



Modelos Comunitarios en Salud Mental: Chile, España e Inglaterra

Autor

Maria Pilar Lampert -Grassi

Email: mlampert@bcn.cl

Tel.: (56-32) 226 3901 -(56-2)
22701792

Nº SUP: 121998

Comisión

Elaborado para la Comisión de Salud, de la Cámara de Diputados, en el marco de la discusión del “Proyecto de ley sobre protección de la salud mental”, (Boletín Nº [10563-11](#)).

Resumen

A nivel mundial, desde el año 1955 comienza a decaer la política de institucionalización y se empieza a desarrollar la atención a las personas con enfermedades mentales con base comunitaria. Sin embargo, existe gran variabilidad en como los países han implementado estos servicios, de hecho los tres países estudiados: Chile, España e Inglaterra, si bien presentan enfoques similares, difieren tanto en el nivel que han desarrollado sus políticas, como en los énfasis que han puesto en la implementación.

A diferencia de España e Inglaterra, Chile carece de una ley en salud mental que establezca las bases de cómo esta será desarrollada. Por otra parte, tanto el plan en salud mental español como el inglés, cuentan con red de recursos, actividades asistenciales y programas de intervención para brindar la atención comunitaria, cuyo resumen sería: apoyo ambulatorio especializado, atención a grupos o patologías de especial relevancia, hospitalización (cuando se requiera), desarrollo de equipos multiprofesionales de rehabilitación, y continuidad de cuidados por distrito. Donde el énfasis esta puesto en la prevención, la atención temprana y sistema de *Stepped Care* para cuidados y tratamiento.

En **Chile**, desde la reforma sanitaria del año 2005 se ha impulsado el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Sin embargo, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 da cuenta de lo imperativo de profundizar el modelo comunitario de salud mental, resolviendo las brechas para alcanzar los estándares de calidad requeridos. Para el año 2016, Chile contaba con 146 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental en el país, distribuidos en 91 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y 55 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría.

España (Madrid), en estos momentos se encuentra consolidando el Plan de Salud Mental con el desarrollo de una Red de atención territorializada,

comunitaria, interdisciplinar, integral y aseguradora de la continuidad de cuidados en la asistencia, la que incluye desde la hospitalización asistencia ambulatoria, atención a grupos de especial relevancia, urgencia y transporte. Se suma a este plan, el Programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica, el que cuenta con una red de centros especializados en apoyo y rehabilitación social, cuidados diurnos, rehabilitación laboral y atención social.

Finalmente, **Inglaterra** se encuentra en este momento desarrollando un plan a cinco años de revisión de la política de salud mental del sistema de salud público. Plan que tiene como meta ofrecer un mayor acceso a atención de alta calidad, servicios más integrados e intervenciones tempranas. Para cumplir con los objetivos propuestos, se cuenta ya con una serie de servicios sociales y en salud instalados, a los cuales se les reforzará, para así reducir la demanda, disminuir la atención terciaria en casos críticos y el número de pacientes internados, mientras que en paralelo se va avanzando hacia un enfoque con “base en el lugar”, donde los cursos de acción a seguir y los incentivos estén mejor alineados y sean más eficientes.

El plan cuenta con diversas áreas de desarrollo, entre las que se encuentran: salud mental de niños y adolescentes, salud mental perinatal, salud mental para adultos, salud y justicia y prevención del suicidio.

Introducción

La implementación exitosa de un sistema de cuidado comunitario en salud mental se da en el marco de una serie de principios que se relacionan, por un lado, con la valorización del rol de la comunidad en la vida de las personas, y por otro, la importancia de la autodeterminación y los derechos de las personas con enfermedades mentales, en tanto seres humanos y ciudadanos. Así, la atención en servicios de salud comunitaria permite por una parte otorgar tratamiento a las personas, a la vez que les posibilitan el seguir viviendo en comunidad, manteniendo su conexión con la familia, amigos y trabajos. En un proceso que reconoce y apoya las metas y fortalezas de las personas, para su futura recuperación¹.

Un principio fundamental en este modelo es el que las personas tengan facilidad de acceso a servicios en su localidad. Esto, pues se reconoce el hecho de que a razón de la enfermedad mental, algunas personas se encuentran seriamente debilitadas, por lo que un servicio de salud mental comunitaria busca fomentar la autodeterminación de los usuarios y su participación en procesos de toma de decisiones sobre su tratamiento. Del mismo modo, se considera fundamental el apoyo familiar y su

¹ Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9:67-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911080/>

participación (con el permiso del usuario) en el proceso de evaluación, planificación y seguimiento del tratamiento².

Varios son los convenios internacionales que especifican el derecho de las personas con discapacidades a ser tratados en igualdad de condiciones, como a todo ciudadano, sin discriminación y bajo la presunción de que tienen capacidad legal, a menos que la incapacidad haya sido claramente probada. Entre estos la *Convention on the Rights of Persons with Disability* (UNCRPD)³ de las Naciones Unidas, y más específicamente, los *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Care adopted in 1991*⁴, también de las Naciones Unidas.

I. Características de los servicios de salud mental comunitaria

En términos históricos, los servicios de salud mental basados en asilos empiezan a decaer para el año 1955, con los procesos de desinstitucionalización que llevan a cabo algunos países más desarrollados, y el comienzo de la atención a las personas con enfermedades mentales en el sistema de atención primaria con base comunitaria. Si bien en la actualidad, ya son muchos los países que han recorrido el mismo camino, existe gran variabilidad en como los países han implementado los servicios de salud mental comunitaria⁵.

En este marco, el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, de la Organización Mundial de la Salud⁶, establece en su objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental, completos, integrados y con capacidad de respuesta.

“En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la auto-asistencia, por ejemplo mediante el uso de tecnologías sanitarias electrónicas y móviles”.

En complemento con el objetivo 2, se encuentra el objetivo 4, “Fortalecer los sistemas de información, la evidencia y la investigación para la salud mental”, el que tiene como meta que el 80% de los países generen sistemas de recolección de datos que permitan entregar información cada dos años de un

² Op. cit.

³ United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

⁴ United Nations. UN principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. New York: United Nations; 1992. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

⁵ Op. cit. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA

⁶ Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 Organización Mundial de la Salud. OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=FB63B2A7933BA691E59B1D25B6A84070?sequence=1

conjunto de indicadores en salud mental al 2020, entre los que se considera especialmente el número de personas con un trastorno mental severo que han salido de un hospital mental o general en el último año y que se les hizo seguimiento dentro del mes en un servicio de salud mental comunitaria.

1. Desarrollo de la salud mental comunitaria en el mundo

La fuente de información más completa a nivel mundial para observar el nivel de avance de la atención comunitaria, es *WHO World Mental Health Atlas*, que resume las características clave de los sistemas nacionales de salud mental en todo el mundo y que se actualiza periódicamente.

La edición más reciente (2017)⁷ incluye datos de 177 países sobre el estado de implementación (autoevaluado) de las políticas y planes en salud mental⁸. De estos, el 97% de los países respondieron positivamente a la pregunta de si considera su política el promover la transición hacia servicios de salud mental basados en la comunidad (incluida la atención de salud mental integrada en los hospitales generales y atención primaria). Lo cual implica un aumento frente al 92% que respondía positivamente a esta pregunta el año 2014⁹. Respecto a si la política presta atención explícita al respeto por los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales; los resultados obtenidos concuerdan con los objetivos propuestos por la OMS, ya que un 89% respondió afirmativamente. Finalmente, respecto a la pregunta si sus planes o políticas entregan un rango de servicios y apoyos que les permiten a las personas vivir independientemente y ser incluidos en la comunidad, el año 2017 el 81% de los países respondía afirmativamente, en comparación con el 76% del año 2014.

Sin embargo, al año 2014 al contrastar esta información con el estado de avance de implementación de sus políticas de salud mental, el escenario cambia, ya que del total de países, 167 respondieron a la pregunta relativa al grado de implementación de la política en salud mental, dando cuenta que:

- solo el 15% de los países consideran que están implementando plenamente sus política o plan,
- el 14% tiene una política / plan pero no está implementado,
- mientras que otro 10% no tiene una política / plan.

Más comúnmente, **las políticas / planes de los países están disponibles, pero están parcialmente implementadas** (61% a nivel mundial)¹⁰.

Para el año 2017, el 55% de los países en el mundo informaron que habían mejorado sus planes y programas en salud mental, mientras que de aquellos que habían notificado que no tenían plan o no estaba en funcionamiento, 22 países confirmaron que las políticas y los planes de salud mental están siendo integrados en planes de salud general o discapacidad. Sin embargo, la variabilidad en servicios disponibles aún es muy amplia, mientras a nivel mundial el número medio de trabajadores de salud

⁷ WHO World Mental Health Atlas. 2017. Disponible en : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>

⁸ 177 miembros de los 194 respondieron el cuestionario.

⁹ WHO World Mental Health Atlas. 2014. Disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=3200728403E343384A9E1EE0002A3AE2?sequence=1

¹⁰ Op. cit.

mental es de 9 por cada 100 000 habitantes, en países de bajos ingresos puede llegar a ser menos de 1, y a 72 en países de altos ingresos. Lo mismo respecto del número de camas dedicadas a la salud mental, mientras en países de bajos ingresos es de 7 por cada 100.000 habitantes, puede llegar a 50 en países de ingresos alto.

Finalmente, el Atlas 2017, se les preguntó sobre la existencia de un plan o estrategia para la salud mental de niños y adolescentes. De los 78 países que respondieron (de 194 países miembros) solo el 46% declaró que tenían un plan o estrategia dirigidos para niños y adolescentes en salud mental. En este tema la disparidad es aún mayor. Mientras a nivel mundial, el número medio de camas para niños y adolescentes es inferior a 1 por cada 100 000 habitantes, esta varía de menos de 0.2 en países de ingresos bajos a más de 1.5 en países de ingresos altos.

2. Características de la salud mental comunitaria

Si bien existe gran variabilidad en cómo se entienden, y por tanto, como se desarrollan los programas de salud mental comunitaria en los diferentes países, existen acuerdos base de cómo debe instalarse atención en salud mental comunitaria. En primer lugar, la atención de salud mental comunitaria tiende a reunir los siguientes elementos comunes¹¹¹²:

- Posee un enfoque de detección de necesidades de atención de la población.
- Efectúa búsqueda de casos y detección de estos en la comunidad.
- Promueve la participación comunitaria en la toma de decisiones, tanto en la planificación como en la provisión de sistemas de atención de salud mental.
- Visualiza a los pacientes en un contexto socioeconómico.
- Tiene una visión sistémica de la prestación del servicio.
- Fortalece la autoayuda y el empoderamiento de los individuos y familias en el servicio.
- Provee de acceso abierto a servicios (al menos medio día).
- Entrega servicios basados en equipos multidisciplinares.
- Provee tratamiento inicial en la atención primaria y / o por el personal de la comunidad.
- Se basa en el sistema de *Stepped Care*¹³ para derivación a personal especializado y / o camas de hospital si es necesario.
- Desarrolla prevención individual y poblacional.
- Se basa en una perspectiva a largo plazo, longitudinal y del curso de la vida.

¹¹ Thornicroft G, Deb, T, Henderson. Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016 Oct; 15(3): 276–286. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032514/>

¹² Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010; 9: 67-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911080/>

¹³ *Stepped Care* es un sistema de entrega y monitoreo de tratamientos, de modo que el tratamiento más efectivo pero menos intensivo en recursos se entregue primero a los pacientes; solo "intensificando" los servicios intensivos / especializados según se requiera clínicamente. El modelo cuenta con 5 etapas resolutivas: prevención y promoción, identificación del problema en cuidado primario, evaluación e intervención a nivel primario, atención de especialista en nivel secundario, diagnóstico y tratamiento a nivel terciario por un especialista (incluye hospitalización). Este modelo se resume, como "Tener el servicio adecuado en el lugar correcto, en el momento indicado y entregado por la persona adecuada". Información disponible en: <https://wellbeinginfo.org/self-help/mental-health/stepped-care/>

- Crea redes con diversos actores a diversos niveles, como son ONG, Municipalidades, sociedad civil, curanderos tradicionales y / o religiosos, etc.
- Incluye un compromiso con la justicia social, al abordar las necesidades de las poblaciones tradicionalmente desatendidas, como las minorías étnicas, las personas sin hogar, los niños y adolescentes y los inmigrantes, y a la prestación de servicios situados geográficamente, donde se encuentra la población que los requiere, de una manera adecuada y accesible¹⁴.

En segundo lugar, la atención de salud mental comunitaria se centra no solo en los déficits y discapacidades de las personas (una perspectiva de enfermedad), sino también en sus fortalezas, capacidades y aspiraciones (una perspectiva de recuperación). Por lo tanto, los servicios y apoyos tienen como objetivo mejorar la capacidad de una persona para desarrollar una identidad positiva, re-enmarcar la experiencia de la enfermedad, autogestionar su enfermedad y buscar roles sociales valorados personalmente¹⁵.

II. Programas de servicios de salud mental comunitaria en Chile, España y UK

1. Chile

a) Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025

Desde 1990, el sistema público de salud chileno ha logrado avances en materia de salud mental, sin embargo fue el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 el que ha permitido mejorar sustancialmente la oferta de servicios en nuestro país, incidiendo en el aumento de las coberturas y en la calidad de la atención brindada.

A pesar de los avances, la evidencia epidemiológica demuestra un aumento de personas con enfermedades mentales en el país y en el mundo, lo que ha impuesto nuevos desafíos para el sistema de salud y los servicios de apoyo social. En este marco se ha desarrollado el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, y un Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, cuyo objetivo central es sustentar el desarrollo óptimo de la red de servicios de salud mental, haciéndolos más accesibles, equitativos y resolutivos de las necesidades de salud mental de las personas, desde un enfoque de derechos.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025¹⁶ da cuenta de lo imperativo de profundizar el modelo comunitario de salud mental, cerrando las brechas existentes, resolviendo las incoherencias y necesidades insatisfechas, alcanzando los estándares de calidad requeridos. Siendo el desafío principal el enfoque de “recuperación”, que en los últimos años le ha dado una nueva fuerza y perspectiva al modelo comunitario y a la participación de los usuarios en los servicios de salud mental,

¹⁴ Op cit. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care.

¹⁵ Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

¹⁶ Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Minsal. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

saltando desde el rol pasivo de pacientes, al proactivo en el manejo de las enfermedades mentales y en el funcionamiento de los servicios de salud mental.

Objetivos del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025

En el marco señalado en el párrafo anterior, el plan establece diversos objetivos dirigidos a fortalecer la línea de la atención en salud mental comunitaria, entre estos destacan:

- I. El objetivo de la **Línea provisión de servicios en salud mental**, es definir lineamientos y generar estrategias para una adecuada provisión de servicios de salud mental en base a las necesidades de la población. El que incluye la articulación de la oferta existente y los lineamientos para incorporar oferta pertinente a las nuevas necesidades de la población, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- II. El objetivo de la **Línea de financiación** es el, “Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que provea de una cantidad y tipo de recursos que permitan realizar acciones costo-efectivas y modificaciones organizacionales definidas por el Plan Nacional de Salud Mental en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental”.
- III. Dentro de la **Línea gestión de la calidad**, sistemas de información e investigación se plantea el Objetivo Estratégico N° 5: cuya finalidad es “alinear la información de los sistemas de registro e información, para que permitan el monitoreo y gestión de la calidad, en el marco de la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental”, siendo la meta al 2020 que el sistema de información incluya los registros que permiten el monitoreo y gestión de la calidad.
- IV. En la **Línea de recursos humanos y formación**, se plantea el Objetivo Estratégico N°1: que es cerrar la brecha de recursos humanos en salud mental tanto a nivel de atención, como de gestión y salud pública en un horizonte de 10 años. Donde se espera promover la creación de nuevos Programas de Especialización Médica en Psiquiatría Adultos e Infanto-Adolescente, que desde su origen se orienten a formar profesionales para el sistema público de salud, en coherencia con el modelo de salud integral con enfoque comunitario y familiar y con el modelo comunitario de atención en salud mental, y generen “Polos docente-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental”. Donde la meta es completar la dotación de recursos humanos tanto en establecimientos y dispositivos de salud mental, como en los niveles de gestión y salud pública de acuerdo a los estándares en un plazo de 10 años.

b) Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria actual

A partir de la reforma sanitaria del año 2005, la política pública en salud en nuestro país ha impulsado como eje central el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este se entiende como un:

“modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”¹⁷.

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental presta especial importancia a la persona que padece una enfermedad mental grave y persistente, así como a su familia, y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional¹⁸.

Descripción de la cobertura de los servicios de atención¹⁹

Al año 2016, existían 146 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental en el país, distribuidos en 91 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y 55 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría, Siendo los servicios de la región metropolitana la que más equipos tiene (60 equipos), seguido por los servicios de Araucanía sur y norte (9 equipos) y finalmente los servicios de Coquimbo y Libertador B. O'Higgins (8 equipos).

Respecto a la especialidad ambulatoria de Salud Mental, existen solo 3 Servicios de Salud que realizan toda la atención de especialidad ambulatoria en los Centros Comunitarios de Salud Mental (Arica, Antofagasta y Arauco), y 4 Servicios de Salud que no poseen Centros Comunitarios de Salud Mental, por lo que los equipos ambulatorios de especialidad se encuentran en recintos hospitalarios (Atacama, Bío bío, Araucanía Norte, Chiloé).

Al observar la Tasa de Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental, esta es en promedio de 1,07 por cada 100.000 beneficiarios (tasa promedio nacional), sin embargo la variabilidad es alta, siendo la tasa más baja de 0,33 por cada 100.000 en el servicio de salud de Bío bío y la más alta de 2,79 por cada 100.000 en servicio de salud Arauco.

¹⁷ “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud.” MINSAL - OPS, 2013. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

¹⁸ Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018. Minsal. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

¹⁹ Op cit. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018. Minsal.

De los 91 Centros Comunitarios de Salud Mental que existían en el país al año 2016, el 49% tiene dependencia municipal (45 Centros), el 48% tiene dependencia de Servicio de Salud (44 Centros) y el 2% pertenece a privados (2 Centros).

Es importante señalar que de los 45 Centros Comunitarios de Salud Mental que tienen dependencia municipal, 40 de ellos se encuentran en la Región Metropolitana. Esto explica las enormes diferencias que existen en comparación con las regiones, las que se observan en distintos roles y formas de funcionamiento y de financiamiento, en equipos con condiciones contractuales divergentes, impactando directamente en el tipo de atención que reciben las personas usuarias.

La mayor parte de los equipos de salud mental se desempeñan en la especialidad ambulatoria, con una distribución heterogénea en el país, la que presenta sus mayores brechas (por población) en los Servicios de Salud Metropolitano Occidente, Sur y Suroriente, Maule y Viña del Mar - Quillota. Respecto a la distribución de los recursos humanos de especialidad ambulatoria entre los Centros Comunitarios de Salud Mental y los equipos de salud mental ubicados en CAE, CDT, CRS o Servicios de Psiquiatría, cabe resaltar que aún existe un alto porcentaje de recursos humanos que permanece en recintos hospitalarios:

- 55% de las horas de psiquiatra adulto,
- 54% de las horas de psiquiatra infantoadolescente,
- 62% de las horas de enfermero(a),
- 35% de las horas de psicóloga(o),
- 30% de las horas de trabajador(a) social,
- 35% de las horas de terapeuta ocupacional, 40% de las horas técnicas,
- 25% de las horas administrativas y
- 26% de las horas de auxiliares.

Descripción de la atención de los COSAM

El Centro de Salud Mental (COSAM) es un dispositivo del sistema público de salud, que tiene como objetivo dar respuesta a los requerimientos de Salud Mental de la Población en el territorio. Dado que la mayoría de los COSAM tienen dependencia Municipal, presentan algunas diferencias en su funcionamiento.

i. COSAM de la Municipalidad de Santiago

En el caso del COSAM de la Municipalidad de Santiago²⁰, este es un Centro de Nivel de Complejidad Secundario, significando esto que entrega Atención de Especialidad, con un enfoque Interdisciplinario que considera la mirada Bio-Psico-Social en todas sus intervenciones.

Beneficiarios:

²⁰ Centro de Salud Mental C.O.S.A.M. Municipalidad de Santiago. Disponible en: <http://www.saludstgo.cl/cosam/>

Personas beneficiarias de FONASA o PRAIS, que se encuentren inscritos en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Estaciones Médicas de Barrio (EMB) y/o que sean derivadas desde otras instancias de la Red de Salud como hospitales y unidades de psiquiatría. Se atiende a través de la derivación correspondiente por los centros de salud de la red asistencial (Servicio de Salud Metropolitano Central, los diferentes CESFAM de la comuna y Hospital San Borja Arriarán) derivados por redes comunales (Red Colaboradora de SENAME) y tribunales de familia.

Prestaciones otorgadas:

El COSAM cuenta con 3 Unidades de atención clínica:

- Unidad de Infanto-Juvenil
- Unidad Adultos
- Unidad de Adicciones

A través de las cuales se realizan las siguientes prestaciones:

- Evaluación clínica integral, considerando especificidades del ciclo vital individual y familiar.
- Planes de tratamiento interdisciplinarios, que pueden contemplar, farmacoterapia, psicoterapia individual, familiar y/o grupal, intervención ocupacional e intervenciones a nivel socio familiar, entre otras.
- Intervenciones y Actividades Comunitarias.
- Capacitación y Formación a la Red de Salud.

Dotación:

Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos en Rehabilitación, Técnicos en enfermería, Administrativos y Auxiliar de Servicio.

ii. **COSAM de la Municipalidad de Recoleta**²¹

El COSAM de la Municipalidad de Recoleta es una unidad de salud comunitaria, pública y gratuita, que brinda atención ambulatoria de especialidad en salud mental y psiquiatría a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta complejidad, en todas las etapas del ciclo vital.

Beneficiarios:

Personas beneficiario del sistema público de Salud Fonasa A, B, C ó D y que se encuentren inscritas en alguno de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna.

Solo se atiende con derivación del **sistema de salud** (Centros de Salud Familiar de la comuna, de los centros de atención Secundaria, tales como Hospital Roberto del Rio, Instituto Psiquiátrico y Hospital San José), derivados por **redes comunales** (Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia y

²¹ COSAM de la Municipalidad de Recoleta. Disponible en: <http://www.recoleta.cl/centro-comunitario-de-salud-mental-cosam/>

Adolescencia (OPD), Centro de la Mujer, Programa Previene, Comunidades Terapéuticas, Programa Calle) y a través del **Sistema Judicial** (Tribunales de Familia y Fiscalía).

Prestaciones otorgadas:

- Consulta de Salud Mental.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Intervención familiar.
- Taller Multifamiliar en adicciones.
- Talleres psicoeducativos según prioridades de salud.

c) Diagnóstico y nuevo modelo en salud mental en desarrollo

Diagnóstico basado en las conclusiones de Mesa Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria²²

La Mesa Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria, sumado a los aportes enviados por equipos de los Servicios de Salud del país, analizó el actual estado de desarrollo de la salud mental comunitaria en Chile. En su informe, se despliegan nudos críticos y barreras que afectan el funcionamiento y desempeño de los COSAM, afectando la satisfacción de las necesidades de la población usuaria.

Los Nudos identificados son:

Marco conceptual del Modelo:

- Insuficiente desarrollo del marco conceptual

Marco Normativo:

- Ausencia de Ley de Salud Mental.
- Inconsistencia del Plan Nacional Salud Mental (2000) en relación al Modelo Comunitario.
- Normas, protocolos y guías clínicas no actualizadas.
- Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes, entrapa los procesos de intervención en red, específicamente en torno a la confidencialidad de información la que no puede ser compartida con otras entidades.

Organizacional:

- Desigual distribución y ubicación de los centros.
- Inestabilidad organizacional en los Servicios de Salud.
- Desconocimiento de la población beneficiaria.

²² Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018. Minsal. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

- Heterogeneidad en la dependencia administrativa.

Programación:

- Programación no basada en las necesidades de la población beneficiaria.
- Oferta programática desigual y desarticulada.

Funcionamiento y coordinación de la red:

- Dificultades en la implementación de Consultorías de Salud Mental.
- Funcionamiento ineficiente del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Insuficiente posicionamiento en la Red de salud mental.

Sistema de apoyo a procesos clínicos:

- Carencia de sistema de registro adecuado.
- Insuficiente sistema de asistencia farmacéutica.

Gobernanza:

- Insuficiente participación de las personas usuarias y sus familiares en la toma de decisiones.

Estructura y equipamiento:

- Insuficiente cantidad de centros.
- Deficiente infraestructura y equipamiento.

Recurso Humano:

- Variabilidad de la calidad contractual en un mismo equipo.
- Insuficiente definición del perfil por competencia profesional
- Déficit de competencia de los equipos acorde al modelo.
- Déficit de capacitación, formación pregrado, polos docente asistenciales.
- La conformación de equipos no es acorde al modelo de atención.

Proceso de atención:

- Vacíos técnicos en relación a una mirada actualizada de la rehabilitación.
- Insuficiente actualización de los enfoques terapéuticos.

Financiamiento:

- Disparidad en el financiamiento.
- Sobrevalorización del financiamiento de acciones individuales intrabox.
- Altos costos de operación.

Intersectorialidad y comunidad:

- Procesos deficientes en el trabajo intersectorial con los servicios del Estado y ofertas de desarrollo local a nivel municipal.

Modelo de gestión del centro de salud mental comunitaria en desarrollo

A partir de un modelo de gestión participativa, donde se ha dado instancias tanto para dar cuenta de las debilidades del actual sistema, como para aportar al desarrollo de un nuevo modelo, se ha diseñado un modelo de gestión del centro de salud mental comunitaria.

Este diseño considera factores como: población objetivo, visión, misión, objetivos, fuentes de demanda, organigrama, conformación de un consejo de participación ciudadana, áreas de gestión (Comité técnico, Gestión directiva), Organización de la atención, Estrategias de articulación para la continuidad de cuidados, cartera de prestaciones, ambiente terapéutico, gestión de procesos clínicos, sistemas de apoyo, estándares de calidad²³.

2. España (Madrid)

La reforma psiquiátrica en España llega bastante tarde en relación a las transformaciones que estaban teniendo lugar en salud mental en la mayoría de los países desarrollados. Mientras en EEUU, Francia, Inglaterra, e Italia comenzaron en las décadas de los años 60 y 70, España comenzó a mediados de los 80, una vez recuperada la democracia²⁴:

A pesar de todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevada a cabo en los diferentes países, sí que se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica²⁵:

- Transformación del hospital psiquiátrico tradicional.
- Desinstitucionalización.
- Desplazamiento del eje de atención: del hospital a la comunidad.
- Sistema de atención con un funcionamiento en red de los recursos, con las coordinaciones adecuadas entre los dispositivos.
- Rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Territorialización.

Los principios que sustentan este proceso en España se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 20, donde se plantea la organización de un nuevo modelo de atención comunitaria en salud mental, buscando gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización .

²³ Para mayor detalle consultar, Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018. Minsal. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

²⁴ Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. 2003-2007. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>

²⁵ Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. 2003-2007. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>

a) Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)

La Ley General de Sanidad en su capítulo III. se refiere a cómo será desarrollada la salud mental, en específico el Artículo 20 reza²⁶

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”²⁷:

- i. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.*
- ii. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
- iii. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*
- iv. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.*

Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica supone el reto de organizar y articular una adecuada y amplia red tanto sanitaria como social de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales graves y crónicas, así como permitan su efectiva integración social en la comunidad²⁸.

b) Plan de Salud Mental

Ley de Ordenación Sanitaria (LOSCAM) de la Comunidad de Madrid, aprobada en Diciembre de 2001 en su artículo 16 establece que la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios que dispone su sistema sanitario, desarrollará entre otras actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria las recogidas en su apartado b): La atención integrada de salud mental

²⁶ Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

²⁷ Se advierte que el texto definitivo aprobado por el Congreso de los Diputados y publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de abril de 1986 para el primer párrafo de este artículo era el siguiente: Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

²⁸ Op. cit., Plan de Atención Social

potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias²⁹.

Este artículo 16 de la LOSCAM viene a mantener y consolidar el modelo de atención comunitaria en Salud Mental y a reconocer la necesidad de la coordinación e implicación de los servicios sociales generales y especializados en el apoyo a la rehabilitación psicosocial y la atención comunitaria integral del enfermo mental crónico. El Plan de Salud Mental, sobre la base de la LOSCAM, mantiene los principios de atención comunitaria y territorializada de la anterior organización de la salud mental y dispone toda una serie de medidas organizativas y funcionales para la consolidación y desarrollo de la llamada Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental³⁰.

Los principios básicos del Plan de Salud Mental son:

- El ciudadano como centro del sistema sanitario. Se garantiza la universalidad, equidad e igualdad en el acceso a las prestaciones de la Red.
- Consolidación de la Red de atención territorializada, comunitaria, interdisciplinar, integral y aseguradora de la continuidad de cuidados en la asistencia.
- Separación de las funciones de aseguramiento, compra y provisión de las prestaciones.
- Integración de la Salud Mental en Atención Especializada en el ámbito asistencial, organizativo, de sistemas de información, infraestructuras y de recursos humanos.
- Gestión según los principios de evaluación continua y mejora de la calidad.
- Potenciación de los recursos ambulatorios, de hospitalización parcial y la rehabilitación psicosocial en coordinación con los Servicios Sociales y otras instituciones (Educación, Justicia, etc.).
- Integración de los recursos en la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
- Potenciación de la formación e investigación en el ámbito de la salud mental.
- Fomento de la participación de los ciudadanos y de los profesionales.

Para el desarrollo de estos principios generales se articula una red de recursos, actividades asistenciales y programas de intervención, cuyo resumen sería:

i. Hospitalización

- **Hospitalización breve**, que se establece a nivel de área y, al igual que las urgencias, ubicadas en los hospitales generales³¹ (12 camas por 100.000 habitantes mayores de 17 años).

²⁹ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-4375-consolidado.pdf>

³⁰ Op cit., Plan de Atención Social

³¹ La hospitalización en modelos comunitarios es siempre el último recurso a usar, y se lleva a cabo en hospitales generales por periodos muy cortos, solo para tratar la crisis.

- **Hospitalización parcial**, a través del desarrollo de Hospitales de Día para adultos y Hospitales de Día para niños y adolescentes. Pueden estar ubicados en hospitales generales o en centros ambulatorios. (Al menos un hospital de día para adultos en cada área sanitaria).
- **Hospitalización para cuidados de media y larga duración**, diseñados para pacientes adultos y con trastorno mental crónico que requieran estabilización sintomática, contención, adecuación conductual, rehabilitación de déficit en el funcionamiento psicosocial o soporte residencial (deben ser compartidos por varias áreas).

ii. **Asistencia ambulatoria especializada**

Equipos multiprofesionales de Atención Psiquiátrica y Salud Mental (ubicados preferentemente dentro los centros ambulatorios de especialidades) desarrollarán actividades asistenciales, de rehabilitación, de coordinación institucional y de formación, docencia e investigación. Tendrán una configuración territorial de distrito. Estos equipos son el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales.

iii. **Continuidad de cuidados y tratamiento**

Planes de Atención Integral para cada paciente y se creará la figura de Coordinador de cuidados y tratamientos. Todas estas acciones se desarrollarán desde la atención ambulatoria de distrito.

iv. **Atención a grupos o patologías de especial relevancia**

- Niños y adolescentes.
- Personas mayores.
- Inmigrantes.
- Exclusión social.
- Alcoholismo.
- Patología dual.

v. **Urgencia y transporte sanitario**

Se regula la atención en crisis, la atención a la demanda no programada y un transporte específico para personas con enfermedad mental que abarque toda la Comunidad.

vi. **Prestación de psicoterapia**

Se refuerza la prestación de psicoterapia en los distintos dispositivos de las áreas sanitarias, a la vez que se impulsarán los programas de interconsulta y coordinación con atención primaria.

vii. Equipos multiprofesional de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados por distrito

Se consolidarán los programas de rehabilitación con la potenciación de un equipo multiprofesional de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados por distrito, que actuará de forma sinérgica con el Coordinador de Cuidados de cada paciente.

viii. Modelo de gestión

Se articula un modelo organizativo y de gestión en el nivel central, regional y periférico, donde se ubican las diferentes comisiones y comités que planifican y regulan la asistencia. Especial mención tiene la participación de la Consejería de Servicios Sociales en los diferentes niveles de organización. Por otra parte se desarrollarán sistemas de gestión de calidad, de formación e investigación.

c) Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica³²

El Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica constituyó una iniciativa específica, organizada desde el sistema de Servicios Sociales en su nivel de atención especializada, destinada a favorecer y apoyar la rehabilitación e integración social de la población con enfermedades mentales crónicas. Depende de la Consejería de Servicios Sociales a través de su actual Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad y lleva desde 1988 trabajando en el desarrollo de recursos específicos de atención social y apoyo comunitario desde una eficaz coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental.

El Programa tiene como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias. Se trata de apoyar los aspectos sociales de la rehabilitación, promover integración social de dichas personas y favorecer que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónoma y normalizada posible.

La experiencia, organización y funcionamiento de este Programa quedó regulado mediante el Decreto 122/1997³³, de 2 de Octubre, (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997) que establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes Centros de Servicios Sociales Especializados. Así, a través del citado Decreto, se viene a regular los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Programa.

³² Op cit., Plan de Atención Social.

³³ Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados. Disponible en: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=465&cdestado=P#no-back-button

Objetivos generales del programa

- Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que puedan desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible.
- Potenciar su integración social en su entorno comunitario.
- Evitar la marginación y/o institucionalización de aquellos que viven en la comunidad y posibilitar la reinserción de aquellos que aún se encuentran institucionalizados.
- Apoyar a las familias de las personas con enfermedad mental crónica, mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

Beneficiarios del programa

Para acceder a alguno de los recursos del programa, las personas deben de ser derivados desde el Servicio de Salud Mental responsable de su atención, tratamiento y rehabilitación, asegurando la continuidad de cuidados.

Ámbitos de Intervención y Tipología de Recursos

De acuerdo con la definición y filosofía de atención y a los objetivos antes indicados, el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica centraba su actuación en torno a los siguientes ámbitos de intervención:

- Apoyo a la rehabilitación psicosocial (recuperación de la máxima autonomía personal y social), Soporte social y apoyo a la integración social.
- Apoyo, asesoramiento y psicoeducación a las familias de los enfermos mentales crónicos.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo.
- Atención residencial comunitaria.

Tipos de centros y otros recursos

A fin de atender los ámbitos de intervención propuestos, se había diseñado un abanico de recursos específicos a desarrollar en las diferentes Áreas y distritos de la Comunidad de Madrid.

Esta red de recursos estaba formada por³⁴:

³⁴ Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental. Madrid. Disponible en: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/cuadro_resumen_tipologia_centros_red_atencion_social_a_emc.pdf

i. Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)

Son centros diurnos de atención psicosocial especializada, destinados a las personas con enfermedades mentales graves para ayudarles a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad, dando también apoyo a sus familias.

Ofrecen programas individualizados de apoyo a la rehabilitación psicosocial y promoción de la integración social, desarrollando intervenciones individuales y grupales en las siguientes áreas: autocuidado y actividades de la vida diaria, psicomotricidad, habilidades sociales, autocontrol, psicoeducación y manejo de la enfermedad, integración comunitaria y apoyo a la integración social. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias³⁵.

Estos centros cuentan con el siguiente personal³⁶: Director (Psicólogo), 2-3 Psicólogos, 1 Trabajador Social, 1 Terapeuta Ocupacional, 3-4 Educadores, 1 Auxiliar Administrativo, ½ Auxiliar de Limpieza.

ii. Centros de Día de Soporte Social (C.D.)

Son recursos comunitarios de apoyo a la mejora del funcionamiento y de soporte social dirigidos a las personas con enfermedad mental grave con mayores dificultades de funcionamiento e integración y, por tanto, mayor riesgo de deterioro, aislamiento o dependencia.

Se ofrecen actividades de mantenimiento de la autonomía personal, de socialización y de ocio y actividades socioculturales de soporte social tales como: manualidades, pintura, juegos de mesa, tertulias, elaboración de periódicos, taller de lectura y escritura, taller de creatividad, expresión corporal, gimnasia y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar relevantes³⁷.

Estos centros cuentan con el siguiente personal³⁸: Director (Psicólogo), 1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Educadores, 1 Auxiliar Administrativo, ½ Auxiliar de Limpieza.

iii. Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)

Recursos específicos destinados a las personas con enfermedad mental para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarios para acceder al mundo laboral y apoyar su

³⁵ Cuadros sintéticos de tipología de centros. Enero 2017. Disponible en : http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADRO_RESUMEN_TIPOLOGIA_CENTROS_RED_ATENCION_SOCIAL_A EMC+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352938656689&ssbinary=true

³⁶ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros.

³⁷ Cuadros sintéticos de tipología de centros. Enero 2017. Disponible en : http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADRO_RESUMEN_TIPOLOGIA_CENTROS_RED_ATENCION_SOCIAL_A EMC+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352938656689&ssbinary=true

³⁸ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

integración y mantenimiento en el mismo. Estos centros forman parte del programa “Emplea tu capacidad” de la Comunidad de Madrid.

Ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste sociolaboral, talleres pre-laborales, apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral³⁹.

Estos centros cuentan con el siguiente personal⁴⁰: Director (Psicólogo), 1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador Laboral, 3 Maestros de Taller, 1 Auxiliar Administrativo, ½ Auxiliar de Limpieza.

iv. Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)

Permiten ofrecer atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave que, por sus dificultades, precisan de apoyo social para poder mantenerse en su contexto familiar y comunitario.

Estos centros cuentan con el siguiente personal⁴¹: 1 Psicólogo, 1 Trabajador Social, 2 Educadores.

v. Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias:

Residencias (MR): Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades, así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día, debido a: Ausencia o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado; Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte⁴².

Estos centros cuentan con el siguiente personal: Director (Psicólogo), 1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 13-15 Educadores, 1 Auxiliar Administrativo, Personal de Cocina y Limpieza⁴³.

Pisos Supervisados (PS): Alternativa de alojamiento estable y normalizado en viviendas ordinarias en las que residen 3 o 4 personas con enfermedad mental recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten y no requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias. Los pisos supervisados funcionan vinculados a las MR. Al menos hay un educador de apoyo para la supervisión de cada piso⁴⁴.

Plazas Supervisadas en Pensiones (PC): A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas a personas con enfermedad mental

³⁹ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

⁴⁰ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

⁴¹ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

⁴² Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

⁴³ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

⁴⁴ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, intentado evitar procesos de marginación.

Es una alternativa de alojamiento organizada mediante el pago de una habitación y servicios básicos en Pensiones de Huéspedes. Se supervisan los usuarios desde la MR a las que están vinculadas las plazas⁴⁵.

Otros Recursos:

Servicio de Atención Social y Apoyo a la Reinserción Social de personas con enfermedad mental grave sin hogar: Se trata de una iniciativa específica dirigida a aquellas personas con enfermedad mental que se encuentran en una situación de marginación sin hogar.

Cuenta con un equipo multiprofesional específico formado por: 1 Coordinador, 3 Psicólogos, 1 Trabajador social, 14 Educadores, 1 Auxiliar Administrativo, ½ Auxiliar de Limpieza Este personal trabaja de un modo flexible y coordinado en el desarrollo de las diferentes acciones que componen el Servicio.

El único canal de acceso a los diferentes centros y recursos dependientes de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental es a través de la derivación desde los Servicios de Salud Mental de distrito que atiendan a la persona con enfermedad mental.

Los centros y recursos de esta Red están sectorizados en las diferentes áreas y distritos sanitarios y trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con los Servicios de Salud Mental como responsables del tratamiento, atención y seguimiento de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

Para favorecer la integración, la red de recursos trabaja también en colaboración y coordinación con los Servicios Sociales Generales y otros recursos comunitarios de cada zona.

Descripción de la cobertura de los servicios de atención

Las recomendaciones de sociedades científicas (Asociación Española de Neuropsiquiatría y Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial) consideran que un Modelo práctico que aspire a cubrir las necesidades específicas del colectivo, debería contar al menos con la siguiente capacidad de atención de Servicios Específicos de Rehabilitación Psicosocial en relación a la población⁴⁶:

⁴⁵ Op cit. Cuadros sintéticos de tipología de centros

⁴⁶ Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenermental.pdf>

Propuesta de cuantificación de algunos de los servicios específicos de Rehabilitación Psico-Social (RPS) mínimos necesarios y adecuados en España (expresado como plaza por 100.000 habitantes).

Tipo de Servicio	Mínimo (/100.000 h.)	Adecuado (/100.000 h.)
Servicios Tipo Centro de Día Especializado con programas activos de Rehabilitación Psicosocial ⁴⁷	30 ⁴⁸	50
Programas Soporte Social	15	30
Rehabilitación Laboral	15	30
Servicios Residenciales ⁴⁹	15	30
Servicios de apoyo a la vivienda ⁵⁰	6	10

En este marco, el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, se planteó los siguientes objetivos en cobertura:

Objetivos de cobertura del plan 2003-2007

Centro / Recurso	Ratio Mínima Plazas x 100.000 ha	N.º Total de Plazas Mínimas necesarias en la Comunidad de Madrid	N.º Total de Centros Necesarios en la Comunidad de Madrid
Centros de Rehabilitación Psicosocial	30 plazas	1.750 plazas	22 CRPS (80 pl. c/u)
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	15 plazas	750 plazas	22 CD (30/35 pl. c/u)
Centros de Rehabilitación Laboral y apoyo al empleo normalizado	15 plazas	750 plazas	15 CRL (50pl c/u)
Mini Residencias (MR)	15 plazas	750 plazas	25/30 MR (25/30 pl. c/u)
Pisos supervisados / tutelados	6 plazas	300 plazas	60/70 Pisos (4/5 pl. c/u)
Pensiones supervisadas	1 plaza	50 plazas	50 plazas en Pensiones
TOTAL	82 plazas de atención social	4.350 plazas x 100.000 hab.	

El programa ha ido aumentando su cobertura desde el año 1988, siendo fundamental el rol que ha cumplido el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, en consolidar el modelo de atención comunitaria en Madrid.

⁴⁷ Denominado en la Comunidad de Madrid Centro de Rehabilitación Psicosocial o CRPS

⁴⁸ Personas por cada 100.000

⁴⁹ Tipo residencia (MR) en Madrid.

⁵⁰ Tipo Pisos Supervisados (PS) en Madrid.

La red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera, contaba a abril del 2019 con un total de 6.679 plazas atención social gratuita a las personas adultas de entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración derivadas de trastornos mentales severos. Las plazas que se distribuyen en 217 centros y recursos en los que trabajan cerca de 1.300 profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, maestros de taller, etc.)⁵¹.

Los 217 centros / recursos se distribuyen de la siguiente forma:

- 27 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un total de 1.953 plazas.
- 33 Centros de Día de soporte social (CD) con un total de 1.049 plazas. (Se incluye un CD “Santa Hortensia” de 30 plazas específico para personas sin hogar con enfermedad mental.) , con un total de 1074 plazas.
- 21 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con un total de 1.315 plazas.
- 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1.140 plazas.
- 25 Mini Residencias (MR) con un total de 602 plazas. (Se incluye la Residencia “Santa Hortensia” de 19 plazas específica para personas sin hogar con enfermedad mental.) , con un total de 716 plazas.
- 64 Pisos supervisados (PS) con un total de 250 plazas.
- 42 Plazas Supervisadas de alojamiento en Pensiones.
- Servicio Apoyo Reinserción social de personas enfermas mentales sin hogar (antiguo PRISEMI) con un total de 130 plazas (Incluye 5 Pisos supervisados (20 plazas) de apoyo a la reinserción).
- Centro de atención social de apoyo a la reinserción de personas sin hogar con enfermedad mental grave, con 49 plazas.

La Red cuenta además con **servicios complementarios**, como los **Equipos de Apoyo Social Comunitario** que ofrecen atención social en el propio domicilio a las personas con mayores dificultades sociales, a fin de mejorar su calidad de vida y favorecer su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a las personas sin hogar con enfermedad mental grave.

3. Reino Unido

Desde el año 1983, el acceso a la atención en salud mental se encuentra regulada en Inglaterra por el *Mental Health Act*⁵², la que en su articulado da cuenta del rol del estado y autoridades locales en la recepción, cuidado y tratamiento de pacientes con trastornos mentales, el consentimiento de estos, el ingreso obligatorio a hospitales⁵³ para recibir tratamiento, el acceso a tratamiento comunitario, la administración de las propiedades de los pacientes y otros asuntos relacionados.

⁵¹ Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>

⁵² *Mental Health Act 1983. UK.* Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/1>

⁵³ La hospitalización en modelos comunitarios es siempre el último recurso a usar, y se lleva a cabo en hospitales generales por periodos muy cortos, solo para tratar la crisis.

Con el fin de mejorar el plan de salud mental en marzo de 2015, se conformó un Grupo de trabajo independiente de salud mental, el que reunió a líderes en salud y cuidado, personas que utilizan servicios y expertos en el campo para desarrollar una Visión de futuro de cinco años para la salud mental del NHS en Inglaterra (*Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England*)

Esta estrategia nacional, que cubre atención y apoyo para todas las edades, se publicó en febrero de 2016 y representa la primera vez que se aplica un enfoque estratégico para mejorar los resultados de salud mental en todo el sistema de salud y atención, en asociación con los organismos de salud.

En julio de 2016, NHS England publicó un *Plan de implementación* donde se establecen las acciones necesarias para llevar a cabo el *Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England*. Dicho *Plan de Implementación* reúne a todos los organismos que trabajan salud mental, para garantizar que haya un trabajo coordinado entre ellos y entregar prestaciones de la mejor calidad⁵⁴.

a) Plan de implementación

La implementación del *Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England* tienen como meta ofrecer un mayor acceso a atención de alta calidad, servicios más integrados e intervenciones tempranas. Esta meta conlleva muchos objetivos y compromisos, entre los que se encuentra construir capacidad profesional dentro servicios comunitarios, para así reducir la demanda, disminuir la atención terciaria en casos críticos y el número de pacientes internados, mientras que en paralelo se va avanzando hacia un enfoque con “base en el lugar”, donde los cursos de acción a seguir y los incentivos estén mejor alineados y sean más eficientes⁵⁵.

La salud mental será desarrollada de forma local, por lo que es fundamental que cada organización cumpla con los siguientes principios:

- El trabajo debe considerar la experiencia y opinión de los usuarios del servicio, sus familiares y cuidadores.
- Se trabaje en forma coordinada con el público local, organizaciones del sector privado y el voluntariado, reconociendo las contribuciones de cada uno pueda hacer para mejorar la salud mental y el bienestar de las personas.
- Contribuir con criterios que permitan intervenciones tempranas, para disminuir la probabilidad de escalada de los síntomas y la angustia asociada a estos, del mismo modo identificar tempranamente las necesidades de apoyo y entregarlo de forma adecuada.
- Diseñar programas centrados en las necesidades de las personas y que tengan base científica (basado en evidencia), para ayudar a las personas a llevar vidas plenas y felices.
- Sustentar los acuerdos en resultados posibles y en los datos obtenidos en el inicio (diagnóstico).

El plan cuenta con 12 áreas de desarrollo:

⁵⁴ Mental Health Taskforce. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/taskforce/>

⁵⁵ Implementing The Five Year Forward View for Mental Health. NHS. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf>

- Salud mental de niños y adolescentes.
- Salud mental perinatal.
- Salud mental para adultos: problemas de salud mental comunes.
- Salud mental de adultos: comunidad, crisis aguda y cuidado de crisis.
- Salud mental de adultos: trazado de cuidado seguro.
- Salud y justicia.
- Prevención del suicidio.
- Transformación constante: Prueba de nuevos modelos de cuidado.
- Transformación constante: Trabajadores saludables del NHS.
- Transformación constante: Infraestructura y redes.
- Ofertas de apoyo.

b) Áreas de desarrollo

Salud Mental de niños y adolescentes

Se espera que para el año 2020/21, haya una expansión significativa en el acceso a servicios de salud mental de alta calidad para niños y jóvenes. Al menos 70,000 niños y jóvenes recibirán cada año un diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia, representando un aumento de un 35% respecto de la atención actual.

Para lograr este objetivo el NHS financiará estos servicios de atención en salud mental, trabajando en sociedad con organizaciones que dan servicios de atención para niños y jóvenes en salud, educación, justicia, también se considerará a las organizaciones de voluntariado y los sectores independientes, a la vez que se reforzarán los equipos de los servicios comunitarios⁵⁶, entre los que se encuentran para el caso de niños:

- *Health visitors*: equipos conformados por enfermeras o parteras encargados de promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades. Trabajan con las familias en su casa para dar a los niños (desde el nacimiento y durante la etapa preescolar) el mejor comienzo posible en la vida⁵⁷.
- *District nurses*: enfermeras que desempeñan un papel crucial en el equipo de atención primaria de salud. Visitan a las personas en sus propias casas o en hogares de cuidado residencial, brindando atención cada vez más compleja a los pacientes y apoyando a los miembros de la familia⁵⁸.
- *GP*⁵⁹: médicos generales, con base comunitaria, que tratan todas las afecciones médicas comunes y si fuera el caso derivan a los pacientes a hospitales y otros servicios médicos para

⁵⁶ Community Health Services. Disponible en: https://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/nhs_business_definitions/c/community_health_service_de.asp?shownav=0

⁵⁷ Health visitor. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/health-visitor>

⁵⁸ District nurses. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/district-nurse>

⁵⁹ GP. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practice-gp>

recibir tratamiento urgente y especializado. Se enfocan en la salud de la persona en forma holística combinando los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la atención.

- *School Nursing*: enfermeras escolares que promueven estilos de vida saludables y previenen enfermedades en niños y jóvenes en edad escolar⁶⁰.
- *Community Dental*: servicios dentales comunitarios que están disponibles en una variedad de lugares para garantizar que todos puedan tener acceso a la salud dental. Estos incluyen hospitales, centros de salud especializados y clínicas móviles, así como visitas domiciliarias o visitas a residencias y hogares de ancianos⁶¹.
- *Community Paediatrics*: Equipo de pediatras consultores, enfermeras especializadas y administradores que investigan, diagnostican y ayudan a los niños con trastornos del neurodesarrollo, como parálisis cerebral, retraso del desarrollo, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y distrofia muscular, entre otras⁶².
- *Speech and Language Therapy*: equipos que brindan tratamiento, apoyo y atención a niños y adultos que tienen dificultades por razones físicas o psicológicas para comunicarse o para comer, beber y tragar⁶³.

En la expansión, coordinación y seguimiento de servicios en salud mental, tendrán un rol fundamental el *Children and Young People's Health Services (CYPHS)*⁶⁴, el *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*⁶⁵ y el *Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies programme (CYP IAPT)*⁶⁶. El primero es una base de datos centralizados a nivel del paciente, que proporciona información relacionada con todos los servicios comunitarios (financiados por el NHS) que se le entrega a cada niños y jóvenes de 18 años o menos. Estos servicios pueden incluir centros de salud, escuelas y servicios comunitarios, entre otros. Los datos recopilados incluyen información personal y demográfica, diagnósticos que incluyen condiciones a largo plazo, discapacidades en la infancia, hitos de diagnóstico y atención⁶⁷.

⁶⁰ School Nursing. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/school-nurse>

⁶¹ Dental treatment for people with special needs. Disponible en: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/dentists/dental-treatment-for-people-with-special-needs/>

⁶² Community Paediatrics. Disponible en: <https://www.kentcht.nhs.uk/service/community-paediatrics/>

⁶³ Speech and language therapist. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/allied-health-professionals/roles-allied-health-professions/speech-and-language-therapist>

⁶⁴ Children and Young People's Health Services (CYPHS). Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/children-and-young-people-s-health-services-monthly-statistics/children-and-young-people-s-health-services-monthly-statistics-england-june-2017-experimental-statistics>

⁶⁵ (CCGs) se crearon a partir del Health and Social Care Act in 2012, y reemplazaron el Primary Care Trusts en Abril 2013. Son órganos estatutarios del NHS legalmente responsables de la planificación y puesta en marcha de los servicios de atención médica para su área local. Esto implica evaluar las necesidades locales, decidir las prioridades y estrategias, y luego comprar servicios en nombre de la población a proveedores tales como hospitales, clínicas, organismos de salud comunitarios, etc. Los CCG deben responder constantemente y adaptarse a las cambiantes circunstancias locales. Son responsables de la salud de toda su población y se miden por cuánto mejoran los resultados. En la actualidad hay 195 CCG en Inglaterra.

⁶⁶ programa de transformación de servicios que tiene como objetivo mejorar los Servicios de Salud Mental Infantil y Adolescente (CAMHS) existentes. Financiado por NHS England y Health Education England. Información disponible en: <https://cypiapf.com/cyp-iapt-principles/>

⁶⁷ Children and Young People's Health Services (CYPHS). Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/children-and-young-people-s-health-services-monthly-statistics/children-and-young-people-s-health-services-monthly-statistics-england-june-2017-experimental-statistics>

Por otra parte el CCGs, tiene el mandato legal de planificar y coordinar todas las acciones en salud a nivel local, con el fin de obtener los mejores resultados de salud posibles, estarán encargados de generar las redes de servicios que permitan a los niños y jóvenes acceder a todas las prestaciones que requieran para el diagnóstico, tratamiento y apoyo de seguimiento. Del mismo modo están encargados de que mejore el acceso a resolución en crisis 24/7.

Finalmente, debido a que se ha calculado que para lograr la meta propuesta se requiere de un aumento en la fuerza de trabajo- la que para el año 20/21 deberá considerar al menos 1,700 terapeutas y supervisores más, sumado a 3,400 profesionales del staff, además de concretar acciones para mejorar la retención del personal existente- desde el año 2018, todos los servicios locales deberán estar trabajando con el CYP IAPT, para la formación, certificación y capacitación de los terapeutas, supervisores y el staff⁶⁸.

Salud mental perinatal

Para 2020/21, habrá un mayor acceso a la salud mental perinatal⁶⁹ especializada en todas las áreas en Inglaterra, en la comunidad o en las unidades hospitalarias madre/bebé, permitiendo que al menos 30,000 mujeres adicionales cada año, reciban tratamiento basado en la evidencia más cerca de casa, cuando lo necesiten.

Para lograr este objetivo se deberá formar, certificar y capacitar equipos multidisciplinarios de base comunitaria que puedan ofrecer apoyo e intervenciones terapéuticas, apoyo psiquiátrico y farmacológico y de enfermería especializada. Estos equipos, deberán construir redes de apoyo profesional con terapeutas ocupacionales, *Health visitors*, *District nurses*, profesionales de los servicios sociales y servicios de salud en obstetricia, tanto para referencia de casos, como para para brindar asesoramiento y dirección.

Para desarrollar los equipos comunitarios con una cobertura 10,000-15,000 nacimientos, se considera que debe de haber al menos 23,5 equipos (incluyendo consultor psiquiatra y personal médico, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, guardería enfermeras, trabajador social, gerentes operativos y administradores).

Esto sumado al equipo que se requiere en unidades madre/bebe (de 8 camas) en hospitales, los que para cubrir una población similar podría ser de 33.4 equipos (incluido el consultor psiquiatra, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras de guardería, gerentes operativos, administradores y personal de aseo).

Salud mental para adultos: problemas de salud mental comunes

Para 2020/21, habrá un mayor acceso a terapias psicológicas, de modo que al menos el 25% de las personas (o 1.5 millones) con condiciones de salud mental comunes tengan acceso servicios cada año.

⁶⁸ Estas cifras no consideran el aumento necesario en psiquiatras y enfermeras psiquiátricas que se necesitaran para cumplir con los objetivos.

⁶⁹ El periodo perinatal se define como el tiempo desde la concepción hasta 12 meses luego del nacimiento.

La mayoría de los nuevos servicios se integrarán con los actuales servicios de cuidado de la salud. Como parte de esta expansión, 3.000 nuevos terapeutas de salud mental serán ubicados en la atención primaria.

Salud mental de adultos: comunidad, crisis aguda y cuidado de crisis

Para el 2020/21, los servicios de salud mental de la comunidad adulta brindarán acceso oportuno a atención basada en la evidencia, centrada en la persona y con base comunitaria (trabajando en conjunto con la atención primaria en salud y la atención social) la que se centrará en la recuperación e integración social. Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Al menos el 60% de las personas con un primer episodio de psicosis comience con una intervención temprana especializada en servicio de psicosis (EIP) dentro de las dos semanas posteriores a la derivación y que reciba una atención de las recomendadas por NICE⁷⁰.
- Una reducción en la mortalidad prematura de personas que viven con una enfermedad mental severa (SMI); 280,000 personas más, con sus necesidades físicas en salud satisfechas; aumentar la detección temprana y ampliar el acceso a la atención basada en la evidencia cada año.
- Doblar el acceso a *individual placement and support* (IPS), permitiendo a las personas con una enfermedad mental grave encontrar y retener un empleo.
- Mayor acceso a terapias psicológicas para personas con psicosis, trastorno bipolar trastorno y trastorno de la personalidad.

Para lograr estos objetivos, es necesario reforzar NHS *England's crisis and acute care workstreams (CRHTTs)*⁷¹ y el *Mental health liaison*⁷², al mismo tiempo que se debe disminuir la atención y tratamientos en salud mental que desarraigan a las personas de su comunidad.

En este momento el plan está trabajando en desarrollar un enfoque en salud mental, que incluya las organizaciones que trabajarán en red para proporcionar los servicios adecuados para otorgar la mejor atención en diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esto incluirá el trabajo directo con hospitales que atienden crisis agudas, para constituirse en centros de excelencia.

⁷⁰El rol de NICE es mejorar los estándares en la atención para los usuarios del NHS y otros servicios de salud pública y atención social. Para cumplir su objetivo, realizan las siguientes funciones: (1) Entregar orientación y asesoramiento con enfoque basado en la evidencia, para profesionales de la salud, la salud pública y la asistencia social. (2) Desarrollar estándares de calidad y métricas de desempeño para quienes forman parte de Commissioning Groups, para quienes proveen atención en salud, para la salud pública y la atención social.(3) Proporcionar una gama de servicios de información para quienes forman parte de Commissioning Groups, profesionales y gerentes en todo el espectro de la atención médica

⁷¹ Los CRHTTs se han establecido en la comunidad para respaldar la puesta en marcha y la prestación de servicios de salud mental accesibles, de alta calidad y receptivos las 24 horas, los 7 días de la semana, para las personas que pueden estar gravemente enfermas y necesitan apoyo urgente.

⁷² Equipos de profesionales que trabajan en los hospitales generales, que proporcionan evaluación psiquiátrica y tratamiento a aquellos pacientes que pueden estar experimentando angustia mientras están en el hospital y proporcionan una interfaz valiosa entre la salud física y mental. En la actualidad no todos los hospitales tienen estos equipos y algunos se especializan en niños y jóvenes, otros en población adulta y otros en población adulto mayor. Este equipo actúa por ejemplo: con personas mayores que sufren de demencia o delirio, Individuos que se han lastimado a sí mismos y que están siendo tratados en Emergencia, personas que tienen un problema de salud mental y que actualmente están en el hospital con una enfermedad física, aquellos que han sido diagnosticados con una enfermedad física y necesitan un poco de apoyo emocional para adaptarse a esto...entre otros.

Para lograr el objetivo, se ha mandatado al *Clinical Commissioning Groups (CCGs)* el coordinar la formación, certificación y calificación de personas para aumentar la fuerza de trabajo hasta el nivel necesario para alcanzar la cobertura propuesta, así como garantizar el trabajo colaborativo entre los servicios principales (atención en salud mental primaria y comunitaria; atención en salud física) y los asociados (*Individual placement and support (IPS)*⁷³, *Servicios sociales* y *Liaison and Diversion services*⁷⁴) para construir un servicio de cuidado alrededor de la persona.

Salud mental de adultos: trazado de cuidado seguro

Para 2020/21, *NHS England* invertirá para aumentar el financiamiento para mejorar el trazado del cuidado seguro, tanto en el ingreso a la atención en salud mental, como el de egreso de este. El foco estará puesto en reforzar y expandir los servicios comunitarios, con el objeto de lograr un acceso universal, evitando los ingresos a hospitales y buscando que las personas se atiendan y sean cuidados, en lugares lo más cercano posibles a sus hogares.

Para lograr una atención segura de salud mental, el programa debe:

- Probar nuevos modelos de cuidado, para desarrollar un apoyo integral desde el diagnóstico temprano en adelante.
- Identificar un trazado de cuidado seguro, considerando las experiencias de los usuarios, familiares y cuidadores.
- Definir la demanda actual como la futura.
- Mapear la provisión y brechas del servicio existentes, así como buenas prácticas y ejemplos de servicios, con énfasis al prevenir admisiones en hospitales y las estadias de largo plazo.

El modelo de atención debe basarse en la lógica de *Stepped Care*, de modo que el tratamiento más efectivo pero menos intensivo en recursos se entregue primero a los pacientes; solo "intensificando" los servicios especializados según se requiera clínicamente, siempre considerado como base la atención comunitaria y primaria, evitando las internaciones (en el marco de los posible).

Salud y justicia

Para 2020/21, se evidenciará una mejora en las vías de atención de salud mental en el área de la justicia. Una de las principales formas de lograrlo será aumentando el acceso a *Liaison and Diversion services* en un 100% de la población. Este servicio tiene como objetivo identificar a las personas que

⁷³ El *Individual placement and support (IPS)* es reconocido internacionalmente como la manera más efectiva de ayudar a las personas con problemas de salud mental y / o adicciones a obtener y mantener un empleo remunerado. Se basa en más de 20 años de investigación. Información disponible en: <https://www.cnwl.nhs.uk/employment-services/individual-placement-and-support-ips-service/>

⁷⁴ *Liaison and Diversion services* identifican a las personas que tienen problemas de salud mental, discapacidad intelectual, abuso de sustancias u otras vulnerabilidades cuando entran en contacto por primera vez con el sistema de justicia penal como sospechosos, acusados o infractores. El servicio puede entonces ayudar a las personas a través de las primeras etapas de la vía del sistema criminal, derivarlos para una atención sanitaria o social apropiada o permitirles desviarse del sistema de justicia penal a un entorno más apropiado, si es necesario. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/health-just/liaison-and-diversion/about/>

tienen problemas de salud mental, discapacidad intelectual, abuso de sustancias u otras vulnerabilidades cuando entran en contacto por primera vez con el sistema de justicia penal como sospechosos, acusados o infractores.

El servicio puede entonces ayudar a las personas a través de las primeras etapas de la vía del sistema criminal, derivarlos para una atención sanitaria o social apropiada o permitirles desviarse del sistema de justicia penal a un entorno más apropiado, si es necesario⁷⁵. Del mismo modo, se asegurará un trabajo coordinado de los servicios de salud mental, mientras las personas están bajo custodia policial.

El aumento del acceso a la atención va a ir acompañada de un monitoreo de datos por parte del *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, cuya función es entregar información certera para la puesta en marcha y seguimiento del proceso, así como también entregue información para apoyar estudios longitudinales de la evolución de los casos.

En particular se han aislado un conjunto más pequeño de mediciones, resultado de estudios llevados a cabo por *liaison and diversion services* que resultan ser claves para la consecución de los objetivos propuestos, entre ellos se encuentran:

- Proporción de personas que iniciaron el programa de atención en prisión.
- Número de individuos que recibieron terapia individual o grupal dentro de una prisión.
- Número de presos que han tenido una evaluación diagnóstica psiquiátrica.
- Traslados por salud mental: cantidad de traslados y derivaciones realizadas dentro de 2/4/8/12/20 semanas, cuando la persona es detenida y tratada en contra de su voluntad, según lo establece el Mental Health Act.

Prevención del suicidio

Para 2020/21, se ha establecido la ambiciosa meta de reducir el suicidio en un 10% a nivel nacional. Sin embargo la prevención del suicidio es un complejo desafío salud pública, pues requiere del trabajo colaborativo entre el NHS y las organizaciones que trabajan en salud mental, para desarrollar la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio y levantar evidencia sobre esta temática de fuentes tales como *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*. La estrategia debería enfocarse fuertemente en la atención primaria el uso indebido de alcohol y drogas, así como también desarrollar objetivos en poblaciones de alto riesgo (los jóvenes que se autolesionan, por ejemplo) y para poder ubicarlos a tiempo.

Para apoyar este plan durante el 2017/2018 los CCG contribuirán al desarrollo y establecimiento de *multi-agency suicide prevention plans*, con el NHS y organismos con los cuales trabajan en partnership.

⁷⁵ Los *liaison and diversion services* identifican a las personas que tienen problemas de salud mental, discapacidad intelectual, abuso de sustancias u otras vulnerabilidades cuando entran en contacto por primera vez con el sistema de justicia penal como sospechosos, acusados o infractores. El servicio puede entonces ayudar a las personas a través de las primeras etapas de la vía del sistema criminal, derivarlos para una atención sanitaria o social apropiada o permitirles desviarse del sistema de justicia penal a un entorno más apropiado, si es necesario. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/health-just/liaison-and-diversion/about/>

Transformación constante: Prueba de nuevos modelos de cuidado

En los últimos años, ha habido un aumento en el número de jóvenes y adultos que han sido enviados para tratamiento de salud mental a lugares a muchas millas de sus hogares. Esta práctica puede dificultar las visitas de los médicos de cabecera, los amigos y familiares, lo que afecta la recuperación de una persona y conduce a una mayor duración de la estadía. Además, esto ha aumentado los gastos y ejercido una presión adicional sobre los presupuestos de salud mental.

Por eso se ha buscado invertir en mejorar la calidad de los servicios locales, reforzando la atención primaria y comunitaria, para evitar la necesidad de servicios terciarios.

Transformación constante: Trabajadores saludables del NHS

Para cumplir con los objetivos propuestos no solo basta con reclutar y capacitar al número correcto de personal para mejorar el acceso a la atención. También debe tratar de garantizar que el NHS cuide de su activo más importante, su personal, enfocándose en promover su salud y bienestar, para así mejorar la satisfacción de los usuarios, la productividad y retención del staff.

Para cumplir con este objetivo el NHS invertirá recursos en la fuerza de trabajo, para lo cual:

- Desarrollar planes para mejorar la salud mental para todo el personal.
- Implementar un conjunto de iniciativas para mejorar la salud mental, a las que el personal tenga acceso en el lugar de trabajo.
- Garantizar que los parámetros de medición son aceptados y cumplidos.

Además en la actualidad el *NHS England* actualmente apoya a 12 pilotos en organizaciones para mejorar la salud y el bienestar del personal, a través del *NHS Healthy Workforce Program*. Las iniciativas de salud mental incluyen: *Stress management, Psychological therapies, Mindfulness, NHS health checks*.

Transformación constante: Infraestructura y redes

Para garantizar la sostenibilidad de la transformación descrita en este *Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England* se requiere de una importante actividad de apoyo para alinear la variedad de marcos conceptuales y tener la infraestructura necesaria para dar cuenta de las prioridades y enfoque en el NHS.

El trabajo coordinado de variadas instituciones en salud, servicios sociales, educación, servicios comunitarios requiere de una gobernanza sólida, basada en la transparencia y accountability.

Dentro de las redes consideradas se encuentra:

- *Health Education England*, junto con organizaciones asociadas, desarrollarán una estrategia de desarrollo de la fuerza de trabajo, la que se basará en proporcionar una visión completa y

coherente de la fuerza de trabajo actual, así como también dará cuenta de las habilidades y capacidades necesarias a desarrollar para llevar a cabo el plan.

- *Department of Health*, desarrollará un plan datos de cinco años para abordar la necesidad de información sobre: prevalencia e incidencia en salud mental, acceso a diagnóstico y tratamiento, calidad de estos y resultados obtenidos, así como también prevención y gasto en salud mental.
- *The National Information Board (NIB)* que tiene como objetivo el que las personas tomen decisiones informadas y adecuadas en salud, así como también apoyar a los profesionales de la salud en su trabajo mejorando el acceso digital a la información en salud y atención, e implementando estándares de datos digitales, tendrá la misión que los datos sobre salud mental se encuentren en todos los dominios y programas del NIB.
- NHS England, apoyará la elaboración de estándares comunes de medición, lo que permitirá la evaluación comparativa en salud mental.
- NHS England ha nombrado a Senior Responsible Officer for mental health, El SRO es responsable del buen desarrollo del Five Year Forward View for Mental Health in the NHS, trabajando con todas las organizaciones e instituciones que trabajan en salud mental.
- El *Mental Health and Dementia Programme Board*, presidido por SRO, es el responsable de coordinar y fiscalizar el desarrollo coordinado de todos los planes en salud mental y de todos los organismos e instituciones asociadas. Este *Programme Board*, cuenta con un grupo de expertos en la materia, que apoya el desarrollo y ejecución de los programas de salud mental.
- *Clinical Reference Groups*, es una comisión especializada que entrega apoyo al NHS Inglaterra, la que a través de la opinión de expertos, se recomienda respecto a especificaciones técnicas de los servicios y las necesidades que deben cubrirse para satisfacer la demanda.

Ofertas de apoyo

Durante los cinco años de implementación el *NHS England* procurará una serie de apoyos para el desarrollo del plan, entre los que se encuentran:

- Durante los próximos cinco años, NHS Inglaterra trabajará con ALB⁷⁶ para desarrollar **evidence-based treatment pathways** y apoyar la infraestructura requerida para su implementación.
- *NHS England* guiará a equipos de apoyo intensivo que apoyarán la labor de los CCGs y proveedores de servicio, mejorar los actuales *pathways* y estándares en salud mental.
- *Public Health England* liderará la implementación en todas las áreas locales de un plan de prevención del suicidio.

⁷⁶ **Arm's-length bodies** (ALBs) es un término de uso común que abarca una amplia gama de organismos públicos, incluidos departamentos no ministeriales, organismos públicos no departamentales, agencias ejecutivas y otros organismos, como las corporaciones públicas.

Referencias

- Centro de Salud Mental C.O.S.A.M. Municipalidad de Santiago. Disponible en: <http://www.saludstgo.cl/cosam/>
- COSAM de la Municipalidad de Recoleta. Disponible en: <http://www.recoleta.cl/centro-comunitario-de-salud-mental-cosam/>
- Community Health Services. Disponible en: https://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/nhs_business_definitions/c/community_health_service_de.asp?shownav=0
- Cuadros sintéticos de tipología de centros. Madrid. Enero 2017. Disponible en : http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADRO_RESUMEN_TIPOLOGIA_CENTROS_RED_ATENCION_SOCIAL_A EMC+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352938656689&ssbinary=true
- Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados. Disponible en: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=465&cdestado=P#no-back-button
- Implementing The Five Year Forward View for Mental Health. NHS. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyv-mh.pdf>
- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril).Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-4375-consolidado.pdf>
- “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud.” MINSAL - OPS, 2013. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 Organización Mundial de la Salud. OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=FB63B2A7933BA691E59B1D25B6A84070?sequence=1
- Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. 2003-2007. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>

- Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Minsal. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental. Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142587150500
- Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Septiembre 2014. Disponible en: http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2014/11/Red_Publica_SM_Madrid.pdf
- Mental Health Act 1983. UK. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/1>
- Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>
- Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018. Minsal. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Thornicroft G, Deb, T, Henderson. Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016 Oct; 15(3): 276–286. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032514/>
- Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010; 9:67-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911080/>
- United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- United Nations. UN principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. New York: United Nations; 1992. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf
- WHO World Mental Health Atlas. 2014. Disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=3200728403E343384A9E1EE0002A3AE2?sequence=1

Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)