

INFORME DE LA AMSM SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN MADRID.

Junta de la AMSM. Agosto de 2014.

Este año termina la vigencia de Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de Madrid y entramos en la recta final de la legislatura. Por este motivo desde la AMSM hemos creído necesario elaborar un informe de la situación actual de la red de salud mental.

Tres cuestiones han afectado a la organización de la red con especial relevancia: en primer lugar el cambio de modelo sanitario con la introducción de mecanismos de mercado y la creciente presencia de proveedores privados en la gestión de recursos; en segundo lugar el proceso de adscripción de los servicios de salud mental a las gerencias de los hospitales y finalmente los recortes presupuestarios por las políticas de austeridad.

Ideas Claves del Informe.

- El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 se ha limitado a adaptar la Red de Salud Mental al nuevo escenario de mercado sanitario.
- La Oficina Regional de Salud Mental ha perdido la capacidad ejecutiva de planificación.
- No ha habido una planificación estratégica de problemas asistenciales claves como la coordinación con Atención Primaria, la atención y cuidados domiciliarios y las necesidades de recursos residenciales.
- La organización de la Red en función de mecanismos de oferta y demanda ha producido un deterioro de la equidad territorial y ha introducido conceptos de rentabilidad que deterioran la atención los pacientes más graves.
- La integración de los centros de Salud Mental en las gerencias hospitalarias se ha realizado sin crear unas estructuras de gestión apropiadas para una red compleja de recursos ambulatorios y hospitalarios.
- Los Centros de Salud Mental han perdido su papel de eje del sistema y su funcionamiento se ha intentado asimilar al modelo de consulta externa hospitalaria, perdiéndose los valores del modelo de atención comunitario.
- Los recortes presupuestarios se han notado especialmente en los Centros de salud mental mientras que la demanda no ha dejado de crecer.
- Se ha privatizado la gestión de 4 Centros de Salud Mental organizándose la asistencia en función de modelos empresariales, introduciendo criterios de rentabilidad en la oferta, con reducción de profesionales y desmantelamiento de los programas comunitarios.
- La Red de Atención Social para personas con enfermedad mental grave de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ha sufrido recortes presupuestarios y un cambio en la forma de financiación que ponen en riesgo la calidad de la atención.

1- Un Plan Estratégico de Salud Mental adaptado al mercado sanitario.

El **Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014**¹ nació con premura a propuesta del anterior responsable de la Dirección General de Hospitales, Antonio Burgueño. En numerosas ocasiones y de forma pública Burgueño expresó su desdén frente a las señas de identidad de la red de salud mental. Para él nada diferenciaba las particularidades de la salud mental con respecto al resto de consultas. No se trataba de que la atención especializada pudiera adoptar algunos de los elementos claves de la Red de Salud Mental, como por ejemplo los programas de continuidad de cuidados o la coordinación entre niveles asistenciales y recursos sociosanitarios, para elaborar una estrategia para abordar la cronicidad. No. Se trataba de que la Salud Mental se convirtiera en unas consultas similares a las de las consultas hospitalarias de cualquier especialidad.

El Plan Estratégico de Salud Mental tenía una finalidad básicamente de marketing político. Técnica y metodológicamente no era ningún Plan. Se trataba de un informe que incluía la justificación y bases conceptuales, un inventario de los recursos asistenciales, la actividad asistencial desarrollada, y un listado de objetivos, recomendaciones e informes técnicos sobre distintos aspectos de la atención a la salud mental, con pistas hacia donde se quería que fueran las cosas pero sin ninguna estructura jerárquica que permita vislumbrar qué es lo esencial, qué lo accesorio y qué lo irrelevante. **No existía ninguna visión estratégica.** La condición que puso la Dirección General de Hospitales era que en él se aplicara la nueva organización sin áreas sanitarias y la libre elección de hospital y especialista, elementos claves para la introducción de mecanismos de competencia y mercado. Bajo estas premisas la AMSM decidió no participar en su elaboración, ya que para nuestra Asociación las Áreas sanitarias y la referencia poblacional, es decir la atención basada en un territorio son las piedras angulares para dar coherencia al trabajo y planificar los recursos de la red de Salud Mental. El resultado del documento resultó un catálogo de intenciones incongruente en el que se intentó meter con calzador el modelo de salud comunitario (defendido en la mayoría de los grupos de trabajo de los profesionales) en una organización sanitaria basada en la oferta y demanda.

Lo sucedido en la atención a la Salud Mental en estos años no ha tenido que ver con actuaciones derivadas del Plan de Salud Mental sino precisamente de su ausencia. A punto de terminar la vigencia del Plan no se atisba ningún nuevo proyecto a medio plazo que afronte retos y necesidades asistenciales importantes como el desarrollo de los programas de continuidad de cuidados, la atención domiciliaria, el trabajo conjunto con atención primaria, el tipo de cuidados residenciales que necesitan algunos pacientes o el desarrollo de los programas de infanto-juvenil, por poner algún ejemplo. La Oficina Regional de Salud Mental se ha ido vaciando de competencias sin tener capacidad de influir en las diferentes gerencias hospitalarias que se mueven en una visión a corto plazo de indicadores economicistas y politización de la gestión. En cada Gerencia se ha negociado cual iba a ser el modelo de atención lo que en muchas ocasiones ha dependido del poder de negociación, de estilo de liderazgo y de las preferencias de los jefes hospitalarios. Se ha aumentado la variabilidad de las prestaciones entre los distintos servicios, empeorando la equidad. Ya no hay modelo común, sino múltiples modelos.

2- Cambio del modelo sanitario universal por uno de aseguramiento: RD 16/2012.

En el año 2012 el gobierno establece una serie de medidas que limitan la cobertura universal de las prestaciones sanitarias a través del Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Con este decreto el derecho a la atención sanitaria queda vinculada a la condición de asegurado. Aunque el objetivo inicial era dejar sin atención a los inmigrantes sin papeles, las presiones sociales y de cumplimientos de derechos fundamentales han hecho posible la paralización de algunas medidas, este decreto abre las puertas a que el futuro puedan quedarse sin cobertura otros colectivos que no tengan esa condición, como mayores de 26 años sin haber trabajado o parados de larga duración sin prestaciones. Esto supone terminar con los principios del sistema nacional de salud promulgados en la Ley General de Sanidad.

De momento el colectivo más afectado son los ciudadanos inmigrantes sin papeles. Aunque la Comunidad de Madrid emitió una orden en que se hacía una excepción en caso de enfermedad mental grave, el hecho es que la accesibilidad a los servicios de salud mental especializados se ve limitada por múltiples barreras: son personas sin médico de atención primaria que pueda detectar los problemas de salud mental y hacer la derivación, muchos centros de salud mental ponen barreras a su atención, el acceso a medicamentos requiere una dispensación en la farmacia hospitalaria y los propios pacientes desconocen este derecho. Esto supone una violencia añadida a ciudadanos que ya padecen una situación de exclusión.

3- Salud mental en una lógica de mercado interno y competencia: empeorando la equidad.

Una de las características de este modelo sanitario basado en la competencia de proveedores y en la ley de la oferta y la demanda es que la **asignación de recursos se realice en función de la demanda** de los pacientes, equiparados en este caso a la figura de consumidores (el famoso eslogan de “el dinero sigue al paciente”) y no en función de las necesidades de una población adscrita a un territorio. La idea es que de esta manera, como en cualquier mercado, los distintos proveedores sanitarios (o empresas) se esforzarían por mejorar su calidad para “fidelizar” a sus clientes o conseguir atraer a nuevos de otras zonas. Para ello de nuevo se articulan dos disposiciones legales que rompen la planificación territorial vistas como una barrera a la libre circulación de los pacientes (y del dinero): **Ley de libre elección en la Sanidad Madrileña** de 2009 y el **Decreto de Área Única** de 2010 que elimina las Áreas sanitarias.

El anterior Plan de Salud Mental establecía una serie de ratios mínimas de profesionales y camas hospitalarias por población en cada área sanitaria. Se trataba de una asignación de recursos imperfecta (no tenía en cuenta variables sociodemográficas y las ratios propuestas no dejaban de ser arbitrarias), pero al menos había una aproximación a las necesidades de cada zona sanitaria. El Plan de Salud mental 2010-2014 renuncia a cualquier planificación territorializada con criterios poblacionales señalando que “..la planificación de recursos adscritos a las Unidades Asistenciales debería ser realizada primordialmente según la **demand**a medida con los sistemas de información adecuados” . A falta de sistemas de información adecuados la circulación de la demanda se ha dejado en manos de un Call Center privado.

El nuevo sistema no busca la equidad, busca la competencia entre dispositivos: cada uno oferta y los ciudadanos pueden intentar acceder a las distintas ofertas. Más que de libertad de elección se trata de libre circulación, sobre todo de capitales que siguen al cliente, a algunos clientes sobre todo. Se diga lo que se diga las prestaciones no se pueden equiparar con distintos proveedores.

¿Qué consecuencias está teniendo esto para la atención de salud Mental?

3.1- Empeorando la equidad horizontal. La equidad horizontal hace referencia a la capacidad de los servicios para ofrecer similares prestaciones a su población de referencia. Es un hecho que tradicionalmente la red de salud mental tiene importantes diferencias de recursos (medidos por ejemplo en número de camas o recursos humanos) y de prestaciones entre las distintas áreas sanitarias.

Dado que en los últimos años por las restricciones presupuestarias no ha habido en la práctica asignación nueva de recursos en los servicios de salud mental (sobre todo ambulatorios) la principal consecuencia de la renuncia del Plan de Salud Mental a la planificación territorializada y su apuesta por una hipotética asignación en función de la demanda ha sido que esta falta de equidad entre los distintos servicios se oculta: si un servicio no da determinada prestación no importa, ya lo dará otro.

En realidad lo sucedido estos años ha tenido más que ver con los recortes de personal que con la asignación de recursos. Se han perdido adentre un 5-10 % de profesionales en los servicios de salud mental, bien no renovando algunos de los contratos eventuales, bien no sustituyendo las jubilaciones (por la tasa de reposición de 10% decretada por el gobierno central para disminuir el gasto público). Esta **asignación de los recortes** no ha obedecido a ningún criterio racional: ni ha sido en función de ratios profesionales por áreas sanitarias ni de medición de flujos de demanda. Se han perdido plazas de profesionales de forma azarosa, allá donde se jubilaba algún profesional o donde una gerencia decidía no renovar un contrato eventual para ahorrar dinero.

Además la pérdida del papel de autoridad planificadora de la Oficina de Salud Mental y la introducción de la competencia de proveedores ha permitido que cada hospital organice la “oferta” de atención de salud mental según sus propios objetivos e intereses como “proveedor” independientemente de las necesidades de atención integral para toda la Comunidad.

El resultado ha sido que la tradicional inequidad entre las distintas áreas sanitarias ha empeorado haciéndose evidente en los **indicadores de actividad** de los centros de salud mental en 2012 elaborada por la Oficina Regional de Salud Mental² (con todas las dudas respecto su fiabilidad por los diferentes criterios para recogerlos). En ellos se ven diferencias de más de un 50% de carga asistencial entre los distintos centros. La lectura de estos indicadores ha sido falaz, de tal manera que los centros más sobrecargados, donde las condiciones para dar una asistencia de mayor calidad son más difíciles, aparecen como los que mejor productividad tienen y los que deben ser imitados. Perversa conclusión.

3.2- Empeorando la equidad vertical: la ley de cuidados inversos.

Demanda no es lo mismo que necesidad. Es un hecho que la demanda de atención en salud mental incrementa cada año debido a un conjunto de factores entre los que cabe destacar el fenómeno de la creciente medicalización y el sufrimiento generado por las políticas frente a la crisis económica. Sin embargo los que tiene más capacidad de generar más demanda no son siempre los problemas más graves. Sin un Plan de Salud Mental que defina prioridades asistenciales y en un contexto de recortes, dejar que los servicios de salud mental se organizaran en torno a la demanda significa que se profundiza en la **ley de cuidados inversos**, de tal manera que reciben atención más atención aquellos pacientes que menos lo necesitan, es decir **empeora la equidad vertical**.

Porque, lo que está sucediendo en realidad es que **la atención se está organizando en torno a la oferta**. Esta oferta depende de una serie de factores interconectados, que señalamos de forma esquemática:

- **Objetivos de la Gerencias y juego político.** La planificación de la atención en salud mental y los objetivos de las gerencias se ven atrapados en la perspectiva cortoplacista que impone la lógica política. El único indicador visible en esta lógica es la **lista de espera**, que se convierte en la principal arma de confrontación política. Uno de los efectos de esto es que deslegitima el papel de la atención primaria, que es representada como un mero trámite para acceder a los servicios especializados. El otro efecto es que la solución solo se ve desde el lado de la oferta, es decir incrementar el número de evaluaciones en los centros de salud mental y no tanto desde la demanda, esto es el trabajo conjunto con atención primaria.
- **Rentabilidad:** la aparición de servicios de salud mental de gestión privada, la habilitación de mecanismos de **facturación intercentros y de competencia entre centros sanitarios** transforma en mercancías facturables las intervenciones sanitarias, de tal manera que se introducen criterios de rentabilidad en la oferta. Lo más rentable en términos de facturación en la atención ambulatoria en Salud Mental es la **evaluación de pacientes nuevos**, el paradigma de la alta resolución (véase la tabla de precios públicos de las actividades ambulatorias³). A esto hay que añadir que las intervenciones que realizan los profesionales no médicos (trabajadores sociales, enfermería) no se tiene en cuenta en términos de facturación. Un centro de Salud Mental “rentable” es aquel que ve muchos nuevos y hace pocos seguimientos.
- **Marketing y superespecialización.** En los últimos años el número de consultas especializadas en determinadas patologías, ubicadas sobre todo en los hospitales, no ha hecho más que incrementar. El abanico es variopinto: consultas de primeros episodios psicóticos, bipolares, trauma, déficit de atención, patología dual, trastornos de personalidad.. Normalmente se trata de consultas con gran capacidad de selección de pacientes, que están más al servicio de intereses de determinados profesionales que una respuesta racional a las necesidades asistenciales. Sin que haya una evaluación de su eficiencia respecto a la atención dispensada en los centros de salud mental el hecho es que esto supone una **transferencia de recursos al ámbito hospitalario**. Aquí los intereses profesionales se alían con la necesidad de marketing de las gerencias y los políticos. La atención generalista no vende.

Estos factores (objetivos gerenciales, rentabilidad, marketing) se revelan contraproducentes para los problemas de salud mental. Cada vez se emplea más tiempo de las agendas de los profesionales en la evaluación y menos en el tratamiento o en tareas claves para la red de salud mental como las coordinaciones entre los distintos servicios. Repercute en las intervenciones psicoterapéuticas, que se ven imposibilitadas por la sobrecarga de pacientes, incrementa las respuestas medicalizadoras, rompe el trabajo en equipo y sobre todo **se empeora la atención de los pacientes más graves que requieren intervenciones complejas, prolongadas, multidisciplinarias.**

4-Integración de los Recursos ambulatorios en las gerencias hospitalarias: una oportunidad perdida.

La integración de los Centros de Salud Mental en las Gerencias de Atención Especializada era una reivindicación histórica de nuestra Asociación⁴. La idea era poder contar con una estructura organizativa que gestionara de forma integral y participativa una red compleja como la de salud mental donde todos los dispositivos deben trabajar de forma coordinada en cada área sanitaria. El reto era diseñar esta estructura específica para salud mental dentro de las gerencias de atención especializada y que además respondieran a la estrategia y objetivos de un verdadero Plan de Salud Mental y que tuviera un funcionamiento participativo⁵. La tarea no era sencilla dada las diferentes culturas asistenciales de los distintos dispositivos, pero ya se contaban con algunas experiencias en Madrid que podían haber servido de referencia. Conscientes de ello los anteriores responsables de la Oficina de Salud Mental crearon una comisión para diseñar el proceso de integración en el 2004. Esta comisión nunca funcionó. Resultado de ello fue que la integración se hizo sin diseñar ningún modelo de organización. Se hizo en un contexto de desmantelamiento de las áreas sanitarias y de las gerencias de atención especializada y primaria, con una Oficina de Salud Mental sin autoridad ejecutiva. Cegada la consejería en las bondades de la competencia entre dispositivos las necesidades de articular una organización cooperativa no se podía entender. Las consecuencias de todo ello han sido el mal gobierno de la Red de Salud Mental:

4.1- Descentralización de la gestión en cada gerencia hospitalaria sin un modelo organizativo específico para salud mental común a todas ellas. En cada hospital se ha organizado la asistencia cómo se ha querido en función de factores locales. En pocas Gerencias se han creado estructuras específicas para gestionar los recursos de salud mental (Hospital Príncipe de Asturias, 12 de Octubre, Hospital Clínico por ejemplo, aunque sin manejo presupuestario). En la mayoría se ha incorporado la salud mental al anacrónico esquema de funcionamiento y gestión del resto de especialidades hospitalarias. El resultado es la ausencia de una estrategia de gestión del conjunto de dispositivos que conforman cada red local de salud mental. No hay un diseño de procesos asistenciales y cada dispositivo tiene sus propios indicadores y objetivos para evaluar su funcionamiento, sin pensar las interdependencias entre unos y otros (por ejemplo el número de ingresos dependerá de la capacidad de resolución de los centros de salud mental). Paradójicamente la integración está disociando y fragmentando más la red incrementándose las clásicas tensiones entre el ámbito hospitalario, el ambulatorio y los servicios de rehabilitación, y cada uno resolviendo los problemas desde sus dispositivos.

4.2- Difícil acomodo en una cultura de gestión hospitalaria. La cultura asistencial de los hospitales continúa presidida por unos ejes temporales (el proceso agudo de enfermedad, la respuesta tecnificada) y espaciales (la intervención esta limitada al espacio físico hospitalario y las distintas especialidades conforman espacios

compartimentalizados). El reto de la asistencia sanitaria general está actualmente en transformar estos ejes para adaptarlo a la realidad clínica de la cronicidad de las enfermedades, de ahí que se empieza a hablar de planes estratégicos de cronicidad en los que los elementos claves son la coordinación entre niveles, el diseño de procesos asistenciales, el trabajo multidisciplinar, la continuidad de cuidados y el seguimiento. Mientras que el resto de la medicina empieza a plantearse este camino, en Salud Mental se está iniciando un camino en sentido contrario, desmontándose en la práctica el modelo de salud mental comunitario, que no era otra cosa que un modelo de continuidad de cuidados y gestión de casos pensando en la cronicidad y la recuperación.

4.3- Gestión hospitalocéntrica. Salvo excepciones las gerencias no han comprendido el trabajo de la red de salud mental atrapados en la lógica hospitalaria clásica y en criterios simplistas de productividad. Las tareas, funciones y valores de los Centros de Salud Mental se asemejan más a las de atención primaria que de las consultas de especialistas de los hospitales. Tras 25 años de funcionamiento los CSM necesitaban una revisión de su funcionamiento. Sin embargo la nueva dependencia de las direcciones médicas hospitalarias lejos de solucionar los problemas de la atención ambulatoria los ha empeorado. Tratan de imponer una organización y funcionamiento que no se adapta a la cultura de los CSM. Por ejemplo los indicadores para evaluar su funcionamiento se basan en los actos asistenciales de los facultativos: número de nuevos, el cociente entre nuevos/seguimientos y la lista de espera. Son indicadores más apropiados para una consulta quirúrgica: diagnóstico rápido, intervención y alta. ¿Se adaptan estos indicadores a las necesidades de por ejemplo un paciente esquizofrénico, que puede necesitar muchas citas seguimiento por múltiples profesionales, durante largos periodos, en distintos dispositivos y actividades de coordinación? La respuesta es no. Para las gerencias este trabajo no solo es invisible, sino que además es un problema porque les empeoran los números. Como hemos señalado antes lo importante es disminuir la lista de espera por la vía de la oferta de evaluaciones. Lo que pase luego no importa: que las citas para seguimiento y tratamiento se demoren meses puede incluso mejorar estos indicadores.

Otro de los damnificados de esta lógica es el **trabajo multidisciplinar**. Los indicadores visibles solo hacen referencia a los actos asistenciales de los facultativos, y muchas veces solo de los psiquiatras. Esto hace que no sea reconocido por las gerencias las tareas de enfermería y trabajo social. Sin embargo su trabajo debería ser clave en el seguimiento y cuidados de los pacientes más graves. En el 2007 había alrededor de 5.800 personas incluidas en estos programas. Aunque no se ha publicado el dato actual, es seguro que el número ha incrementado considerablemente mientras que las plantillas de enfermería y trabajo social siguen siendo las mismas que a principios de la década de los 2000. A esto hay que añadir que la enfermería de salud mental no está reconocida por la administración madrileña como categoría laboral pese a que es una especialidad reconocida y desde hace años se forman enfermeros especialistas en las unidades docentes.

En un proceso similar al que está sufriendo la Atención Primaria, este hospitalocentrismo de la gestión está convirtiendo los CSM en estructuras donde cada vez se invierte menos, con menos capacidad de dirección e innovación, más burocráticas, donde lo que se dirige son los tiempos asistenciales de la agenda de los profesionales. El efecto más dañino de esto es sobre la motivación de los equipos.

5- Las políticas de austeridad y los Servicios Públicos.

5.1 Descapitalización de los servicios públicos y transferencia a centros privados.

Las políticas de austeridad impuestas para el pago de la deuda han supuesto una serie de recortes en los servicios sanitarios públicos y a la vez han servido de excusa para destinar mayores partidas presupuestarias para conciertos privados. En el año 2013 se produjo una reducción del 7% del presupuesto sanitario (alrededor de 7108 millones de euros). Mientras que los hospitales públicos tradicionales han visto reducido su presupuesto en alrededor de un 5% anual, los hospitales de gestión privada incrementan su presupuesto anualmente de forma automática en función del IPC y el gasto sanitario destinado a conciertos pasó de un 9% en 2007 al 17,3% en 2012. En salud mental se ha privatizado la gestión de 5 centros de salud mental además de los servicios hospitalarios de los nuevos hospitales de gestión privada. Además en la última década se han incrementado los servicios concertados: nuevos conciertos para las camas de larga estancia fuera de la comunidad de Madrid, hospitales de día para niños y adolescentes, Comunidad Terapéutica para Trastornos de Personalidad y recursos de la red de drogas.

5.2 Recortes de plantillas y ahorro en el capítulo de personal. En el conjunto de la sanidad se ha destruido empleo público (unos 4.600 empleos en 2013 según los sindicatos) a costa de externalizar servicios no sanitarios, jubilaciones forzosas, tasa de reposición de las jubilaciones de un 10%, despidos de eventuales y no cubrirse las bajas. La falta de transparencia (desde el año 2007 dejaron de hacerse las memorias anuales de la Oficina de Salud Mental), las privatizaciones de varios de centros de salud mental y los caóticos procesos de oposiciones que hemos tenido dificultan conocer con exactitud cuántos profesionales de salud mental se han perdido y donde. Los datos que tenemos recogidos nos acercan en cifras alrededor de un 10% de las plantillas de los CSM. Además las condiciones laborales de los trabajadores han ido empeorando, con reducción del poder adquisitivo y con un 30% de profesionales con contratos eventuales ocupando plazas estructurales. Veremos en qué queda la conversión de estas plazas eventuales en contratos interinos.

5.3. Desinversión comunitaria y presupuesto hospitalocéntrico. La crisis económica llegó a la sanidad madrileña en plena burbuja hospitalaria. Las grandes inversiones en sanidad desde el año 2007 han sido para la construcción de los nuevos hospitales de gestión semiprivada o privada, mediante formulas que han permitido transferir parte de la deuda de su construcción al futuro. La apuesta por un modelo sanitario hospitalocentrico (hipertecnológico, centrado en el caso agudo) se ha hecho en detrimento de los servicios sanitarios locales y comunitarios como pueden ser la atención primaria o los centros de salud mental (más eficientes, pero con menos réditos electorales o empresariales), que han ido perdiendo peso relativo en la financiación año tras año. En el caso de Salud Mental esto ha implicado que la mayoría de la inversión desde el 2008 ha estado destinada a la creación de 6 nuevas unidades de hospitalización, mientras que la inversión en las plantillas de los centros de salud mental ha sido nula en todo este periodo, incluso ha disminuido personal.

5.4- El recorte en la Red de Drogas. Durante los últimos dos años la Agencia Antidroga ha visto como se recortaba su presupuesto en un 20%, lo que ha implicado la no renovación de varios conciertos con comunidades terapéuticas o centros de tratamiento para los pacientes con mayor gravedad. Estos recortes se han producido alegando que técnicamente no eran necesarios por el cambio de perfil de consumidor. Esto se hace en

un momento de crisis económica en que se sabe que epidemiológicamente las adicciones se incrementan.

6- Servicios de Salud Mental de Gestión de gestión privada.

Durante los últimos años hemos asistido a la la entrada en la gestión de los hospitales públicos de empresas de ánimo de lucro a través de distintas formas de colaboración publico-privada. Bien con un modelo PFI en las que las empresas (constructoras) solo gestionan la parte no sanitaria (6 hospitales). Bien con un modelo de concesión administrativa (4 hospitales, incluyendo la Fundación Jiménez Díaz) en que las empresas (multinacionales del sector sanitario como IDC Salud o Sanitas) asumen también la gestión de la parte sanitaria mediante un pago per capita según población asignada (que todos los años se revaloriza) más lo que obtengan captando pacientes en el mercado sanitario (facturación intercentros). Aunque la financiación sigue siendo publica esto supone una transformación radical del modelo sanitario que entraña unos riesgos que hemos señalado en distintas ocasiones: sobrecostes, transferencia de deuda al futuro, selección de riesgos y captura del regulador. En definitiva supone una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario que a la larga solo se podrá mantener introduciendo más copagos, disminuyendo la calidad asistencial, recortando prestaciones o terminando con su carácter universal.

Las condiciones en que se realizaron estas concesiones y la pretensión de privatizar totalmente los 6 hospitales PFI y una parte de los Centros de Salud de Atención Primaria en el año 2012 fueron la mecha que desató la enorme contestación de los profesionales y los ciudadanos canalizada a través de la marea blanca, que de momento ha detenido el avance del proceso privatizador. La marea blanca hizo bastante pedagogía de como se estaba realizando esta transformación: los conflictos de intereses, las ventajosas condiciones para las empresas, la opacidad de las cuentas, las experiencias fallidas similares en otras comunidades o en otros países, los riesgos para la calidad asistencial y las mentiras sobre el ahorro.

La atención a la Salud Mental en los hospitales de gestión privada.

Actualmente casi un millón de madrileños tienen como referencia Servicios de Salud Mental dependientes de 4 hospitales de gestión totalmente privada (Fundación Jimenez Diaz, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Hospital de Valdemoro, Hospital de Torrejón, además de la atención en el Hospital del Tajo que está concertada con San Juan de Dios). Esto ha supuesto el desmantelamiento de los Centros de Salud Mental de gestión pública de Moncloa, Arganzuela, Navalcarnero y Torrejón, así como el cierre del CSM de Ciempozuelos gestionado por Benito Menni. Se ha anunciado que en antes de que finalice 2014 se abrirá el Hospital de Collado-Villalba con lo que el CSM adscrito correrá similar suerte. Dos empresas se ha hecho cargo de estos hospitales: Sanitas (inicialmente era Ribera Salud) para Torrejón y IDC-Salud (antes CAPIO) para los otros 3. Aunque la opacidad, falta de control y evaluación caracteriza a estos centros podemos señalar lo siguiente de la atención allí prestada:

6.1- Cada empresa ha aplicado el modelo de Servicio de Salud Mental que ha querido. En los pliegos de condiciones de estos hospitales no se detallaba como debía organizarse la atención salud mental. Tan solo que debían hacerse cargo de la hospitalización y de la

atención ambulatoria. Eso ha implicado que los servicios se han diseñado en función de la rentabilidad.

6.2- En el caso de Torrejón (Sanitas) se ha mantenido la estructura de Centro de Salud Mental pero el hospital no cuenta con camas de psiquiatría (que se han subcontratado con un hospital psiquiátrico privado en Madrid, Nuestra Señora de la Paz) ni psiquiatras de presencia física permanente. No existe en el hospital atención psiquiátrica de urgencias de 24 horas, siendo atendidos los pacientes por los psiquiatras del CSM al día siguiente o trasladados a Nuestra Señora de la Paz. Igualmente cuando un paciente ingresado en una planta médico-quirúrgica necesita atención psiquiátrica son los profesionales del CSM los que se trasladan al hospital a atenderla.

6.3- En el caso de IDC-Salud (Fundación Jimenez Diaz, Móstoles, Valdemoro) se ha apostado por un modelo de consulta externa hospitalaria. Gran parte de la actividad ambulatoria se ha trasladado a los hospitales. Las consultas se organizan muchas veces por patologías y los psiquiatras muchas veces comparten actividad entre la planta, la interconsulta y las consultas externas. Los CSM aunque conserven su nombre son meras consultas ambulatorias, con menos profesionales que cuando eran públicos y sin que se conforme equipos de trabajo con atención multidisciplinar. Algunos centros como Navalcarnero o Arganzuela conservan una actividad testimonial respecto a lo que se hacía antes. Los programas de continuidad de cuidados se limitan a administración de fármacos o gestión administrativa de recursos. Los pacientes de su zona de influencia ingresan en las camas de los hospitales de su propia empresa, así los vecinos de Valdemoro tienen que desplazarse hasta Móstoles para ingresar.

6.4- Plantillas con menos profesionales y más sobrecargadas. Antes de la privatización de Moncloa y Arganzuela, si contamos los profesionales que trabajaban en estos centros y en la Fundación Jimenez Diaz había un total de 18 psiquiatras y 10 psicólogos frente a los 14 y 6 actuales. Igualmente en Torrejón en el momento de su privatización se perdieron un 20% de profesionales. Hay una especial carencia de profesionales de enfermería o trabajadores sociales en las consultas ambulatorias.

6.5- La rentabilidad en la actividad ambulatoria. Como hemos dicho antes estos hospitales consiguen parte de sus beneficios a través de la facturación intercentros. En el caso de Salud Mental lo más rentable es la evaluación (120 € por consulta) o las consultas de alta resolución (160 €). Este es el motivo por el cual en las consultas de estos hospitales se prima por encima de todo ver pacientes nuevos (entre 15-20 semanales), que son evaluados en huecos de media hora. De esta manera, a través de Call Center, captan pacientes de zonas de influencia cercana que luego facturan al SERMAS. Sin embargo el problema del tratamiento posterior es aun peor que en los centros públicos con citas mucho más espaciadas y tiempo para las revisiones de 15 o 20 min en el caso de los psiquiatras y con un control férreo de las agendas.

7- La red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave.

La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial en Madrid y recursos de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de Apoyo Social y Comunitario, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias y Equipos de Apoyo Social y comunitario) dependen de un programa específico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Esta dependencia de servicios sociales en vez de considerarse

recursos sanitarios ha tenido sus pros y sus contras. Entre las fortalezas de esta red de dispositivos señalaremos los siguientes.

- Existencia de un verdadero plan estratégico (Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera) durante los años 2003-2008, que permitió el desarrollo de una red de dispositivos rehabilitadores y sociales bastante equitativo entre las distintas áreas sanitarias y que son uno de los pilares de la atención de las personas con problemas de salud mental más graves.
- Una atención que sigue siendo gratuita y territorializada pese a los cambios en sanidad.
- Un acceso a las prestaciones que se realiza a través de los programas de continuidad de cuidados de los centros de salud mental formado parte de un plan de tratamiento coordinado a nivel local.
- Fuerte liderazgo de los responsables del programa que han conseguido mantener la filosofía del programa y establecer criterios de evaluación y mejora.

Durante los años del vigencia del Plan se produjo un importante crecimiento de recursos, que se ralentizó a partir de 2008. A día de hoy el número de plazas, sobre todo de cuidados residenciales sigue siendo insuficiente, en un momento en que el envejecimiento de muchos de los cuidadores exige una mayor inversión. Además, uno de los principales problemas, es que no se planificaran acciones conjuntas con la Consejería de Sanidad respecto a las necesidades asistenciales de los pacientes. **No ha existido nunca un Plan Estratégico de Salud Mental común para las dos redes.** Dos cuestiones merecen ser destacadas en cuanto al planificación de recursos:

- **Las necesidades de recursos residenciales con distinto grado de supervisión.** No se han planificado conjuntamente de tal manera que no hay un estudio serio de cuáles son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales. Se anuncia por parte de sanidad la próxima apertura de 100 camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos sin que se haya evaluado si esta necesidad se debe a la falta de otros recursos residenciales o de tratamientos comunitarios previos más intensivos.
- **Programas de continuidad de cuidados comunitarios para pacientes graves.** La inacción de la Consejería de Sanidad en el desarrollo de determinados programas o prestaciones se intenta suplir en ocasiones con actuaciones del Plan de Servicios Sociales sin que sean equivalentes. Es el caso de los Equipos de Apoyo Social y Comunitarios (EASC) que parecerían sustituir los programas asertivos comunitarios (seguimientos activos en la comunidad de los pacientes más graves) que deberían desarrollarse desde los centros de salud mental.

Recortes presupuestarios y cambios en el modelo de financiación.

Todos los recursos de la Red de Atención Social son gestionados por entidades privadas a través de conciertos o concesiones administrativas. Las entidades deben ajustarse a unos pliegos de prescripciones técnicas y administrativas que definen el perfil de 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 establecía una diferencia clave frente a otras formas de gestión privada, en las que no se determina a priori las exigencias de calidad del servicio y el personal necesario para llevarlo a cabo. El precio de este modelo de gestión privada son las

condiciones laborales de los profesionales. Hasta ahora se trataba de un mercado muy controlado y supervisado en que las entidades gestoras (Asociaciones, fundaciones, empresas, congregaciones religiosas) contaban con gran experiencia en el sector y no se veían amenazadas por empresas de servicios que ofrecieran prestaciones más económicas y de peor calidad. Sin embargo en los últimos años los recortes presupuestarios (una reducción cerca de un 5% anual desde 2012) han amenazado la viabilidad de la red y obligado a introducir una serie de cambios en la forma en que se financian que suponen una amenaza a la calidad de la atención:

1-Ofertas económicas a la baja. Si en los inicios del desarrollo de la Red de Atención Social para personas con enfermedad mental los criterios técnicos tenían mayor peso relativo que la oferta económica a la hora de adjudicarse el contrato esto se ha ido paulatinamente revertiendo. Por ejemplo en las últimas adjudicaciones mediante modalidad de concesión (empresas cuya actividad la realizan en edificios propiedad de la Comunidad de Madrid) los criterios económicos han sido lo determinante, teniendo las empresas que reducir costes para poder mantener la concesión y evitar de esta manera la irrupción en este mercado de empresas sin experiencia y que ofrecen prestaciones de baja calidad. Está por ver cómo afectará a la atención.

2-Nuevo acuerdo marco para la financiación de los centros en la modalidad de concierto (centros con edificio propio). Se firma a finales de 2013 y 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.). Si bien los responsables del Programa consideran que se ha salvado la Red en un momento de dificultades presupuestarias este nuevo acuerdo marco basado en la ocupación tiene una serie de consecuencias (que ya analizamos con mayor profundidad en un informe reciente):

- La mayoría de las entidades (son pocos los recursos cuyo presupuesto está por debajo del precio/plaza ocupada) a plantearse medidas para reducir costes, sobre todo de personal.
- Se prima la oferta económica más baja en los conciertos.
- Se establecen ratios de plantillas menores a las actuales.
- Se colocan 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 pacientes más graves tiene más dificultades de vinculación y asistencia y por tanto son menos rentables.

Referencias:

- 1- Plan Estratégico de Psiquiatría y Salud Mental 2010-2014. Dirección General de Hospitales. Comunidad de Madrid.
- 2- Actividad de los Centros de Salud Mental y Recursos Humanos en 2012. Documento interno de la Oficina de Coordinación de Salud Mental de Madrid.
- 3-Tabla de precios públicos de la asistencia sanitaria.

- 4- Sobre la integración en Atención Especializada. Boletín de la AMSM Otoño de 2004. <http://amsmblog.files.wordpress.com/2012/05/2004-octubre.pdf>
- 5- Hacia un modelo de organización y funcionamiento integrado de la Red de Salud Mental. AMSM 2010. <http://amsm.es/2010/02/06/hacia-un-modelo-de-organizacion-y-funcionamiento-integrado-de-la-red-de-salud-mental/>
- 6- Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente 2003-2008. Consejería de Servicios Sociales de Madrid.
- 7- Informe sobre el Acuerdo Marco para la financiación de los Recursos de Rehabilitación en la modalidad de concierto. Boletín de la AMSM numero 35. 2013.