismos que permiten la integración parcial o total de la red de servicios que constituyen el Instituto en la Atención Especializada del Área . Se considerará la apertura de una Unidad de Hospitalización Breve en ese Área. La integración podría efectuarse a través de este centro sanitario con independencia de seguir manteniendo las prestaciones al conjunto del área 9 y otras áreas sanitarias.

La prestación básica es de tres unidades de hospitalización (Breve, Tratamiento y Rehabilitación y Cuidados Prolongados), dos secciones de atención ambulatoria en los distritos de Leganés y Fuenlabrada, un hospital de día y distintos programas específicos.

Las actuaciones que se proponen para completar el Instituto son:

- Apertura de Unidad de Hospitalización Breve en un hospital general
- Desarrollar una Unidad de Programas Especiales.
- Estudiar la creación según necesidades del área de un hospital de día de niños y adolescentes para el área 9.

1.5. PROPUESTA DE COORDINACIÓN CON ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES SINÉRGICAS

Un objetivo imprescindible del "Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental" es la integración de las actuaciones con el resto del sistema de Protección Social. Esta integración permite mejorar y optimizar los recursos actuales y potenciar las actuaciones en red.

Desde los inicios de la reforma psiquiátrica madrileña se ha potenciado la coordinación institucional y de esta experiencia se desprende la necesidad de estabilizar las coordinaciones, mediante la firma de convenios o acuerdos institucionales y por tanto dependiendo únicamente de la "buena voluntad" de los profesionales implicados.

1.5.1. Potenciar la Coordinación con Servicios Sociales

La adecuada coordinación con los Servicios Sociales resulta esencial para el cumplimiento de funciones asistenciales de la Red Única de Salud Mental. Esto es especialmente decisivo en la resolución de los problemas relacionados con la reinserción social de los pacientes, que tanta influencia tiene en la evolución de la enfermedad y en la discapacidad.

1.5.1.1. Organos de Coordinación

Se institucionalizará un Comité Técnico Socio-Sanitario Regional, donde estarán representados por sus técnicos : la Consejería de Servicios Sociales especialmente el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica así como otros sectores (de mayores, discapacitados, niños, tutela etc.), la Concejalía de

Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, la Federación de Municipios Madrileños y la Oficina de Coordinación Regional de Salud Mental. Este Comité se reunirá tres veces al año como mínimo.

En el nivel de Área:

- Una representación de la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del Área debe incluirse en la Comisión Sociosanitaria de esa Área
- Se impulsará el desarrollo de aquellas comisiones técnicas de los diferentes programas asistenciales que faciliten el trabajo en red. Concretamente en el campo de la atención a las personas mayores, a los niños y adolescentes, etc.

Cada año, tanto en el nivel Regional como en el de Área, se planificarán los servicios que cada organización prevé solicitar, con la finalidad de establecer objetivos consensuados sobre los mismos. Asimismo se revisarán los mecanismos de coordinación operativos, especialmente en el nivel de Área, para establecer las correcciones oportunas. Las propuestas procederían de las Comisiones Técnicas de Área y se trasladarían al Comité Técnico Regional.

1.5.1.2. Coordinación Sectorial

✓ Servicios Sociales Generales:

- o Objetivo: Potenciar y consolidar la coordinación con los Servicios Sociales Generales para facilitar el acceso de los enfermos mentales a prestaciones básicas de Información y Orientación, Ayuda a Domicilio, Rentas Mínimas etc.
- o Medidas: Establecer acuerdos o convenios con los Servicios Sociales Municipales que permitan desarrollar y afianzar las actuaciones de los dos sistemas.

✓ Servicios Sociales Especializados:

- o Objetivo: Potenciar y establecer un sistema de coordinación estable con los Servicios Sociales Especializados para promover actuaciones socio-sanitarias y asegurar una intervención integral.

- o Medidas: Impulsar acuerdos con los organismos regionales y municipales que intervienen con los diferentes colectivos sociales:
- ✓ *Personas Mayores*. Definir y protocolizar los programas de atención domiciliaria y apoyo a las Residencias en colaboración con los Servicios Sociales.
- ✓ *Mujer*. Apoyar las medidas preventivas y de atención dirigidas especialmente a programas de mujeres maltratadas.
- ✓ *Personas con Discapacidad*. Estudiar formulas de coordinación con los centros de atención de discapacitados para favorecer la atención psiquiátrica de los casos que lo precisen. Potenciar la coordinación con los Centros Base

1.5.2. Coordinación y actuación conjunta con el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica

En el año 1985 fue aprobado el Plan cuatrienal de Servicios Sociales, donde estaba incluido el Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica que permitió la creación de recursos específicos de rehabilitación, financiados desde la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Salud y Bienestar Social. En 1988 se crea la Consejería de Servicios Sociales, y este programa pasa a depender de ella. En la actualidad se continua desarrollando el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica, trabajando desde una estrecha coordinación y complementariedad con la red de servicios de salud mental. Siendo ésta la única vía de acceso a los recursos que dependen de dicho programa.

Una de las prioridades es profundizar en la coordinación con este programa, articulando mecanismos específicos de coordinación y colaboración técnica y presupuestaria que permitan una actuación conjunta y que potencien el desarrollo de una red suficiente de recursos de atención social que faciliten la atención integral a la población enferma mental grave y crónica

1.5.3. Colaboración con la Agencia Antidroga

El objetivo de esta estrategia es el de articular la colaboración más efectiva de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental, en virtud de las políticas que se

definan en cada momento, con aquellos programas de la Agencia Antidroga en los cuales sea necesaria esta colaboración.

Durante el año 2003 el Comité Operativo realizará los trabajos necesarios, junto con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, para establecer las bases de colaboración mutua en este campo, acorde con las estrategias que se establezcan. En el ámbito de la Red Única de Salud Mental se formará, en el año 2003, un Grupo de Trabajo para realizar, durante el mismo año, el análisis de situación de la atención a la patología "dual", en cuanto a la dimensión del problema y por tanto a la determinación de las necesidades y establecerá el tipo de intervenciones y programas a realizar de forma conjunta. Estos programas han de dirigirse a la atención ambulatoria y hospitalaria de la patología dual.

Una adecuada coordinación es la base para el éxito de este tipo de programas. Es necesario establecer un marco de encuentro técnico entre los coordinadores asistenciales de la Agencia Antidroga y del Oficina de Coordinación Regional de Salud Mental para resolver la redistribución de recursos y los problemas de coordinación que vayan surgiendo.

Aprovechando la creación de estos programas y dispositivos debería de concretarse un periodo de tiempo para el desarrollo de protocolos de actuación en patología dual, así como de Guías de tratamiento.

Debe establecerse el calendario de formación para los profesionales de la red de drogas y para los de la red de salud mental, para canalizar la derivación y adecuar la respuesta asistencial.

Una vez que las dos redes funcionen con un adecuado grado de coordinación podrían diseñarse estrategias de investigación y formativas dirigidas tanto a profesionales de nuestra Comunidad como a los de otras Comunidades Autónomas e, incluso, de países latinoamericanos o del entorno europeo.

1.5.4. Desarrollo de la coordinación con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Durante el año 2003, el Comité de Dirección de la Red Integrada de Salud Mental establecerá de forma consensuada con la Dirección del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia el marco de colaboración más adecuado, incluida la determinación de la periodicidad de reuniones de coordinación, y se determinarán los servicios a prestar por ambas partes.

Dentro del desarrollo de Programa de Atención a Niños y Adolescentes se incluirán las necesidades asistenciales que demande el Instituto Madrileño del Menor y la Familia y los mecanismos de colaboración con el mismo.

**1.5.5. Marco de colaboración con el Ayuntamiento de Madrid
(Concejalías de Salud y Consumo y de Servicios Sociales)**

En el marco del Convenio entre la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento de Madrid se superarán los objetivos y logros del anterior Convenio Tripartito. En este nuevo Convenio se intentará conseguir una mayor optimización de los medios compartidos para la Salud Mental madrileña. Se colaborará con las áreas de salud y de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid para coordinar acciones comunes. Estas deben quedar reflejadas en los objetivos de la Red y en las actividades y objetivos de cada Área sanitaria.

1.5.6. Colaboración con la Dirección General de Salud Pública

Se tendrá en cuenta el informe anual de dicha Dirección General sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, para establecer los objetivos de los contratos de gestión de las Áreas sanitarias, con la finalidad de ajustar los servicios a las demandas de la población.

Se establecerán políticas conjuntas de educación sanitaria tanto para la promoción de la salud como para la prevención de la enfermedad. Así mismo, se estudiarán políticas de subvenciones a los grupos formados por técnicos de la Dirección General de Salud Pública y por técnicos de salud mental para desarrollar proyectos comunes.

Se desarrollarán acciones tendentes a adecuar la percepción de las enfermedades mentales por parte la sociedad, con la finalidad de disminuir la estigmatización de estos enfermos y favorecer su integración.

1.5.7. Coordinación con la Consejería de Educación

Desde el Consejo Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, donde la Consejería de Educación estará representada, emanarán las políticas de colaboración y coordinación que el Comité de Dirección sancionará y el Comité Operativo impondrá. Las áreas de especial interés son la Prevención de Alcoholismo y otras

Adicciones (en coordinación con la Agencia Antidroga) y la puesta en marcha de programas de hospitalización parcial donde se incluyen aulas hospitalarias.

1.5.8. Colaboración con la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección

Se hace necesaria la colaboración y coordinación con la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección en relación con el diseño, la implantación y el desarrollo de la calidad, la acreditación y la evaluación sanitaria.

1.5.9. Creación de un marco regulado de relación con la Judicatura

La colaboración entre los diferentes órganos de la Judicatura y la Red Única de salud mental es necesaria en múltiples situaciones, entre las que se encuentran las relacionadas con el internamiento involuntario, la incapacitación de algunos enfermos mentales, el transporte sanitario, las conductas antisociales de algunos adolescentes, la prevención de denuncias a profesionales, la evaluación domiciliaria, el abordaje de las personas mayores en situación de riesgo, etc.

Con el fin de abordar este tipo de actuaciones y optimizar la respuesta a las mismas, se pondrán en marcha las acciones que a continuación se especifican.

A) *CREAR UNA COMISIÓN ASESORA EN MATERIA DE ASUNTOS JUDICIALES RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL*

Se realizarán los contactos destinados a proponer la creación de una Comisión Asesora integrada por miembros de la Judicatura, representantes del Tribunal Superior de Justicia de Madrid y del Ministerio de Justicia y de Interior, así como por profesionales de la Red que sirva para establecer criterios consensuados de actuación frente a las diversas demandas de servicios que el poder judicial realiza a la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. A corto plazo esta Comisión analizará el contenido y puesta en marcha del Protocolo Legal que se realizará en el marco de la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Madrid durante 2002 que intenta unificar criterios y acciones en situaciones clínicas con implicaciones legales.

B) *PROPUESTA DE ORGANIZAR JORNADAS DE CONSENSO
ENTRE JUECES, FISCALES, FORENSES Y PSIQUIATRAS*

Para analizar las relaciones entre el poder judicial y la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental se organizarán reuniones de análisis, a modo de "encuentro" entre profesionales, cuyas conclusiones serán difundidas en los ámbitos correspondientes, y que tendrán, además, la finalidad de facilitar la constitución de la Comisión Asesora.

1.5.10. Articular coordinación con Instituciones Penitenciarias

Para lograr una mejor coordinación con las Instituciones Penitenciaria en relación con la asistencia a los internos de las prisiones del ámbito de la Comunidad de Madrid. El Comité de Dirección y el Comité Operativo de la Red impulsarán los contactos con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, para establecer las bases de la colaboración.

Tras la finalización de la anterior acción se procederá a establecer el plan de acción conjunto que podrá plasmarse en un convenio que incluya formas de colaboración concretas en materia de prisiones, unidades de custodia y hospitales psiquiátricos penitenciarios.

1.6. MODELO PARA SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1.6.1. Identificación del modelo de sistemas de información

Las bases para la configuración del Sistema de Información Clínica de la Red serán las siguientes:

- * Se promoverá que los distintos Sistemas de Información que pudieran utilizarse estén integrados en Atención Especializada.
- * Existirá uno basado en el Proceso asistencial y, al menos, otro dirigido a la gestión asistencial como en cualquier otra especialidad sanitaria.
- * Se definirán los niveles de información precisos para cada usuario de dicha información.
- * El sistema permitirá la interconexión de todos los dispositivos asistenciales de

la Red Única y utilizará para la codificación la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, Décima edición (C.I.E. 10).

- * Un aspecto especialmente relevante a cubrir por el Sistema de Información será el de ser un instrumento al servicio de la continuidad de la asistencia del paciente, proporcionando los datos relevantes en cada caso a efectos de su atención.

De forma más concreta, el Sistema de Información, basado en el Proceso Asistencial, tendrá las siguientes características:

- * Permitirá la interconexión de todos los dispositivos asistenciales de la Red Integrada de Salud Mental. Dispondrá de Manual de Uso y Ayuda Integrada.
- * La codificación clínica vendrá definida por los diagnósticos incluidos en la CIE-10, el momento evolutivo, la gravedad de los síntomas y el grado de discapacidad.
- * Contará con un sistema de mantenimiento de la calidad de los datos
- * Todos los profesionales de la Red tendrán acceso al Sistema, aunque con diferentes niveles.
- * Se desarrollarán las medidas establecidas en la legislación vigente sobre protección de datos.
- * Incorporará la base de datos del antiguo Registro de Casos Psiquiátricos.

1.6.2. Plan Maestro de Informática y telemática: dotaciones, perfiles y funciones

El nuevo Sistema de Información asistencial se aplicará como experiencia piloto en un área sanitaria.

Se realizará un estudio de necesidades de informática partiendo del diseño del sistema información y teniendo en cuenta la dotación existente en todos los puntos de atención. Esto se consideraría en la realización de los correspondientes planes de inversiones, que debe alcanzar en el año 2008 a todos los dispositivos de atención ambulatoria.

1.7. PROPUESTA PARA OPTIMIZAR LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN EL AMBITO DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE LA SALUD MENTAL

1.7.1. Programa de Formación Continuada Regional y de Área Sanitaria

La docencia continuada se fomentará en el ámbito de la Red tanto con cursos de ámbito regional como con las actuaciones docentes organizadas en cada Área.

En cada Área se mantendrá la situación actual de la designación de un Responsable de Docencia y Formación Continuada con las funciones de desarrollar el programa de formación continuada del área e integrar todas las acciones docentes en el ámbito de la misma.

La Formación continuada del Área será apoyada por los órganos corporativos de apoyo de la estructura central de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se diseñará cada año el programa docente que garantice por un lado el derecho de todos los profesionales de la Red a la Formación continuada, y por otro lado la formación en materias que realmente sean consonantes con las necesidades de la población madrileña en este campo de la Salud.

Los criterios de elaboración del Programa de Formación continuada serán la identificación de las necesidades de formación de los profesionales para la mejora de los servicios y la satisfacción de las expectativas y necesidades expresadas por éstos, para lo cual se realizarán las encuestas correspondientes.

1.7.2. Impulsar la Investigación en la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental

Las acciones irán dirigidas al fomento de la investigación clínica, de servicios y epidemiológica, en el ámbito de la Red de Salud Mental mediante la incorporación de elementos favorecedores.

Se apoyará la labor de Investigación de los profesionales de la Asistencia Psiquiátrica y de la Salud Mental de Madrid proporcionando el soporte metodológico y técnico a los trabajos de investigación y organizándose cursos destinados a ampliar los conocimientos en metodología de la investigación.

2. PROPUESTA FUNCIONAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA COMO CENTRO DEL SISTEMA

2.1. DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS Y PROPUESTA DE CARTERA DE SERVICIOS

Teniendo en cuenta el catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental definirá la cartera de servicios a la necesidad de homogeneizar sus actividades, atendiendo a la severidad y repercusión social de los distintos trastornos psiquiátricos al principio de equidad que debe informar todas las acciones de la Red de Atención Primaria y Salud Mental

Como elemento necesario para lograr completar en todas Áreas la dotación de servicios y dispositivos para la prestación asistencial, dentro del concepto de equidad se establecerá una catalogación de los mismos en básicos (dispositivos específicos del área) y de referencia (dispositivos que podrán dar cobertura a más de un Área).

Los servicios que pueden ser compartidos entre Áreas serán:

- Centros de Rehabilitación.
- Hospitales de Día para la Atención de niños y adolescentes.
- Hospitalización Breve para la Atención niños y adolescentes.
- Cuidados de media duración. Unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación
- Cuidados de larga duración. Unidades de cuidados psiquiátricos prolongados.

2.1.1. Definir Servicios Básicos Ambulatorios

Los servicios con los que contará cada Área serán los siguientes:

- * Servicios Ambulatorios de Distrito:
- * Consultas primeras y sucesivas de Psiquiatría y Psicología.
- * Atención de Enfermería. Cuidados a pacientes en el propio centro, seguimiento y control de medicación seguimiento de crónicos, atención domiciliaria.
- * Trabajo Social

- * Regulación de flujo de pacientes a hospitalización y al resto de la Atención Especializada y otros dispositivos.
- * Cuidados domiciliarios.
- * Programas: Atención a Niños y Adolescente, Atención de los Mayores, Alcoholismo, Rehabilitación psicosocial y Continuidad de cuidados.

2.1.2. Definir Servicios Básicos Hospitalarios

A) HOSPITALIZACIÓN BREVE

Se trata de un dispositivo próximo al de otras especialidades médicas, si bien sus instalaciones reúnen algunas peculiaridades diferenciales, con el objeto de atender en régimen de hospitalización completa a pacientes con episodios agudos de trastornos psiquiátricos, que no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos del sistema.

Su característica diferenciadora de otros dispositivos de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental reside en la capacidad de cuidados de enfermería durante todo el tiempo de estancia.

B) HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

Se trata de un programa que oferta a los pacientes un espacio y alternativa terapéutica a la hospitalización completa, en régimen de internamiento durante varias horas al día, varios días a la semana.

No se trata de un dispositivo de Rehabilitación, ni un dispositivo psicosocial.

C) UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Son unidades de hospitalización psiquiátrica para la asistencia en régimen de ingreso completo de aquellos pacientes cuyo tratamiento precise un marco temporal de actuación superior al de una Unidad de Hospitalización Breve. Una de sus finalidades es la aplicación de programas de tratamiento activo que no pueden realizarse de forma ambulatoria. Antaño eran denominadas Unidades de Media Estancia o Unidades de Rehabilitación.

D) *UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS*

Destinadas a pacientes que de forma prolongada necesitan estabilización sintomática, en régimen de hospitalización completa, además de contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial. Antaño eran denominadas Unidades de Larga Estancia o Residenciales.

E) *COMUNIDAD TERAPÉUTICA HOSPITALARIA*

Se trataría de unidades ubicadas en un hospital, basadas en la utilización de la "milieu therapy" que buscan la contención y la intervención psicosocial intensiva para pacientes con grave afectación de la impulsividad, de la afectividad y de la conducta. Debe tener accesibilidad a zonas de esparcimiento.

F) *CENTRO SOCIOSANITARIO DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES*

Se crea un tipo de unidad con el fin de tratar activamente a los adolescentes con trastorno mental que precisan una contención y un abordaje mayor que el de la hospitalización breve. Si bien contará con atención psiquiátrica y psicológica y será fundamental la labor educativa y de orientación vocacional.

2.1.3. Definir servicios de rehabilitación psicosocial

A) *CENTRO DE REHABILITACIÓN*

Los Centros de Rehabilitación se conciben como un recurso específico, dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y crónicos, que presentan dificultades en su funcionamiento social lo que impide su integración en la comunidad, con la finalidad de ofrecerles programas de rehabilitación que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento, así como apoyar su mantenimiento e integración social.

B) *CENTRO DE DÍA*

Se concibe como un recurso activo donde se desarrollan actividades de rehabilitación, apoyo y soporte social. Para poder llevar a cabo su trabajo, es preciso que este recurso sea flexible, adaptándose a las necesidades de la población atendida y

pudiendo realizar las actividades en diferentes espacios: domicilio, transportes públicos, polideportivos etc... en horarios adecuados a los pacientes y a la propia actividad. Sin perder por ello un espacio fijo de referencia que puede estar ubicado tanto en los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de distrito como en los Centros de rehabilitación.

C) *ALTERNATIVAS RESIDENCIALES COMUNITARIAS*

Un elemento prioritario dentro de la atención comunitaria, son los servicios residenciales. Sin contar con un amplio abanico de opciones residenciales, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e inserción social pueden verse seriamente obstaculizados y contribuir a generar consecuencias negativas: uso inapropiado de la atención hospitalaria, sobrecarga familiar, dificultad de inserción social e incremento del riesgo de exclusión social.

- C.1. **Miniresidencias.** Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado y supervisión durante las 24 horas del día. Dirigidos a personas con enfermedades mentales crónicas cuyos déficits o discapacidades les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento. Este tipo de recurso debe ser muy flexible para adaptarse a las características de la población y de fácil acceso para evitar el aislamiento.
- C.2. **Pisos Supervisados.** Constituyen un recurso residencial organizado en pisos insertos en el entorno social, en los que podrán convivir personas con enfermedad mental grave, con un nivel aceptable de autonomía personal y social. Una de sus características consiste en ofrecer un apoyo flexible e individualizado.
- C.3. **Pensiones Concertadas y Supervisadas.** Son plazas en pensiones de huéspedes con supervisión y seguimiento por parte del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados.

Es preciso estudiar otras alternativas residenciales que se adapten a las características de la población.

D. *REHABILITACIÓN E INSERCIÓN EN EL MUNDO LABORAL*

La falta de formación y empleo de esta población constituye una de las desventajas sociales que inciden más negativamente en sus posibilidades de incorporación al mercado laboral.

Es preciso ofrecer recursos y programas que posibiliten la formación profesional laboral y les prepare para su integración en el mundo laboral.

Es necesario fomentar el desarrollo de fórmulas de empleo protegido, de iniciativas empresariales normalizadas y de todas aquellas medidas dirigidas a facilitar y promover la incorporación efectiva de este colectivo al mundo laboral.

- D.1. **Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.):** Es un recurso específico que trata de posibilitar la rehabilitación profesional, dotando a los usuarios de habilidades de recursos personales y sociales para desenvolverse en el mundo laboral.
- D.2. **Centro Ocupacional de Inserción:** Son dispositivos que permiten el desarrollo de actividades ocupacionales con carácter terapéutico, formativo y de acompañamiento social intensivo, sin establecer relación laboral.
- D.3. **Programas de Formación para el Empleo:** La formación laboral constituye un elemento crucial para poder acceder al mundo laboral. Las personas con enfermedades mentales graves y crónicas se encuentran con barreras a la hora de acceder a la oferta de formación técnico-profesional normalizada, por ello es preciso que se potencien acuerdos o convenios de colaboración con los Organismos que desarrollan programas de Formación.

E. *APOYO ECONÓMICO*

Se trata de ayudas económicas individuales dirigidas a enfermos mentales crónicos, con recursos económicos insuficientes, que apoyen los procesos de rehabilitación, mantenimiento e integración en la comunidad. Se considera que debe ser una prestación económica integrada en las Convocatorias anuales de Servicios Sociales, teniendo en cuenta la Ley de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid, así como pensiones no contributivas u otras prestaciones actualmente existentes. Dichas ayudas se organizarán desde una lógica de no duplicidad y de complementariedad con el resto de prestaciones.

2.2. PLAN DE CALIDAD DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

2.2.1. Fundamentos del Plan

La Política de Calidad se concretará en un Plan específico, con la finalidad de mejorar la satisfacción de los pacientes y sus familiares, y conseguir la participación activa de los profesionales para la identificación y mejora de los problemas de calidad en todo el proceso asistencial. La Red contará, por lo tanto, con un Plan de Calidad de aplicación en todo su ámbito y se facilitará el diseño y desarrollo de planes específicos en cada Área.

El modelo será el de Calidad Total, que engloba la calidad científico-técnica, la calidad percibida por el paciente y la satisfacción de los profesionales y estará determinado por la cultura de mejora continua.

Se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- * El establecimiento de la Política de Calidad corresponde al Comité de Dirección de la Red y el diseño del Plan, que ha de ser aprobado por el Comité de Dirección, será dirigido por el Comité Operativo.
- * Implicación de la estructura de gestión.
- * La organización asistencial del Área es el ámbito donde se deben desarrollar las acciones del Plan de Calidad.
- * La Gestión de la Calidad estará integrada en la gestión cotidiana del Área, y los objetivos referentes a la Calidad serán recogidos en los planes de gestión del área.
- * Cada Área adoptará el Plan a las circunstancias y peculiaridades concretas de la misma, en cuanto a la estructura y los procesos que se realizan.

La Formación en Calidad es uno de los elementos indispensables para el desarrollo efectivo del Plan.

2.2.2. Diseño del Plan Integral de Calidad

Se diseñará un Plan de Calidad que será adaptado a las características de cada Área. Existirán unos objetivos comunes para toda la Red con independencia de los objetivos específicos de cada Área.

Los tres aspectos fundamentales para su desarrollo serán: la definición de los objetivos, la organización de los medios y el establecimiento de la metodología.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.

✓ Mejorar la satisfacción del "Cliente Interno y Externo":

* Dirigidos hacia los profesionales del sistema: Aplicación de los principios de Gestión Clínica, desarrollo de elementos relativos a la política de recursos humanos, entre los que la información interna es fundamental, y fomento de las iniciativas profesionales.

* Dirigidos a la satisfacción de los pacientes:

- Mejora de la información: información adecuada sobre la oferta de servicios, información a la familia, con el consentimiento del paciente, garantía de la confidencialidad de la información clínica a todos los niveles.

- Mejora de la accesibilidad: facilitar trámites administrativos, facilitar la gestión de citas, mejorar las comunicaciones telefónicas, mejorar el traslado de los pacientes y disminuir los tiempos de espera para consulta.

- Mejora del trato: conseguir un trato humano y correcto, así como la continuidad de sus cuidados y tratamientos.

✓ Evitar la "no - calidad":

* En relación con los profesionales: se evitarán aspectos tales como la inexistencia de planes individualizados de tratamiento, la falta de programas o la existencia de éstos con objetivos poco claros y la ausencia de meca-

nismos de evaluación; la falta de comunicación entre los profesionales y las deficiencias en la información escrita sobre el proceso asistencial.

- * En relación con los pacientes: se ha de procurar la adherencia al tratamiento y la evitación de la rotación de pacientes por diferentes niveles de la Red en búsqueda de atención y los desplazamientos innecesarios cuando se soliciten consultas y derivaciones a otros especialistas.
- * En relación con aspectos de gestión: evitar el desconocimiento de los objetivos del equipo de trabajo y de la organización de los servicios y recursos, evitar el uso inadecuado en la utilización de los recursos y cuidar la utilización y suministro adecuado de los datos referentes al sistema de información.

✓ Garantizar la calidad científico - técnica.

La calidad científico - técnica del trabajo desarrollado por los profesionales de la Red es un elemento imprescindible. A través de su mejora se obtiene la de la efectividad y de la eficiencia. La formación y el trabajo en equipo son elementos esenciales para garantizar la calidad científico - técnica.

✓ Promoción de la Calidad.

Conlleva una actitud de mejora continua en todos los procesos asistenciales. Las iniciativas de orientación hacia la calidad han de partir de la Dirección de la Red y de la del Área.

ORGANIZACIÓN DE LOS MEDIOS.

La implantación de la Calidad, aunque ésta sea "cosa de todos", debe contar tanto con un Plan organizado como con un soporte estructural.

El soporte estructural será proporcionado por la Oficina Regional para la coordinación de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Las funciones del Comité Operativo, contando con el apoyo de la Oficina Regional, con respecto a la Calidad serán:

Funciones con respecto a la Calidad

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">· Elaboración del Plan de Calidad· Elaboración de indicadores· Asesoramiento a los órganos directivos· Integración de la evaluación de los procesos, utilización de recursos y la opinión de pacientes y familiares | <ul style="list-style-type: none">· Análisis de los informes de Calidad· Propuestas de corrección de desviaciones· Fomento de actividades docentes de Calidad |
|--|--|

El Grupo de Calidad del Área, presidido por el responsable de la misma estará formado por el Responsable de Calidad y por representantes de todos los dispositivos asistenciales del Área y estamentos profesionales.

Uno de los medios esenciales para la evaluación de la Calidad es disponer de un Sistema de Información, que debe tener las características siguientes con respecto a la información: que sea válida y adecuada a los objetivos, que sea longitudinal (permanente y acumulativa) y centrada en el paciente, que en todo momento sea accesible a todos los niveles, que esté asegurada su actualización y su protección.

ESTABLECIMIENTO DE LA METODOLOGÍA.

Las acciones se establecerán sobre los aspectos de Estructura, del Proceso y de los Resultados.

- Las acciones sobre la estructura tendrán en cuenta tanto la estructura física como los aspectos organizativos. La valoración de la calidad de los elementos de estructura será realizada en virtud de la función de Acreditación.
- Se entenderá el proceso como el medio por el que la estructura asistencial produce unos resultados en los pacientes atendidos. Comprenden el conjunto de actuaciones que todos los profesionales realizan para que el paciente reciba la mejor asistencia posible.

Las acciones sobre el proceso estarán guiadas por los siguientes principios: la proyección a la acción, centrándose en la operatividad y efectividad, y la participación lo más amplia posible de todos los profesionales.

La metodología se establecerá en tres pasos: la detección y priorización de los problemas, la protocolización de los procesos y la evaluación de la calidad de los procesos.

Se contará con un listado de procesos protocolizables. Los procesos pueden ser clasificados en: procesos asistenciales clínico-administrativos (admisión, información, alta, traslados, etc.), asistenciales clínicos (diagnósticos, de tratamiento, de atención integrada y de enfermería), y de hostelería.

Los planes de atención individualizada garantizarán el comportamiento adecuado de cada miembro del equipo asistencial ante un paciente con un diagnóstico concreto y la utilización eficiente de los recursos en cada caso, dentro del concepto de procesos de atención integrada.

La evaluación de los procesos podrá ser realizada en varias formas no excluyentes: la evaluación de la cumplimentación de los protocolos según los estándares e indicadores prefijados, la realización de auditorías clínicas, y la evaluación de resultados.

- Acciones sobre los resultados.

Se utilizará, por su viabilidad, la medición de resultados indirectos de la asistencia, que miden aspectos parciales o concomitantes con el proceso asistencial. Los indicadores de resultados serán los relativos a los cambios en el funcionamiento y la morbilidad asistencial.

2.3. FACILITAR EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ACREDITACIÓN

La acreditación debe afectar a todos los servicios, con independencia de que la provisión de los mismos se haga con medios de titularidad pública o concertados dentro de la Red Única de Utilización Pública.

La pertinencia del establecimiento de normas de acreditación está justificada por la

necesidad de garantizar la idoneidad de los servicios a comprar por el Servicio Madrileño de Salud y a proveer por la Red Única.

Los criterios de acreditación serán establecidos por la Consejería de Sanidad a través de la Dirección General de Calidad y por la Consejería de Servicios Sociales, en el caso de los recursos de rehabilitación psicosocial de su Red. El Servicio de Autorización y Acreditación Sanitaria de la Dirección General Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección llevará a cabo el proceso de acreditación.

Los planes de inversión en Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental recogerán las necesidades de recursos para dar cumplimiento, desde el punto de vista estructural, a los requisitos de acreditación.

Se formará un comité de expertos para colaborar con el Servicio de Evaluación Sanitaria de la Dirección General de Calidad en la redacción de los criterios de acreditación, de estructura y de procesos, de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental.

El Comité estará constituido por profesionales de la Red, nombrados por el Comité de Dirección, y por expertos ajenos a la misma, nombrados a propuesta de la Asociaciones de profesionales y del Comité de Dirección.

El Comité de Expertos podrá colaborar en el Plan de Acreditación en los siguientes aspectos:

- Estructura Organizativa y de Gestión. Valoración de la estructura de gestión y de las funciones de cada puesto de mando. Se valorará la existencia de un Sistema de Información adecuado para la toma de las decisiones.
- Dispositivos y Servicios de atención ambulatoria, de rehabilitación psicosocial y hospitalarios.

2.4. DESARROLLO DEL MODELO DE PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES

2.4.1. Comité Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Tal y como se ha indicado anteriormente en el "MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN" de este Plan, los usuarios participarán en el Comité Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

2.4.2. Comisión de usuarios de Área (pacientes y familias)

Las funciones de dicha Comisión serán proponer las medidas oportunas para la mejora de los servicios de la red y analizar las encuestas sobre satisfacción, reclamaciones y propuestas de los usuarios, así como analizar las propuestas sobre ordenación de los servicios que haga el Comité de Dirección de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. En todas estas actuaciones se tendrá en cuenta la normativa vigente en materia de protección de datos.

3. LINEAS DE ACCIÓN EN EL ÁREA ASISTENCIAL

3.1. OPTIMIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

3.1.1. Hospitalización Breve

Todos los Hospitales Generales de la Comunidad de Madrid dispondrán de una Unidad de Hospitalización Breve. Se estima la ratio de 12 camas/100.000 habitantes adultos.

Para alcanzar este estándar se propone:

- * Apertura de una U.H.B. en el H. La Paz.
- * Apertura de una U.H.B en el Área 9.
- * Ampliación de camas en el Área 8.

En el resto de Hospitales Generales de Área se realizarán los correspondientes ajus-

tes, aumentando el número de camas asignadas a las Áreas 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 11 hasta alcanzar la ratio establecida.

Así mismo se procederá a la corrección de las disfunciones producidas en las Áreas 7 y 11 por la vigente ordenación funcional de la asistencia.

3.1.2. Hospitalización Parcial

Todas las Áreas Sanitarias dispondrán de plazas de Hospital de Día de Adultos de referencia.

Según su ubicación y la posibilidad de compartir recursos con otros servicios Asistenciales, se añadirán un Auxiliar Administrativo y un Auxiliar de Control.

3.1.3. Hospitalización para Cuidados de Media y Larga Duración

Se propone, a partir de la puesta en marcha de este plan, la nueva terminología producto del trabajo de los Grupos de Expertos para este tema. Pasan a denominarse:

- *Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación.*
- *Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados.*

3.1.3.1. Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación

Deben alcanzar un número de camas de referencia en torno a 4/100.000 habitantes para toda la Comunidad de Madrid. Si bien se propondrá a los diferentes proveedores de este tipo de recurso que desarrollen Estrategias Clínicas diferenciadas para abordar las diferentes problemáticas y demandas sanitarias. Se precisa por lo tanto un giro de la oferta en la hospitalización de Media Duración hacia la intervención activa para alcanzar una reinserción temprana en el medio comunitario.

En relación con todo lo anterior se realiza la siguiente propuesta:

- * Apertura de una Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación, con **30 camas**, en el **Hospital Psiquiátrico de Madrid** preferentemente para la población de las Áreas 3, 4 y 5.

- * Apertura o concertación de otras dos unidades , que darían cobertura una a las Áreas 3, 4 y 5, y otra preferentemente a las Áreas 1, 2, 6, 7 y 11.

3.1.3.2. Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

Conjuntamente con la Consejería de Servicios Sociales también se alcanzará un número de plazas suficientes de alojamiento en Mini-Residencias, pisos protegidos, pensiones supervisadas, etc. Aumentando el abanico de posibilidades de alojamiento supervisado para los pacientes que lo requieran. También se considera de interés potenciar alternativas a la hospitalización con un alto apoyo asistencial como la hospitalización a domicilio, intervención en crisis etc.

Con el fin de optimizar la gestión de este tipo de recursos hospitalarios y acorde con los planes específicos que el Servicio Madrileño de Salud determine para el Hospital Psiquiátrico de Madrid y el IPSS José Germain, se propone una asignación de camas de cuidados psiquiátricos prolongados a cada área, según población, pudiendo tener distintos proveedores. En este sentido se impulsará la apertura de una Unidad de este tipo con 40 camas en el Hospital Psiquiátrico de Madrid.

3.1.3.3. Comunidad Terapéutica Hospitalaria

La Comunidad Terapéutica Hospitalaria dispondrá de camas asignadas para todas las áreas, y se propone como lugar idóneo las instalaciones de algún hospital público bien general o de media-larga estancia.

3.2. REESTRUCTURACIÓN OPTIMIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

3.2.1. De la organización de los servicios

Durante la vigencia del Plan se elaborará un manual de organización y funcionamiento que aborde la definición de los distintos roles profesionales en los equipos interdisciplinarios de los Servicios Ambulatorios de Salud Mental.

3.2.2. De los recursos

Para la estimación de profesionales por habitante se recomienda lo siguiente:

INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
Psiquiatras para atención a adultos	1 psiquiatra/20.000 Hab.
Psicólogos para atención a adultos	1 psicólogo clínico/40.000 Hab.
Psiquiatras para atención a niños y adolescente	1 psiquiatra/20.000 Hab.
Psicólogos para atención a niños y adolescentes	1 psicólogo clínico/ 25.000 Hab.
Enfermeras	1 enfermera /40.000 Hab.
Trabajadores Sociales en relación a los programas y actividades específicas	
Terapeutas Ocupacionales en función de los recursos de Hospitalización y de Rehabilitación	
Auxiliares de enfermería, en relación con los programas específicos donde esta actividad sea necesaria	
Auxiliares administrativos de distrito teniendo en cuenta puntos de atención y horarios	

En la asignación definitiva de profesionales se tendrán en cuenta la Cartera de Servicios del Área Sanitaria, las características de la población, la utilización de los servicios y las variables que se consideren necesarias para establecer la mejor asignación y distribución de los recursos humanos.

Las nuevas contrataciones que resulten de la aplicación del Plan de Salud Mental, sería deseable que fueran adscritas al Área Sanitaria, permitiendo su movilidad dentro de la misma, en función de necesidades objetivas, desarrollo de programas o cambios demográficos.

3.2.3. Creación de la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental

Será el profesional (fundamentalmente Enfermera y Trabajador Social) responsable del Plan de Atención Integral del paciente y que actúa tanto como provisor directo de cuidados, como coordinador de los distintos profesionales y dispositivos que inter-

vengan sobre el paciente y facilitando el acceso a los **tratamientos de rehabilitación**, de **cuidados** y de **apoyo comunitario** desde cualquiera de los dispositivos de la red especializada o sociocomunitaria en general.

- o El coordinador **mantiene la responsabilidad sobre la continuidad de la atención al paciente, independientemente del uso que en ese momento esté haciendo de cualquier dispositivo** de la red (por ejemplo, aunque esté acudiendo a un centro de rehabilitación u hospital de día, aunque esté ingresado en una unidad de hospitalización o una residencia)
- o El coordinador (o alguien del equipo) **se desplaza**, para llevar a cabo su actividad a los dispositivos cuya actividad tiene que coordinar a propósito de cada caso o a los lugares que las necesidades contempladas en cada plan individualizado determinen (domicilio, centros de trabajo u ocio...)
- o El programa ha de incluir una modalidad de atención prevista para **crisis ocurridas fuera (y por supuesto dentro) del horario de atención** a través de un "plan de actuación en crisis previsibles" incluido en el PAI. (esta modalidad no está bien resuelta en ninguno de los programas existentes y requiere disposiciones y financiación adicionales)

PERSONAL

* Se proponen como **coordinadores de cuidados**

- Diplomados en enfermería
- Diplomados en trabajo social

* Se pueden incluir como **consultores**

- Psiquiatras o psicólogos

Este profesional trabajará en el Plan de Atención Integral (PAI) ya referido anteriormente, el cual:

- o Ha de estar **orgánicamente reconocido**
- o Ha de estar organizado **a nivel de área** y estar presente en las **comisiones de asistencia**

-
- o Los profesionales han de estar **radicados en los equipos de Asistencia Psiquiátrica ambulatoria de cada distrito.**
 - o Ha de estar **incluido explícitamente en los objetivos y contratos** de los servicios
 - o Ha de estar contemplado específicamente en la financiación de los servicios (por ejemplo, ha de disponerse de una partida de gasto dirigida a la gestión de las actividades fuera del centro)
 - o Ha de ser **evaluado periódicamente**
 - o Ha de incluirse en los **controles de calidad** vigentes para los servicios de salud en cada área
- * Se desarrollarán sendas **guías**: Una para la implantación del programa en los servicios y otra para la confección del PAI.

3.3. REESTRUCTURACIÓN, DESARROLLO Y OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A LOS NIÑOS Y A LOS ADOLESCENTES

El programa de Atención a Niños y Adolescentes, será potenciado teniendo en cuenta las circunstancias de morbilidad de cada Área y el grado de recursos existentes en la misma, con la finalidad de proporcionar la atención adecuada a este grupo de edad de la forma más específica y diferenciada. En cada área existirá un responsable de dicho programa que será el referente para la coordinación de las actividades específicas del mismo.

3.3.1. Planificación y optimización de los recursos ambulatorios

Se revisará en el nivel ambulatorio de cada Área la Atención a Niños y Adolescentes, a la vista de lo cual se establecerán las medidas organizativas, entre ellas las de incorporación de recursos, para asegurar la prestación adecuada de estos servicios.

Deberá estudiarse la posibilidad de selección de los nuevos psiquiatras y psicólogos

a incorporar a los servicios con conocimientos específicos en este campo de la atención, a pesar de la ausencia de reconocimiento de la especialidad en psiquiatría y psicología infantil en el Estado Español.

Las ratios de referencia para la adscripción de profesionales serán de 1 psiquiatra/20.000 niños y adolescentes y 1 psicólogo para 25.000 niños y adolescentes menores de 18 años.

3.3.2. Planificación de recursos hospitalarios

Los dispositivos de Hospital de Día y de Hospitalización Breve serán de adscripción superior al ámbito de Área. Su distribución será planificada teniendo en cuenta la distribución de la población de este tipo en la Comunidad de Madrid, y en el caso de la Hospitalización Breve, las disponibilidades de espacio existente en los hospitales.

3.3.2.1. Hospitalización Parcial

En el caso de los menores de 18 años existe el acuerdo entre los expertos de establecer tres subgrupos atendiendo a la edad de los niños en tratamiento. Así se recomienda que se dispongan plazas para niños de 0- 6, de 6-12 y de 12-17 años.

Para su ubicación, se tendrá en cuenta la accesibilidad geográfica, de forma que todo el territorio de la Comunidad de Madrid esté adecuadamente cubierto.

Según su ubicación y la posibilidad de compartir recursos con otros servicios Asistenciales, se añadirán un Auxiliar Administrativo y un Auxiliar de Control.

3.3.2.2. Hospitalización Breve

Con respecto a las camas de Hospitalización una vez conseguidas las Unidades de Hospitalización Breve en el Hospital Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Niño Jesús, se deberán optimizar los recursos existentes y según evolucione la demanda cabría plantearse la necesidad de otra Unidad más.

3.3.2.3. Otros recursos

En relación a la problemática de los Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes se propone la creación de un Centro Sociosanitario de Atención a Adolescentes en colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Este Centro se atenderá a las necesidades de tratamiento intensivo en régimen cerrado que presentan determinados pacientes adolescentes. Su funcionamiento será similar al de las Comunidades Terapéuticas con apoyo escolar, el cual será realizado por parte de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

3.4. POTENCIAR LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A LAS PERSONAS MAYORES

Teniendo en cuenta el crecimiento de la población anciana, el desarrollo de este programa resulta prioritario. Es fundamental la formación de los profesionales en las peculiaridades de la atención a este tipo de pacientes. No se crearán dispositivos monográficos, salvo excepciones, en relación con los recursos históricamente disponibles. Este Programa deberá estar implantado en todos los distritos y áreas.

Se reconoce la necesidad de incorporación de las personas mayores a dispositivos, tales como hospitales de día y recursos de rehabilitación psicosocial

Este programa deberá tener una serie de pautas y acciones homogéneas a nivel regional, que se establecerán progresivamente. Inicialmente se consideran prioritarias las siguientes acciones:

3.4.1. Potenciar la coordinación con Atención Primaria

Dentro de la atención domiciliaria, los Servicios de Salud Mental desarrollarán acciones específicas respecto a la población internada en residencias de personas mayores destinadas a favorecer, como si de su medio domiciliario se tratase, la atención a este tipo de pacientes.

La frecuentación en la red sanitaria de los ancianos con problemas de Salud Mental es menor de la esperada para esta población. Se colaborará con Atención Primaria en los procedimientos para adecuar la demanda a la necesidad.

3.4.2. Promover el modelo de Enlace con los dispositivos de Atención a Personas Mayores

En cada Área Sanitaria y en el marco del programa se establecerán los sistemas de coordinación con los programas de atención a personas mayores de Servicios Sociales y los dispositivos residenciales y de día públicos existentes en la misma. Se tenderá a favorecer la consultoría con los profesionales sanitarios de dichos dispositivos y se definirán las estrategias de colaboración en materia de prevención primaria y secundaria.

En el marco de la colaboración y coordinación con la Consejería de Servicios Sociales se definirán también las estrategias básicas para la coordinación y la participación en programas de formación continuada y de apoyo a las residencias y centros de día.

Para que ello sea posible será necesaria la dotación de recursos humanos con respecto a las necesidades de cada distrito en función de la población mayor de 65 años.

3.4.3. Mejorar la hospitalización de los mayores

En todas las unidades de hospitalización (breve, media y larga duración) se contemplarán las modificaciones de espacio y equipamiento para su mejor adaptación al ingreso de esta población.

Se promoverá el acceso a las unidades de hospitalización de las personas mayores, sin limitación por razones de edad.

Se propone la creación de una unidad de cuidados de larga duración. Esta unidad tendría su ubicación ideal en un hospital de Larga Estancia de la Comunidad de Madrid, que no fuera monográfico psiquiátrico pues estos pacientes precisarán de cuidados médicos importantes.

3.4.4. Promover la implicación de los profesionales de la red

En cada Área existirá un responsable de dicho programa que será el "referente" para la coordinación de las acciones específicas del mismo. Se estima que algunas de ellas serán: formación continuada, diseño de pautas de tratamiento generalizadas, elaboración de algunos protocolos comunes, coordinación con otras instituciones y servi-

cios relacionados con la atención en Salud Mental a las personas mayores (servicios de geriatría, servicios sociales, residencias públicas del sector, etc.).

Así mismo se identificará al menos un psiquiatra por distrito sanitario con actividad clínica dedicada significativamente a este campo específico y que será el responsable del programa.

Para favorecer la implicación de los profesionales en la atención a los pacientes mayores, se hace necesario implantar actividades específicas tales como evaluación neuropsicológica, comorbilidad de las demencias tipo Alzheimer, psicoterapia individual o grupal, actividades de enfermería, así como actividades de formación específica en este campo para todos los niveles profesionales.

3.5. DESARROLLO Y OPTIMIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN

3.5.1. Estudio de necesidades por Área

Teniendo en cuenta el desigual desarrollo del Programa de Rehabilitación Psicosocial en las diferentes Áreas de Salud, se plantean varias líneas de trabajo.

- a) Realizar un estudio actualizado de las necesidades que se plantean en cada una de las áreas.
- b) Que todas las áreas dispongan de un programa, en el cual se definan: las necesidades del área, población a la que va dirigido, actividades que se van a desarrollar para cubrir dichas necesidades, profesionales que van a intervenir, mapa de recursos tanto específicos como normalizados, mecanismos de coordinación con otras instituciones y por ultimo evaluación del programa.

3.5.2. Propuesta de recursos necesarios

Teniendo en cuenta el número de pacientes que se benefician de las actividades de este programa, la gravedad y grado de discapacidad que suelen presentar y la diversidad de actividades a desarrollar por los profesionales adscritos al mismo, se recomienda que éstos tengan una dedicación específica y una formación adecuada al trabajo a desempeñar. Es preciso, así mismo, evaluar la necesidad de crear una Jefatura de Sección de Rehabilitación del Área.

El equipo deberá ser multidisciplinar e integrado por las diferentes categorías profesionales de los Servicios de Distrito.

La vía de acceso a cualquiera de los recursos del Programa son los Servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de los distritos. Dichos recursos comprenden:

- * Unidades hospitalarias de Tratamiento y de Rehabilitación
- * Centros de Rehabilitación Psicosocial
- * Centros de Día
- * Centros de Rehabilitación Laboral
- * Centros Ocupacionales de Inserción
- * Alojamientos supervisados (Minirresidencias, Pisos Supervisados, Pensiones Supervisadas)
- * Otros recursos (clubes sociales, etc.)

Es importante evitar la fragmentación entre recursos sanitarios, sociales y los llamados sociosanitarios y clarificar sus límites.

Se plantea que la generalización del programa haría necesario revisar los siguientes aspectos de la normativa:

- ✓ Incluir nuevas funciones en los convenios y en el estatuto marco que regulan la actividad de los profesionales implicados.
- ✓ Revisar las condiciones de aseguramiento, prevención de riesgos y responsabilidad legal de éstos profesionales (incluyen con frecuencia el traslado de pacientes a cargo de estos profesionales).

3.5.3. Actuación conjunta con el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica

En el marco de colaboración que previamente se ha descrito se priorizará la delimitación de competencias con Servicios Sociales y la reorganización de los recursos sociales como alojamiento y prestaciones económicas, que hasta ahora viene gestionando el Departamento de Salud Mental.

Otra línea de actuación será alcanzar un desarrollo suficiente de la Red de Recursos Sociales del citado programa. Para ello se trabajará conjuntamente en la planificación y la programación presupuestaria de la misma.

3.5.3.1. Centros de Día y Centros de Rehabilitación Psicosocial

Los dos tipos de dispositivos comparten áreas de actividad comunes, como son todas las destinadas a favorecer el mantenimiento en la comunidad de las personas con un trastorno mental crónico. Se propone:

- Aumentar el número de Centros de Día en función del estudio de necesidades que se realizará. En este estudio se tendrá en cuenta dos criterios fundamentales: la accesibilidad de los usuarios y la optimización de los recursos en el Área.
- Colaborar con la Consejería de Servicios Sociales en la planificación y delimitación de objetivos de los CRPS que se desarrollen.

3.5.3.2. Alternativas Residenciales Comunitarias

Dada la gran necesidad de alojamiento de enfermos mentales crónicos que actualmente saturan los dispositivos de cuidados de media y larga duración y que sobrecargan gravemente a sus familias, se propone impulsar la creación de dispositivos residenciales.

Se colaborará de forma prioritaria con la Consejería de Servicios Sociales para la nueva creación de Miniresidencias, hasta alcanzar un mínimo de una por Área. El criterio de accesibilidad será básico para su diseño.

3.6. ABORDAJE Y ESTUDIO DE NUEVAS DEMANDAS Y NECESIDADES EMERGENTES

Es necesario que exista una adecuada sensibilidad por parte de la Red Única hacia las patologías y demandas emergentes, con el desarrollo de protocolos de detección, evaluación y tratamiento.

En el caso de que cumplidos los requisitos anteriores se considere preciso la creación de unidades específicas, se tendrá en cuenta en primer lugar la suficiente cobertura, con los recursos disponibles, de las necesidades básicas en Asistencia Psiquiátrica de la población del Área. En todo caso, el ámbito de la oferta será superior al del Área.

3.6.1. Revisión de la Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En una primera fase serán revisados en todas las Áreas los procedimientos de atención a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, con la finalidad de garantizar esta atención de forma protocolizada, debiéndose contar, por tanto, a finales del año 2003, con estrategias de atención en todas las Áreas. Dichas estrategias deberán incluir la participación activa de los Servicios de Endocrinología y Nutrición y de Pediatría, de los Hospitales correspondientes, así como de la Atención Primaria.

Se potenciará la continuidad de cuidados y tratamientos en este tipo de pacientes, de forma que puedan recibir un seguimiento sin solución de continuidad, tras el alta hospitalaria. En cualquier caso y siguiendo las recomendaciones de los Expertos no se crearán en principio, dispositivos específicos para esta patología mental.

No obstante en una segunda fase se realizará una reevaluación de necesidades en materia de Trastornos de Alimentación con la finalidad de adecuar y optimizar los recursos disponibles en Hospitalización Breve, Hospitales de Día, Comunidad Terapéutica Hospitalaria y Atención Ambulatoria.

3.6.2. Trastornos de Personalidad

Para un abordaje adecuado sería preciso fundamentalmente

- Desarrollar programas y proyectos específicos para el abordaje y tratamiento de este tipo de pacientes en los dispositivos de la Red (Hospitales de Día y recursos tipo Comunidad Terapéutica), con especial incidencia en los casos de mayor gravedad.
- Elaboración de protocolos y guías de actuación específicos del campo de los “trastornos de personalidad”
- Establecer mecanismos de coordinación efectivos con los equipos psicopedagógicos escolares, el programa familia-infancia, etc para su detección e intervención temprana.

3.6.3. Duelo patológico

- Desarrollar protocolos y guías de actuación específicos
- Proceder a su discusión y difusión entre los profesionales de la salud mental, con el objeto de su incorporación en el trabajo asistencial habitual.
- Establecer mecanismos de coordinación efectivos, así como Planes de Formación en este ámbito con la Atención Primaria de Salud.

3.6.4. Neuroimagen

La necesidad de su incorporación resulta indudable, lo que precisaría

- Elaboración de protocolos y guías de uso de técnicas de neuroimagen, para su uso desde los dispositivos de salud mental
- Delimitación de los procedimientos administrativos, de información y gestores para la petición y control de pruebas complementarias de amplio uso y/o mayor coste.
- Desarrollar proyectos específicos de Investigación Evaluativa sobre su empleo en la red asistencial de Madrid.
- Proceder a su discusión y difusión (Planes de Formación Específicos) entre los profesionales de la salud mental con el objeto de su incorporación en el trabajo asistencial habitual.
- Pactar un consumo por área de estas pruebas diagnósticas , de forma que el psiquiatra en consulta ambulatoria pudiera solicitarla sin obstáculos.

3.6.5. Estrés laboral

Para un abordaje adecuado sería preciso fundamentalmente

- Desarrollar protocolos y guías de actuación específicos
- Proceder a su discusión y difusión entre los profesionales de la salud mental y

atención primaria con el objeto de su incorporación en el trabajo asistencial habitual.

3.7. REESTRUCTURACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Desde la filosofía de la corresponsabilización con Atención Primaria se pretende aumentar la sensibilidad diagnóstica de los médicos de Atención Primaria en la detección de la enfermedad mental, la derivación adecuada, la mejora de la calidad de la intervención que realizan, las actividades preventivas y la continuidad de la atención a los pacientes.

Las actividades conjuntas y de coordinación a realizar serán incluidas dentro del Plan de Gestión del Área, en forma de objetivos claramente definidos.

3.7.1. *Mejorar la derivación y la coordinación con procedimientos y actividades comunes*

Serán revisados en cada Área los criterios y circuitos de derivación de pacientes desde Atención Primaria a la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental, haciendo énfasis en las patologías más frecuentes y dando a conocer de nuevo la oferta asistencial y el alcance de la misma a los médicos de Atención Primaria.

Desde la Red Única de Salud Mental se seguirá cuidando especialmente la emisión de informes al médico general de Atención Primaria, incluyendo la referencia al Plan de Tratamiento Semestral de cada paciente, como elemento indispensable para lograr la Coordinación Asistencial.

Se mejorarán los accesos telefónicos de los Servicios de Salud Mental, para favorecer, entre otros aspectos, la comunicación con los profesionales de Atención Primaria, y se fijarán objetivos de realización de sesiones conjuntas.

Se realizarán programas de formación específicos dentro de la formación de postgrado en cada Área y se colaborará en la formación continuada de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria.

Se dará apoyo a los programas de prevención primaria en Salud Mental.

Se fomentará la realización de proyectos de investigación conjuntos referidos a epidemiología clínica.

3.7.2. Establecer anualmente un pacto de consumo de primeras consultas

Al igual que ocurre con otras especialidades se hace necesario instaurar la sistemática de un pacto de consumo de primeras consultas derivadas desde Atención Primaria a la Atención Ambulatoria Especializada en Psiquiatría y Salud Mental. Este pacto deberá acordarse con los responsables asistenciales de cada distrito con cada coordinador de centro de salud para posteriormente ser refrendado a nivel de Área. Este pacto de consumo será recogido documentalmente en los contratos sanitarios anuales de cada Gerencia de Especializada.

3.7.3. Configurar la Coordinación con Atención Primaria y la Psiquiatría de Enlace en un único programa.

Se plantea la unificación en un sólo programa de las actividades de enlace con Atención Primaria y el resto de la Atención Especializada. Las estrategias, la coordinación y los objetivos deben ser comunes, si bien se desarrollará de forma preferente la intervención sobre la derivación de pacientes ambulatorios desde Atención Primaria.

Esta unificación se concretará en:

- * Las actividades de formación para Atención Primaria u otras Especialidades serán impartidas con independencia de donde esté ubicado el profesional de Psiquiatría y Salud Mental.
- * La relación con los otros especialistas que desarrollan actividad asistencial ambulatoria fuera del hospital deberá coordinarse con los facultativos que trabajan en el mismo nivel asistencial y con los que establecen esta coordinación
- * Se facilitará el contacto entre los profesionales del Hospital y de la Atención Ambulatoria implicados en estas tareas con el fin de asegurar la continuidad asistencial de los pacientes
- * Dado que el resto de la Atención Especializada plantea en los Contratos de Gestión anuales la posibilidad de un pacto de consumo, la Asistencia

Psiquiátrica y la Salud Mental planteará anualmente en cada área un acuerdo con la Dirección de Atención Primaria de Área respecto a las primeras consultas que desde Atención Primaria se derivan.

3.8. OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES ALCOHÓLICOS

3.8.1. Optimización de los recursos actuales

En relación a la organización asistencial, se creará un Programa de Área con un equipo multidisciplinar destinado a desarrollar los siguientes programas básicos:

1. Programa de acogida
2. Programas de desintoxicación
3. Programas terapéuticos para la prevención de recaídas
4. Programa psicoeducativo para familiares

La coordinación asistencial será fundamentalmente con la Atención Primaria con la que la coordinación debe ser fluida. Se propondrá la inclusión de datos referentes al consumo de alcohol en las historias clínicas de los médicos de Atención Primaria.

También se desarrollarán coordinaciones con Asociaciones de personas con problemas relacionados con alcohol, con los dispositivos de la Agencia Antidroga, con Servicios Sociales, con los Servicios de Medicina Laboral y con la Judicatura.

3.8.2. Propuesta de nuevos recursos

En primer lugar se impulsará la creación de una unidad de deshabitación más, de las que actualmente existen. Entendiéndose que debería ubicarse en el Sur de la Comunidad.

También es necesario reforzar las camas de desintoxicación para alcohol en servicios médicos del hospital general, por lo que se intentará que todos los hospitales generales de Madrid cedan, al menos, dos camas para este fin.

Para la adecuada atención a pacientes de larga evolución con trastornos por uso de alcohol se plantea un proyecto de acción conjunta con la Agencia Antidroga que se plasme en una Comunidad terapéutica. En muchas ocasiones los pacientes son ingresados en la Unidad Deshabitación Alcohólica (UDA) cuando el dispositivo requeri-

do es el de la Comunidad terapéutica (CT). En bastantes casos, los pacientes son dados de alta de la UDA y pasan al control ambulatorio cuando deberían proseguir su ingreso en una CT. Para este tipo de dispositivo existe demanda suficiente. Además, el patrón de consumo de alcohol por parte de los jóvenes conllevará que dentro de algunos años tengamos un tipo de dependientes con importantes problemas conductuales que harán muy necesarios este tipo de dispositivos.

3.9. ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DUAL

3.9.1. Prevalencia del problema asistencial

Se desconocen datos sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los usuarios de la red de drogas de la Comunidad de Madrid, pero según las estimaciones de otros estudios clínicos y epidemiológicos se puede hipotetizar que en torno al 50% de los pacientes de los centros de drogas presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico adicional (patología dual). En el abordaje este tipo de pacientes deberán desarrollarse protocolos para el tratamiento de estos, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.

Estas cifras implican que antes de implantar un protocolo de derivación psiquiátrica hay que establecer una serie de reuniones con los diferentes equipos asistenciales de la red de drogas para:

- a) entrenarles en el diagnóstico y tratamiento de los diferentes trastornos psiquiátricos.
- b) establecer unos criterios de derivación.

3.9.2. Atención Ambulatoria

Estos casos deberán ser atendidos por los psiquiatras incluidos en la Red de drogas y por los profesionales de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid

La magnitud de la demanda hace que la coordinación entre ambas redes tenga que realizarse de forma programada y que se considere la progresiva creación, a ser posible en algunos hospitales generales, de programas de patología dual que incluyan una Consulta Ambulatoria de Patología Dual. De esta forma habrá un número con-

siderable de casos que puedan ser resueltos de forma satisfactoria en cada uno de los Centros de Salud Mental (depresiones, trastornos de ansiedad), mientras que otros necesiten de un abordaje más especializado, como los sujetos con trastornos límite de la personalidad, los pacientes con trastornos del espectro bipolar, los pacientes con patología psicótica y los sujetos con deterioro cognitivo debido a diferentes etiologías. Estos casos son los más complejos, los de peor manejo y los que suelen solicitar menos ayuda, pese a que sean los que más la necesitan. Se tenderá a crear estos programas por Área (habría que seleccionar el lugar de ubicación de esta consulta, bien en el hospital general o en algún centro de atención a drogodependientes). Se plantea la posibilidad de que en cada Área se designe un psiquiatra, formado adecuadamente, para asumir esta asistencia con dedicación parcial.

Cada uno de estos programas debería estar formado por: un psiquiatra a tiempo total, una enfermera a tiempo parcial, un psicólogo a tiempo parcial y un trabajador social a tiempo parcial. El equipo estará formado por profesionales de distinto origen administrativo (Red Única, Agencia Antidroga, y Ayuntamiento). Este personal independientemente de que organismo de la Consejería de Sanidad contrate, debería tener una dependencia funcional y jerárquica de la Gerencia de Atención Especializada de cada área sanitaria.

3.9.3. Atención Hospitalaria

Algunos de los pacientes con diagnóstico dual requieren periodos de ingreso para su estabilización clínica en unidades adecuadas para este tipo de pacientes. Son dos, los perfiles de pacientes con diagnóstico dual que requieren intervenciones psiquiátricas en régimen de ingreso:

- Los sujetos con alteraciones importantes de conducta (violencia y tentativas de autolisis)
- Individuos politoxicómanos en tratamiento con metadona que presenta descompensaciones psicóticas, bien por su trastorno de la personalidad (por ejemplo el trastorno límite) o bien por su patología en el eje I (Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos bipolares, o psicosis tóxicas).

El primer tipo de paciente suele ser atendido en los servicios de urgencia de los hospitales generales. Los segundos no tienen ubicación en la actual red de salud mental, por lo que será necesario crear una UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL. Esta Unidad no deberá tener más de 20 camas que serán atendidas por un personal con un ele-

vado nivel de formación, ya que estos pacientes son un grupo complicado de manejo, no sólo por la psicopatología sino por el grado de dificultades farmacológicas que entraña su tratamiento. Los tiempos de ingreso suelen ser más prolongados que los empleados por sujetos con patologías similares pero sin problemas de adicción. Además en esas unidades se debe poder dispensar metadona o el agonista correspondiente con que esté siendo tratado el sujeto. La creación de esta Unidad será fruto del marco de colaboración entre la Agencia Antidroga y la Oficina Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

3.10. REESTRUCTURACIÓN DE LAS URGENCIAS Y EL TRANSPORTE SANITARIO

3.10.1. Urgencias en medio ambulatorio

En el medio ambulatorio, es decir en los Servicios de Salud Mental que se ofrecen en las Secciones de Distrito, se atienden demandas urgentes y no programadas.

Dentro de las urgentes pueden ser de pacientes sin historia previa en el dispositivo o pacientes conocidos ya en ese equipo. Tanto uno como otro se considerarán como Urgencias.

Dentro de los no programados, pueden darse dos circunstancias: con psiquiatra responsable del caso, y en ese caso no se considerará Urgencia desde el punto de vista de la gestión de la actividad; o sin profesional responsable, en este caso al resultar en una carga de trabajo equivalente a un nuevo contacto, sí se contabilizará como Urgencia.

Los Equipos de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Distrito atenderán las siguientes urgencias:

- o Los pacientes que ya están siendo vistos en esos servicios de salud mental del distrito
- o Los pacientes nuevos que son enviados con volante urgente desde Atención Primaria
- o Demandas de Atención Domiciliaria Urgente de forma excepcional:

- * Requerimiento razonado desde Atención Primaria una vez que el médico ha evaluado la situación.
 - * Requerimiento justificado, según protocolo legal previamente pactado, desde instancias judiciales
- o La organización del traslado de un enfermo mental atendido en ese dispositivo.

Para poder atender estas demandas en cada Área sanitaria se procederá a:

- 1 Evaluar las necesidades según distritos
- 2 Organizar los equipos para que exista una atención en horario de mañana en estos dispositivos, apoyando a los centros pequeños que tienen menor dotación de personal.
- 3 Homogeneizar los horarios de guardia hospitalaria, de los días laborables, con entrada a la misma a las 15.00 horas.

3.10.2. Urgencias en el medio hospitalario

- 1 La urgencia psiquiátrica hospitalaria deberá de disponer de un despacho individualizado, medicación de urgencia adecuada y medios de contención. Precisar de un apoyo con personal de enfermería y celadores que hagan eficaz la atención urgente, especialmente en pacientes agitados.
- 2 Se hace necesaria la delimitación de funciones del personal de seguridad y el equipo de enfermería en lo que respecta a la vigilancia y contención de pacientes psiquiátricos que permanezcan en el Servicio de Urgencias.
- 3 El abordaje del paciente agitado y el riesgo autolítico se protocolizará en cada Hospital donde haya Urgencias Psiquiátricas.
- 4 La valoración inicial de todo paciente supuestamente psiquiátrico, antes de ser evaluado por el psiquiatra, deberá ser realizada por el médico de guardia clasificador de la Urgencia General.

-
- 5 Se promoverá la instalación, en todos los Hospitales con Urgencias Psiquiátricas, de unidades de observación para crisis controlables con un ingreso de menos de 24 horas, para pacientes que por su inestabilidad no es adecuada un alta inmediata.

3.10.3. Transporte del enfermo mental

El transporte del enfermo mental debe ser realizado en medios especialmente dotados para ello. Esto quiere decir que deben existir vehículos específicos con medios de contención específicos y con personal auxiliar entrenado en la contención de pacientes agitados. Se plantea el estándar de un conductor con 2-3 auxiliares/celadores.

El transporte de un enfermo mental en contra de su voluntad se realizará siempre previa expedición de un informe médico en el que se exponga la necesidad de su traslado a un centro hospitalario, donde el psiquiatra de guardia valorará la situación.

Siempre que sea necesario se recabará la ayuda de los agentes de seguridad ciudadana, de otros medios sanitarios y, excepcionalmente, del juzgado de guardia.

3.11. CATÁSTROFES

EN EL MOMENTO AGUDO:

Se realizarán operaciones de selección para evaluar la conducta, calibrar el grado y nivel de la crisis y canalizar la información obtenida, transmitiéndola al personal asistencial, de modo que la organización de ayuda pueda aliviar la situación y las reacciones psicológicas inmediatas de los damnificados. Atención individual y colectiva correrían a cargo del personal asistencial de los organismos responsables del salvamento.

EN FASES POSTERIORES:

Se creará un Equipo de Apoyo en Catástrofes ,multidisciplinario, con formación específica y altamente capacitado, capaz de elaborar un protocolo de recomendaciones para el inmediato post-crisis con funciones de coordinación y planificación de la atención a víctimas, familiares, miembros del equipo de rescate, personal que interviene en el salvamento y el mismo equipo de salud

mental que intervenga. Dicho Equipo estará compuesto por personal que, voluntariamente, quiera participar y estar en disposición de llamada, suspendiendo temporalmente sus funciones en los centros donde trabajen habitualmente, y actuando en la atención y derivación de los afectados.

3.12. PROPUESTAS PARA ABORDAR LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Se estima necesario diseñar un Programa de Continuidad de Cuidados y adherencia al tratamiento para estos colectivos. Articular de forma preferencial su acceso a los Centros de Día, Recursos de Rehabilitación Psicosocial y la Atención domiciliaria especialmente para mayores.

- * Se mantiene la vigencia del documento elaborado en 1994 sobre "Propuesta de actuación coordinada de los Servicios de Salud Mental y de los Servicios Sociales en la Atención a personas con trastorno Psiquiátricos en situación de Marginados sin Hogar", aunque habría que actualizarlo y adecuarlo a las nuevas situaciones y recursos.
- * Se evaluará la nueva creación de algún tipo de dispositivo puente y de baja exigencia para el colectivo de crónicos de la calle con trastorno mental. Se fomentará la colaboración en la coordinación y optimización los dispositivos actuales (SUMMA- 061, UMES).
- * Se hace necesario reforzar los recursos socio-sanitarios de contenido rehabilitador y residencial en sus diferentes modalidades.
- * Incremento de la dotación y mayor accesibilidad de las actuales ayudas económicas individuales de rehabilitación.

3.13. DESARROLLO DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON IMPLICACIONES JUDICIALES Y/O PENALES

La atención a este tipo de pacientes precisará la adopción de algunas medidas específicas en orden a garantizar el que puedan recibir una asistencia de calidad, en condiciones dignas y de acuerdo a las medidas de seguridad establecidas por ley. Para poder realizar esto se adoptarán las siguientes medidas:

-
- * Desarrollo de Programas Especiales para el tratamiento de estas personas en un dispositivo asistencial de media seguridad.
 - * Creación de Comisión de Coordinación Interinstitucional entre la Administración de Justicia y la de Sanidad.
 - * Creación de la figura de un Consultor Legal, con formación específica, en cada una de las Áreas Sanitarias, el cual realizará una función de asesoramiento en este tipo de temas.
 - * Formación continuada de todos los profesionales de la Red Única de Salud Mental en temas relacionados con la Ley y la práctica clínica.
 - * Desarrollo de líneas de investigación en esta materia.

ANEXOS

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD MENTAL

COMITÉ DIRECTIVO

- *D. José Ignacio Echániz Salgado.* Consejero de Sanidad.
- *Dña. Pilar Martínez López.* Consejera de Servicios Sociales
- *D. Simón Viñals Pérez.* Concejel de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid
- *D. Francisco Ferre.* Jefe del Departamento de Salud Mental. Consejería de Sanidad

COMITÉ EJECUTIVO

- Director General del Servicio Madrileño de Salud
- Director General del Instituto Madrileño de Salud
- Director General de la Agencia Antidroga
- Director General Salud Pública
- Director General de Servicios Sociales
- Director General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección
- Director General Planificación Sanitaria, Innovación Tecnológica y Sistemas de Información
- Director del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid
- Departamento de Salud Mental

ASISTENTES

- *D. Alfredo Macho.* Viceconsejero de Asistencia Sanitaria
- *D. José María Alonso.* Viceconsejero de Servicios Sociales
- *Dña. Carmen Navarro.* Directora General del Servicio Madrileño de la Salud
- *Dña. Leticia Moral.* Directora General del Servicio Madrileño de Salud
- *D. Juan José Equiza.* Director General del Instituto Madrileño de Salud
- *D. Francisco Babín.* Director General Salud Pública
- *Dña. Encarnación Blanco.* Directora General de Servicios Sociales
- *D. Angel Gómez Mascaraque.* Director de Servicios del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento

- *D. Francisco Ferre.* Departamento de Salud Mental
- *Dña. Asunción García.* Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid
- *D. Manuel Molina.* Director General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección
- *D. Jesús Galván.* Director General Planificación Sanitaria, Innovación Tecnológica y Sistemas de Información
- *D. José Manuel Torrecilla.* Director Gerente de la Atención Antidroga
- *D. José María López.* Departamento de Salud Mental

COMITÉ ASESOR DE COORDINACIÓN TÉCNICA

- Coordinadores de Área
- Gerencia del Hospital Psiquiátrico de Madrid
- Gerencia del Instituto Psiquiátrico de Madrid
- Concejalía de Sanidad y Consumo .Ayuntamiento de Madrid
- Representación de los Jefes de Distrito
- Programa de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Crónica

ASISTENTES

- *D. Alfredo Calcedo.* Coordinador Área 1
- *D. Eduardo García.* Coordinador Área 2
- *D. Alberto Fernández..* Coordinador Área 3
- *D. Jerónimo Sáiz.* Coordinador Área 4
- *D. Joaquín Santodomingo.* Coordinador Área 5
- *D. Enrique Baca.* Coordinador Área 6
- *D. Juan José López-Ibor.* Coordinador Área 7
- *Dña. Berta Ríos.* Coordinador Área 8
- *D. Manuel Desviat.* Coordinador Área 9
- *D. Francisco Montilla.* Coordinador Área 10
- *D. Tomás Palomo.* Coordinador Área 11
- *D. Antonio Prieto.* Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Madrid
- *D. Miguel Ángel Baratas.* Gerente del Instituto Psiquiátrico José Gemain
- *D. Antonio Barba.* Gerente del Hospital Psiquiátrico de Madrid
- *Dña. M^a Jesús Sanz.* Jefa del Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad.
- *D. Abelardo Rodríguez.* Coordinador del Programa de Atención a Personas con Enfermedad Mental Crónica.

-
- *D. Pedro Sopelana.* Jefe de los Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares.
 - *D. José Juan Rodríguez.* Jefe de los Servicios de Salud Mental de Colmenar Viejo.
 - *D. Francisco Ferre.* Departamento de Salud Mental
 - *D. José María López.* Departamento de Salud Mental
 - *Dña. Elia González.* Departamento de Salud Mental

COMITÉ CONSULTIVO EXTERNO

- Representantes de las Asociaciones de Usuarios y Familias
- Representantes de los Colegios Profesionales: Médicos, Psicólogos, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional
- Representantes de las Sociedades Científicas: SPM, AMSM, AMRP, SAMYC, Enfermería en Salud Mental
- Departamento de Salud Mental

ASISTENTES

- *Dña. Carmen Rojas-Marcos.* Colegio Profesional de Enfermería
- *Dña. Cristina Alonso.* Colegio Profesional de Trabajadores Sociales
- *Dña. M^a Jesús de Frutos.* Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales
- *Dña. Lucila de Andrés.* Colegio Profesional de Psicólogos
- *D. Víctor Contreras.* F.E.M.A.S.A.N
- *D. Antonio González Catena.* F.A.C.O.M.A.
- *D. Ginés Salido.* A.D.A.N.E.R.
- *D. Ricardo Guinea.* A.M.R.P.
- *D. Antonio Escudero, M^a Fe Bravo.* A.M.S.M.
- *D. Francisco Mejías.* Asociación de Enfermería en Salud Mental
- *Dña. Ana Castaño.* S.A.M.Y.C.
- *Dña. Dolores Crespo.* S.P.M.
- *D. Francisco Ferre*
- *D. José M^a López*
- *D. Gabriel Rubio*
- *Dña. Elia González*

GRUPOS DE EXPERTOS: Relación de Asistentes

1º Hospitalización Breve

Coordinador: D. Javier Martínez
Secretario: D. Juan Antonio Palacios

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. JESÚS VALLE	PSIQUIATRA	HOSPITAL DE LA PRINCESA
D. MANUEL CUMELLA	PSIQUIATRA	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
D. ALFONSO CHINCHILLA	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
D. FRANCISCO GONZÁLEZ AGUADO	PSIQUIATRA	HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS
Dña. ROSA YÁNEZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL CLÍNICO
D. JUAN CARLOS GONZÁLEZ	PSIQUIATRA	SERVICIO DE SALUD MENTAL GETAFE
D JOSÉ AGUSTÍN GARCÍA NOBLEJAS	PSIQUIATRA	HOSPITAL DE MOSTOLES
D. JAVIER SANZ FUENTENEYRO	PSIQUIATRA	HOSPITAL 12 OCTUBRE
Dña. ANA MORENO	PSIQUIATRA	INST. PSIQUIATRA JOSE GERMAIN
Dña. MERCEDES MANSILLA	ENFERMERA	HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS
Dña. CARMEN GÓMEZ	TRABAJADORA SOCIAL	HOSPITAL DE LA PRINCESA
D. ANTONIO SILVESTRE	ENFERMERO	HOSPITAL PSIQUIATRICO MADRID
Dña. ROSARIO DE ARCE CORDÓN	PSIQUIATRA	HOSPITAL PUERTA DE HIERRO

2º Alcoholismo

Coordinador: D. Joaquín Santodomingo
Secretario: D.Gabriel Rubio

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. PEDRO CUADRADO	PSIQUIATRA	SERVICIO DE SALUD MENTAL RETIRO
D. MARCOS ASTASIO	PSIQUIATRA	SERVICIO DE SALUD MENTAL CENTRO
D. ERNESTO GARCÍA YAGÜE	PSIQUIATRA	INST. PSIQUIATRICO JOSÉ GERMAIN
Dña. PILAR ROJANO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS
D. FÉLIX POYO	PSIQUIATRA	HOSPITAL PSIQUIATRICO M ADRID
Dña. CARMEN AGUIRRE MARTÍNEZ	ENFERMERA	HOSPITAL 12 DE OCTUBRE
D. BARTOLOMÉ MORALES	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
D. AURELIO GARCÍA	PSIQUIATRA	SERV. DE SALUD MENTAL SAN BLAS
Dña. REGINA OTERO	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL AL COBENDAS
D. FERNANDO MANSILLA	PSICÓLOGO	AYUNTAMIENTO DE MADRID

3. Enlace y Atención Primaria

Coordinador: D. Mariano Hernández Monsalve

Secretario: D. Ángel Arribas

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. CRISTINA MOLINS GARRIDO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
D. MAXJMINO LOZANO	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
Dña. M ^a LUISA ZAMARRO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS
Dña. ROSA SANTIAGO	PSICOLOGA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS
D. JOSÉ L. RODRÍGUEZ CALVÍN	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
Dña. BLANCA PENASA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL SALAMANCA
D. M ^a JOSÉ MARTÍN-VÁZQUEZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCORCÓN
D. PEDRO CUBERO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ARGANZUELA
Dña. M ^a JOSÉ CAICOYA	PSIQUIATRA	HOSPITAL LA PAZ
Dña. CARMEN SÁNCHEZ-GIRÓN	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CHAMARTÍN
D. EDUARDO GARCÍA CAMBA	PSIQUIATRA	HOSPITAL DE LA PRINCESA

4 Formación e Investigación

Coordinador: D. José Jaime Melendo

Secretario: D. Gabriel Rubio

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. JUAN CARLOS DURO	PSICOLOGO	SERV. DE S. MENTAL GETAFE
D. LUIS PRIETO-PRIETO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL SALAMANCA
D. EDUARDO BALBO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
Dña. PILAR ROJAS MARCOS	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL MONCLOA
Dña. CARMEN MARÍA FERRER	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL LEGANES
Dña. MARTA MIRALLES	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL GETAFE
Dña. CARMEN BAYÓN	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS
Dña. ELENA REDONDO	ENFERMERA	HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS
Dña. ROSA GÓMEZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL
Dña. NIEVES GONZÁLEZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL DE SAN BLAS
D. ANTONIO ESPINO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL MAJADAHONDA

5 Otras Adicciones

Coordinador: D. Luis Caballero

Secretario: D. Gabriel Rubio

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. ENRIQUETA OCHOA	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
D. GUILLERMO PONCE	PSIQUIATRA	HOSPITAL 12 DE OCTUBRE
D. AURELIO GARCÍA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL SAN BLAS
D. ALBERTO ORTIZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL SALAMANCA
D. JAVIER HERRERA	MEDICO	AYUNTAMIENTO DE MADRID
Dña. CARMEN PUERTAS	MEDICO	AYUNTAMIENTO DE MADRID
D. ALFONSO VÁZQUEZ MOURE	MEDICO	C. A. D. MÓSTOLES AGEN. ANTIDROGA
D. NÉSTOR SZERMAN	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL MORATALAZ
D. PEDRO SOPELANA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCALÁ
D. ANTONIO PELAZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
D. SANTIAGO PETRENET	ENFERMERO	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
Dña. PILAR COLINS	MEDICO	C.A.D. 7 AYUNTAMIENTO DE MADRID

6 Hospitalización Parcial

Coordinador : D. Juan Carlos Azcárate

Secretaria: Dña. Fernanda Revilla

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. JOSEFINA MAS	PSIQUIATRA	INSTITUTO PSQ JOSÉ GERMAIN
Dña. PILAR NIETO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL TETUÁN
D. MIGUEL A. SÁNCHEZ LÓPEZ	PSICÓLOGO	SERV. DE S. MENTAL MÓSTOLES
D. ESTEBAN ACOSTA	PSIQUIATRA	INSTITUTO MONTREAL
Dña. BELÉN SANZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL PUERTA DE HIERRO
D. PABLO RAMOS	PSIQUIATRA	HOSPITAL DE LA PRINCESA
Dña. ÁNGELA IBÁÑEZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMON Y CAJAL
Dña. M ^º LUISA SALGADO	PSIQUIATRA	HOSPITAL GREG. MARAÑÓN
Dña. CONCEPCIÓN VICENTE	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL CHAMARTIN
Dña. YOLANDA ESPINA JIMÉNEZ	PSICOLOGA	INST. PSQIATRICO JOSÉ GERMAIN
Dña. MONTSERRAT CUEVAS AYUSO	ENFERMERA	HOSPITAL RAMON Y CAJAL
D. JORGE SERNA	TERAP. OCUAPCIONAL	HOSPITAL RAMON Y CAJAL

7 Asistencia Hospitalaria de Cuidados de Media y Larga Duración

Coordinador: D. Fernando Cañas
Secretaria: Dña. Fernanda Revilla

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE	PSIQUIATRA	INST. PSIQUIATRICO JOSÉ GERMAIN
Dña. MARIANA GARCÍA DE LEÓN	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CIUDAD LINEAL
D. ANTONIO DIEGUEZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL HORTALEZA
Dña. PILAR PAJARES	ENFERMERA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
D. RODOLFO HERNÁNDEZ ROSELL	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL
D. DANIEL GIL	TRABAJADOR SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL TORREJÓN
D. ENRIQUE JUÁREZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL PSIQUIATRICO MADRID
Dña. EVA GRAU	PSIQUIATRA	INST. PSIQUIATRICO JOSÉ GERMAIN
D. ANANIÁS PASTOR	PSICÓLOGO	INST. PSIQUIATRICO JOSÉ GERMAIN
Dña. MARGARITA MADARIAGA	PSIQUIATRA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
D. FRANCISCO DEL OLMO	PSIQUIATRA	HOSPITAL BENITO MENNI
Dña. ISABEL GARCÍA	TRABAJADORA SOCIAL	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
Dña. ROSARIO MORENO	ENFERMERA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
Dña. PILAR CAYON	ENFERMERA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID

8 Psicogeriatría

Coordinador: D. Luis Agüera
Secretaria: Dña. Fernanda Revilla

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. RINALDO NODARSE	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL MOSTOLES
Dña. BLANCA FRANCO	PSIQUIATRA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
Dña. ROSARIO LUIS YAGÜE	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL FUENCARRAL
D. ALFREDO ARANDA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL LATINA
Dña. ASCENSIÓN VÁZQUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL COLMENAR
Dña. PILAR XIMÉNEZ	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL CHAMARTIN
Dña. LOLA CLAVER	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL USERA
Dña. PILAR DE MIGUEL	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CENTRO
Dña. ANA TORO	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL BARAJAS
Dña. MARISA CASARES	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CARABANCHEL
Dña. INMACULADA DE LA SERNA	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
Dña. ESTHER LEGA	ENFERMERA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
D. PEDRO MARFIL	TÉCNICO	DIR.. GRAL. DE PERSONAS MAYORES
Dña. FELISA MARTÍN	MÉDICO	DIR.. GRAL. DE PERSONAS MAYORES

9 Rehabilitación Psicosocial

Coordinador: D. Manuel Desviat
Secretaria: Dña. Elia González

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. JOSÉ MANUEL CAÑAMARES	PSICÓLOGO	C. R. P. S. GETAFE. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES
Dña. CONCEPCIÓN VICENTE	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL CHAMARTÍN
Dña. CARMELA GUAZA	TERAP.A OCUPACIONAL	SERV. DE S. MENTAL HORTALEZA
D. MIGUEL ÁNGEL CASTEJON	PSICÓLOGO	C. R.P.S. LA ELIPA. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES
Dña. ESTHER PÉREZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL LEGANÉS
D. PABLO FUENTES	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CHAMARTIN
D. ANDRÉS BLANCO	PSICÓLOGO	INST. PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN
Dña. PILAR GONZÁLEZ	PSICÓLOGA	SERV. DE S. MENTAL COSLADA
Dña. Mª TERESA ZURDO	TRAB AJADORA SOCIAL	DISPOSITIVO A. R. C. O.
Dña. PILAR NIETO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL TETUÁN
Dña. Mª DEL MAR ALJIBEZ	TERAP. OCUPACIONAL	SERV. DE S. MENTAL COLMENAR
Dña. ARACELI ROSIQUE	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL TORREJÓN

10 Continuidad de Cuidados y Tratamientos

Coordinador: D. Alberto Fernández Liria
Secretaria: Dña. Elia González

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. PILAR ROJANO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS
D. TEODORO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	ENFERMERO	SERV. DE S. MENTAL DE ALCALA
Dña. Mª DOLORES CORTÉS	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL CENTRO
Dña. Mª FE BRAVO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENCARRAL
Dña. YOLANDA GUERRERO	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL ARGANDA
D. VALENTIN LEMUS	ENFERMERO	SERV. DE S. MENTAL CARANBANCHEL
Dña. PILAR XIMÉNEZ- SANDOVAL	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
Dña. MARISA PÉREZ PÉREZ	TRABAJADORSOCIAL	CENTRO DE REHAB. SAN ENRIQUE
Dña. CONCHA FERNÁNDEZ RAMÍREZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
Dña. Mª EULALIA ARAUJO	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL SALAMANCA
Dña. BELEN ESPARTOSA	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL LATINA
D. JULIO CÉSAR NÚÑEZ	ENFERMERO	SERV. DE S. MENTAL ALCORCON
Dña. ISABEL DÍEZ	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL CHAMARTIN

11 Inmigración y Exclusión Social

Coordinador: Dña. Pilar Rico
Secretaria: Dña. Elia González

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. ANTONIO FERNÁNDEZ DEL MORAL	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CENTRO
Dña. M ^a DOLORES YELA	ENFERMERA	SERV. DE S. MENTAL USERA
Dña. MARÍA NUCHE	PSICOLOGA	SERV. DE S. MENTAL CENTRO
D. FELIPE JOURÓN GONZÁLEZ	PSICOLOGO	P.R.I.S.E.M.I. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES
Dña. RITA FRUTOS ALCÁNTARA	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
D. DARÍO PÉREZ MADERA	TRABAJADOR SOCIAL	AYTO. MADRID. ÁREA SERV. SOCIALES
Dña. CLARA LÓPEZ SANGUINETI	TRABAJADORA SOCIAL	CENTRO DE DIA DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER
Dña. PALOMA DE PABLOS	PSICÓLOGA SOCIAL	SERV. SOCIALES. AYTO DE PARLA
Dña. CONCEPCIÓN BARÓ	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S. MENTAL PARLA
D. ERNESTO CABELLO	ECONOMISTA	AYTO. MADRID. ÁREA SERV. SOCIALES
Dña. LAURA GOTOR	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS

12 Niños y Adolescentes

Coordinador: D. Ignacio Avellanosa
Secretaria: Dña. María Jesús del Yerro

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. MAR DÍEZ DEL CORRAL	PSICOLOGA	SERV. DE S. MENTAL ALCALA
Dña. CONSUELO ESCUDERO	PSICÓLOGA	SERV. DE S. MENTAL GETAFE
Dña. LUCÍA ÁLVAREZ- BUYLLA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL CIUDAD LINEAL
D. JAVIER SANSEBASTIÁN	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMON Y CAJAL
Dña. INMACULADA PALANCA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL NAVALCARNERO
D. PRUDENCIO RODRÍGUEZ RAMOS	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL TETUÁN
Dña. LOURDES SIPOS	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL VALLECAS
Dña. EVA SARDINERO	PSICOLOGA	SERV. DE S. MENTAL VALLECAS
Dña. CARMEN CULEBRO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENCARRAL
Dña. JOSEFA OLIVA	PSICOLOGA	SERV. DE S. MENTAL COLMENAR
Dña. CRISTINA MOLINS	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL FUENLABRADA
Dña. DOLORES MORENO	PSIQUIATRA	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADOLESCENTES. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN

13 Psiquiatría Legal

Coordinador: D. Alfredo Calcedo
Secretaria: Dña. María Jesús del Yerro

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. PILAR ROJANO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCOBENDAS
D. JOSÉ OTERO	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL COLLADO VILLALBA
D. MANUEL PEREIRA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL LATINA
D. JUAN JOSÉ ARECHEDERRA	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMON Y CAJAL
Dña. EULALIA JAÉN LÓPEZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL ALCALA
D. PRUDENCIO RAMOS	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL TETUAN
Dña. TERESA CAPILLA	PSIQUIATRA	SERV. DE S. MENTAL GETAFE
Dña. JOSEFINA MATEOS	TRABAJADORA SOCIAL	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
D. FERNANDO CAÑAS	PSIQUIATRA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID

14 Urgencias, Catastrofes y Transporte Sanitario

Coordinador: D. Manuel Pereira
Secretaria: Dña. María Jesús del Yerro

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. ELOY MARTÍN BALLESTEROS	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ALCALÁ
Dña. GENOVEVA ROJO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ALCORCON
D. LUIS JAVIER IRASTORZA	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ARGANDA
D. FRANCISCO VICENTE	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL LATINA
Dña. OLGA SANMARTÍN	ENFERMERA	SERV. DE S . MENTAL ALCOBENDAS
Dña. ISABEL FIGA	ENFERMERA	SERV. DE S . MENTAL FUENCARRAL
D. JAVIER SANZ FUENTENEbro	PSIQUIATRA	HOSPITAL 12 DE OCTUBRE
D. PAU PÉREZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL PARLA
Dña. ANA GONZÁLEZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MADRID
D. FABIÁN ÁLVAREZ VILORIA	ENFERMERO	SERV. DE S . MENTAL CHAMARTIN

15 Gestión de Calidad

Coordinadora: Dña. Cristina del Álamo
Secretario: D. Juan Antonio Palacios

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. CRISTINA ANCHUSTEGUI	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL BARAJAS
Dña. ELENA TRIGUEROS	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL MORATALAZ
Dña. CARMEN DALMAU	ADMINISTRATIVO	SERV. DE S . MENTAL TETUAN
Dña. NATIVIDAD VICENTE	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL TORREJON
D. ANTONIO MUÑOZ MORALES	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL USERA
Dña. Mª FE BRAVO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL FUENCARRAL
Dña. CRISTINA POLO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL HORTALEZA
D. JOSE CARLOS ESPÍN	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ARANJUEZ
D. PEDRO RODRÍGUEZ	PSICOLOGO	SERV. DE S . MENTAL CIUDAD LINEAL
D. CARLOS GONZÁLEZ	PSIQUIATRA	INST. PSIQUIATRICO JOSE GERMAIN

16 Psicoterapia

Coordinadora: Dña. Beatriz Rodríguez
Secretaria: Dña. Paula Vallejo

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. Mª LUZ IBÁÑEZ	PSICÓLOGO	SERV. DE S . MENTAL GETAFE
Dña. TERESA SUÁREZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL MÓSTOLES
D. JOSÉ LUIS DE DIOS	PSIQUIATRA	HOSPITAL CLÍNICO -INFANTIL
Dña. ROSA CALVO	PSICOLOGO	HOSPITAL DE LA PAZ
Dña. GENOVEVA ROJO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ALCORCÓN
Dña. CARMEN VILLANUEVA	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL FUENCARRAL
Dña. BLANCA AMADOR	PSICÓLOGA	SERV. DE S . MENTAL ALCOBENDAS
D. EDUARDO PAULINI	PSICÓLOGO	HOSPITAL NIÑO JESÚS
Dña. MARÍA DIEGUEZ	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL LEGANES
Dña. TERESA BENITO	PSICOLOGA	SERV. DE S . MENTAL FUENLABRADA
Dña. ANA MARTÍN	PSICÓLOGA	SERV. DE S . MENTAL SALAMANCA
D. FERNANDO RIPOL	PSICOLOGO	SERV. DE S . MENTAL TORREJON

17 Organización y Funcionamiento de los Servicios

Coordinador: D. Miguel A. Jiménez

Secretario: D. José María López

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
D. MIGUEL A. MORE	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL VILLAVERDE
D. PEDRO SOPELANA	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ALCALÁ
D. ANTONIO FDEZ DEL MORAL	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL CENTRO
Dña. PILAR RANERO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL CHAMARTIN
Dña. MERCEDES ÍÑIGO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ARGANDA
D. MIGUEL VEGA	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMON Y CAJAL
D. JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SOLANO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL COLMENAR
D. JAVIER GUINDEO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL NAVALCARNERO

18 Patologías y Demandas Emergentes

Coordinador: D. Emilio Gamo

Secretaria: Dña. Paula Vallejo

NOMBRE	PROFESIÓN	LUGAR DE TRABAJO
Dña. ÁNGELA IBÁÑEZ	PSIQUIATRA	HOSPITAL RAMON Y CAJAL
Dña. CARMEN BAYÓN	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL ALCOBENDAS
D. JOSÉ MANUEL MONTES	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL DE TORREJON
Dña. M ^a LUISA SOTO	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL FUENCARRAL
Dña. ISABEL ESCUDERO	TRABAJADORA SOCIAL	SERV. DE S . MENTAL ALCOBENDAS
D. JOSÉ GARCÍA NOBLEJAS	PSIQUIATRA	SERV. DE S . MENTAL MOSTOLES
D. MANUEL CAMPOS	ENFERMERO	SERV. DE S . MENTAL HORTALEZA



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD