

INFORME SOBRE LOS CAMBIOS EN LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL TRAS EL ACUERDO MARCO PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS PÚBLICOS EN MODALIDAD DE CONCIERTO<

Los Equipos de Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud Mental y la Red de Atención Social de la Consejería de Asuntos Sociales, han estado trabajando durante años en estrecha coordinación para llevar a cabo los procesos terapéuticos y rehabilitadores que facilitan la recuperación de las personas con enfermedad mental severa de la Comunidad de Madrid, reduciéndose el coste derivado de un tratamiento de larga duración. La rehabilitación psicosocial es, en términos de rentabilidad económica (por hablar en el “esperanto” del siglo XXI), muy superior a las hospitalizaciones o los ingresos en media y larga estancia¹. Sin embargo, en contra de todo lo que sería inteligente en época de crisis, se produce el desmantelamiento de los Centros de Salud Mental y el recorte presupuestario en la Red de Rehabilitación, lo que ya está empeorando la calidad de la atención e indudablemente incrementará su coste. Pero este dato no es relevante, puesto que las personas con enfermedad mental grave son consideradas “ciudadanos de segunda”. No se ajustan a “intervenciones express”, los indicadores de éxito a corto plazo no son vistosos, las expectativas de la sociedad respecto a sus posibilidades de recuperación son bajas, las negligencias no se identifican claramente, como tampoco las consecuencias de las malas prácticas. La mayoría de ellos no se moviliza y es poco frecuente que emitan una reclamación. Sus puntuaciones en satisfacción con los servicios son altas, puesto que se conforman con que les ofrezca un trato cálido y respetuoso. En caso de protesta, es fácil invalidarla si se mira bajo la luz del diagnóstico, se les puede descalificar y contener desde un discurso terapéutico, que cuenta con mayor beneplácito social que la represión de los agentes de orden público a las mareas o a los estudiantes.

Llevamos tiempo notando las consecuencias de la política de privatización de la sanidad, ahora es tiempo de reflexionar sobre los cambios que se avecinan en la atención psicosocial de este colectivo. En primer lugar, haremos un repaso sobre el estado de la Red hasta junio de este año y, posteriormente, reflexionaremos sobre los cambios que se han introducido recientemente.

La Red de Atención Social de la Consejería de Asuntos Sociales está constituida por recursos ambulatorios y residenciales, que ofrecen de manera gratuita distintos servicios y programas a las personas con enfermedad mental severa y de larga duración. El Decreto 122/1997, de 2 de octubre de 1997 establece el régimen jurídico bajo el que se prestan estos servicios. La gestión es llevada a cabo por entidades privadas (Asociaciones, Fundaciones, Empresas, Congregaciones Religiosas...) mediante contratos de gestión de servicios públicos en dos modalidades: concesión (si el edificio es propiedad de la Comunidad de Madrid) y concierto (si el edificio es propiedad de la entidad adjudicataria). Las entidades deben ajustarse a unos pliegos de prescripciones técnicas y administrativas que definen el perfil de

¹ Ya Weisbrod, Test y Stein (1980) comprobaron que la relación costo-beneficio se inclinaba a favor del tratamiento comunitario (TAC), al considerar indicadores como conseguir empleo, disminuir la severidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida; y Test y Stein (1980) también hicieron notar que el costo social, medido según el número de arrestos, intentos de suicidio y urgencias médicas, era superior entre los pacientes que habían sido tratados por otros tratamientos distintos al comunitario (TAC).

la población a atender, los objetivos, la metodología, los recursos humanos y materiales necesarios y las condiciones de solvencia que deben tener las entidades para prestar los servicios. Esto establece una diferencia clave frente a otras formas de gestión privada, en las que cuando no se determina a priori las exigencias de calidad del servicio y el personal necesario para llevarlo a cabo, se corre el riesgo de que sean las empresas las que lo definan en función de un criterio técnico y/o del margen de beneficio que deseen obtener.

En la actualidad hay 51 recursos (11 Centros de Rehabilitación Psicosocial, 7 Centros de Rehabilitación Laboral, 5 Centros de Día de Soporte Social, 3 Equipos de Apoyo Social Comunitario, 5 residencias, 9 pisos y 11 plazas en pensiones) en modalidad de concesión, y 159 recursos (12 Centros de Rehabilitación Psicosocial, 13 Centros de Rehabilitación Laboral, 26 Centros de Día de Soporte Social, 35 Equipos de Apoyo Social Comunitario, 16 residencias, 46 pisos y 11 plazas en pensiones) en modalidad de concierto.

Los recortes presupuestarios que ha sufrido la Consejería de Asuntos Sociales han puesto en jaque la permanencia de la Red según había sido concebida. La subdirección General de Atención a la Discapacidad y Enfermedad Mental de esta Consejería, está trabajando duramente por mantener los servicios y el número de plazas concertadas. Con este objetivo con fecha 24 de junio de 2013 se presentó en el BOCM² la resolución por la que se *disponía la publicación, en los boletines oficiales y en el "perfil del contratante" en Internet, de la convocatoria del "Acuerdo marco de residencias, Centros de Rehabilitación Laboral, Equipos de Apoyo Social Comunitario, Centros de Día, Pisos Supervisados y Centros de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zonas de la Comunidad de Madrid", a adjudicar por procedimiento abierto mediante pluralidad de criterios para la contratación de servicios públicos en modalidad de concierto.* Con estos Acuerdos Marco se distribuye el presupuesto asignado de manera uniforme en función del tipo de recurso. De este modo, se modifica la fórmula anterior, según la cual, se asignaba un presupuesto en función de las necesidades particulares de cada proyecto (p.e. un precio diferente dependiendo del coste de mantenimiento del local según la zona en la que estaba ubicado, o de las mejoras en recursos humanos, materiales y servicios que se pudieran ir incluyendo en función de la experiencia previa). En la actualidad se establece un **precio plaza ocupada/día** diferente en función del tipo de recurso (todas las plazas concertadas en residencias tienen el mismo precio, las de Centro de Día tienen otro, etc), lo que ha llevado a la mayoría de las entidades (son pocos los recursos cuyo presupuesto está por debajo del precio/plaza ocupada) a plantearse medidas para reducir costes.

Respecto al **coste del servicio** es importante puntualizar:

- El pago del servicio en función de plaza ocupada, en los recursos que ya están funcionando, condiciona fundamentalmente la gestión de las altas (salida del recurso por cumplimiento de objetivos), bajas (salida del recurso por defunción, abandono del usuario o por imposibilidad de alcanzar los objetivos) y la lista de espera. Para que el recurso sea rentable ha de tener una ocupación completa, según el criterio establecido en el acuerdo, que es el que marca el pago de la misma. Si se abrieran nuevos centros, o se dieran excesivas bajas/altas sin personas de la lista de espera que ocuparan la plaza sería inviable mantener a toda la plantilla, y por tanto, llevar a cabo los programas.

² http://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/2013/06/27/15100.PDF

- Respecto al concepto “plaza ocupada” que define el cobro del servicio, el Acuerdo Marco establece para todos los recursos: “Se considera plaza ocupada, igualmente, aquella en la que el usuario adjudicatario de plaza se encuentre ausente del Centro por causas diversas justificadas, **hasta un máximo de 30 días anuales**. En los casos que un usuario requiera una **hospitalización** tanto por causa de su patología psiquiátrica o por otras enfermedades o recuperación de la salud en domicilio, prescrita por facultativo, **de duración inferior a 20 días** se computarán como plaza ocupada. Así mismo, se considerará como plaza ocupada las ausencias o vacaciones del usuario por períodos inferiores a cinco días, con un máximo de 30 días al año”. El coste del servicio será del 75 % del precio de adjudicación cuando el usuario esté hospitalizado o recuperándose en el domicilio por prescripción facultativa, o bien cuando se ausente del recurso por periodos mayores de 5 días y un máximo de 30.

Este cambio ha colocado en primer término dos variables: la rentabilidad económica de la atención al usuario, y la idea de la asistencia como medida del correcto uso del recurso; que si bien siempre han estado presentes, hasta ahora no habían condicionado de manera determinante el proceso de rehabilitación.

Los procesos de rehabilitación no son rentables económicamente según los términos “cortoplacistas” del mercado actual. Son individualizados, largos, requieren de un ratio profesional/usuario bajo y una gran dosis de flexibilidad y creatividad. La asistencia al recurso está íntimamente ligada a las diferencias de cada persona respecto a la capacidad para vincularse con un proceso terapéutico, al interés que susciten los servicios que se le ofrecen y a si la prioridad es la intervención comunitaria o dentro del centro. El nuevo escenario económico obliga a definir un encuadre en la intervención, que si bien en algunos casos, disminuirá el absentismo (aquellos en los que la flexibilidad con la falta de asistencia es su factor mantenedor), en otros impedirá que la intervención se realice al ritmo que requiere el Plan Individualizado de Rehabilitación, que desde siempre ha sido la base metodológica del trabajo en la Red. Aquellos usuarios más graves, cuya adherencia al tratamiento es más difícil, que tienen peores hábitos y que por tanto tendrán una asistencia discontinua, con largos periodos de absentismo, o periodos de desestabilización más largos, no podrán beneficiarse de atenciones ajustadas a sus características puesto que éstas no serán “rentables”. Una vez el acuerdo marco esté vigente, será necesario reflexionar sobre si las bajas que se efectúen serán fruto de esta mala praxis. Igualmente parece necesario definir si la participación de la persona en contextos comunitarios, sin asistencia continuada al recurso pero con alto nivel de integración social (lo que sería sin duda un acierto metodológico) se consideraría “plaza desocupada”.

- El Acuerdo Marco da más puntuación a la entidad que haga la oferta económica más baja, siempre que no alcance lo que en el Acuerdo se llama “un valor anormal o desproporcionado”, esto es, aquella oferta económica que excede en 10 unidades la media aritmética de los porcentajes de baja del resto de las ofertas económicas, siguiendo la fórmula:

$$\text{Puntuación} = 90 \times \frac{\text{Baja de licitación de la oferta que se valora}}{\text{Baja de licitación de la oferta más baja}}$$

Dada la coyuntura económica parecería necesario establecer “un valor anormal o desproporcionado” que no dependa del tanto por ciento de baja de los licitadores, sino que atienda a criterios técnicos de calidad que garanticen la prestación del servicio, puesto que es evidente que por debajo de un precio éste es inviable.

- Se otorgan hasta 10 puntos si se ofertan servicios de comidas o en apoyo al transporte, por encima de lo exigido en el pliego de prescripciones técnicas. Aunque estas becas son positivas para los usuarios, también sería deseable que se considerara como mejora premiable, el mantenimiento de las plantillas de los Centros, en tanto esto permitiría mantener la calidad del servicio.

Los Acuerdos Marco establecen unos mínimos en las **plantillas** que suponen, en la mayoría de los recursos, modificaciones a la baja del número de profesionales y de las jornadas. Es importante destacar que muchas entidades, que tenían su propio convenio con mejores condiciones laborales, se han tenido que acoger al Convenio de Discapacidad, cuyos salarios base en los centros de atención especializada van de 709 € a 888 € para el “personal de servicios generales”, de 789 € a 1174 € para “personal de administración”, de 893€ a 1234 € para el “personal de atención directa” y de 1209 € a 1641 € para el “personal titulado”. En salarios tan reducidos, cualquier reducción de jornada obliga al pluriempleo. Dejando de lado el impacto en el poder adquisitivo de los trabajadores, la calidad de la atención se ve afectada del siguiente modo:

- Se establece un ratio de atención en la figura del psicólogo de las residencias (jornada completa en residencias de 30 plazas) y CRPS (1 por cada 35 plazas), los monitores/educadores de CRPS (1/25), CD (2/30) y MR y los maestros de taller de los Centros de Rehabilitación Laboral (1/ 19). Esto supone:
 - Reducción de monitores en las miniresidencias (en residencias entre 11 y 21 plazas se asignan 8 educadores para cubrir todos los turnos y fines de semana, entre 22 y 30 se incrementa 1 educador en turno de mañana o tarde y de 30 a 40 otro en turno de mañana). En la actualidad, las residencias de 30 plazas cuentan con la presencia de 15 educadores distribuidos entre los distintos turnos y fines de semana.
 - Reducción de la parte proporcional de la jornada de los psicólogos que trabajen en residencias de menos de 30 plazas (MR Alcalá de Henares 20 plazas, MR Navalcarnero 20, MR Río Sil-Alpedrete 15, MR Cobeña 25, MR Moralarzal 20, MR Arturo Soria/San Juan Bautista 27)
 - Reducción del número de educadores del CRPS. En la actualidad, recursos de menos de 75 plazas tienen 3 educadores, y de menos de 100 tienen 4, con lo que, ajustándose a los mínimos expuestos anteriormente sería necesario despedir/reducir jornada a educadores hasta que se cumpliera con el ratio.
 - Reducción de la jornada de los psicólogos de CRPS con menos de 70 plazas (se asigna un psicólogo a jornada completa por cada 35 plazas)
 - Si el ajuste al acuerdo marco es estricto, se tendría que reducir la jornada a alguno de los maestros de taller, en los Centros de Rehabilitación Laboral que cuentan con 3 (la mayoría de ellos) puesto que actualmente, todos tienen menos de 57 plazas (que es el ratio para conservar a 3 maestros de taller con jornada completa).

Las miniresidencias acogen a personas de diverso nivel de funcionamiento psicosocial y gravedad sintomatológica, que en un alto tanto por ciento, carecen de las habilidades para vivir independientes o con sus familias. El recorte de la jornada del psicólogo supone disminuir la capacidad de respuesta ante las demandas de atención derivadas de la sintomatología y el deterioro psicosocial.

Antes del acuerdo marco la mayoría de los pisos supervisados estaban adscritos a una residencia, de tal modo que los educadores que atendían las necesidades de los pisos eran los mismos que formaban parte de la plantilla de aquella. El acuerdo marco establece que *"cada piso supervisado de entre 3 y 5 plazas tendrá como mínimo un monitor/educador de referencia al menos 20 horas semanales para la supervisión y apoyo de los usuarios, si un piso supervisado cuenta con más de 5 plazas hasta el máximo de 8 plazas se aseguran como mínimo 30 horas semanales de supervisión... debiendo adaptar su horario a la variabilidad en la frecuencia e intensidad y poder ajustarse de un modo flexible a las necesidades de supervisión de cada piso y realizar las visitas de apoyo tanto en jornada de mañana como en su caso si resulta necesario en jornada de tarde"* y contará con la figura de un psicólogo a media jornada por cada 5 pisos o por cada 20 plazas que gestione cada entidad. Y si gestiona 10 pisos o más tendrá un psicólogo a tiempo completo. Esta nueva fórmula introduce cambios relevantes en la gestión de los recursos humanos. Si el personal de los pisos sigue dependiendo del de las residencias, la reducción de educadores en estas va a tener repercusiones en la calidad de la atención de ambos servicios. Es importante destacar que la incorporación a la plantilla de los pisos de un psicólogo es una mejora con respecto a la situación anterior, en la que esta figura no aparecía como un requerimiento explícito.

Los educadores y los maestros de taller son figuras fundamentales en los procesos de rehabilitación psicosocial y laboral, puesto que además de colaborar en el diseño de las acciones dirigidas a que las personas se integren en los contextos comunitarios (sociales y laborales) son los responsables de llevarlas a cabo a través de una **atención directa**, que conlleva proporcionar apoyo específico a cada persona en contextos naturales. El trabajo en la comunidad incorpora variables naturales (interacción con otros ciudadanos, estimulación de diferentes niveles de intensidad, exigencia competencial de los contextos...) que no se dan en los contextos terapéuticos y que el profesional debe manejar con destreza puesto que se amplifican y trascienden a la comunidad las consecuencias derivadas de una gestión inadecuada. Reducir el número de estos profesionales supone disminuir las posibilidades del trabajo individualizado y comunitario.

- Se establece una reducción de jornada de los preparadores laborales de los Centros de Rehabilitación Laboral a 30 horas. Sin embargo, la Ley de Empleo con Apoyo, en lo que se refiere a nuestro colectivo, establece que *"el tiempo de atención del preparador laboral a cada trabajador con discapacidad no podrá ser inferior al porcentaje de la jornada de trabajo de dicho trabajador que se relaciona a continuación:*
 - a) Un tercio en el caso de trabajadores con parálisis cerebral, con enfermedad mental o con discapacidad intelectual, con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 65 %.*
 - b) Un quinto en el caso de trabajadores con parálisis cerebral, con enfermedad mental o con discapacidad intelectual, con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33 % e inferior al 65 %.*

Si traducimos estas prescripciones a número de personas atendidas, podríamos estimar que el preparador laboral que trabaja 30 horas tiene capacidad para atender a 5 personas con discapacidad menor del 65% que trabajen a media jornada (1/5 de 20 horas semanales serían 4 horas semanales), quedándole 10 horas semanales (2 horas diarias) para desplazarse, hacer informes, reunirse, etc. Y si el trabajador tiene discapacidad igual o superior al 65 %, el número de horas de apoyo semanales sería de 6'6, lo que supondría dar apoyo a 4 personas. La metodología de empleo con apoyo permite la integración laboral de personas que no se benefician de los entrenamientos pre-laborales, la reducción de jornada del preparador laboral disminuye las posibilidades de inserción de este grupo

- Desaparece la figura del trabajador social como personal mínimo de la plantilla del servicio de apoyo al alojamiento en pensiones (actualmente ejerce la función de coordinador) y no se define una jornada mínima, estableciendo que *"la entidad adjudicataria asignara a algún técnico de la misma para el desarrollo de estas funciones de coordinación en el tiempo necesario en cada caso"*. El programa de pensiones, según está siendo abordado en la actualidad, no se limita a una supervisión de la estancia y a un asesoramiento puntual de los residentes y propietarios de pensiones para resolver dificultades, sino que además organiza actividades de participación comunitaria para las personas que no están acudiendo a otros recursos de rehabilitación. Es inviable continuar con las mejoras introducidas si la plantilla se ajusta al mínimo exigido (actualmente 2) y se sustituye la figura del coordinador, actualmente trabajador social a jornada completa, por otro titulado sin que quede especificada una jornada mínima. La rápida y eficiente respuesta del equipo de pensiones ante cualquier emergencia permite la vida de estas personas en la comunidad; si las entidades se ajustan a los mínimos para abaratar costes necesariamente se verá afectada la solvencia técnica del programa para atender a las necesidades sociales del colectivo y de los propietarios de las pensiones.
- La mayoría de los recursos cuentan con un auxiliar administrativo a jornada completa y un limpiador a media jornada. En el pliego se especifica *"contará con al menos una figura de auxiliar administrativo para el desarrollo de las tareas administrativas, de recepción, atención telefónica y otras tareas necesarias para el buen funcionamiento del centro. Por otro lado, para la realización de la labores de limpieza del centro la entidad podrá contar con una figura de auxiliar de limpieza durante las horas necesarias o podrá en su caso contratar con una empresa el servicio de limpieza"*. Al no especificar unos mínimos de jornada queda abierta la posibilidad de reducción de jornada en función de los ajustes económicos. Las tareas que no realice el personal administrativo necesariamente tendrán que ser asumidas por el resto del equipo, en detrimento de la agilidad y calidad con que se realicen estas tareas y del desempeño del resto de las funciones que sí son de su competencia. Si se opta por la reducción de la jornada al personal de limpieza habrá un deterioro en las condiciones higiénicas y en la imagen social, de recursos que están abiertos al público.
- Desaparecen de la plantilla mínima de las mini residencias las figuras de Cocinero/a, Ayte. de Cocina y Aux. Domesticas que aparecían con jornada completa en horario flexible en algunos pliegos. En los casos en que haya personas contratadas en estos puestos, las entidades licitadoras podrán prescindir de ellos.

Todos los recursos tienen establecido un **número mínimo y máximo de plazas** en función de su capacidad, sin embargo, el Acuerdo Marco, atendiendo a las diferencias en los procesos de los usuarios, introduce la flexibilidad de que las entidades licitadoras puedan ofertar el

doble (en los Centros de Día y los Centros de Rehabilitación Laboral) o el triple (en los Centros de Rehabilitación Psicosocial) de la capacidad simultánea de atención establecida en la correspondiente autorización administrativa. Esta flexibilización suscita las siguientes cuestiones:

- ¿Los Centros cuentan con espacio y recursos materiales y humanos para afrontar este incremento en la atención?
- ¿Cuándo se empieza a contratar más personal?, ¿es necesario que se cumplan los ratios?. Poniéndonos en el extremo, se puede dar el caso de que un terapeuta ocupacional de Centro de Rehabilitación laboral atienda (en diferentes "dosis") a 55 +54 personas, hasta que se cumpla con el ratio que corresponde a otro profesional (el ratio en un CRL es de un terapeuta ocupacional a jornada completa en un recurso de 55 plazas).
- Ahora que el pago del servicio es por precio/plaza ocupada, parece lógico pensar que se dará la baja a aquellos usuarios que no acudan al servicio con la frecuencia exigida para considerar que ocupan una plaza, y se dará el alta a aquellos cuyo buen funcionamiento requiera de seguimientos prolongados en el tiempo, baja asistencia al recurso, y por tanto, tampoco cumplan con el criterio "plaza ocupada". Por tanto, parece que no se va a dar el caso de que haya intervenciones "de baja dosis". El incremento del número de plazas conllevaría necesariamente reducir la calidad de esa atención especializada.

En noviembre se empezarán a aplicar los Acuerdos Marcos en los Centros concertados. Cada entidad establecerá los términos en los que se adherirá a ellos, ajustándose estrictamente a los mínimos o implementando mejoras, y realizando las adaptaciones pertinentes en plantillas, metodología y procesos. Aún es pronto para definir las repercusiones de las nuevas maneras de gestión, pero sin duda supone cambios.

Los Centros propios en modalidad de concesión, mantienen una situación de incertidumbre. En el último año han estado renovando sus contratos con la Consejería por unos meses, sin saber si saldrían a concurso público o continuarían en las mismas condiciones. Recientemente la renovación se ha ampliado por un año, pero la inquietud por el futuro continúa. En la actualidad en los concursos por la gestión de servicios públicos puntúa un 90 % la oferta económica y un 10 % la solvencia técnica. Si estos centros salieran a concurso, podría optar cualquier empresa con capacidad para ofrecer una gestión barata, puesto que no les sería necesario disponer de un local en las condiciones y ubicación requeridas, y su capacidad técnica para gestionarlo tendría una importancia menor. De este modo, si no se introduce un filtro previo, empresas sin experiencia en el ámbito social ni en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental, podrían desbancar a las actuales que sí tienen una amplia solvencia técnica, simplemente porque tienen mayor capacidad de reducir costes.

Definitivamente el reto de la eficiencia y eficacia es bienvenido por cualquier profesional, no obstante, tratar de hacer más con menos recursos (incluidos humanos), corre el riesgo de salirse de los cauces de lo "científicamente" posible. La apuesta por criterios administrativos sobre técnicos no parece la mejor opción a elegir, si nuestra intención es mantener y mejorar la calidad y solvencia técnica alcanzada.

Este es el escenario al que nos enfrentamos, la estabilidad de los equipos de continuidad de cuidados y de los recursos de la Red ya no es una garantía. Es tiempo de volver a reflexionar sobre la eficacia de los procesos, es tiempo de ser creativos de innovar, es tiempo de

replantear la ética de nuestras intervenciones, de desechar lo que contradice los principios básicos de la rehabilitación por rentable que sea, y sin duda, es tiempo de moverse...