



---

---

***PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A  
PERSONAS CON ENFERMEDAD  
MENTAL GRAVE Y CRÓNICA  
2003 - 2007***

---

---

**APROBADO POR EL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID EL 8 DE MAYO DE 2003**

MAYO DE 2003

***Un paso adelante en el Compromiso del Gobierno Regional en la mejora de la atención social y el apoyo a la integración comunitaria de este colectivo y sus familias.***

## **INDICE**

	Pagina	
PRESENTACIÓN A CARGO DE LA EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SERVICIOS SOCIALES .....	4	
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PLAN .....	6	
<b>PARTE PRIMERA:</b>		
<b>ANÁLISIS DE LA REALIDAD: Características y necesidades de la población y Descripción de la Atención y Balance de situación.</b> .....	<b>10</b>	
<b>1. LA POBLACIÓN CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS:</b>		
Delimitación, problemática y necesidades. ....	11	
1.1. Definición y delimitación .....	11	
1.2. Problemática y necesidades .....	13	
1.3. Prevalencia de los trastornos mentales graves .....	17	
1.4. Estimación de la población con enfermedad mental grave y crónica en la Comunidad de Madrid .....	18	
<b>2. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS.</b> .....		22
2.1. Los procesos de Reforma Psiquiátrica y el desarrollo del Modelo Comunitario de Atención. ....	22	
2.2. La Organización de un Sistema de Atención Integral a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas: El Papel de los Servicios Sociales. ....	25	
<b>3. LA ATENCIÓN COMUNITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.</b> .....		27
3.1. La Atención de Salud Mental: Situación y Recursos .....	27	
3.2. La Atención Social: La experiencia del Programa de Atención a personas con enfermedad mental crónica.Descripción, evolución y situación actual .....	31	
3.3. Balance de situación y líneas prioritarias de actuación .....	36	
<b>PARTE SEGUNDA:</b>		
<b>PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.</b> .....	<b>40</b>	
<b>4. FILOSOFÍA DE ATENCIÓN: PRINCIPIOS GENERALES Y CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN.</b> .....		41
4.1. Filosofía de atención y principios generales .....	41	
4.2. Criterios de organización .....	42	
<b>5. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN Y MODELO DE RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL.</b> .....		45
5.1. Modelo de red de Centros y recursos de atención social .....	47	
5.2. Mecanismos de coordinación y trabajo en red .....	57	
5.3. Estándares de plazas de los Centros y recursos y objetivos de cobertura .....	60	

6. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN .....	64
7. ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y MEDIDAS .....	65
Estrategia I: Ampliación de la Red de Recursos de Atención Social .....	67
Estrategia II: Apoyo a las Familias y al Movimiento Asociativo .....	86
Estrategia II: Coordinación Interinstitucional y Corresponsabilidad Social .....	92
8. CRONOGRAMA .....	113
9. MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN .....	117
10. EVALUACIÓN DEL PLAN: INDICADORES Y PROCESO DE EVALUACIÓN .....	118
11. GESTIÓN DEL PLAN .....	122
12. PRESUPUESTO .....	124

## **PRESENTACIÓN**

La Comunidad de Madrid es pionera y referente para el conjunto del país, en la atención social comunitaria a las personas que presentan una enfermedad mental de carácter crónico y grave. Atención social comunitaria que significa integración y participación plena en las actividades cotidianas de la vida y en las relaciones interpersonales de todo tipo, social, formativo, laboral, cultural, etc., que se producen en el entorno social.

La consideración simultánea de la persona y su entorno social como objetivo de la intervención desde el ámbito de los servicios sociales conduce a una forma de trabajo que se desarrolla en varios niveles: el de la propia persona con enfermedad mental, el de su entorno familiar y en el ámbito de la comunidad. Pero además, el obligado abordaje global de las situaciones de estas personas, para conseguir una respuesta integral a sus necesidades, impone como requisito una estrecha colaboración, coordinación y complementariedad entre los dispositivos de atención del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales.

El PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2003-2007, viene a ahondar en esta forma de trabajo, que tiene como antecedente el Programa especializado que se ha ido desarrollando en la Consejería de Servicios Sociales desde 1988, pero aumentando sustancialmente la red de recursos sociales existentes para mejorar la atención social y favorecer su integración en la comunidad, introduciendo nuevas medidas favorecedoras de la inserción sociolaboral y dotando de respaldo suficiente a las tareas de investigación social, formación y evaluación de resultados, con objeto de avanzar en el conocimiento más preciso de las necesidades de esta población y en la calidad de los servicios que se le ofrecen.

El compromiso del Gobierno de la Comunidad de Madrid con las personas que padecen enfermedad mental crónica y grave, así como con sus familias, queda expresado en este Plan, cuya viabilidad se garantiza a través de una dotación adecuada de medios personales y económicos, con la finalidad de extender el derecho a una atención social de calidad a todas ellas.

PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

**Consejera de Servicios Sociales**

***PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A  
PERSONAS CON ENFERMEDAD  
MENTAL GRAVE Y CRÓNICA  
2003-2007***

## **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA 2003-2007.**

Las personas con enfermedades mentales graves y crónicas presentan problemáticas y necesidades múltiples y variadas. Comparten con el resto de la población necesidades comunes, pero además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a su problemática psiquiátrica y psicosocial. Necesidades que se concretan en cada persona de un modo particular e individualizado y que deben encontrar respuesta en una red de atención articulada, que contemple desde el polo más estrictamente sanitario-psiquiátrico al puramente social. Gran parte de sus necesidades se expresan en dimensiones psicosociales y sociales. Muchas de estas personas presentan discapacidades o limitaciones en su funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, falta de vivienda, marginación, etc) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas de las familias que conviven y cuidan de estas personas. Por ello, una adecuada atención comunitaria integral a las personas con enfermedad mental grave y crónica no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental sino que exige la decidida implicación y colaboración del sistema de Servicios Sociales que debe jugar un papel esencial en la cobertura de las necesidades sociales de esta población y en el apoyo a su integración social normalizada en la comunidad. Disponer de una red de atención con base comunitaria que permita la participación e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves y crónicas constituye uno de los retos más importantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.

El presente **PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007** de la Comunidad de Madrid (en adelante el PLAN), se ha diseñado con la voluntad de responder a este desafío. Se ha elaborado a partir de la experiencia de un Programa de la Consejería de Servicios Sociales que, desde 1988, ha ido desarrollando una red de recursos sociales, demostrando su utilidad y adecuación a las necesidades de este grupo de población y su idoneidad como instrumento para un trabajo que se realiza en estrecha colaboración y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental. Aunque el Programa citado ha tenido un importante desarrollo durante estos años (ha llegado a disponer de 1.269 plazas en la actualidad) resulta insuficiente y desigualmente distribuido y hasta ahora no comportaba un compromiso económico que asegurara el crecimiento sostenido necesario en este campo de atención. Por ello se hacía preciso dar el salto que representa la elaboración de este PLAN para **avanzar decididamente en la mejora de la atención social a este colectivo y apoyar a sus familias.**

La elaboración del presente PLAN se ha realizado mediante un **proceso participativo**, contando con la estrecha coordinación y colaboración de la Consejería de Sanidad, como responsable de la red de atención en salud mental, y de la Consejería de Trabajo de la Comunidad de Madrid y asimismo con la participación de representantes de la Red Básica de atención social primaria designados por la Federación de Municipios de Madrid, con el movimiento asociativo de familiares y afectados a través de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM) así como con las Asociaciones de

profesionales (Asociación Madrileña de Salud Mental y Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial) y profesionales de la red de centros de atención social a este colectivo dependiente de la Consejería de Servicios Sociales.

El PLAN supone **un complemento al Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad aprobado en diciembre pasado, por cuanto se viene a desarrollar la necesaria dimensión social de la atención comunitaria a la población con enfermedad mental grave y crónica.** La atención, rehabilitación y continuidad de cuidados de esta población es responsabilidad de la red sanitaria de salud mental pero **es necesaria la coordinación, colaboración y complementariedad desde la red de servicios sociales para cubrir las necesidades sociales de estas personas y sus familias y apoyar su integración social y laboral** a través de una red de dispositivos y recursos sociales como Centros de Día de apoyo social, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencias, Pisos supervisados, etc.

Como ***meta esencial*** este PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007 se propone la mejora de la atención social a este colectivo y a sus familias para favorecer y apoyar su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.

Formalmente, el Documento del PLAN se organiza en dos grandes partes:

La Primera Parte corresponde al **ANÁLISIS DE LA REALIDAD**. Se describe en ella, en primer lugar, a la población con enfermedad mental grave y crónica y se definen sus principales características, problemáticas y necesidades, se ofrece un acercamiento a la prevalencia y una aproximación cuantitativa estimada del volumen de esta población en la Comunidad. En segundo lugar se presentan los elementos esenciales de la atención integral sanitaria y social a esta población. En el tercer apartado se describe sintéticamente la atención comunitaria que se ofrece en la Comunidad de Madrid, indicando la organización de la atención sanitaria de salud mental y las estrategias y principios del recientemente aprobado Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 que viene a sentar las bases para la reorganización y mejora de la atención en salud mental. Posteriormente se explica cómo se ha desarrollado la atención social a este colectivo y sus familias, describiendo la experiencia del Programa de atención social a las personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales, sobre la cual se ha construido el presente PLAN. Esta primera parte del documento finaliza con un Balance de Situación, situando los aspectos negativos y las oportunidades que justifican y hacían necesario un impulso, concretado en el presente PLAN promovido por la Consejería de Servicios Sociales.

En la Segunda Parte se desarrolla de un modo operativo y concreto el **PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007**. A través de sus distintos apartados se van desarrollando y especificando, la filosofía de atención y criterios organización, los ámbitos de intervención y el modelo de red de recursos sociales, los objetivos generales, las estrategias, programas y medidas concretas así como el cronograma o calendario de implantación y desarrollo de las mismas, los mecanismos de coordinación y seguimiento del PLAN y la gestión del mismo. Por último se ofrece un resumen de la memoria presupuestaria que acompaña al PLAN en el que se sintetiza el crecimiento y los compromisos presupuestarios necesarios para el cumplimiento de los objetivos y medidas planteadas.



Las actuaciones del PLAN **se estructuran sobre tres estrategias** o líneas de actuación fundamentales, que son las siguientes:

***I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL.***

***II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.***

***III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL.***

***I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL.***

El desarrollo de los 5 Programas que componen esta Estrategia, permitirá una ampliación sustancial de la actual red de centros y recursos de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencias, Pisos supervisados, Plazas en Pensiones) a este colectivo de personas con discapacidades psiquiátricas e introduce otros nuevos complementarios (Centros de Día y Equipos de Apoyo Social Comunitario).

Resaltar la novedad que supone el desarrollo de Equipos de Apoyo Social Comunitario diseñados para apoyar la atención social domiciliaria y el mantenimiento en el entorno. Inicialmente se pondrán en marcha 4 Equipos de un modo experimental en los dos primeros años 2004 y 2005 para poder evaluar su idoneidad, organización óptima y adecuación. Tras esta fase experimental se hará una valoración para continuar su desarrollo, planteándose como objetivo si la valoración es positiva seguir desarrollando nuevos Equipos hasta alcanzar un total de 15 en 2007.

Asimismo se potenciará la atención a las personas enfermas mentales graves en situación de marginación sin hogar con la reestructuración y ampliación del actual Proyecto PRISEMI y la puesta en marcha un Centro de Acogida de baja exigencia.

***II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.***

Esta estrategia se **plantea con la finalidad de mejorar y potenciar el apoyo a las familias que cuidan y conviven con las personas con enfermedad mental grave y crónica, así como profundizar en la coordinación con el movimiento de asociaciones de familiares de enfermos mentales** agrupado en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) e incrementar el apoyo económico a las mismas mediante el incremento anual de las convocatorias de subvenciones que permita que las distintas asociaciones se consoliden y avancen en el desarrollo de programas y servicios de apoyo que complemente a la red pública de recursos.

***III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL.***

**Especial mención merece el programa de coordinación, planificación conjunta y complementariedad con Salud Mental, que supone el mantenimiento y profundización de la lógica de trabajo hasta ahora desarrollada de estrecha**

**colaboración entre la red sanitaria de Servicios de Salud Mental, como responsable de la atención, rehabilitación y continuidad de cuidados de la población enferma mental grave y crónica y única vía de derivación a los dispositivos sociales, y por tanto a la red de recursos de atención social enmarcados en el presente PLAN, a fin de asegurar una adecuada atención integral a las necesidades sanitarias y sociales de esta población y sus familias y la necesaria continuidad de cuidados. Asimismo se plantea la potenciación de los mecanismos de coordinación y apoyo mutuo con la red de atención social primaria articulada por los Servicios Sociales Generales de los distintos municipios.**

**De otra parte se busca promover actuaciones (acciones de información, campañas de divulgación, etc) que mejoren la sensibilización social y disminuyan el estigma que obstaculiza la integración social de esta población;** así como potenciar la colaboración del voluntariado social en la normalización e integración. Por último, se propone el **desarrollo de un programa de formación y promoción de la investigación social en este campo así la implantación de sistemas de calidad (modelo EFQM) en la red de Centros y Recursos del presente PLAN.**

El PLAN está diseñado de forma coherente con las medidas de planificación sectorial establecidas en el Plan Estratégico de Servicios Sociales 2001-2003 y con la reciente Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, para servir como instrumento estratégico que permita avanzar de un modo importante en la ampliación de la red de recursos sociales y en el desarrollo de otras medidas complementarias que permitan mejorar la atención social a este colectivo y a sus familias.

De este modo, como resultado de la aplicación del PLAN, **se pasará de 1.269 plazas en la actualidad a 4.377 plazas en el año 2007.** Pero además **se potenciará de un modo específico el apoyo a las familias y el movimiento asociativo** y se llevarán a cabo **acciones específicas de sensibilización social y lucha contra el estigma y se promoverán medidas de formación e investigación social** y de implantación del modelo de calidad en la red de centros.

Se trata de un PLAN **ambicioso pero a la vez posible y realista** tendiendo en cuenta las condiciones de dotación presupuestaria y posibilidades de gestión. En el desarrollo del presente PLAN **supondrá un incremento presupuestario importante, que permitirá pasar de un gasto total previsto y ya presupuestado en 2003 de 9.753.827 € a un gasto total previsto en el año 2007 último del Plan de 44.090.886 € lo que supone un incremento a lo largo de este periodo 2003-2007 de 34.337.139 €.**

En definitiva, el **Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica** elaborado por la Consejería de Servicios Sociales respondiendo a un mandato de la Asamblea de Madrid, y aprobado el 8 de Mayo de 2003 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, supone una **apuesta decidida del Gobierno Regional, por la mejora de la atención social y la integración de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias, comprometiendo los esfuerzos financieros necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos previstos.**

## **PARTE PRIMERA:**

### **ANALISIS DE LA REALIDAD:**

- **Características y necesidades de la población**
- **Descripción de la Atención sanitaria y social a las personas con enfermedad mental grave y crónica en la Comunidad de Madrid**
- **Balance de situación**

# 1. LA POBLACIÓN CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS: delimitación, problemática y necesidades.

## 1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN.

La población diana a la que se dirige y que será el colectivo al que se orientará la actuación del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica 2003-2007 y a la que se referirá el presente documento es aquella incluida bajo el término tradicional "Enfermos Mentales Crónicos".

Con el fin de evitar las connotaciones negativas y estigmatizantes del término "crónico o cronicidad", últimamente en la literatura especializada se está utilizando en vez del término "enfermo mental crónico" el de TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE. Sin embargo a efectos de este documento se usarán ambas denominaciones para referirse a esta población.

El término *Enfermo Mental Grave y Crónico* es utilizado para definir un extenso y heterogéneo grupo de **personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis. Estas personas presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica, y que puede explicarse a través de la interacción de tres dimensiones:**

Dimensión **DIAGNÓSTICO**: Se refiere a **personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis funcionales (especialmente esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos delirantes, trastornos esquizoafectivos, etc) y otros trastornos graves que pueden generar importantes discapacidades psicosociales.**

Dimensión **DISCAPACIDAD**: Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores trastornos, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan variadas **discapacidades psicosociales expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.**

En general, las personas que sufren trastorno mental grave (TGM), como esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos graves discapacitantes, presentan en mayor o menor medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño:

- *Autocuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc).
- *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica).
- *Autocontrol* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc).
- *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales).

- *Ocio y tiempo libre* (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés).
- *Funcionamiento cognitivo* (Dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).
- *Funcionamiento laboral* (Falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral, etc).

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas para abordar las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizado de roles sociales. Asimismo estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

*Por tanto, esta dimensión de Discapacidad de las personas con "enfermedad mental grave y crónica" permite entender el destacado papel que debe jugar la atención psicosocial y social en el soporte, apoyo e integración social de este colectivo, y por tanto en el importante papel que han de desempeñar los servicios sociales en la atención social y la integración de ésta población.*

**Dimensión DURACIÓN:** Supone este criterio que se está ante trastornos y problemáticas de carácter crónico, esto es de larga duración y evolución, incluso de por vida. El carácter crónico de este tipo de trastornos mentales graves, debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, trastornos que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden permitir llevar una vida normalizada y autónoma, y que no suponen indefectiblemente una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro.

### **DIMENSIONES DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y CRÓNICO**

- 1. DIAGNÓSTICO:** Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como otros trastornos graves que generan importantes discapacidades.
- 2. DISCAPACIDAD:** Limitaciones en el funcionamiento psicosocial y autonomía personal.
- 3. DURACIÓN:** Problemática de larga duración y evolución.

## 1.2. PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES.

Con lo comentado hasta aquí, se ofrece una primera aproximación a las características de este colectivo. Pero no se debe olvidar que aunque esta población comparta problemáticas más o menos comunes, éstas se concretan en cada persona de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban.

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un "continuum" dentro de este colectivo, en el que se puede encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Aunque cada persona con trastorno mental grave (esquizofrenia, p.ej) es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia como paradigma fundamental de trastorno mental grave y crónico.

- Son especialmente vulnerables. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Muchos tienen importantes dificultades para interactuar socialmente. Esto hace que sufran una pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y que, por tanto, vivan situaciones de aislamiento social.
- En relación con los puntos anteriores, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
- Asimismo la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Su vulnerabilidad al estrés y sus dificultades de relación y manejo de situaciones hacen que no puedan soportar las exigencias de muchos empleos y queden fuera del mercado laboral en unos casos o en otros cambien constantemente de trabajo. Esto supone un obstáculo para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de pobreza.

Las **necesidades** son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y **necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial** peculiar de este colectivo. Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- **ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL**

Las personas con enfermedad mental grave y crónica necesitan adecuados procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- **ATENCIÓN EN CRISIS**

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.

- **REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchas de las personas que sufren trastorno mental grave presentan variadas limitaciones y discapacidades en su funcionamiento psicosocial que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- **APOYO SOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA**

Como complemento y continuidad de los procesos de rehabilitación psicosocial se necesita también ofrecer programas de apoyo social, soporte comunitario y apoyo a la integración social que ayuden a las personas con enfermedad mental grave a mantenerse en la comunidad en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, potenciando su funcionamiento psicosocial y apoyando su integración en la comunidad y que permitan evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de deterioros o discapacidades psicosociales y dificultades de integración comunitaria.

- **REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO**

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de

los enfermos mentales crónicos en general y de las personas con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general, escasa cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

- ***ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA***

Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Por ello es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

- ***APOYO ECONÓMICO***

De igual modo, un porcentaje significativo tiene dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario, ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Así mismo es necesario potenciar para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, los programas de apoyo que se han dispuesto de ayudas económicas individualizadas, para facilitar así procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

- ***PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS***

La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas con enfermedad mental crónica en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles



como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

- **APOYO A LAS FAMILIAS**

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con enfermedades mentales graves y crónicas. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el familiar enfermo puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Así mismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario "cuidar a los que cuidan"), necesitan información, aprendizaje de cómo convivir en mejores condiciones con su familiar, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo. Así mismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

**Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de las personas enfermas mentales graves y crónicas, que van del polo más estrictamente sanitario-psiquiátrico al puramente social, deben de ser tenidas en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprensiva red de atención comunitaria que permita la adecuada atención y el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas constituye uno de los retos más desafiantes e importantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.**



### 1.3. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

Existen importantes problemas metodológicos que dificultan la cuantificación de las personas que, atendiendo a esos criterios de diagnóstico, discapacidad y duración, se podrían englobar bajo esa categoría de enfermos mentales crónicos (EMC) o trastornos mentales graves y persistentes (TMG). Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de TMG se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño.

Algunos de los estudios que actualmente pueden considerarse más significativos al respecto, realizados en Londres (Thornicroft 1998) y Verona (Tansella, 1998) (véase AEN, 2002: *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Cuadernos Técnicos nº 6), han sido llevados a cabo con distintos criterios, al estudiar el primero población general (estudio PRISM) y el segundo población atendida, es decir, en contacto con los servicios, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, por lo que las cifras no son comparables. En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos registros de pacientes psicóticos en determinadas áreas geográficas. A este respecto cabe destacar el que se está llevando a cabo en el área de Granada Sur (400.000 habitantes) sobre un registro de pacientes psicóticos.

Tomando como referencia los estudios citados anteriormente, el estudio de Verona encuentra una prevalencia anual registrada de psicosis de 3.41/1000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia (Balestrieri et al. 1992) y otros estudios europeos (Robins & Regier, 1991). El estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 habitantes, similar también a otros estudios realizados previamente en ese país (Johnson, 1997), y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2.0 a 9.0/1000 habitantes (Meltzer, 1996).

Si se aplican los tres criterios de TMG (diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes) la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 32% de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40% en el de Verona pueden considerarse enfermos mentales graves y crónicos aplicando tales criterios.

La prevalencia de otros trastornos mentales, excluyendo psicosis, atendidos en Verona es de 11.42/1000 habitantes. Si se aplican dos de los criterios de TMG resulta una prevalencia de 0.98/1000 habitantes, lo que equivale a decir que el 9% de la población atendida no psicótica cumple al menos dos criterios de TMG.

En resumen, y tomando como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso del NIMH de TMG:

- el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMG.
- el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios.

#### 1.4. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: APROXIMACIÓN CUANTITATIVA.

Dada la ausencia de estudios epidemiológicos y de censos completos sobre la población enferma mental crónica, no se cuenta en la actualidad con datos fiables y válidos sobre el nivel de discapacidad y problemática psicosocial y social de los enfermos mentales graves y crónicos de nuestra Comunidad, por lo que es difícil estimar con precisión cuántos son los que por sus diferentes problemáticas requieren apoyo desde recursos específicos de atención social.

Además de los índices epidemiológicos de prevalencia indicados en el apartado anterior, se puede realizar una aproximación cuantitativa orientativa que valore inicialmente el alcance de esta problemática en la Comunidad de Madrid.

Una primera aproximación cuantitativa se puede obtener de las bases de datos de personas con discapacidad con reconocimiento de minusvalía (al menos el 33%) existentes en la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid a través de su red de Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad. Este dato puede ofrecer una estimación de interés, aunque meramente orientativa, **porque aún cuando no todas las personas con enfermedad mental grave y crónica han solicitado o tienen certificado de minusvalía, aquellas que lo tienen son representativas de los enfermos mentales con dificultades de funcionamiento e integración, y por tanto de la población de referencia para el presente Plan.**

Tomando los datos de personas con discapacidad con reconocimiento de minusvalía existentes en la Comunidad de Madrid en el 2001 y desagregando a aquellos que como primera deficiencia tienen un diagnóstico de trastorno psiquiátrico grave como esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva y otros trastornos psicóticos, se obtienen los siguientes datos:

- Total de personas con discapacidad y reconocimiento de minusvalía de al menos el 33% en la Comunidad de Madrid: **192.006 personas lo que supone un 3,5% de la población total de la Comunidad de Madrid que de acuerdo al censo del 2001 ascendía a 5.423.384 habitantes.**
- Total de personas de entre 16-60 años con discapacidad y reconocimiento de minusvalía de al menos el 33% en la Comunidad de Madrid: **100.351 personas que supone un 3,04 % de la población total de la Comunidad de Madrid de entre 16 y 59 años que de acuerdo al censo del 2001 ascendía a 3.303.861 habitantes.**
- Total de personas de entre 16-60 años con discapacidad y reconocimiento de minusvalía de al menos el 33%, por enfermedad mental grave en la Comunidad de Madrid: **5.379 personas** de las que más de 4.673 lo son por diagnóstico de esquizofrenia en sus distintos subtipos (paranoide, residual, catatónica, hebefrénica, etc). **Este número supone un 5,4% del total de personas con discapacidad de entre 16 y 59 años con reconocimiento de minusvalía existentes en la Comunidad de Madrid en el año 2001** y a su vez supone un 0,16% respecto al total de población de entre 16 y 60 años de la Comunidad de Madrid.

## ESTIMACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y TMG



Se reitera de nuevo que el dato obtenido de enfermos mentales graves con reconocimiento de minusvalía no es más que una referencia a tener en cuenta y nunca se debe interpretar como un resultado cuantitativo del número total potencial de personas enfermas mentales graves que existen en la Comunidad de Madrid, que son de hecho bastante más ya que muchos de ellos no han solicitado el reconocimiento de minusvalía.

Otro dato que permite un acercamiento cuantitativo es el de los **datos del Registro Acumulativo de Casos de la Red de Servicios de Salud Mental**. Así de acuerdo a los datos aportados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad en el **año 2001** estaban siendo atendidos un total de **18.006 pacientes con trastornos psiquiátricos graves (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, otras Psicosis y otros Trastornos Graves de Personalidad)**. Ciñéndose solo a los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis, la cifra de pacientes atendidos en el 2001 en los Centros de Salud Mental ascendía a **16.747 pacientes**.

De igual modo este dato de Salud Mental también es una referencia que hay que tomar con precaución y en ninguna caso responde al total de enfermos mentales graves existentes en la Comunidad de Madrid dado que no todos están en contacto y

recibiendo atención regular en la red pública de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

Además se puede completar esta aproximación cuantitativa, aunque meramente orientativa, utilizando los indicadores que se han reseñado del estudio de Londres (Thornicroft 1998, véase AEN 2002 para un resumen) en el que se ofrecen datos recogiendo las tres dimensiones de esta población (diagnóstico, discapacidad y duración) y que obtiene un índice de 2,55/1000 habitantes.

Teniendo presente este índice se puede arriesgar una extrapolación a la Comunidad de Madrid. Así pues, se puede establecer que aproximadamente existiría, como mínimo, un porcentaje de al menos un 0,3% de la población que cumpliría los tres criterios o dimensiones definitorias y supondría por tanto el colectivo mínimo potencial de personas con enfermedad mental grave y crónica con importantes dificultades y discapacidades psicosociales existentes en la Comunidad de Madrid en este momento.

De este 0,3% de la población general (que serían las personas con TMG de acuerdo a la conjunción de los tres criterios: diagnóstico de esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos graves, discapacidad y duración), se plantea el objetivo de cobertura mínimo de ofrecer atención social a al menos un 40 % que requerirán en algún momento, debido a sus dificultades importantes de funcionamiento e integración social, la atención específica través de los recursos de atención social recogidos en el presente Plan. Estos cálculos darían las siguientes cifras aproximativas:

	<b>Estimación del número de Enfermos Mentales Graves y Crónicos</b>	<b>Porcentaje de E.M.G. objetivo de cobertura del PLAN de ATENCIÓN SOCIAL (40 %)</b>
	<b>0,3% de la Población General</b>	
<b>Madrid Capital (2.938.723 habitantes)</b>	<b>8.816</b>	<b>3.526</b>
<b>Corona Metropolitana (1.906.360 habitantes)</b>	<b>5.719</b>	<b>2.288</b>
<b>Municipios no Metropolitanos (578.301 habitantes)</b>	<b>1.735</b>	<b>694</b>
<b>TOTAL COMUNIDAD DE MADRID (5.423.384 habitantes)</b>	<b>16.270</b>	<b>6.508</b>

\* Datos estimados sobre el censo de 2001 población total de la CAM: 5.423.384

Así pues, se puede estimar **un universo potencial de población con enfermedad mental crónica compuesto por al menos 16.270 personas**. De ellos, aplicando los porcentajes correspondientes del 40%, el presente Plan se plantearía como mínimo

**ofrecer atención social a un colectivo de 6.508 personas que debido a sus mayores necesidades de apoyo social o a sus dificultades importantes de funcionamiento psicosocial y social pueden necesitar en algún momento el apoyo de alguno de los recursos o programas de atención social incluidos en el presente Plan.**

Estos datos tienen un valor limitado, es decir, sirven como aproximación (conservadora), provisional y global al grupo diana que justifica y hace necesario el desarrollo y potenciación de una amplia, variada y completa red de recursos sociales de apoyo. **Pero es necesario recalcar que no poseen validez estadística ni epidemiológica y solamente son un marco para la planificación.**

***La realización de adecuados estudios epidemiológicos constituye un reto esencial para que se pueda conocer con rigor, precisión y fiabilidad el número de personas con enfermedad mental grave y crónica y su situación, problemática y nivel de funcionamiento, así como sus principales necesidades, tanto de tipo sanitario-psiquiátrico como de tipo psicosocial y social.***

## **2. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS.**

### **2.1. LOS PROCESOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO DEL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN.**

Las personas con enfermedades mentales graves y crónicas han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida en instituciones psiquiátricas.

Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados "manicomios") habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria. Además las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización.

Por todo ello la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente. Gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de rehabilitación e intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc.; se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con enfermedad mental crónica que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en España a lo largo de los 80 se plantean 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 (Véase Desviat, M.; 1995: La Reforma Psiquiátrica, Madrid, Ed. DOR).

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 Psiquiátrica:

### **Reforma Psiquiátrica: Principios básicos**

- 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.

Todos estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todos los países. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado y otros se quedaron en el camino. Lo que sí permiten es tener presente las líneas rectoras que, en general, han informado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica.

Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves y crónicos un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de las problemáticas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria. No fue hasta la recuperación democrática y en especial a partir de mediados de los ochenta cuando España inició la transformación de la asistencia psiquiátrica. 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.



**Ley General de Sanidad ( Ley 14/1986 de 25 de Abril) CAPÍTULO TERCERO**  
**DE LA SALUD MENTAL**

**ARTICULO 20**

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:

1. 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.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. **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.**
4. 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 y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

## 2.2. LA ORGANIZACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: El papel de los Servicios Sociales.

Las necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales.

Por ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

En nuestro contexto este objetivo supone que la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental crónica no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental sino que exige la plena y decidida implicación del sistema de servicios sociales. Esta necesidad o exigencia de que el sistema de Servicios Sociales se implique en la atención comunitaria a esta población quedó, de hecho, recogida en la propia Ley General de Sanidad, tal y como se ha expuesto anteriormente.

Los Servicios Sociales deben pues jugar un papel esencial en el apoyo e integración social de los enfermos mentales crónicos desde una decidida voluntad de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en la diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo "manicomial" y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos, pero todavía hay un escaso desarrollo de recursos de apoyo a la rehabilitación, integración y soporte social, lo cual supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social.

**En nuestro contexto, para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben basar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados.**

Ya se ha visto cómo la problemática social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exige la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Los servicios sociales constituyen un elemento esencial para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario para la población enferma mental crónica. Su intervención debe conjugar dos aspectos diferenciados y complementarios:

1. El trabajo desde los servicios sociales generales en los que como ciudadanos de pleno derecho las personas con enfermedad mental crónica reciban las prestaciones sociales básicas para la cobertura de sus necesidades sociales básicas y posibilitar así su mantenimiento e integración en su entorno social, y
2. El desarrollo de servicios sociales especializados que atiendan necesidades específicas de atención social: apoyo a la rehabilitación psicosocial y a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral, atención residencial y soporte comunitario, sin olvidar el apoyo a las familias.

Sin embargo en el contexto general de nuestro país, aún teniendo presente las diferencias regionales existentes, se puede afirmar que la implicación de los Servicios Sociales en la atención, rehabilitación e integración de este colectivo aún es escasa y poco definida. En general, los Servicios Sociales todavía deben avanzar decididamente en asumir que los enfermos mentales conforman un colectivo específico sobre el que deben actuar a través tanto de prestaciones generales como de dispositivos especializados.

Las razones de esta necesidad de implicación son varias:

1. Ante las diferentes necesidades que plantean estas personas, los sistemas sanitarios y de servicios sociales no pueden actuar según una lógica rígida de compartimentación, en la que ninguno de ellos asume la responsabilidad por corresponder a otra instancia, y que conlleva que muchos pacientes se queden en "tierra de nadie".
2. Como se deriva del principio básico de "continuidad de cuidados", son las necesidades del paciente las que determinan la organización de la atención y no la estructuración político-administrativa del territorio, debiendo por tanto entrar a intervenir **todos** los sistemas necesarios de una forma coordinada. Y el de Servicios Sociales es de gran importancia para la atención a las necesidades sociales de esta población.
3. Las personas con enfermedad mental son, ante todo, ciudadanos de pleno derecho, por lo que debe intervenir el nivel primario de servicios sociales generales en caso de ser pertinente a través de sus diferentes prestaciones básicas (información y orientación, ayuda a domicilio, prevención de la marginación e inserción, rentas mínimas de inserción, etc) colaborando en la cobertura de necesidades básicas, el apoyo al mantenimiento normalizado en la comunidad y la prevención de la marginación. Pero también se debe apoyar estos procesos desde el nivel de servicios sociales especializados, a través del desarrollo de recursos específicos.

Este último punto es una de las principales asignaturas pendientes en la atención a esta población. La insuficiencia de recursos específicos de atención social, atención residencial y apoyo comunitario es, hoy por hoy, un obstáculo fundamental para el mantenimiento e integración comunitaria de muchos enfermos mentales, generando múltiples consecuencias negativas que van desde el aumento de ingresos o estancias hospitalarias, el riesgo de situaciones de abandono y marginación o sencillamente el mantenimiento de situaciones de aislamiento y dificultades de funcionamiento psicosocial que con los apoyos oportunos podría permitir la recuperación de un adecuado nivel de autonomía personal e integración de muchos enfermos mentales y aliviar las situaciones de sobrecarga de sus familias.

### **3. LA ATENCIÓN COMUNITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.**

#### **3.1. LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL: SITUACIÓN Y RECURSOS.**

##### **3.1.1. Antecedentes y marco general.**

En la Comunidad de Madrid desde 1.984 se ha desarrollado un proceso de Reforma Psiquiátrica que ha transformado y mejorado de un modo muy importante la organización de la atención a la salud mental en nuestra Comunidad.

En la actualidad la Comunidad de Madrid ha logrado la efectiva implantación y consolidación de un modelo de atención comunitaria en salud mental, a través del desarrollo de Servicios de Salud Mental en todos los distritos sanitarios (35 en total) de la Comunidad, avanzando en el desarrollo en cada Centro de Salud Mental de programas de rehabilitación y seguimiento como eje de la atención global y la continuidad de cuidados de las personas enfermas mentales crónicas. Por otro lado también se avanzó en la progresiva organización de Unidades de Hospitalización en diferentes Hospitales Generales, así como en el desarrollo de otros recursos específicos como Hospitales de Día, etc. Así mismo se han transformado los dos Hospitales Psiquiátricos públicos existentes en la Comunidad, potenciando sus actividades rehabilitadoras, reduciendo sus camas de larga estancia y organizando paulatinamente un proceso de desinstitucionalización de parte de los pacientes crónicos en ellos internados, articulando su reinserción comunitaria.

##### **3.1.2. Situación actual: El nuevo Plan de Salud Mental 2003-2008.**

El Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, aprobado el pasado Diciembre de 2002, viene a dar respuesta a las necesidades de adecuación de la red de atención sanitaria a la salud mental, tras la asunción de las competencias sanitarias del Estado en Enero de 2002, y la adaptación de esta red a la Ley de Ordenación Sanitaria (LOSCAM) aprobada en Diciembre de 2001.

**La LOSCAM en su artículo 16 sobre la Asistencia Sanitaria establece que 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 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 hospitalarias.**

Este artículo 16 de la LOSACM 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 psicossocial 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 Mental.**

Los principios básicos del Plan de Salud Mental son:

1. El ciudadano como centro del sistema sanitario. Se garantiza la universalidad, equidad e igualdad en el acceso a las prestaciones de la Red.
2. Consolidación de la Red de atención territorializada, comunitaria, interdisciplinar, integral y aseguradora de la continuidad de cuidados en la asistencia.
3. Separación de las funciones de aseguramiento, compra y provisión de las prestaciones. El anterior Departamento de Salud Mental se transformará en la Oficina Regional para la Coordinación de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (funciones de compra) y se define la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (funciones de provisión de recursos).
4. Integración de la Salud Mental en Atención Especializada en el ámbito asistencial, organizativo, de sistemas de información, infraestructuras y de recursos humanos.
5. Gestión según los principios de evaluación continua y mejora de la calidad.
6. Potenciación de los recursos ambulatorios, de hospitalización parcial y la rehabilitación psicosocial en coordinación con los Servicios Sociales y otras instituciones (Educación, Justicia, etc).
7. Integración de los recursos proveedores de los extintos S.R.S. e INSALUD en la Red Única de Utilización Pública, convirtiendo la antaño denominada Red Integrada de Salud Mental en una Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
8. Potenciación de la formación e investigación en el ámbito de la salud mental.
9. 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:

1. Hospitalización. Se establecen las siguientes tipologías:
  - 1.1. Hospitalización breve: se establece a nivel de área y, al igual que las urgencias, ubicadas en los hospitales generales. Se considera necesaria la existencia de 12 camas por 100.000 habitantes mayores de 17 años.
  - 1.2. 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. Se estima al menos un hospital de día para adultos en cada área sanitaria.
  - 1.3. 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. Se considera que deben ser compartidos por varias áreas, aunque lo más próximas a éstas. Se diferencian dos tipos de unidades:
    - 1.3.1. Unidades Hospitalarias de tratamiento y rehabilitación: con cuidados de media duración y sin necesidad de soporte residencial.
    - 1.3.2. Unidades de cuidados psiquiátricos prolongados: para pacientes con importantes déficit y que ya han agotado otros recursos.
2. Asistencia ambulatoria especializada: los 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 serán el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales.

3. Continuidad de cuidados y tratamiento: se refuerza el principio de continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales que van a requerir el uso de diferentes recursos y dispositivos y presentan dificultades añadidas para su uso. Se establecerán los 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.
4. Atención a niños y adolescentes. Se articulará con un equipo ambulatorio multiprofesional específico en el nivel de distrito, interconsulta hospitalaria de niños y adolescentes en los hospitales generales que atiendan a este grupo de población y recursos de hospitalización compartidos por varias áreas.
5. Atención a grupos o patologías de especial relevancia:
  - Personas mayores.
  - Inmigrantes.
  - Exclusión social.
  - Alcoholismo.
  - Patología dual.
  - Nuevas demandas y necesidades: se plantea el impulso en el abordaje de los trastornos de personalidad, los trastornos de la conducta alimentaria, el duelo patológico, el estrés laboral, el uso de técnicas de neuro-imagen, etc.
6. 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.
7. Se refuerza la prestación de psicoterapia en los distintos dispositivos de las áreas sanitarias. Esta modalidad de intervención se aplicará en los programas de atención tanto de adultos, como de niños y adolescentes.
8. Se impulsarán los programas de interconsulta y coordinación con atención primaria con la identificación de profesionales y tiempos específicos para esta actividad.
9. 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. Se hará especial hincapié en la necesidad de coordinación y complementación con la red de recursos específicos de atención sanitaria y social al colectivo de personas con trastorno mental y dificultades para la vida autónoma e integrada.
10. Se desarrollarán sistemas de gestión de calidad, de formación e investigación
11. 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.

12. Se dota al plan con una financiación extraordinaria de 50 millones de euros para el período de vigencia de 2003 a 2008, donde la mayor inversión será en recursos humanos con 35,6 millones de euros dedicados a este capítulo.

En resumen, el plan de salud mental 2003-2008 viene a sentar las bases organizativas, de gestión y de prestaciones que regularán la atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid los próximos años y que reconoce la necesidad de coordinación, actuación conjunta y complementariedad con los recursos, programas y acciones que promueve y desarrolla la Consejería de Servicios Sociales a través del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica.

La situación actual, referida al conjunto de dispositivos existentes al inicio del presente Plan de Salud Mental, en la que se incluyen también los recursos sociales dependientes de la Dirección General de Servicios Sociales, es la recogida en la siguiente tabla:

**DISPOSITIVOS EXISTENTES AL INICIO DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2003-2008**

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS	NÚMERO	PLAZAS
Servicios de Salud Mental	35	-
Unidades de Hospitalización Breve para adultos	13	444
Unidades de Hospitalización Breve para niños y adolescentes	2	34
Hospitales de día para adultos	8	203
Hospitales de día para niños y adolescentes	3	60
Unidades para cuidados psiquiátricos de media duración	3	101
Unidades hospitalarias específicas para alcoholismo	2	35
Unidades para cuidados psiquiátricos de larga duración:		
- Fuera de la Comunidad de Madrid	7	148
- En la Comunidad de Madrid	4	842
Centros de Rehabilitación Psicosocial:	Total 11	Total 971
- Servicio Madrileño de Salud	2	186
- Dirección Gral. de Servicios Sociales	9	785
Centros de Día (dependientes de Sanidad)	8	177
Centros de Rehabilitación Laboral:	Total 6	Total 298
- Servicio Madrileño de Salud	2	108
- Dirección Gral. de Servicios Sociales	4	190
Recursos residenciales:		
- Mini-residencias (D.Gral. Servicios Sociales)	9	180
- Programa "Arco" (S. Madrileño de Salud)	1	13
- Pisos protegidos/supervisados		
• Servicio Madrileño de Salud	15	45
• Dirección Gral. Servicios Sociales	10	41
- Pensiones supervisadas (D. Gral. Servicios Sociales)	3	11
Ayudas económicas individualizadas a pacientes en proceso de rehabilitación (S. Madrileño de Salud)	-	-

Por razones históricas algunos dispositivos similares de apoyo a la rehabilitación y soporte social dependen administrativamente de dos Consejerías diferentes (Sanidad y Servicios Sociales), siendo uno de los objetivos del presente Plan avanzar en la ordenación y delimitación de competencias así como la redistribución de estos recursos.

## **3.2. LA ATENCIÓN SOCIAL: LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. DESCRIPCIÓN, EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL.**

### **3.2.1. Descripción General.**

El **Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica** (el Programa en adelante) **constituyo 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 de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica ha tenido como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias. Se trataba de apoyar los aspectos sociales de la rehabilitación y 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. Su función principal ha sido desarrollar un conjunto de servicios y acciones específicas que permitan atender las necesidades y problemáticas de atención social e integración, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario, complementando a los servicios sociales generales y, especialmente, servir de apoyo específico a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (dependientes del Servicio Madrileño de Salud).

La experiencia, organización y funcionamiento de este Programa quedó regulado mediante el Decreto 122/1997, 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.

El Programa orientó su actuación al logro de los siguientes **OBJETIVOS GENERALES**:

- 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.



Las características generales de los beneficiarios del programa han sido las siguientes:

- Residir en la Comunidad de Madrid.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica y estar siendo atendidos en alguno de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Presentar un deterioro significativo en su nivel de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración social.

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

### **3.2.2. 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.**

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 por:  
**Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)**

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

**Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias.**

- a) **Mini-Residencias (MR).**
- b) **Pisos supervisados (PS).**
- c) **Pensiones concertadas supervisadas (PC).**

**Otros Recursos:**

- **Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI).**

Esta red de recursos específicos ha tenido como única vía de entrada los Servicios de Salud Mental, a través de su Programa de Rehabilitación desde donde se establece la colaboración y coordinación correspondiente, así como con los Servicios Sociales Generales de las zonas en las que están ubicados. Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender la mayor parte de los enfermos mentales crónicos con problemáticas y necesidades de rehabilitación y soporte social.

### 3.2.3. Evolución y Situación Actual.

Desde 1988 hasta el momento actual el Programa ha ido avanzando de un modo importante en la puesta en marcha de recursos aunque aún su desarrollo es insuficiente y desigual en relación con las necesidades existentes y a la planificación establecida.

Especialmente desde el año 1998 se ha producido un significativo incremento de recursos del Programa. La evolución y crecimiento del Programa producido en estos últimos años se expone en los siguientes cuadros.

El importante crecimiento de recursos producido desde 1998 se refleja en el incremento presupuestario del Programa.

#### **Red Pública del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica.**

#### **EVOLUCIÓN COMPARATIVA CRECIMIENTO DEL PROGRAMA 1995-1999-2003**

<b>Evolución 1995/1999/2003</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>	<b>2002/Mayo 2003</b>	<b>Incremento 1995/2002</b>
<b>Nº de Plazas</b>	<b>481 plazas</b>	<b>927 plazas</b>	<b>1.269 plazas</b> Se incluyen los nuevos centros abiertos en Getafe y Alcobendas a final de 2002 e inicios de 2003	<b>788 nuevas plazas</b>
<b>Nº de Usuarios atendidos</b>	<b>701 usuarios atendidos 1995</b>	<b>1.435 usuarios atendidos en 1999</b>	<b>1.618 usuarios atendidos en 2002</b>	<b>917 usuarios más atendidos en 2002 que en 1995</b>
<b>Coste total Programa</b>	<b>388.200.000 pts</b>	<b>724.355.000 pts</b>	<b>1.082.945.909 pts</b> <b>6.508.636 € en 2002</b>	<b>694.745.909 pts de incremento en el periodo 1995/2002.</b>  <b>178% de incremento presupuestario</b>



En general se puede afirmar que la red de recursos de atención social del citado Programa se debe ampliar y completar su desarrollo pero que ha demostrado su relevancia y eficacia y también su eficiencia en cuanto a los costes.

Si se tiene en cuenta los recursos actualmente existentes, las ratios de plazas por cada 100.000 habitantes, de los principales recursos del Programa (CRPS, CRL y MR) son actualmente las siguientes:

- Hay una ratio media de 22 plazas de CRPS x 100.000 habitantes.
- Hay una ratio media de 4,5 plazas de CRL x 100.000 habitantes.
- Hay una ratio media de 3,5 plazas de MR x 100.000 habitantes.

Como se advierte aún se esta en una situación de insuficiencia en relación con las ratios mínimas de plazas x 100.000 habitantes establecidas como guía de planificación por el Programa.

Indicar asimismo que el funcionamiento de los recursos se ha caracterizado por su coordinación fluida y su colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia, asegurando con ello la necesaria complementariedad entre ambos recursos y la continuidad de cuidados en la atención comunitaria al enfermo mental crónico. La coordinación con los Servicios de Salud Mental se ha articulado tanto a través de las Comisiones de Rehabilitación de área como en la coordinación continua con los Programas de Rehabilitación de cada distrito. En la misma línea se ha producido la colaboración y coordinación con Servicios Sociales Generales y otros recursos comunitarios (Centros Sociales, Centros Juveniles, Escuelas de Adultos, Polideportivos, Cursos de Formación Ocupacional, etc.), avanzando así en la normalización del proceso de rehabilitación de los usuarios y en su progresiva integración social.

En resumen, este Programa y la red de recursos de atención social ha tenido un desarrollo significativo y en especial ha tenido un incremento muy importante desde 1998 tanto en nuevos recursos y plazas como también en presupuesto. **Pero el desarrollo de la red de centros de atención social a este colectivo, aún resulta insuficiente y desigual y por tanto es preciso continuar avanzando en la ampliación de recursos que permita disponer de una red suficiente y bien distribuida territorialmente de recursos de apoyo social para la población enferma mental crónica y sus familias.** Especialmente necesaria es la dotación en alternativas residenciales y sobre todo en MiniResidencias, así como el aumento de los Centros con funciones de apoyo a la rehabilitación e integración y reforzar las funciones de soporte social mediante el desarrollo de Centros de Día que complementen a los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Asimismo es esencial continuar el desarrollo en todas las áreas de nuevos Centros de Rehabilitación Laboral, que han demostrado su eficacia y relevancia como recurso de apoyo para lograr la inserción laboral normalizada de muchos enfermos mentales crónicos. Asimismo es necesario promover acciones que faciliten la inserción laboral de esta población. Sin olvidar el apoyo a las familias y al movimiento asociativo de familiares.

### 3.3. BALANCE DE SITUACIÓN Y LINEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN.

Con todo lo anteriormente expuesto, se puede sintetizar un balance de la situación actual de la atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

#### 1. Dificultades o Debilidades.

- A pesar del importante crecimiento hay aún una insuficiencia manifiesta en la actualidad del número de recursos de apoyo a la integración social, soporte comunitario y atención residencial para atender las necesidades de atención social de la población con enfermedad mental crónica y sus familias.
- Problemas de accesibilidad a los recursos por su desigual distribución territorial, lo que conlleva una lejanía importante y dificultades de utilización para un porcentaje significativo de la población.
- Dificultades en los Centros existentes para cubrir de forma adecuada todas aquellas necesidades que se plantean:
  - Los Centros de Rehabilitación Psicosocial con funciones de apoyo a los procesos de rehabilitación psicosocial de los Servicios de Salud Mental, aparte de la lista de espera existente en todos ellos, no llegan a cubrir en su totalidad las diferentes demandas de atención: intervención continuada para el mantenimiento en el propio domicilio, soporte social indefinido para las personas a las que no se prevé poder darles una salida del Centro a dispositivos o recursos más normalizados, etc.
  - Los escasos Centros de Rehabilitación Laboral tienen una larga lista de espera y no pueden ofertar de forma sistemática fórmulas de empleo con apoyo o supervisión para el mantenimiento en el empleo.
  - Las Mini-Residencias son muy insuficientes para atender las necesidades residenciales existentes. Además debido a ello, no pueden contar habitualmente con plazas reservadas para emergencias sociales o descanso familiar por estar ocupadas con personas que tienen necesidades más continuadas de soporte residencial. También están muy limitadas en su capacidad de dar una salida más normalizada a las personas que podrían vivir de forma más autónoma si se dispusiera de suficientes recursos más normalizados pero con un grado flexible de supervisión como son los pisos protegidos, o posibilidades de apoyo social comunitario que facilitara el mantenimiento en la propia vivienda de una parte de los usuarios.
- La mayor parte de las personas con enfermedad mental crónica viven con sus padres, en su mayoría de avanzada edad. En pocos años esta red familiar de soporte y cuidado empezara a desaparecer o a no poder desempeñar sus funciones y empezaran a emerger situaciones de muchos enfermos mentales en riesgo de abandono o marginación, por lo que es imprescindible avanzar en un plazo razonable en poder completar y aumentar la red de recursos de atención social (residencial, rehabilitación, soporte social) a fin de cubrir adecuadamente las necesidades de esta población y estar preparados para los efectos que los cambios en la estructura familiar

van a generar. La no apertura de recursos suficientes conllevaría la incapacidad de preparar a estas personas para una vida autónoma desde los Centros de apoyo a la rehabilitación psicosocial y soporte social (Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Día de soporte social) o de ofertar suficientes plazas residenciales para asumir a la población que lo necesite, y de propiciar por tanto el incremento de población enferma mental grave en riesgo de exclusión o abandono.

- Algunas de las actuaciones que deberían formar parte de la atención ofertada por los sistemas públicos o no es realizada o es asumida por las Asociaciones de Familiares. Así, el escaso desarrollo de los programas de atención domiciliaria de Salud Mental y la insuficiencia de recursos de apoyo social comunitario desde Servicios Sociales, ha llevado a que las Asociaciones se doten de servicios propios para cubrir estas deficiencias. Esto puede llevar a duplicidades, solapamientos y ruptura de la continuidad de cuidados, recayendo una parte de la atención sobre las familias, cuando deben ser los sistemas de sanidad y servicios sociales los que ofrezcan dichas posibilidades de intervención, tal y como marca la Ley General de Sanidad y el compromiso de la Consejería de Servicios Sociales de implicación en la atención a este colectivo.

## **2. Aspectos positivos/Oportunidades.**

- Los recursos del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica han demostrado su pertinencia, utilidad y eficacia. Los datos aportados desde su inicio, referidos a integración comunitaria, inserción laboral, apoyo a usuarios y familias y soporte residencial avalan el esfuerzo de su puesta en marcha y desarrollo. También apoyan esta utilidad y eficacia la satisfacción de usuarios y familiares con los centros y la atención prestada en los mismos.
- El modelo de atención y tipología de recursos del Programa ha sido referencia para casi todas las demás Comunidades Autónomas, que han basado en él su propio desarrollo y planificación de dispositivos.
- Se ha venido trabajando desde 1988 en el establecimiento de los mecanismos de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Salud Mental. La actual red de recursos de atención social trabaja en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental responsables del tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los usuarios y que son el canal de derivación a los recursos de atención social del citado Programa y los responsables de su tratamiento integral y de garantizar la continuidad de cuidados.
- El Plan de Salud Mental 2003-2008 recientemente aprobado por la Consejería de Sanidad reconoce la necesaria e imprescindible coordinación y complementariedad con el sistema de Servicios Sociales a través de los recursos, programas y acciones que ha venido promoviendo y desarrollando la Consejería de Servicios Sociales desde el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica y por tanto ofrece una oportunidad excelente a la Consejería de Servicios Sociales (de la que depende dicho Programa) de seguir trabajando en la demarcación, organización y planificación de forma conjunta, de una atención completa, global y coordinada a las

personas con enfermedad mental grave y crónica. **En este contexto la elaboración desde la Consejería de Servicios Sociales de un Plan de Atención Social a enfermos mentales es muy oportuno y se complementarán perfectamente,** facilitando el desarrollo de la dimensión social de la atención sociosanitaria, esencial para una atención integral al colectivo de personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

Teniendo todo esto presente se hace necesario para potenciar la mejora de la atención social e integración comunitaria de este colectivo y sus familias, avanzar en las siguientes Líneas de Actuación Prioritarias:

### **1. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS SOCIALES DE APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.**

**Completar la red mínima de recursos sociales establecidos (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencias, Pisos supervisados, Plazas en pensiones),** hasta alcanzar el número suficiente de plazas y centros adecuadamente distribuidos en el territorio y lo más cercano y accesible a los usuarios.

**Además de completar esta red de recursos se debe plantear el desarrollo de otros recursos, proyectos o programas complementarios:** Centros de Día de soporte social, programas de apoyo social comunitario, programas y recursos específicos para enfermos mentales crónicos en situación de exclusión social y en especial con enfermos mentales sin hogar, etc.

### **2. APOYO A LAS FAMILIAS (orientación, psicoeducación, programas de apoyo comunitario, plazas de respiro familiar en Miniresidencias). COLABORACIÓN Y APOYO CON EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE FAMILIARES.**

Se debe potenciar el desarrollo de programas de asesoramiento, psicoeducación y apoyo a las familias así como plazas de respiro familiar. Asimismo se hace necesario potenciar el apoyo al movimiento asociativo de familiares.

### **3. COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD CON SALUD MENTAL Y CON LA RED DE SERVICIOS SOCIALES GENERALES O DE ATENCIÓN SOCIAL PRIMARIA**

**Se debería profundizar en la línea de complementariedad y coordinación con la red sanitaria de servicios de salud mental** para asegurar una adecuada atención socio-sanitaria integral a las distintas necesidades de este colectivo. **Se deben potenciar mecanismos de planificación conjunta, coordinación entre servicios y posibles fórmulas de cofinanciación.**

De igual modo es esencial **reforzar los mecanismos de colaboración y apoyo con la red básica de servicios sociales generales o de atención social primaria,** a fin de promover el acceso de los usuarios a las prestaciones básicas de servicios sociales y favorecer los procesos de atención social, rehabilitación e integración socio-comunitaria. Esta coordinación con los servicios sociales de atención primaria se debe potenciar a su vez en estrecha coordinación con, y a través de, los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental de cada distrito que son los que definen el plan individualizado de atención integral de los pacientes y aseguran la continuidad de cuidados.

#### **4. COPARTICIPACIÓN, COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL.**

Se deberían potenciar formulas de colaboración y coordinación con otras Consejerías, Ayuntamientos, Agentes sociales y Entidades que puedan implicarse y apoyar el objetivo de integración sociolaboral de este colectivo.

#### **5. MEJORA DE LA IMAGEN SOCIAL DEL COLECTIVO. LUCHANDO CONTRA EL ESTIGMA SOCIAL.**

Sería necesario desarrollar distintas actuaciones de información y sensibilización que disminuyan el estigma social que sufre este colectivo y que favorezcan un conocimiento real y, por ende, una aceptación de las personas con trastornos mentales, facilitando su integración social normalizada. Se ha de buscar la colaboración de los medios de comunicación en este esfuerzo.

#### **6. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.**

Se han de potenciar acciones y programas de formación a los profesionales para mejorar su formación en este ámbito de la atención, rehabilitación y apoyo comunitario. Y promover el desarrollo de investigaciones aplicadas en este campo que mejoren la eficacia y el impacto de los recursos, programas e intervenciones psicosociales y sociales.

### **LINEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN**

- 1. AUMENTAR Y AMPLIAR EL DESARROLLO DE LA RED ESPECÍFICA DE RECURSOS SOCIALES DE ATENCIÓN SOCIAL A LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA Y A SUS FAMILIAS.**
- 2. PROFUNDIZAR LA COORDINACIÓN Y ACTUACIÓN CONJUNTA CON LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y LA COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN CON LA RED DE SERVICIOS SOCIALES GENERALES.**
- 3. MEJORAR EL APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.**
- 4. FOMENTAR LA COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y LA CORRESPONSABILIDAD SOCIAL.**
- 5. MEJORAR LA IMAGEN SOCIAL DEL COLECTIVO. LUCHAR CONTRA EL ESTIGMA.**
- 6. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.**



## **PARTE SEGUNDA:**

# **PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003 - 2007**

## **4. FILOSOFÍA DE ATENCIÓN: PRINCIPIOS GENERALES Y CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN.**

### **4.1. FILOSOFÍA DE ATENCIÓN Y PRINCIPIOS GENERALES.**

*El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, se encuadra dentro del marco de un modelo de atención social comunitaria a la población enferma mental crónica, asentándose en una filosofía de atención que subyace a todo el desarrollo y organización del Plan y orientan las medidas y acciones que lo integran. Este Plan y los principios que lo sustentan están en plena coherencia con la reciente Ley 11/2003, de 27 de Marzo de 2003 (Publicada en el BOCM de 14 de Abril de 2003), de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.*

Esta filosofía de atención supone la articulación de un conjunto de principios que conforman un modo de entender la intervención psicosocial y social con esta población y que se pueden sintetizar en las siguientes premisas:

**IGUALDAD:** Las personas con enfermedades mentales crónicas, son consideradas primero y por encima de todo como personas, como ciudadanos con los mismos derechos y aspiraciones que cualquier otro ciudadano. La atención y apoyo a estas personas debe por tanto promover su derecho a acceder a una ciudadanía plena y digna.

**NORMALIZACION:** Se debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible y dentro del respeto a la diferencia, a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.

**INTEGRACION:** Se deben ofrecer oportunidades y facilidades que promuevan su integración en su entorno comunitario, evitando su discriminación y aislamiento, tanto en instituciones alejadas de la comunidad, como su marginación dentro de ésta.

**INDIVIDUALIZACION:** Exige respetar y ajustarse a las características, necesidades, aspiraciones y deseos que son únicos en cada persona y promover su implicación y participación activa en el control de sus propias vidas y en la atención que reciben.

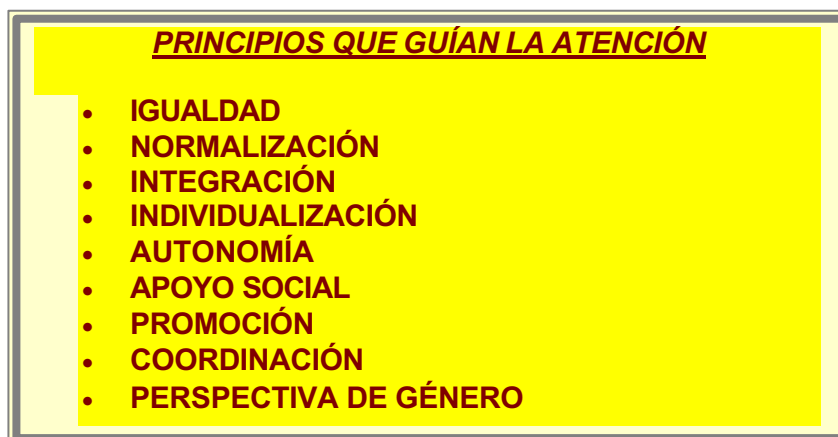
**AUTONOMÍA:** Supone propiciar y maximizar su autonomía personal y social y su independencia, potenciando sus capacidades, recursos personales y sus redes de apoyo familiar y social.

**APOYO SOCIAL:** Supone ofrecer la atención social, apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise, para poder posibilitar que lleve una vida en la comunidad del modo más autónomo e integrado posible.

**PROMOCIÓN:** Implica una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre la persona con enfermedad mental crónica, sobre sus posibilidades y potencialidades.

**COORDINACIÓN:** Exige una adecuada coordinación, colaboración y complementariedad entre todos los servicios y programas que son necesarios para atender las necesidades de estas personas y procurar su integración social. Y en especial con la red sanitaria de salud mental a fin de asegurar una atención integral a las distintas necesidades sanitarias y sociales de esta población.

**DISCRIMINACIÓN POSITIVA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO:** Las dificultades para la integración y el desempeño de roles normalizados se hacen especialmente visibles en las mujeres con enfermedad mental crónica. Los aspectos culturales hacen que, a no ser que se presenten trastornos conductuales evidentes o una alta conflictividad familiar, la percepción de necesidad de apoyo e integración es diferente para cada género, llevando a situaciones de aislamiento o ausencia de intervención en el caso de la mujer, que permanece “escondida” en el ámbito doméstico. Por ello es importante tener presente una perspectiva de género, que discrimine positivamente a las mujeres y posibilite una adecuada atención a sus necesidades de integración y apoyo social.



## 4.2. CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN.

Los principales **CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN** que informarán todo el desarrollo del Plan, en continuidad con la línea de actuación hasta ahora desarrollada serán los siguientes:

## **Coordinación, Planificación conjunta y Complementariedad con los Servicios de Salud Mental**

**La red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Sanidad es la responsable de la atención, rehabilitación y continuidad de cuidados psiquiátricos de la población con enfermedad mental grave y crónica.** Para atender las necesidades sociales específicas de esta población los Servicios de Salud Mental requieren el apoyo de recursos o servicios dentro del campo de los Servicios Sociales, que cubran necesidades de apoyo social, atención residencial y soporte comunitario. Por otro lado, dichos recursos de atención y soporte social necesitan el apoyo de los Servicios de Salud Mental no sólo para abordar la problemática médico-psiquiátrica, sino para asegurar un trabajo integral que promueva una verdadera continuidad de cuidados.

Por ello constituye un criterio fundamental para el adecuado funcionamiento del Plan en general, y de sus recursos específicos en particular, el desarrollo de un trabajo coordinado y complementario con los Servicios de Salud Mental, que asegure una atención integral sobre la base de una planificación y actuación conjunta.

### **Coordinación y Colaboración con los Servicios de Atención Social Primaria**

Este es un criterio lógico y obligado para cualquier programa o Plan, que como el presente, se organiza en el nivel secundario o especializado de los Servicios Sociales. Cualquier servicio social especializado debe servir de apoyo al trabajo de los Servicios de Atención Social Primaria (Servicios Sociales Generales) y establecer los adecuados mecanismos de coordinación y colaboración.

En el caso de la atención a los enfermos mentales crónicos la implicación de los Servicios Sociales Generales es imprescindible no sólo porque como ciudadanos de pleno derecho se les debe ofrecer el conjunto de programas y prestaciones básicas que se gestionan desde los mismos, sino que su colaboración es fundamental de cara al desarrollo de programas que posibiliten la integración comunitaria normalizada de esta población. Esta coordinación entre los centros y recursos especializados de atención social enmarcados en el presente Plan con los servicios sociales de atención primaria se debe de potenciar a su vez en estrecha coordinación con, y a través de, los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental de cada distrito que son los que definen el plan individualizado de atención integral de los pacientes y aseguran la continuidad de cuidados

### **Coordinación y Colaboración con la Iniciativa Social.**

Este criterio implica el optimizar todos los esfuerzos y voluntades de cara a la mejora de la atención y la calidad de vida de la población enferma mental crónica. Se articula, por un lado, promoviendo y potenciando el desarrollo del movimiento asociativo entre familiares y enfermos mentales crónicos, y por otro lado estableciendo ámbitos de colaboración con la Iniciativa Social (Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales, Entidades sociales y empresas de servicios sociales, Grupos de voluntariado, etc.) de modo que se puedan implicar tanto colaborando en la gestión y desarrollo del Plan como en la complementariedad de acciones que puedan ser desarrolladas por dicha iniciativa social.

### **Optimización y Apoyo para la Utilización de Recursos Sociocomunitarios Normalizados.**

Avanzar en la normalización de las pautas de vida de los enfermos mentales crónicos forma parte de la filosofía de atención que sustenta el presente PLAN. Por ello, un criterio básico de trabajo para los diferentes recursos de apoyo social, atención residencial y soporte, es el de preparar y apoyar a los usuarios para el acceso y utilización de los diferentes recursos sociocomunitarios existentes en su entorno (ocio, formativos, deportivos, culturales, etc.), de tal modo que se favorezca su integración social y la normalización de sus condiciones de vida. Además es necesario apoyar a dichos recursos para facilitar la adaptación e integración y óptimo funcionamiento respecto a los usuarios.

### **Énfasis en la Evaluación.**

La preocupación e interés por la evaluación de los diferentes recursos y acciones que se desarrollan es un elemento fundamental para la dirección y organización del Plan. Así, el interés por la evaluación configura un criterio de organización general a través, no sólo del establecimiento de sistemas de información que permitan conocer el movimiento asistencial, funcionamiento de los recursos y características de los usuarios atendidos, sino también de la implantación de sistemas de evaluación para conocer la eficacia e impacto de los recursos sociales sobre la población atendida y su grado de satisfacción con los servicios realizados.

### **Territorialización.**

Todos los diferentes recursos específicos diseñados se articulan de acuerdo a un criterio de sectorización que delimita la responsabilidad territorial y demográfica de cada uno de ellos. Desde este criterio se buscará una distribución territorial de la red de centros y recursos lo más homogénea posible que facilite la mayor cercanía y accesibilidad y promueva un trabajo de integración comunitaria en el entorno en el que viven o pueden vivir los usuarios.

En el presente PLAN se mantendrá este criterio de sectorización que se organiza, en principio, en torno al Área sanitaria y al Distrito Sanitario como marco de los Servicios de Salud Mental, debido a la estrecha coordinación, colaboración y complementariedad de los recursos del programa con los Servicios de Salud Mental ya que estos constituyen la vía de acceso y derivación de usuarios a los distintos recursos de la red específica de atención social y son los responsables de la continuidad de cuidados. Por ello, y debido a criterios de eficiencia y coordinación sociosanitaria, los recursos se ajustarán a la sectorización sanitaria y no a la de Servicios Sociales.

### **CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN**

- Coordinación, planificación conjunta y complementariedad con los Servicios de Salud Mental.
- Coordinación y colaboración con los Servicios de Atención Social Primaria.
- Coordinación y colaboración con la Iniciativa Social.
- Optimización y Apoyo para la Utilización de Recursos Comunitarios Normalizados.
- Énfasis en la evaluación.
- Territorialización / Sectorización de los recursos.

## 5. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN Y MODELO DE RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL.

De acuerdo a la filosofía de atención y principios generales antes indicados, el presente **Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica** centrará básicamente su actuación en torno a los siguientes *ámbitos de necesidad o intervención psicosocial y social*:

1. **Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial** (recuperación de la máxima autonomía personal y social) en apoyo y complementariedad con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental.
2. **Apoyo social y Apoyo a la Integración comunitaria.**
3. **Rehabilitación Laboral, Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.**
4. **Atención Residencial: Alternativas residenciales comunitarias.**
5. **Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias, así como Promoción y Apoyo al Asociacionismo entre Familiares y personas con enfermedad mental crónica.**

Para la adecuada atención a estos ámbitos de necesidad se plantea la siguiente tipología de Centros y recursos cuyas principales características y funciones se sintetizan a continuación.

Las **características generales de los potenciales beneficiarios de la red de Centros y recursos del presente PLAN** serán esencialmente las siguientes:

- Residir en la Comunidad de Madrid.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica y estar siendo atendidos en alguno de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Presentar un deterioro o discapacidad en su nivel de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración sociolaboral y comunitaria.

Reiterar asimismo que para **acceder** a los centros y recursos de atención social de este PLAN que a continuación se describen, habrán de ser **derivados desde el Servicio de Salud Mental**, responsable de su atención, tratamiento y rehabilitación, asegurando la continuidad de cuidados.

AMBITO DE INTERVENCIÓN SOCIAL	TIPO DE RECURSOS Y SERVICIOS
Apoyo a la Rehabilitación psicosocial	- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
Apoyo social e Integración comunitaria	- Centros de Día de soporte social - Equipos de apoyo social comunitario
Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo laboral	- Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) - Otras medidas de apoyo a la integración laboral en colaboración con Consejería de Trabajo: - Sensibilización, Intermediación y Promoción de Empleo - Programas de Formación - Medidas de apoyo a la contratación y a la creación de iniciativas laborales
Atención Residencial comunitaria	- MiniResidencias (MR) - Pisos supervisados (PS) - Plazas en Pensiones concertadas (PC) - Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda
Apoyo a las familias	- Información, orientación y asesoramiento a las familias. - Programas de Psicoeducación de familias - Plazas de respiro familiar en las MR - Coordinación y apoyo al movimiento asociativo.
Atención social y reinserción de personas con enfermedad mental crónica en situaciones de marginación sin hogar	- Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales sin hogar (PRISEMI) - Centro de atención de baja exigencia

Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender la mayor parte de los enfermos mentales crónicos con problemáticas y necesidades de atención social e integración comunitaria.

**Señalar que todos los recursos y Centros de este Plan ofrecerán la atención de un modo gratuito**, tal y como se recoge en la Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, específicamente en sus artículos 19.1 y en la disposición adicional segunda, que asegura la gratuidad en todos los centros de atención social a personas con discapacidad.

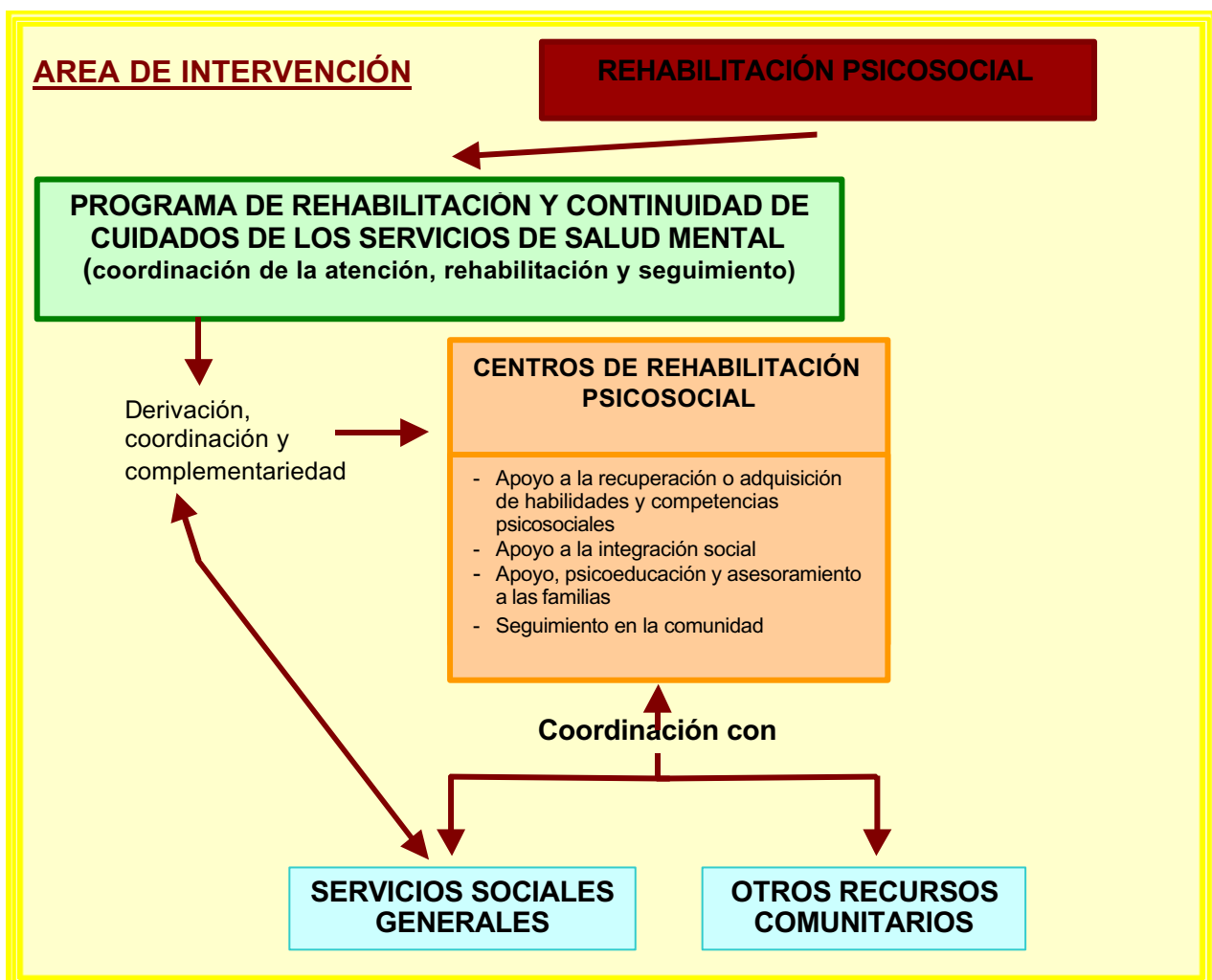
En el apartado siguiente se realizará una descripción sintética de esta red de centros y recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica, para una descripción más detallada véase un documento adicional anexo al presente PLAN con la descripción de funciones, organización, perfil de acceso y servicios ofertados en cada uno de estos recursos.

## 5.1. MODELO DE RED DE CENTROS Y RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL: TIPOLOGÍA DE CENTROS Y RECURSOS.

### 1. Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial (recuperación de la máxima autonomía personal y social).

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

Son un tipo de Centros de carácter sociosanitario que sirven de un modo específico de apoyo a los procesos de rehabilitación psicosocial y que por ello trabajan de un modo complementario y coordinado con los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y en apoyo a los mismos. Estos centros tienen como objetivo favorecer que las personas con enfermedad mental crónica puedan alcanzar el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar así los procesos globales de integración social. También intervienen con sus familias para mejorar sus recursos y hacerles más competentes en el manejo de la convivencia con su familiar afectado de enfermedad mental grave y crónica y en el apoyo a su rehabilitación e integración. Ofrecen para ello un abanico de programas y actividades de recuperación y mejora del funcionamiento psicosocial, apoyo comunitario a la integración social, así como apoyo y asesoramiento necesario a las familias.





## **2. Apoyo Social e Integración Comunitaria.**

### **2.1. Centros de Día de Soporte social (C.D.)**

Los Centros de Día se conciben como un recurso social específico complementario a los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de salud mental y al Centro de Rehabilitación Psicosocial. Se ofrece para ello desde este dispositivo un conjunto de actividades con funciones de apoyo y soporte social dirigido a pacientes mentales graves y crónicos y en especial a aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. En los Centros de Día se ofrecerá un abanico de **actividades de día de apoyo y soporte social** (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer soporte social.

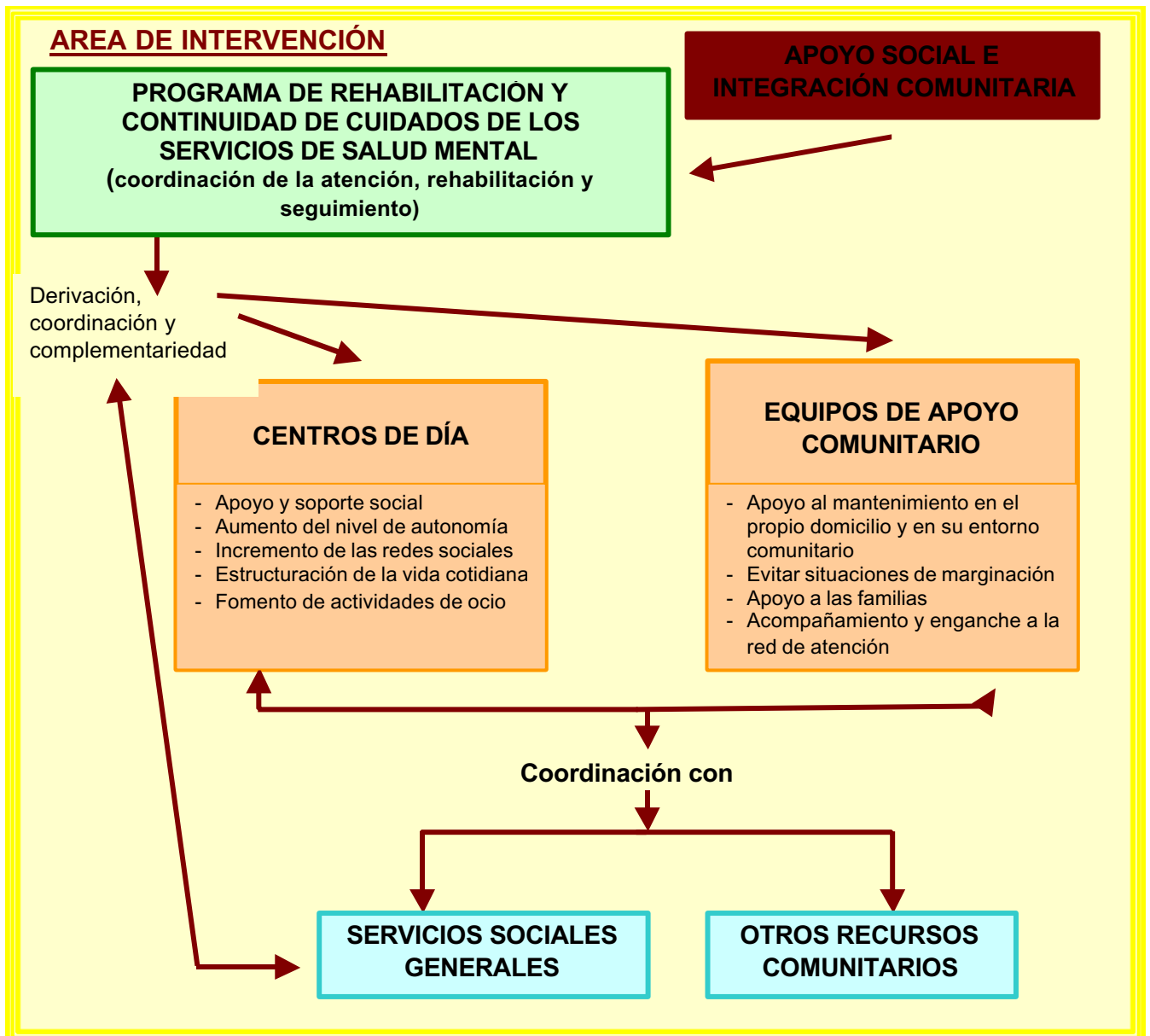
El Centro de Día es un recurso comunitario de apoyo social y apoyo a la integración al que acceden pacientes que debido a su grave patología mental y deterioro psicosocial asociado necesitan una atención de soporte social y estructuración de la vida cotidiana. En muchos casos serán usuarios que han realizado programas activos de rehabilitación y que a causa del importante nivel de deterioro y dificultades de integración sociocomunitaria, mantienen importantes necesidades de apoyo y soporte social. En otros casos podrán ser personas que no estarían a priori en condiciones de iniciar un proceso activo de rehabilitación psicosocial y el Centro de Día serviría de contexto de enganche, soporte y adaptación flexible.

### **2.2. Equipos de apoyo social comunitario.**

Los equipos de apoyo social comunitario se configuran como un equipo social multiprofesional que trabaja en el entorno comunitario y que está dirigido a ofrecer atención domiciliaria y apoyo social que permita a usuarios con dificultades de funcionamiento mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar, evitando situaciones de riesgo de marginación o de institucionalización.

Este equipo específico trabajaría en estrecha coordinación con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental que son los responsables y encargados de establecer el plan de atención integral de cada paciente y asegurar la continuidad de cuidados y por tanto de organizar la coordinación de la atención global, así como con la red específica de atención social y los Servicios Sociales Generales de la zona.

Dado el carácter innovador de estos equipos, se articulará un procedimiento de coordinación específico entre el Programa de Continuidad de Cuidados de Salud Mental, Servicios Sociales Generales y aquellos recursos específicos implicados, que asegure un trabajo coordinado y complementario.



### 3. Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.

#### Tipología de Centros y Recursos:

##### 3.1. Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)

Son Centros dirigidos a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas que tienen dificultades específicas para su acceso al mundo laboral. Dichos Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) tienen como misión preparar a dichas personas para su inserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral. Ofrecen para ello diferentes programas y actividades encaminadas a su facilitar rehabilitación laboral y apoyar su inserción en el mundo laboral: orientación vocacional, capacitación y entrenamiento en hábitos laborales y de ajuste sociolaboral, apoyo a la formación profesional, apoyo para la inserción laboral, apoyo y seguimiento para el ajuste y mantenimiento del puesto de trabajo, así como otras actuaciones en materia de promoción de empleo en coordinación con la Consejería de Trabajo. A las funciones tradicionales de estos Centros se añadirá el desarrollo de proyectos de “empleo con apoyo”, reforzando con ello sus funciones de apoyo a la inserción y mantenimiento en el mundo laboral normalizado de los usuarios atendidos.

Pero además de los CRL como recurso social específico de rehabilitación, preparación y apoyo son necesarias **otras medidas y actuaciones complementarias que promuevan la integración laboral y aumentar las oportunidades de incorporación laboral productiva de este colectivo.** En estas medidas (programas de formación laboral, fomento de la contratación en el mercado ordinario, promoción de Centros Especiales de Empleo, etc) que se detallarán más adelante de un modo específico, es imprescindible la implicación de la Consejería de Trabajo como competente en las materias de formación y promoción de empleo.



## **4. Atención Residencial: Alternativas residenciales comunitarias.**

### **Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias.**

#### **4.1. Mini-Residencias (MR).**

Son Centros residenciales comunitarios de pequeño tamaño, en torno a 20/30 plazas, destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas y con deterioro en su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social y apoyo a la integración comunitaria, a las personas arriba citadas que no cuenten con apoyo familiar y social y/o que debido a su grado de deterioro psicosocial requieren los servicios de este tipo de centro residencial.

#### **4.2. Pisos supervisados (PS).**

Constituyen un recurso comunitario de alojamiento y soporte social ubicado en pisos o viviendas en los que conviven varias personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica con un suficiente nivel de autonomía y que no cuentan con apoyo familiar. Ofrecen con carácter temporal o indefinido según las necesidades de cada caso: alojamiento, apoyo personal y social, apoyo a la integración, así como una supervisión flexible y continuada. Cuentan con un equipo específico de educadores que ofrecerán el apoyo y supervisión flexible que sea necesario.

Los Pisos supervisados funcionarán como un recurso residencial complementario y en estrecha coordinación con las MiniResidencias.

#### **4.3. Plazas supervisadas en Pensiones.**

A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía y estilo de vida muy independientes pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, evitando así procesos de marginación.

La supervisión se organizará con un sistema de apoyo flexible desde los Servicios de Salud Mental, las MR y el apoyo asimismo de los CRPS. Se plantea que las Plazas en Pensiones funcionen como un recurso complementario y en estrecha coordinación con las MiniResidencias.

## AREA DE INTERVENCIÓN

## ATENCIÓN RESIDENCIAL: ALTERNATIVAS RESIDENCIALES COMUNITARIAS

**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y CONTINUIDAD  
DE CUIDADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
MENTAL**  
(coordinación de la atención, rehabilitación y seguimiento)

Derivación,  
coordinación y  
complementariedad

### MINI-RESIDENCIAS

- Cobertura de necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte
- Mejora de la autonomía personal y social
- Descanso familiar
- Evitación de situaciones de abandono, marginación y/o institucionalización

### PISOS SUPERVISADOS

- Mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía
- Posibilitar procesos de rehabilitación e integración comunitaria
- Evitación de situaciones de abandono, marginación y/o institucionalización

### PLAZAS SUPERVISADAS EN PENSIONES

- Mantenimiento en la comunidad en las condiciones máximas de autonomía
- Facilitar procesos de integración comunitaria y rehabilitación
- Evitación de situaciones de abandono, marginación y/o institucionalización

Coordinación con

**SERVICIOS SOCIALES  
GENERALES**

**OTROS RECURSOS  
DEL PLAN**

**OTROS RECURSOS  
COMUNITARIOS**

## **5. Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias, así como Promoción y Apoyo al Asociacionismo entre Familiares y personas con enfermedad mental crónica.**

En este área de intervención no se plantea el desarrollo de ningún centro o dispositivo específico. El apoyo a las familias se articula desde los diferentes recursos del PLAN y de un modo específico desde los programas “Escuela de Familias” de asesoramiento, psicoeducación y apoyo a las familias que se desarrollan desde los CRPS y desde las plazas de las Miniresidencias y en especial de las de estancia corta para funciones de respiro familiar.

En el marco del presente PLAN además de ampliar y extender las actuaciones antes citadas se complementará con otras medidas de apoyo:

- Extensión de las actividades de información y orientación a las familias en colaboración con los Servicios de Salud Mental y con el movimiento asociativo de familiares.
- Ampliación y extensión, en coordinación con los Servicios de Salud Mental, del desarrollo de programas “Escuela de Familias” de psicoeducación y apoyo social.
- Desarrollo de una línea 900 de información y orientación a familias y afectados.
- Elaboración y difusión de materiales de información y guías de apoyo.
- Ampliación de las plazas de estancia corta para “descanso familiar” en la red de MiniResidencias (MR).
- Fomento de la coordinación con el movimiento asociativo de familiares y enfermos mentales. Establecimiento de una Comisión de coordinación y seguimiento con la Federación de Asociaciones y el conjunto del movimiento Asociativo de familiares de enfermos mentales graves y crónicos.
- Incremento significativo de las líneas de subvención al movimiento asociativo para su consolidación y para el desarrollo de programas de apoyo.

## **6. Otros Recursos: Atención a personas enfermas mentales graves en situación de marginación sin hogar.**

### **6.1. Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI).**

Se trata de una iniciativa específica dirigida a aquellas personas con enfermedad mental crónica que se encuentran en una situación de marginación sin hogar. Básicamente se dirige a las personas con este tipo de patología y que están atendidas en el Centro de Acogida Municipal San Isidro, ofreciendo programas individualizados de reinserción social y apoyo comunitario. Asimismo cuenta con varios pisos supervisados para facilitar su proceso de reinserción social.

El Proyecto PRISEMI se reestructurará y se potenciará para ofrecer apoyo más específico para las personas sin hogar enfermas mentales que se encuentran en la calle, sirviendo de apoyo a las entidades (UMES, CEDIA, RAIS, REALIDADES, etc) que trabajan en la atención comunitaria a los sin hogar y favoreciendo el proceso de enganche y acercamiento de este colectivo a la red sociosanitaria. Se trabajará además en estrecha cooperación y complementariedad con el equipo de profesionales que organizará Salud Mental para la atención e intervención comunitaria con las personas sin hogar en la calle o en los recursos asistenciales existentes para los sin hogar (albergues, centros de acogida, centros de noche, etc).

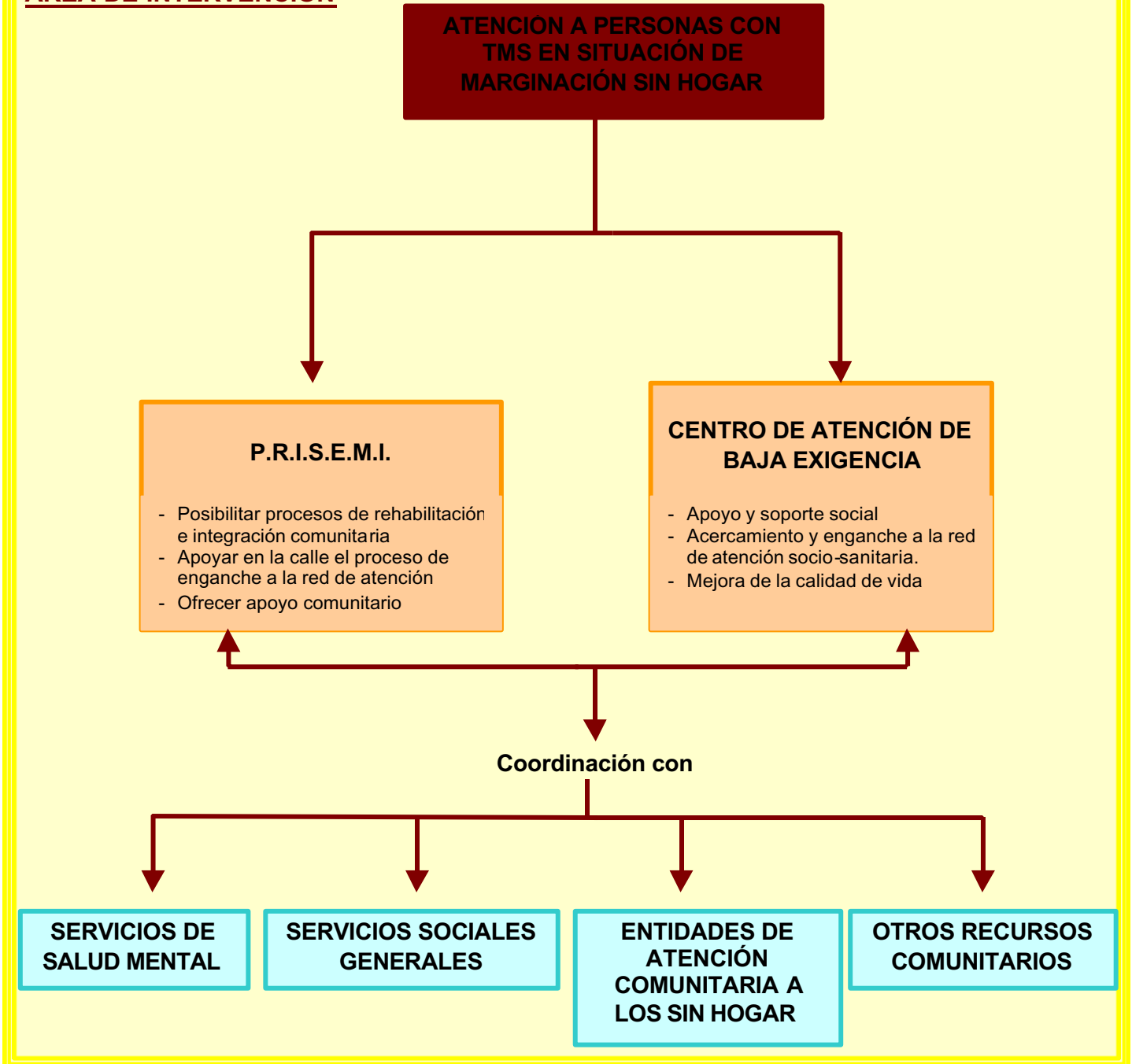
### **6.2. Centro de Atención de Baja exigencia.**

Se trataría de un Centro abierto, con 15/20 camas y programas de día. El dispositivo será de baja exigencia, y ofrecerá servicios básicos (consigna, duchas, ropero, alojamiento y manutención), teniendo como objetivo el poder apoyar y facilitar el enganche, acercamiento a la red y mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales graves y crónicos que viven en la calle.

El objetivo sería desarrollar al menos un Centro de estas características, teniendo en cuenta la necesidad de trabajar en estrecha coordinación con el Programa de Atención a Personas sin Hogar del Ayuntamiento de Madrid y con los programas de atención al colectivo de personas sin hogar que se articulen en el marco del Plan de Lucha contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid 2002-2006.



**AREA DE INTERVENCIÓN**



## 5.2. MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED.

La atención integral a la problemática sanitaria y social de esta población, exige un trabajo de estrecha coordinación, complementariedad y trabajo en red entre los diferentes sistemas de servicios tanto sanitarios como sociales implicados, tal como se ilustra en el gráfico siguiente sobre el modelo de red integral de atención comunitaria a la población enferma mental grave y crónica.

**La red de Servicios Salud Mental de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Sanidad es la responsable de la atención, rehabilitación y seguimiento psiquiátrico de la población enferma mental crónica.** En relación con esta población, **los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental son el eje vertebrador desde el que se organizan, desarrollan y coordinan los procesos de atención, rehabilitación psicosocial y continuidad de cuidados de esta población.**

Para atender las necesidades sociales específicas de esta población los Servicios de Salud Mental requieren el apoyo de recursos o servicios dentro del campo de los Servicios Sociales, que cubran necesidades específicas de apoyo social, atención residencial y soporte comunitario. Por otro lado, dichos recursos sociales específicos de atención y soporte social necesitan el apoyo de los Servicios de Salud Mental no sólo para abordar la problemática médico-psiquiátrica, sino para asegurar un trabajo integral que promueva una verdadera continuidad de cuidados.

Esta red de recursos sociales específicos de atención social (CRPS, Centros de Día, equipos de apoyo social comunitario, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencias, Pisos supervisados, etc) es la que se viene a completar y desarrollar en el presente Plan.

**Dicha red de recursos específicos de atención social tiene como única vía de entrada, derivación y coordinación de la atención de los enfermos mentales graves y crónicos los Servicios de Salud Mental encargados del tratamiento, rehabilitación, seguimiento y continuidad de cuidados** a través de sus Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los pacientes con trastornos mentales graves y crónicos. **Los recursos de atención social del presente Plan trabajarán en estrecha colaboración, coordinación y complementariedad en cada distrito con el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del Servicio de Salud Mental, desde el que se derivará a los usuarios a los distintos recursos sociales, generales y especializados, y se coordinará la atención y seguimiento global.**

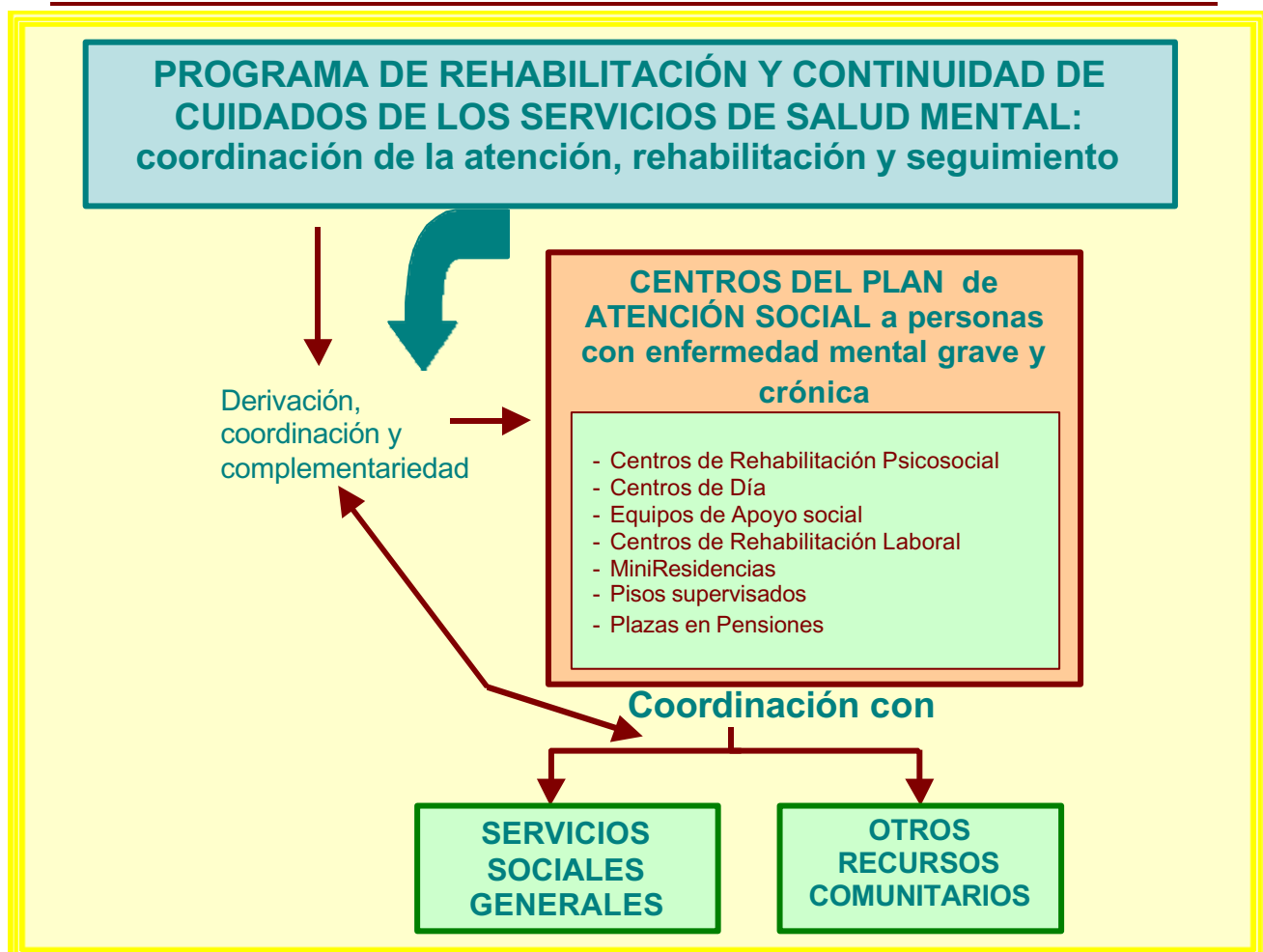
Asimismo, **otro elemento esencial** del trabajo en red para la atención integral a esta población **es la coordinación y colaboración con los Servicios Sociales Generales** de las zonas, que también son un elemento esencial de apoyo a la atención social y la integración comunitaria de esta población.

Así pues, una adecuada atención integral sociosanitaria a esta población exige una lógica de estrecha coordinación, complementariedad y trabajo en red entre Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales especializados de atención social y Servicios Sociales Generales o de Atención Social primaria de base municipal. Por ello, **se hace necesario reforzar los mecanismos de coordinación que aseguren y fortalezcan este trabajo en red.** En esta línea se deben potenciar los instrumentos de coordinación existentes para que

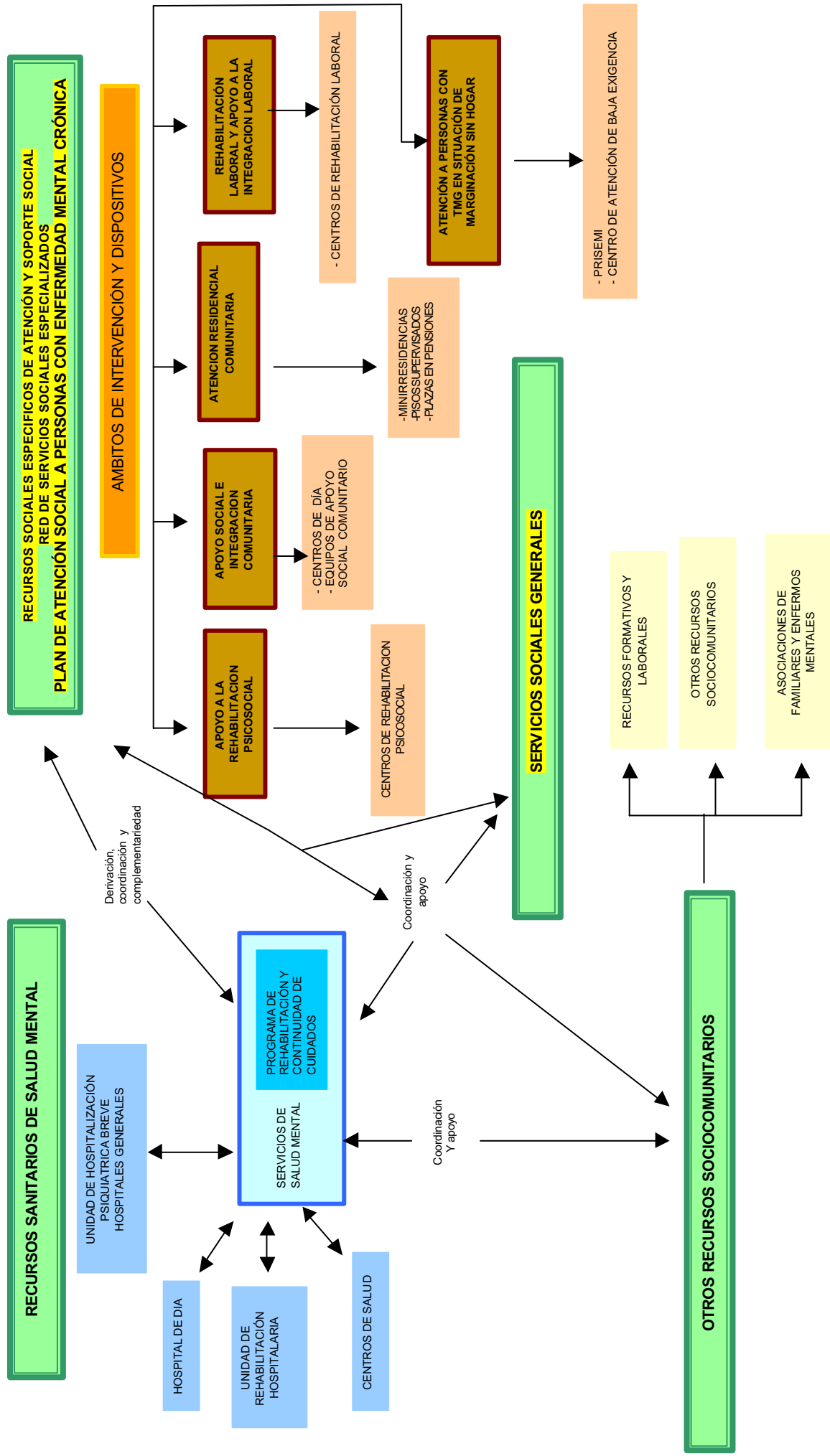
sean el marco para este trabajo de coordinación y complementariedad que asegure con cada paciente enfermo mental y sus familias una atención coherente y sinérgica entre los recursos sanitarios y los sociales generales o especializados y una verdadera continuidad de cuidados.

En esta línea se plantea reforzar las actuales Comisiones de Rehabilitación tanto en el nivel de Área como marco global de coordinación entre todos los Servicios de Salud Mental, Recursos sociales específicos y Servicios Sociales Generales de las zonas. Y muy especialmente en el nivel del Distrito Sanitario potenciar y reforzar las Comisiones de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del Distrito en el que estén presentes los responsables del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados como responsables de la atención y organización de la coordinación y continuidad de cuidados; y los responsables de los recursos sociales específicos de referencia (CRPS, Centro de Día, CRL, MR, etc) y los responsables de los Servicios Sociales generales de la zona. Esta Comisión de Rehabilitación de Distrito se debe reunir con periodicidad frecuente y a ser posible al menos mensualmente para coordinar la atención global a los pacientes enfermos mentales graves y establecer la colaboración y participación de cada uno (Salud Mental, Servicios Sociales Generales y Recursos específicos de atención social) en la atención integral y la continuidad de cuidados.

### **ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA: COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED**



# Modelo de red integral y coordinada de recursos para la atención, rehabilitación y apoyo comunitario a la población enferma mental crónica en la Comunidad de Madrid



### 5.3. ESTÁNDARES DE PLAZAS DE LOS CENTROS Y RECURSOS Y OBJETIVOS DE COBERTURA.

Una planificación seria y racional exige realizar una estimación de necesidades de plazas por tipología de recursos. Por ello, y basándose fundamentalmente en la propuesta que mayor consenso nacional ha alcanzado (realizada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en el año 2000 y 2002) \* y en la propia experiencia del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica, se propone que los estándares de plazas de la red de centros y recursos de atención social del presente **Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica** 2003-2007 sean los siguientes:

#### Red de centros y recursos del I PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS. (Estándares de plazas)

CENTRO /RECURSO	Plazas x 100.000 hab. Mínimas	Plazas x 100.000 hab. Óptimas
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	30 plazas	50 plazas
Centros de Día (actividades de soporte social)	15 plazas	30 plazas
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado.	15 plazas	30 plazas
MiniResidencia (MR)	15 plazas	30 plazas
Pisos supervisados/tutelados	6 plazas	10 plazas
Plazas en Pensiones supervisadas	1 plaza	2 plazas

Los equipos de apoyo social comunitario, dada su peculiaridad y novedad, no están incluidos en la presente tabla por no disponer en la actualidad de referencias sobre ratios necesarias.

Esta propuesta de estándares y ratios de plazas x 100.000 habitantes tiene un carácter orientativo y abierto por cuanto el desarrollo de recursos, las nuevas demandas y un mejor conocimiento de las necesidades obligará a una constante evolución y adaptación.

Asimismo en el periodo 2003-2007 que comprende este PLAN se buscará fundamentalmente avanzar en el desarrollo de una red mínima de recursos de atención social que permita cubrir las necesidades de la población atendida. Y por ello en lo que se refiere a objetivos de cobertura se planteará acercarse o alcanzar las ratios mínimas establecidas.

\* Consultar los "Cuadernos técnicos" nº 4 (2000) y nº 6 (2002) de rehabilitación de la A.E.N.

**Red de centros y recursos del PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS.**

**OBJETIVOS DE COBERTURA DEL PLAN 2003-2007**

<b>CENTRO / RECURSO</b>	<b>Ratio Mínima Plazas x 100.000 hab.</b>	<b>Nº Total de Plazas Mínimas necesarias en la Comunidad de Madrid</b>	<b>Nº Total de Centros Necesarios en la Comunidad de Madrid</b>
<b>Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)</b>	30 plazas	1750 plazas	22 CRPS (80 pl c/u)
<b>Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)</b>	15 plazas	750 plazas	22 CD (30/35 pl c/u)
<b>Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado.</b>	15 plazas	750 plazas	15 CRL (50pl c/u)
<b>MiniResidencias (MR)</b>	15 plazas	750 plazas	25/30 MR (25/30 pl c/u)
<b>Pisos supervisados / tutelados</b>	6 plazas	300 plazas	60/70 Pisos (4/5 pl c/u)
<b>Pensiones supervisadas</b>	1 plazas	50 plazas	50 plazas en Pensiones
<b>TOTAL</b>	<b>82 plazas de atención social x 100.000 hab.</b>	<b>4.350 plazas</b>	

Aunque el presente Plan se plantea asimismo el desarrollo de Equipos de apoyo social comunitario, reiteramos que dada su peculiaridad y novedad, no están incluidos en la presente tabla por no disponer en la actualidad de referencias sobre ratios necesarias.

Sobre la base de estos objetivos de cobertura que se plantea alcanzar el *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007* y que suponen llegar a los ratios mínimos de los distintos tipos de centros, y teniendo en cuenta la situación actual en cuanto a centros ya en funcionamiento, los objetivos de desarrollo de nuevos centros en el marco del presente PLAN para el periodo 2003-2007 serían los siguientes:

**Red de centros y recursos del PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS.**

**OBJETIVOS DE DESARROLLO DE NUEVOS CENTROS PLAN 2003-2007**

<b>CENTRO / RECURSO</b>	<b>Situación actual Mayo 2003</b>	<b>Nº nuevos Centros a desarrollar 2003-2007</b>	<b>Total Red de Centros prevista para 2007</b>
<b>Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)</b>	9 CRPS con 785 plazas	13 nuevos CRPS con 965 pl aprox.	22 CRPS con una 1750 plazas
<b>Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)</b>	- hasta ahora los CRPS realizaban en parte estas funciones de soporte social	22 nuevos CD con 750 pl aprox.	22 Centros de Día de soporte social con 750 plazas
<b>Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado.</b>	4 CRL con 190 plazas	11 nuevos CRL con 560 pl aprox	15 CRL con 750 plazas
<b>MiniResidencias (MR)</b>	9 MR con 180 plazas	570 nuevas plazas de MR	28 MR aprox 750 plazas de MR
<b>Pisos supervisados / tutelados</b>	10 pisos con 41 plazas	250 nuevas plazas de Pisos	70 Pisos aprox 300 plazas
<b>Plazas supervisadas en Pensiones</b>	11 Plazas en Pensiones	40 nuevas plazas en Pensiones	50 Plazas aprox en Pensiones
<b>TOTAL</b>	<b>1.207 plazas existentes en mayo de 2003</b>	<b>3.170 nuevas plazas a desarrollar en el PLAN 2003-2007</b>	<b>Total aprox Plazas 2007 Red de Centros 4.377 plazas</b>

Además de esta red de centros se plantea como novedad el desarrollo de Equipos de Apoyo Social Comunitario para apoyar la atención social domiciliaria y el mantenimiento en el entorno. Inicialmente se pondrán en marcha 4 Equipos de modo experimental en los dos primeros años 2004 y 2005 para poder evaluar su idoneidad, organización óptima y adecuación. Tras esta fase experimental se hará una valoración para continuar su desarrollo, planteándose como objetivo, si la valoración es positiva, seguir desarrollando nuevos Equipos hasta alcanzar un total de 15 en 2007.

Asimismo, además de la anterior red de Centros, **se potenciará la atención a las personas enfermas mentales graves en situación de marginación sin hogar** con la reestructuración y ampliación del actual Proyecto PRISEMI y la puesta en marcha de, al menos, un Centro de Acogida de baja exigencia.

**Esta red de centros tendría 4.377 plazas como mínimo, pero es muy importante aclarar que atenderían de hecho a un número de usuarios superior a este número de plazas** debido a que en muchos de los recursos la atención prestada no es o no necesita ser de carácter permanente y por tanto existen rotaciones en la ocupación de las plazas de los distintos centros. **Por ello se puede estimar que si se cuenta con un número total de plazas de unas 4.377 en el conjunto de la red de atención social se puede estar en condiciones de ofrecer atención a un número de usuarios al año de en torno a 6.400.**



## **6. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN.**

**Este PLAN de Atención Social a personas enfermas mentales graves y crónicas 2003-2007 tendrá como meta esencial la mejora de la atención social a este colectivo y a sus familias para favorecer su rehabilitación e integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.**

Para ello se debe avanzar decididamente completando la red de recursos sociales que actualmente existen hasta alcanzar los mínimos de plazas y centros establecidos, y complementar esta red desarrollando nuevas medidas adicionales de apoyo social comunitario que colaboren en la mejora de la atención y la calidad de vida. Trabajando siempre desde una lógica de coordinación y complementariedad con los recursos sanitarios de Salud Mental a fin de asegurar una atención sociosanitaria integral a esta población y sus distintas problemáticas y necesidades.

### **OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN**

- ➔ **Mejorar la atención social a este colectivo y a sus familias para promover su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.**
- ➔ **Profundizar y consolidar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta con la red de Salud Mental para una atención integral a las necesidades sociosanitarias de este colectivo.**
- ➔ **Potenciar la coordinación con la red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria para favorecer la integración social de estas personas.**
- ➔ **Potenciar la colaboración de otras Consejerías (Consejería de Trabajo, etc), Ayuntamientos y de la sociedad civil (entidades, Fundaciones, Obras Sociales de Entidades Financieras) en la integración social y laboral de este colectivo.**
- ➔ **Mejorar el Apoyo a las Familias así como Potenciar la coordinación con el Movimiento Asociativo de Familiares de enfermos mentales y establecer mecanismos de apoyo y financiación al mismo.**
- ➔ **Luchar contra el estigma social que sufre este colectivo. Establecer medidas que mejoren el conocimiento y la comprensión social de la problemática y necesidades de este colectivo y potencien su integración social normalizada.**
- ➔ **Impulsar la formación de los profesionales, así como la investigación social y los mecanismos de aseguramiento de la calidad de los servicios prestados.**

## **7. ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y MEDIDAS.**

El **Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007** se estructura sobre tres estrategias o líneas de actuación fundamentales, cada una de ellas compuesta por un conjunto de programas dirigidos a los diferentes objetivos y, a su vez, cada uno de ellos organizado en un conjunto de medidas que consituyen la operativización concreta del Plan. Estas estrategias o líneas de actuación son las siguientes:

**I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL.**

**II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO**

**III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL**

### **PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007**

<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>PROGRAMAS</b>
<b>I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL</b>	<p>I.1 Programa de Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial</p> <p>I.2. Programa de Apoyo Social e Integración Comunitaria</p> <p>I.3 Programa de Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción en el Empleo</p> <p>I.4 Programa de Atención Residencial y Alojamiento con apoyo</p> <p>I.5 Programa de Atención Social y Reinserción de Personas enfermas mentales en situación de marginación sin hogar o en grave riesgo de exclusión</p>
<b>II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO</b>	<p>II.1 Programa de Información, asesoramiento y apoyo a las familias</p> <p>II.2 Programa de Apoyo al Movimiento Asociativo de familiares y afectados</p>
<b>III.COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL</b>	<p>III.1 Programa de Coordinación, Planificación conjunta y Complementariedad con Salud Mental</p> <p>III.2 Programa de Coordinación y Complementariedad con la Red de Servicios de Atención Social Primaria (Servicios Sociales Generales)</p> <p>III.3 Programa de Colaboración Interinstitucional</p> <p>III.4 Programa de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma</p> <p>III.5 Programa de Voluntariado Social</p> <p>III.6. Programa de Formación, Investigación y Calidad</p>

A continuación se irán detallando cada uno de los Programas que conforman cada una de las tres grandes líneas estratégicas del PLAN. Por cada Programa se ofrecerá una descripción específica de su justificación, contenidos, objetivos de cobertura a alcanzar, organismos responsables e implicados, etc.

De todos modos es importante señalar que este PLAN abre un proceso de planificación y desarrollo que no se debe entender de un modo rígido, sino que estará abierto a las nuevas demandas y exigencias que puedan surgir o a los aprendizajes que el propio desarrollo del Plan pueda ir ofreciendo, de tal modo que el desarrollo operativo de este Plan queda abierto a contemplar otras posibles medidas o actuaciones que contribuyan a alcanzar los objetivos planteados y que se reformularán y articularán a partir de las evaluaciones intermedias previstas a lo largo del desarrollo del Plan.

El desarrollo concreto de los programas y medidas consecuentes a estas tres estrategias es el siguiente.

## **Estrategia I: AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL.**

### **PROGRAMAS**

#### **I.1. PROGRAMA DE APOYO A LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

##### **I.1.1. Fundamentación / justificación.**

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se deriva de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchas de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis funcionales presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria. Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial, que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. La rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles. La rehabilitación es un elemento esencial y central en la organización de una atención sociosanitaria integral a la población con Trastorno Mental Grave.

La rehabilitación psicosocial es una prestación sanitaria pero que también tiene una importante dimensión social, ambos componentes, sanitario y social, se necesitan y complementan mutuamente. **Los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental son los responsables de la rehabilitación de los pacientes y el eje vertebrador desde el que se organizan y coordinan los procesos de rehabilitación psicosocial de esta población.** Como recurso complementario de apoyo a estos procesos se hace necesario el desarrollo de dispositivos sociales específicos de apoyo a la rehabilitación psicosocial como los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) desde los que se ofrecen actividades de recuperación y mejora del funcionamiento psicosocial, apoyo social y a la integración comunitaria y apoyo a las familias.

La Consejería de Servicios Sociales había venido desarrollando este tipo de Centros (CRPS) con una función esencial de ofrecer programas de mejora del funcionamiento psicosocial y apoyo a la integración social así como apoyo a las familias. Hasta ahora se han puesto en funcionamiento 9 CRPS con 785 plazas, que aún resultan muy insuficientes. Por ello se hace necesario crear nuevos CRPS que permitan completar una red mínima de estos recursos, trabajando desde una lógica de estrecha coordinación, complementariedad y actuación conjunta con los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental.

##### **I.1.2. Descripción: definición y contenidos.**

Este Programa incluye los **Centros de Rehabilitación Psicosocial**, como recursos de apoyo a los procesos de rehabilitación psicosocial, dirigidos a ayudar a las personas con enfermedad mental crónica a mejorar su funcionamiento psicosocial y con el objetivo de promover el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración social.

### I.1.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.

Teniendo presente las ratios de plazas que se han establecido en el apartado 6 del presente PLAN, los objetivos operativos de cobertura y desarrollo relativos a este Programa serán los siguientes:

**- Centros de Rehabilitación Psicosocial:** Se plantea alcanzar la ratio mínima de 30 plazas de CRPS x 100.000 habitantes, que será el objetivo de cobertura a alcanzar a lo largo del periodo del Plan. Ello supondría alcanzar un total de unas 1.750 plazas al final del 2007 lo que conllevaría contar al final de dicho año con unos 22 CRPS en funcionamiento. A inicios de 2003 existían 9 CRPS con 785 plazas por lo que el objetivo de desarrollo se concreta en la puesta en marcha a lo largo del periodo 2003-2007 de 13 nuevo CRPS con aproximadamente 965 nuevas plazas.

### I.1.4. Calendario de implantación.

El objetivo es desarrollar progresivamente en cada uno de los años comprendidos en el presente plan el número de Centros de Rehabilitación Psicosocial necesarios para alcanzar los objetivos de cobertura planteados, tal y como se presenta a continuación:

#### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

		2003*	2004	2005	2006	2007
CRPS	Nº de Centros	9+ 4: 13	16	18	20	22
	Nº de Plazas	785 + 270: 1.055	1295	1455	1615	1750

\*A inicios del 2003 existían 9 CRPS (785 pl) en funcionamiento y a final de 2003 se prevé la puesta en marcha de 4 nuevos CRPS (270 pl) con lo que al terminar el 2003 se contará con un total de 13 CRPS con unas 1.055 plazas en total.

En el desarrollo de este calendario se trabajará de forma conjunta con los Servicios de Salud Mental para asegurar un crecimiento homogéneo, coordinado y acorde a las necesidades de las diferentes Áreas y Distritos de la Comunidad de Madrid.

### I.1.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

#### I.1.5.1. Organismos responsables.

- Consejería de Servicios Sociales: Diseño, promoción, desarrollo y supervisión.
- Entidades sociales y empresas de servicios: colaboración en la gestión.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad: coordinación y colaboración en la planificación .

#### I.1.5.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

- Coordinación con la red de atención primaria de servicios sociales.
- Colaboración de Ayuntamientos y otras entidades (Obra Social de Caja Madrid, etc) en la aportación de locales e infraestructura.

## I.2. PROGRAMA DE APOYO SOCIAL E INTEGRACIÓN COMUNITARIA.

### I.2.1. Fundamentación / justificación.

Como complemento y continuidad de los procesos de rehabilitación psicosocial se necesita también ofrecer programas de apoyo social, soporte comunitario y apoyo a la integración social que ayuden a las personas con enfermedad mental grave a mantenerse en la comunidad en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, potenciando su funcionamiento psicosocial y apoyando su integración en la comunidad y que permitan evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de déficit o deterioros psicosociales o de dificultades de integración comunitaria.

Por ello se plantea la necesidad de desarrollar nuevos recursos que atiendan adecuadamente estas funciones y que trabajen de un modo complementario con los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y con los CRPS. Estos nuevos recursos serán por un lado, **Centros de Día de soporte social** y por otro lado, **Equipos de apoyo social comunitario**.

### I.2.2. Descripción: definición y contenidos.

Este Programa incluye los centros y recursos orientados a ofrecer programas de soporte social y apoyo social comunitarios, dirigidos a ayudar a las personas con enfermedad mental crónica y con el objetivo de facilitar su mantenimiento en la comunidad, promover el desarrollo de su autonomía y apoyar su integración social.

Los centros y recursos que forman parte de este Programa son los siguientes:

- **CENTROS DE DÍA de Soporte o Apoyo Social.**
- **EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIOS.**

### I.2.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.

Teniendo presente las ratios de plazas que se han establecido en el apartado 6 del presente PLAN, **los objetivos operativos de cobertura y desarrollo relativos a este Programa y los centros y recursos que los componen, serán los siguientes:**

**- Centros de Día de soporte social: Se plantea un ratio mínimo de 15 plazas x 100.000 habitantes, que será el objetivo de cobertura a alcanzar a lo largo del periodo del Plan. Ello supondría alcanzar un total de unas 750 plazas de Centro de Día al final del 2007.**

Se preve poder poner en marcha durante el periodo de ejecución del Plan 22 Centros de Día con un total de 750 plazas.

- **Equipos de apoyo social comunitario**: Se plantea que estos equipos específicos se inicien de un modo experimental en diferentes zonas para valorar su pertinencia, adecuación a las necesidades de atención domiciliaria y apoyo social existentes y a la necesaria coordinación y trabajo en red con los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental y con los Servicios Sociales Generales.

Por ello, en los años iniciales del Plan se pondrán en marcha varios equipos de apoyo, continuando su desarrollo sobre la base de esta experiencia. Así se plantea iniciar esta experiencia con 4 Equipos de Apoyo durante los años 2004 y 2005 a modo de proyectos piloto para valorar y ajustar su organización óptima, su idoneidad y adecuación. Sobre la base de la evaluación de los mismos se planificará el desarrollo de nuevos Equipos con el objetivo de alcanzar un total de 15 Equipos al final del 2007.

#### I.2.4. Calendario de implantación.

El objetivo es desarrollar progresivamente, en cada uno de los años comprendidos en el presente PLAN, el número de Centros de Día y de Equipos de Apoyo necesarios para alcanzar los objetivos de cobertura planteados, tal y como se presenta a continuación:

#### **CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN**

		2003	2004	2005	2006	2007
<b>Centros de Día</b>	Nº de Centros	4	7	12	17	22
	Nº de Plazas	80	200	375	550	750
<b>Equipos de apoyo comunitario</b>	Nº de equipos	4 Equipos. Inicio experimental y de valoración de su adecuación			<b>Evaluación y desarrollo de nuevos equipos. Objetivo 15 EASC</b>	

#### I.2.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

##### I.2.5.1. Organismos responsables.

- Consejería de Servicios Sociales: Diseño, promoción, desarrollo y supervisión.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad: coordinación y colaboración en la planificación.
- Entidades sociales y empresas de servicios: colaboración en la gestión

##### I.2.5.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

- Coordinación con la red de atención primaria de servicios sociales.
- Colaboración de Ayuntamientos y otras entidades (Obra Social de Caja Madrid, etc) en la aportación de locales e infraestructura.

## I.3. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INSERCIÓN EN EL EMPLEO.

### I.3.1. Fundamentación / justificación.

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con enfermedad mental grave y crónica. En esta situación intervienen diferentes factores a distintos niveles:

- Los déficit y discapacidades que dificultan el funcionamiento y ajuste laboral.
- La falta de experiencia e historia laboral previa.
- La insuficiencia de recursos comunitarios de rehabilitación vocacional-laboral.
- El rechazo social y estigma asociado a los trastornos psiquiátricos.
- El contexto laboral actual marcado por unas elevadas tasas de desempleo incide negativamente en las posibilidades de integración laboral de la población psiquiátrica crónica.

Todos estos factores interactúan de un modo complejo y exigen intervenciones diferenciales y específicas dirigidas a modular y disminuir los obstáculos y problemas existentes y a maximizar las oportunidades de realizar actividades productivas y remuneradas de este colectivo, paso decisivo para avanzar en su integración social y en la mejora de su calidad de vida.

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con enfermedad mental crónica en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general, escasa cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar personas con enfermedad mental, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

La Consejería de Servicios Sociales ha venido desarrollando Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), que tienen como misión preparar a dichas personas para su inserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral. Hasta ahora se han puesto en funcionamiento 4 CRL con 190 plazas que aún resultan muy insuficientes. Por ello se hace necesario crear nuevos Centros que permitan completar una red mínima de estos recursos. Asimismo estos CRL deben incrementar y reforzar sus funciones de apoyo al acceso y mantenimiento en el mercado laboral normalizado para lo cual se incrementará su plantilla con preparadores laborales que permitan el desarrollo de programas de “empleo con apoyo” y otras acciones de inserción laboral en el mercado normalizado.



De todos modos, además de los CRL como recurso social específico de rehabilitación laboral, preparación y apoyo a la integración en el mundo laboral, son necesarias otras medidas y actuaciones complementarias que promuevan la integración laboral y el incremento de las oportunidades de incorporación laboral productiva de este colectivo.

En estas medidas es imprescindible la implicación de la Consejería de Trabajo como competente en las materias de formación y promoción de empleo. Se trataría por tanto de profundizar y ampliar la implicación de la Consejería de Trabajo a través del Servicio Regional de Empleo desde sus áreas de formación y empleo.

### **I.3.2. Descripción: definición y contenidos.**

Este Programa incluye los *Centros de Rehabilitación Laboral* orientados a ofrecer programas de rehabilitación laboral y apoyo a la inserción junto a otras medidas complementarias de formación y promoción de empleo que se deben desarrollar con la colaboración e implicación específica del Servicio Regional de Empleo de la Consejería de Trabajo y de otras entidades como Ayuntamientos o asociaciones.

Este Programa se compondrá por tanto de los Centros de Rehabilitación Laboral como recurso específico desde Servicios Sociales así como de las otras medidas indicadas que desborda el ámbito de los Servicios Sociales y exigen la decidida implicación de la Consejería de Trabajo y de otras entidades:

- **CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL).**
- **MEDIDAS COMPLEMENTARIAS DE FORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE EMPLEO**

**Con la colaboración e implicación de Consejería de Trabajo y la coordinación con otras entidades se plantean básicamente las siguientes medidas complementarias de formación y promoción de empleo:**

- **Formación Laboral Ocupacional.**

Para aquellos usuarios que presentan necesidades de formación y cualificación laboral como condición y/o elemento facilitador para promover su empleabilidad se hace preciso facilitar su acceso al conjunto de la oferta formativa normalizada existente. Pero además es necesario, para aquellos que presenten dificultades para participar y beneficiarse de acciones formativas normalizadas, la organización de una oferta específica de acciones formativas ad hoc para este colectivo.

En esta línea sería importante señalar la importancia de que las acciones formativas específicas planteadas permitan la obtención del Certificado de Profesionalidad al término de la formación especializada.

Asimismo sería de gran importancia articular mecanismos que favorezcan la realización de prácticas laborales en empresas, como parte del proceso de formación.

A tal fin se buscará la implicación del Área de Formación del Servicio Regional de Empleo en ambas líneas de actuación:

- Mecanismos de facilitación de acceso a la oferta formativa normalizada de personas con enfermedades mentales crónicas que necesitan mejorar su cualificación y tienen un nivel de autonomía y motivación adecuado.
  - Organización de acciones formativas específicas de formación laboral para aquellas personas con enfermedad mental que necesitarían una metodología de formación y una duración más ajustada a sus limitaciones y posibilidades y que tienen especiales dificultades para beneficiarse de la oferta formativa normalizada.
  - Favorecer el incremento de Talleres de Empleo, tanto en lo que se refiere al tipo de ocupación laboral como al número de participantes del colectivo.
- **Apoyo a la contratación y de promoción de empleo.**

Otro elemento esencial es que el mercado laboral ordinario pueda ofrecer mayores oportunidades de contratación para aquellas personas afectadas de una enfermedad mental que están preparadas y en condiciones de trabajar tras haber pasado por procesos de formación y rehabilitación laboral. Se trataría, por tanto, de que en el marco de las ayudas y subvenciones a la contratación a personas con discapacidad que ofrece el Servicio Regional de Empleo se establezcan actuaciones coordinadas y complementarias que permitieran promover específicamente la contratación de este colectivo de personas con discapacidad por enfermedad mental.

De otra se hace preciso reforzar con medidas específicas de sensibilización y apoyo a los empresarios, para que se vayan implicando más activamente en la contratación de este colectivo de trabajadores.

- **Apoyo a la creación de centros especiales de empleo.**

La Consejería de Trabajo tiene entre sus competencias la calificación, promoción y apoyo a los Centros Especiales de Empleo. Los Centros Especiales de Empleo son una fórmula de empleo protegido para personas con discapacidad. Han tenido un importante desarrollo con relación a otros colectivos de personas con discapacidad intelectual, física y sensorial pero muy escasa en relación con este colectivo de personas con discapacidad derivada de una enfermedad mental crónica. Apenas existen en la Comunidad de Madrid empresas con la calificación de CEE que se dirijan específicamente a esta colectivo.

Los CEE como fórmula de empleo protegido conforman una posible alternativa laboral para aquellos usuarios que presentan mayores dificultades para su inserción y mantenimiento en el mercado ordinario o para aquellos que necesitan un empleo de transición que les prepare progresivamente para su inserción laboral normalizada. Por ello,

es necesario además de fomentar la contratación e incorporación en el mercado ordinario, complementarlo con medidas de promoción, apoyo técnico e incentivos económicos que promuevan la creación de CEE dirigidos a este colectivo en la Comunidad de Madrid.

Se trataría por tanto de que en el marco de los apoyos técnicos, ayudas y subvenciones a los Centros Especiales de Empleo que ofrece la Consejería de Trabajo se establezcan actuaciones coordinadas complementarias que permitan promover específicamente la creación y desarrollo de estas iniciativas laborales protegidas dirigidas a la población con enfermedad mental.

- **Actuaciones de Sensibilización, Intermediación y de Promoción de Empleo.**

Se plantea desde la implicación de la Consejería de Trabajo, a través de sus distintos servicios y líneas de ayudas, promover de un modo coordinado actuaciones de sensibilización, dinamización, intermediación con el mundo empresarial y apoyo técnico a la promoción de empleo y al desarrollo de iniciativas laborales.

Las actividades principales serían entre otras las siguientes:

- **Sensibilización:** Desarrollo de materiales y actuaciones de información y sensibilización con el mundo empresarial y los agentes sociales para facilitar una mayor comprensión de las capacidades laboral de esta colectivo y facilitar sus posibilidades laborales.
- **Dinamización e Intermediación:** Se trataría de articular múltiples actuaciones de intermediación con el mercado laboral: contacto con empresarios, captación de potenciales puestos de trabajo, creación de bolsa de empleo. Esta actuación se podría articular mediante la promoción de un Centro de Apoyo a la Intermediación Laboral (CAIL) promovido por alguna entidad social que pudiera recibir apoyo económico desde las líneas de ayudas existentes al efecto en la Consejería de Trabajo.
- **Asesoría y apoyo técnico de iniciativas laborales:** Promover, en coordinación con los Servicios de apoyo técnico de la Consejería de Trabajo, actuaciones de asesoría económica y empresarial, realización de estudios de viabilidad y apoyo técnico para apoyar a emprendedores en el desarrollo de nuevas iniciativas laborales (Centros Especiales de Empleo, Empresas de Inserción) comprometidas con la integración laboral de este colectivo.
- **Apoyo a empresarios:** Ofrecería asimismo apoyo a los empresarios para asesorarles en la incorporación y mantenimiento de enfermos mentales en puestos de trabajo, contando para ello con el apoyo de los Centros de Rehabilitación Laboral en estas tareas de apoyo y asesoramiento.
- **Otras actuaciones complementarias en materia de promoción de empleo:** Además de todas las actuaciones recogidas anteriormente, se deben llevar a cabo otras actividades complementarias en materia de promoción de empleo. Se podría hablar así de fórmulas de Empleo *de transición*, mediante contratos de inserción como fórmula de inserción laboral para aquellas personas con especiales dificultades laborales, y como una vía a medio y/o largo plazo de

integración en el mercado laboral ordinario. Esta opción podría desarrollarse o bien desde los propios Centros del presente Plan, o bien en colaboración con el movimiento asociativo, Ayuntamientos, etc.

- **Coordinación con Ayuntamientos en el marco de sus Iniciativas Locales de Empleo para el desarrollo de proyectos locales de inserción laboral.**

De otra parte, desde la colaboración del Servicio Regional de Empleo, se plantea otra Medida a realizar en colaboración con los Ayuntamientos en el marco de sus Iniciativas Locales de Empleo:

Esta medida está destinada a fomentar desde el ámbito local la integración laboral de este colectivo. Así, se plantea la necesidad de una coordinación con los Ayuntamientos, para que en sus Iniciativas Locales de Empleo establezcan medidas y/o proyectos que apoyen la inserción laboral de estas personas en su propio municipio, bien a través de proyectos específicos de integración laboral, reserva de puestos de trabajo en programas municipales de empleo u otras medidas relevantes y ajustadas a las circunstancias de cada uno de los municipios.

### **I.3.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.**

Teniendo presente las ratios de plazas que se han establecido en el apartado 6 del presente PLAN, **los objetivos operativos de cobertura y desarrollo relativos a este Programa y los centros y otras medidas que lo componen, serán los siguientes:**

- **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL): Se plantea alcanzar la ratio mínima de 15 plazas de CRL x 100.000 habitantes, que será el objetivo de cobertura a alcanzar a lo largo del periodo del Plan. Ello supondría alcanzar un total de unas 750 plazas al final del 2007. Esto se traduce en contar al final de 2007 con unos 15 CRL en funcionamiento. A inicios de 2003 existían 4 CRL con 190 plazas por lo que el objetivo de desarrollo se concreta en la puesta en marcha a lo largo del periodo 2003-2007 de 11 nuevos CRL con aproximadamente 560 nuevas plazas.**
- **Otras Medidas Complementarias de Apoyo a la Integración Laboral:** En relación a las medidas complementarias que se han indicado y que se desarrollarían con la implicación y participación de la Consejería de Trabajo y otras entidades como Ayuntamientos, no se pueden establecer, ni es oportuno, ratios específicas sino que sobre la base de la coordinación con Trabajo y otras administraciones locales y entidades se plantea como líneas generales los siguiente objetivos:
  - Desarrollar un Programa Anual de Formación laboral ocupacional por parte del Area de Formación del Servicio Regional de Empleo desde la coordinación con la Consejería de Servicios Sociales a través del presente PLAN y la colaboración de otra entidades.
  - Implementar anualmente, en coordinación con la Consejería de Trabajo, actuaciones de sensibilización que promuevan la integración en el mercado laboral de este colectivo .

- Optimizar, por parte del Servicio Regional de Empleo, las medidas existentes de apoyo a la contratación laboral de este colectivo en el marco de las ayudas a la integración laboral de personas con discapacidad.
- Negociar convenios con Ayuntamientos desde la Consejería de Trabajo y con la colaboración de la Consejería de Servicios Sociales para el desarrollo de actuaciones o proyectos de inserción laboral de enfermos mentales en el contexto de las Iniciativas Locales de Empleo de los principales municipios de la Comunidad de Madrid.

### I.3.4. Calendario de implantación.

Se desarrollarán progresivamente en cada uno de los años comprendidos en el presente plan el número de Centros de Rehabilitación Laboral necesarios para completar la red mínima establecida. Habría que desarrollar, por tanto, 11 nuevos CRL para, junto con los 4 ya existentes, poder alcanzar las ratios mínimas planteadas.

En relación a las otras medidas complementarias desde la estrecha coordinación, colaboración e implicación con la Consejería de Trabajo se irán desarrollando anualmente en función de los compromisos mutuamente adquiridos.

### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

		2003*	2004	2005	2006	2007
<b>CRL</b>	Nº de Centros	4 + 3: 7	9	11	13	<b>15</b>
	Nº de Plazas	190+150: 340	450	550	650	<b>750</b>
<b>Otras medidas complementarias con la Consejería de Trabajo</b>	Programa Anual de Formación		Desarrollo anual de acciones formativas			
	Acciones de Sensibilización y Promoción de empleo		Diseño y coordinación con Trabajo	Desarrollo anual de actuaciones		
	Medidas de apoyo a la contratación		Desarrollo anual de medidas de apoyo a la contratación y promoción de iniciativas laborales en el marco de las actuaciones de la Consejería de Trabajo			

\*A inicios del 2003 existían 4 CRL (190 pl) en funcionamiento y a final de 2003 se prevé la puesta en marcha de 3 nuevos CRL (150 pl) con lo que al terminar el 2003 se contará con un total de 7 CRL con unas 340 plazas en total.

### **I.3.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

#### **I.3.5.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales: diseño, promoción, financiación y supervisión de los CRL y promoción y coordinación con la Consejería de Trabajo.
- Consejería de Trabajo (Servicio Regional de Empleo): financiación y desarrollo de las medidas complementarias de formación, apoyo a la integración laboral y promoción de empleo.
- Entidades sociales y empresas de servicios: colaboración en la gestión.

#### **I.3.5.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Coordinación con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad: organización y coordinación de la atención.
- Coordinación con la red de atención primaria de servicios sociales.
- Colaboración de Ayuntamientos en el apoyo al desarrollo de proyectos de inserción sociolaboral en el marco de Iniciativas locales de empleo.
- Colaboración con otras entidades (Obra Social de Caja Madrid, Fundación La Caixa, etc) para promover el apoyo a proyectos de inserción laboral.

## I.4. PROGRAMA DE ATENCIÓN RESIDENCIAL Y ALOJAMIENTO CON APOYO.

### I.4.1. Fundamentación / justificación.

Muchas personas con enfermedades mentales graves y crónicas, debido a sus discapacidades psicosociales, tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, y su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre las cuales cobran especial importancia las siguientes:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de las familias, que se pueden “quemar” y desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

Por todo ello, este ámbito de intervención o necesidad es un elemento prioritario para una atención comunitaria que permita el mantenimiento de estas personas en el entorno comunitario y por tanto un componente prioritario de este Plan.

La Consejería de Servicios Sociales ha venido desarrollando un abanico de alternativas residenciales comunitarias formadas por MiniResidencias (MR), Pisos supervisados y Plazas en Pensiones, que a pesar del esfuerzo realizado aún refleja una importante insuficiencia de plazas y recursos de atención residencial. En estos momentos se cuenta con 9 MiniResidencias con 180 plazas, 10 Pisos supervisados con 41 plazas y 11 plazas supervisadas en Pensiones. **Existen por tanto actualmente un total de 214 plazas residenciales que como es evidente resultan muy deficitarias para atender las necesidades existentes.**

**Por tanto, se plantea en este Programa de Atención Residencial avanzar de un modo muy importante en el desarrollo de la red de recursos residenciales diseñada y compuesta por MiniResidencias, Pisos supervisados y Plazas en Pensiones, con el objetivo esencial de crecer en esta red de recursos hasta alcanzar las ratios mínimas establecidas como horizonte al que llegar al final de Plan en el 2007.**

Asimismo, otra línea de actuación que se plantea como complemento a los recursos específicos residenciales, es la que se denomina *Alojamiento con apoyo* y que supone articular mecanismos y fórmulas de apoyo que permitan a los usuarios mantenerse en la medida de lo posible en sus propios domicilios o en otras formulas normalizadas de alojamiento (pisos alquilados compartidos, etc). El objetivo es facilitar el mantenimiento de las personas en su entorno y utilizar los recursos específicos residenciales como MiniResidencias o Pisos supervisados de un modo más óptimo.

La propuesta del Plan es organizar en cada zona un proceso coordinado e individualizado de apoyo a aquellos usuarios que están en situaciones de dificultad y que con los apoyos oportunos podría mantenerse adecuadamente en su propio domicilio o en otras formulas de alojamiento normalizadas evitando situaciones de deterioro y de utilización innecesaria de plazas residenciales específicas (de MiniResidencia por ejemplo).

Este proceso se desarrollará con la asignación de esta tarea a los nuevos equipos de apoyo social comunitario, el personal de las MR y el apoyo de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental así como de los Servicios Sociales Generales.

#### **I.4.2. Descripción: definición y contenidos.**

Este Programa incluye los centros y recursos, dirigidos a ayudar a las personas enfermas mentales crónicas para atender sus necesidades específicas de atención residencial y servir de apoyo y respiro a las familias, así como las actuaciones coordinadas de “alojamiento con apoyo” a través del apoyo al mantenimiento en el propio domicilio o en otras formulas normalizadas.

Los centros y recursos que forman parte de este Programa son los siguientes:

- **MINIRESIDENCIAS (MR).**
- **PISOS SUPERVISADOS.**
- **PLAZAS SUPERVISADAS EN PENSIONES.**

En el caso de los Pisos supervisados y de las plazas en Pensiones se reitera que, dada la experiencia existente, deben articular su funcionamiento de un modo complementario a las MiniResidencias, de ahí que se plantee y proponga que la puesta en marcha de nuevos Pisos o en su caso nuevas plazas en Pensiones deban estar estrechamente coordinadas a las nuevas Miniresidencias que se vayan poniendo en marcha y a las que sirvan de apoyo y complemento.

- **APOYO AL MANTENIMIENTO EN LA PROPIA VIVIENDA O EN OTROS ALOJAMIENTOS NORMALIZADOS (PISOS ALQUILADOS, COMPARTIDOS, ETC).**

Esta actuación es un complemento a la red específica de centros o recursos de atención residencial y un apoyo al trabajo desarrollado desde el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental, así como desde los Servicios Sociales Generales. Se asienta en la filosofía del modelo de “supported housing/ alojamiento normalizado con apoyo” es decir, apoyar a las personas para mantenerse en su propio entorno a través de la articulación de mecanismos y fórmulas de soporte que permitan a los usuarios mantenerse en la medida de lo posible en sus propios domicilios o en otro tipo normalizado de alojamiento (pisos alquilados compartidos, etc). Se trata de facilitar el mantenimiento de las personas en su entorno y utilizar los recursos específicos residenciales como MiniResidencias o Pisos supervisados de un modo más eficiente.



Esta medida se operativiza mediante la dedicación a este objetivo descrito de los nuevos equipos de apoyo social comunitario, que complementarán y apoyarán tanto al Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental, como a las actuaciones desarrolladas desde los Servicios Sociales Generales y desde el resto de la red de recursos sociales del presente Plan (MiniResidencias, CRPS, etc). Es decir, una tarea específica de estos equipos será el apoyo individualizado a aquellos usuarios que estén en situaciones de dificultad y que, con los apoyos oportunos, podría mantenerse adecuadamente en su propio domicilio o en otras fórmulas de alojamiento normalizadas.

#### **I.4.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.**

Teniendo presente las ratios de plazas que se han establecido en el apartado 6 del presente PLAN, **los objetivos operativos de cobertura y desarrollo relativos a este Programa y los centros y recursos que los componen, serán los siguientes:**

**- MiniResidencias (MR): Se plantea alcanzar la ratio mínima de 15 plazas de MR x 100.000 habitantes, que será el objetivo de cobertura a alcanzar a lo largo del periodo del Plan. Ello supondría alcanzar un total de unas 750 plazas al final del 2007. A inicios de 2003 existían 9 MR con 180 plazas por lo que el objetivo de desarrollo se concreta en la puesta en marcha a lo largo del periodo 2003-2007 de unas 570 nuevas plazas de MiniResidencia tanto a través de la construcción de nuevas MR propias como a través del Concierto con entidades que cuenten a vayan desarrollando recursos residencial del tipo MR.**

**- Pisos Supervisados: Se plantea una ratio mínima de 6 plazas x 100.000 habitantes, que será el objetivo de cobertura a alcanzar a lo largo del periodo del Plan. Ello supondría alcanzar un total de unas 300 plazas de Pisos supervisados al final del 2007. A inicios del 2003 se cuenta con un total de 10 pisos supervisados en funcionamiento con 41 plazas y por tanto el objetivo de cobertura y desarrollo será a lo largo del periodo del Plan 2003-2007 poner en marcha unas 250 nuevas plazas en unos 50 nuevos pisos. Se articulará a través de la puesta en marcha de nuevos Pisos supervisados de un modo coordinado con cada una de las MR, tanto existentes como previstas. El Plan plantea, como se ha establecido en el punto anterior, completar la red mínima de MR (15 plazas x 100.000 hab.) y poder contar al final del periodo 2003-2007 con un total 750 plazas. Así pues, como cada MR tendría en estrecha relación varios Pisos supervisados, el objetivo es contar en el 2007 con unos 60 pisos con unas 300 plazas.**

**- Plazas en Pensiones: Se plantea un ratio mínimo de 1 plaza x 100.000 habitantes, que será el objetivo de cobertura a alcanzar a lo largo del periodo del Plan. Ello supondría alcanzar un total de unas 50 plazas al final del 2007. A inicios del 2003 se cuenta con un total de 11 plazas supervisadas en Pensiones y por tanto el objetivo de cobertura y desarrollo será a lo largo del periodo del Plan 2003-2007 poner en marcha unas 40 nuevas plazas en Pensiones distribuidas en aquellas zonas donde sea posible por la existencia de este tipo de establecimientos**

Esta medida se articulará operativamente a través de la puesta en marcha de nuevas Plazas supervisadas en Pensiones, relacionadas con cada una de las MR tanto existentes como previstas. Así pues, cada MR tendría asignadas varias Plazas de Pensiones, con el objetivo de contar en el 2007 con unas 50 plazas.

- **Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda o en otras formulas de alojamiento normalizado:** Por sus características y naturaleza, en esta actuación no se pueden establecer ratios como las que se han indicado en los recursos residenciales específicos. Se necesita en cada distrito y área realizar, en coordinación con los SSM y con los CRPS y MR, un estudio que permita determinar el número de personas que, pudiendo mantenerse en su propio domicilio o en otras formulas de alojamiento, necesitan un apoyo específico.

A partir de este estudio de necesidades se organizará una actuación coordinada sobre la base de los equipos de apoyo social comunitario, y en estrecha colaboración con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia, las MR, los Servicios sociales generales, etc a fin de asegurar una actuación complementaria y sinérgica que facilite el objetivo de que el usuario pueda mantenerse en buenas condiciones de calidad de vida en su domicilio pero reciba el conjunto de apoyos necesarios.

#### I.4.4. Calendario de implantación.

El objetivo es desarrollar progresivamente en cada uno de los años comprendidos en el presente plan el número de MiniResidencia tanto propias como concertadas a las que se irán vinculando tanto Pisos supervisados como plazas en pensiones para alcanzar los objetivos de cobertura planteados. También se pondrán en marcha de forma progresiva los apoyos al mantenimiento en la propia vivienda a medida que se vayan creando los equipos de apoyo social comunitario junto al apoyo desde los CRPS, las nuevas MR, etc.

#### **CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN**

		2003*	2004	2005	2006	2007
<b>Mini-Residencias</b>	Nº de Centros	9+1: 10	12	15	20	<b>28</b>
	Nº de Plazas	210	270	360	510	<b>750</b>
<b>Pisos Supervisados</b>	Nº de Pisos	10	20	33	50	<b>60</b>
	Nº de Plazas	41	95	165	250	<b>300</b>
<b>Plazas supervisadas en Pensiones</b>	Nº de Plazas	11	20	30	40	<b>50</b>
<b>Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda</b>		Estudio de necesidades e inicio			Desarrollo	

\*A inicios del 2003 existían 9 MR (180 pl) en funcionamiento y a final de 2003 se prevé la puesta en marcha de 1 nueva MR (30 pl) con lo que al terminar el 2003 se contará con un total de 10 MR con unas 210 plazas en total.

#### **I.4.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

##### **I.4.5.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales: diseño, promoción, financiación y supervisión.
- Entidades sociales y empresas de servicios: colaboración en la gestión.
- Coordinación con Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad: organización y coordinación de la atención.

##### **I.4.5.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Coordinación con la red de atención primaria de servicios sociales.
- Colaboración de Ayuntamientos y otras entidades (Obra Social de Caja Madrid, etc) en la aportación de locales e infraestructura.

## I.5. PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL Y REINSERCIÓN DE PERSONAS ENFERMAS MENTALES EN SITUACIÓN DE MARGINACIÓN SIN HOGAR O EN GRAVE RIESGO DE EXCLUSIÓN.

### I.5.1. Fundamentación / justificación.

Dentro de la población a la que se dirige este Plan existe un colectivo de personas, los enfermos mentales crónicos sin hogar, que se encuentra en una situación de exclusión social extrema, y que requiere por tanto de unas actuaciones específicas y ajustadas a su situación.

**Es este un colectivo poco conocido y escasamente atendido, en el que se entrecruzan las dimensiones de salud mental y exclusión social.**

La Exclusión Social es un fenómeno complejo al que no se le pueden dar interpretaciones reduccionistas, atribuyendo sólo a un tipo de factores el origen de la misma. Es un fenómeno multidimensional que incluye no sólo pobreza extrema, sino que se refiere al proceso más amplio y global de no acceso o alejamiento de los derechos, oportunidades y bienes que definen y aseguran un nivel de vida digno y unas oportunidades reales de integración. Exclusión del empleo, de las redes sociales normalizadas, de los sistemas de protección social, son entre otros algunos de los efectos y resultados que delimitan este fenómeno, en que las carencias y desventajas (formativas, laborales, de vivienda, de salud, etc.) se acumulan y realimentan.

La Marginación Sin Hogar es, sin duda, la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión social. Las personas con enfermedad mental crónica en situación de marginación sin hogar constituyen un grupo especialmente marginado que sufre condiciones muy graves de pobreza severa, marginación y abandono. Estilos de vida marginales, aislamiento, falta de apoyo familiar y social, falta de recursos económicos, trastornos psiquiátricos, deterioro personal y social son algunos de los elementos que confluyen en este colectivo, conformando un círculo perverso de deterioro, marginalidad y exclusión. A esto se añade el que estas personas por su condición y situación de grave marginación y exclusión no acuden regularmente o no se benefician de los servicios de salud mental y en general de todos los recursos sociales y sanitarios existentes y suelen ser reacios a implicarse en programas de atención. La situación es mucho más grave entre los que malviven en las calles y ni siquiera acuden a albergues o centros de acogida.

Las redes de recursos de atención a marginados sin hogar, de por sí limitadas y con múltiples carencias para poder afrontar la compleja problemática de la población sin hogar, se ven en muchos casos sobrecargadas y sobrepasadas por la problemática psiquiátrica y psicosocial de los enfermos mentales graves y crónicos. Este fenómeno supone un reto importante para los servicios sociosanitarios en general, para ser capaces de ajustarse a las peculiaridades de estas personas y dar respuesta a sus necesidades, posibilitando la mejora de su calidad de vida y facilitando progresivamente su integración social.

Por todo ello se plantea la necesidad de la reformulación y adecuación del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Sin Hogar para, aprovechando su experiencia y potenciando su labor de atención a enfermos mentales sin hogar, ampliarla a un mayor número de personas, y en especial, a los enfermos mentales crónicos que viven

en las calles, trabajando en coordinación y sirviendo de apoyo a los recursos y programas que intervienen en la atención a personas sin hogar.

Igualmente, se plantea la necesidad de crear un Centro de Atención de baja exigencia que ofrezca los servicios básicos a este colectivo de enfermos mentales crónicos que viven en la calle, sirva de apoyo al enganche de estas personas para su acercamiento a la red y mejore su calidad de vida.

### **I.5.2. Descripción: definición y contenidos.**

Este Programa ha de estar enmarcado en un ámbito lo más amplio posible de colaboración interinstitucional, especialmente con el Ayuntamiento de Madrid y con el Programa de Atención a Personas sin Hogar de la Consejería de Servicios Sociales en el marco del Plan de Lucha contra la Exclusión Social, que permita articular y optimizar los esfuerzos técnicos y financieros en la atención a este colectivo.

Un elemento definitorio básico y fundamental ha de ser la coordinación entre los recursos de atención a marginados sin hogar y entre los servicios sociosanitarios existentes para favorecer la atención integral a este colectivo. Este programa no se plantea la cobertura de las múltiples y variadas necesidades de los enfermos mentales crónicos sin hogar creando unos servicios específicos para este colectivo, sino que mediante la coordinación entre los diferentes recursos existentes, especialmente los Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales Generales, articular un sistema integrado de servicios que de modo flexible y coordinado pueda dar respuesta a las necesidades de estas personas (necesidades básicas, atención médica, atención psiquiátrica, soporte residencial, rehabilitación psicosocial, etc.). El Programa ha de desarrollar fórmulas activas y de búsqueda que permitan acercarse a esta población allí donde se encuentre para apoyar el acceso, vinculación y utilización de dichos servicios por esta población.

Los recursos que forman parte de este Programa son los siguientes:

- ***Proyecto de Rehabilitación y Inserción Social de Personas Enfermas Mentales Sin Hogar (Proyecto PRISEMI).***
- ***Desarrollo de un Centro de Atención de Baja Exigencia para Enfermos Mentales Sin Hogar.***

### **I.5.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.**

Se estima que en Madrid pueden existir 100 personas con enfermedad mental viviendo en la calle sin tratamiento de salud mental y 250 personas con enfermedad mental utilizando distintos recursos de la Red de atención a personas sin hogar. El planteamiento, teniendo en cuenta las dificultades e intensidad que conlleva la atención a este tipo de problemática, es atender en los diferentes niveles de intervención (enganche, mejora calidad de vida, apoyo, inicio del proceso de rehabilitación, etc.) el mayor número de personas posibles. **Para ello se reestructurará y se potenciará el actual Proyecto PRISEMI para ofrecer apoyo más específico para las personas sin hogar enfermas mentales que se encuentran en la calle**, sirviendo de apoyo a las entidades (UMES, CEDIA, RAIS, REALIDADES; etc) que trabajan en la atención comunitaria a los sin hogar y favoreciendo el proceso de enganche y acercamiento de este colectivo a la red sociosanitaria. Se trabajará además en estrecha cooperación y complementariedad con el equipo de profesionales (un

psiquiatra y dos enfermeros) que contratará y organizará Salud Mental para la atención e intervención comunitaria con las personas sin hogar en la calle o en los recursos asistenciales existentes para los sin hogar (albergues, centros de acogida, centros de noche, etc). **Asimismo, se plantea diseñar y desarrollar al menos un Centro de Atención de Baja Exigencia para personas con enfermedad mental grave y sin hogar**, en estrecha colaboración con el Ayuntamiento de Madrid a través de su servicio de atención a personas sin hogar, así como en estrecha complementariedad con los programas de atención a personas sin hogar coordinados desde la Consejería de Servicios Sociales en el marco del Plan de Lucha Contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid.

#### **I.5.4. Calendario de implantación.**

El objetivo es desarrollar las medidas previstas en el período comprendido entre los años 2003 y 2007 comenzando por la Reformulación y adecuación del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar (Proyecto PRISEMI) y prosiguiendo por la creación del Centro de Atención de Baja Exigencia.

- Reformulación en el año 2004 del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar.
- Elaboración en el 2004 de documento Diseño de Centro de Atención de Baja Exigencia. Coordinación en la Consejería de Servicios Sociales en el marco del Plan de Lucha contra la Exclusión Social.
- Búsqueda de local. Coordinación del Ayuntamiento de Madrid. 2003-2004
- Contratación de la gestión del Centro de Atención de Baja Exigencia. Puesta en marcha 2005.

#### **CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN**

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>PRISEMI</b>	Reformulación Proyecto		Desarrollo nuevo Proyecto		
<b>Centro de Baja exigencia</b>		Diseño del Centro	Puesta en marcha	Funcionamiento	

#### **I.5.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

##### **I.5.5.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales: diseño, promoción, financiación y supervisión.
- Entidades Sociales y empresas de servicios: colaboración en la gestión.

##### **I.5.5.2 Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Colaboración y coordinación con el Programa de Atención a Personas Sin Hogar del Ayuntamiento de Madrid
- Colaboración con otras entidades en la aportación de locales e infraestructura.
- Coordinación con Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.
- Coordinación con la red de atención a personas sin hogar.

## **ESTRATEGIA II: APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.**

### **PROGRAMAS**

#### **II.1. PROGRAMA DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO A LAS FAMILIAS.**

##### **II.1.1. Fundamentación / justificación.**

La relación con la familia proporciona al individuo un sentido de pertenencia a un grupo y de identidad personal, que no es proporcionado por la vinculación con ningún otro recurso o entidad social. En el caso de las personas con enfermedad mental crónica la familia puede ser una fuente de apoyo social muy importante y un factor clave de cuidado y soporte.

En nuestra comunidad la mayoría de los enfermos mentales crónicos conviven con su familia que constituye su principal recurso de cuidado y apoyo. Sin embargo la problemática y necesidades de las familias aún es poco conocida y atendida. Es necesario el reconocimiento de la sociedad en su conjunto y del sistema de atención en especial respecto al papel que cumplen las familias en el mantenimiento, rehabilitación y soporte del enfermo mental crónico en la comunidad. Asimismo, las familias precisan atención a sus dificultades y problemas, que en muchos casos viven y afrontan de un modo aislado.

El desarrollo de una red suficiente de recursos de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica, que configura la estrategia I de este Plan, es un elemento fundamental de apoyo a las familias ya que un modo básico de apoyo es que sus hijos o familiares afectados reciban la atención que precisan. Pero además es también de gran importancia ofrecer apoyo y asesoramiento a las propias familias. Por ello se plantea la pertinencia de desarrollar programas específicos en esta línea. Así, como complemento a la atención a los familiares de los enfermos mentales crónicos que se realiza desde distintos recursos del presente plan (C.R.P.S., Centros de Día, Mini-Residencias, C.R.L, etc.), se va a desarrollar un conjunto de medidas relacionadas con la información, asesoramiento y apoyo a las familias que pueden servir para paliar el estigma y el rechazo social que genera la enfermedad mental y para disminuir el aislamiento, la desinformación, y la sobrecarga de muchos familiares de personas con enfermedad mental.

##### **II.1.2. Descripción: definición y contenidos.**

Este Programa incluye las siguientes medidas:

- Extensión de los programas “Escuela de familias” de psicoeducación y apoyo social, en los Centros de Rehabilitación Psicosocial, en colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental, para que puedan beneficiarse de estos programas, no sólo los familiares de usuarios atendidos en estos recursos, sino también los

familiares de usuarios con enfermedad mental crónica atendidos en dichos Servicios de Salud Mental.

- Elaboración y difusión de materiales de información y guías de apoyo, en colaboración con la Consejería de Sanidad, dirigidas tanto a familiares como a afectados con el objetivo de “normalizar” la imagen de los enfermos mentales crónicos, disminuir el estigma y el aislamiento de familiares y afectados, así como informar de los recursos existentes.
- Creación de una línea 900 de información y orientación a familias y a afectados, además de mejorar la información facilitada en los teléfonos de atención al ciudadano. Se plantea que esta línea 900 se podría desarrollar reforzando la actual línea del Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencias (SITADE).
- Potenciar en las Mini-Residencias, de acuerdo con los Servicios de Salud Mental derivantes, plazas de estancia corta para “descanso familiar” en los periodos vacacionales, especialmente en verano, de forma que varias familias y usuarios puedan beneficiarse de estas plazas con estancias de tiempo limitado, previamente establecido (por ejemplo con estancias de 15 días).

### **II.1.3. Objetivos de cobertura y desarrollo.**

- Desde los C.R.P.S. se informará a los Servicios de Salud Mental de la zona de referencia de la posibilidad de derivar a familiares de usuarios que no estén en atención ya en el CRPS, para los grupos de Escuela de familias, previa valoración conjunta (C.R.P.S. y Servicios de Salud Mental) de lo adecuado de esta medida en cada caso. Se intentará crear grupos homogéneos atendiendo a varios criterios como años de evolución, grado de deterioro, etc. Esta medida habrá de ser desarrollada desde la coordinación, teniendo en cuenta los diferentes lugares en los que se ofertarán las Escuelas de familias, para evitar duplicidades, solapamientos o sobreintervenciones.
- Elaborar materiales de información y asesoramiento para las familias. La distribución de estos materiales se hará a través de los Centros de Atención Sanitaria Primaria y Especializada, Centros de Salud Mental Centros de Servicios Sociales, Centros Base, Asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental crónica, Centros juveniles municipales y Centros de Personas Mayores.
- Asesorar a los teléfonos de información y atención al ciudadano dependientes de la Administración local (Ayuntamientos) y de la Comunidad (012), para mejorar la información que ofrecen sobre la atención a personas con enfermedad mental grave y crónica.
- Reforzar la línea 900 del SITADE como vínculo de información y orientación a usuarios y familiares de personas con enfermedad mental.
- Incluir apartados de información en la página Web de la Consejería.



## II.1.4. Calendario de implantación.

### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Ampliación de las Escuelas de Familias</b>	Información	Desarrollo			
<b>Distribución de materiales informativos</b>		Elaboración	Distribución anual		
<b>Mejora de la información pública sobre recursos del Plan</b>	Desarrollo anual				
<b>Línea 900 del SITADE</b>	Diseño, organización y puesta en marcha			Funcionamiento	

## II.1.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

### II.1.5.1. Organismos responsables e implicados.

- Consejería de Servicios Sociales: diseño, promoción, financiación y supervisión.
- Entidades y empresas que gestionan recursos del Plan.
- Coordinación con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

### II.1.5.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

- Coordinación con la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM).
- Coordinación con la red de servicios sociales de atención primaria.
- Coordinación con la red sanitaria de atención primaria.
- Coordinación con la red de Centros Base.
- Coordinación con la red de Centros de Personas Mayores.
- Coordinación con los Servicios de Atención al Ciudadano de los Ayuntamientos.
- Coordinación con el Servicio 012 de la Comunidad de Madrid.

## II.2. PROGRAMA DE APOYO AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE FAMILIARES Y AFECTADOS.

### II.2.1. Fundamentación / Justificación.

Durante todos estos años de reforma psiquiátrica en España, los familiares y los propios afectados por una enfermedad mental grave y crónica, aunque éstos en menor medida, han sido capaces, pese a las dificultades y escasas ayudas, de organizarse y de demostrar su capacidad tanto para reivindicar ante las administraciones públicas más y mejor atención como para desarrollar sistemas de soporte y apoyo mutuo.

En la actualidad en la Comunidad de Madrid existen numerosas Asociaciones de Familiares de Personas con enfermedad mental crónica, organizadas en la **Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM)**, que brindan apoyo, consejo y ayuda práctica.

Las asociaciones de familiares y afectados son un cauce de participación social, un instrumento para la cooperación y fomento del apoyo social y un elemento muy valioso para el cambio social, ya que sirven para sensibilizar a la sociedad y para combatir el estigma y rechazo social.

Y precisamente porque es esencial tener en cuenta la opinión de los propios afectados y sus familias en relación con sus problemáticas y sus necesidades, sean del orden que sean (materiales, técnicas, emocionales, económicas, etc), se establecerá, desde este Plan, un mecanismo permanente y fluido de coordinación y apoyo económico con sus organizaciones representativas, con el fin de garantizar su consolidación.

### II.2.2. Descripción: definición y contenidos.

El apoyo al movimiento asociativo de familiares y afectados se concretará en las siguientes actuaciones:

- Los recursos, acciones y equipos especializados del Programa, facilitarán información a usuarios y familiares de cara a la incorporación a las asociaciones ya existentes y les orientarán, si fuera necesario, hacia la creación de su propia asociación, en estrecha coordinación con la Federación de Asociaciones FEMASAM.
- Igualmente, desde cada uno de los recursos del Programa, los profesionales de los mismos continuarán apoyando técnicamente a las Asociaciones que así se lo solicitaran, en una lógica de coordinación permanente.
- Se establecerá una Comisión de Coordinación y Seguimiento con la Federación de Asociaciones FEMASAM que agrupa al conjunto del movimiento asociativo como órgano de participación y coordinación entre la Consejería y el Movimiento Asociativo, que permita así recoger la opinión y necesidades de familiares y enfermos mentales graves y crónicos y articular su participación en la planificación y seguimiento de las políticas y recursos de atención social a este colectivo y sus familias.

- Se incrementarán de forma significativa las líneas de subvención al movimiento asociativo, para facilitar su consolidación y el desarrollo de actividades de información, orientación, grupos de autoayuda, programas de viajes y vacaciones y actividades de ocio, dirigidas a familiares y afectados.

### II.2.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.

El objetivo planteado es que ninguna asociación de las constituidas en Madrid quede sin el mayor apoyo económico y/o técnico posible, bien a través de la Comisión de Coordinación y Seguimiento, bien gracias a los profesionales de los diferentes recursos específicos del Plan.

### II.2.4. Calendario de implantación.

Muchas actuaciones presentadas en este Programa de Apoyo al Movimiento asociativo ya se vienen realizando y las novedosas se iniciarán en el mismo momento de aprobación del Plan.

La Comisión de Coordinación y Seguimiento se reunirá de forma ordinaria con una periodicidad semestral como mínimo, y de forma extraordinaria cuando ella misma así lo estableciera.

Los diferentes recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica mantendrán con aquellas asociaciones a las que les unan lazos de proximidad geográfica, de historia, etc., las reuniones de coordinación que, en frecuencia y contenidos, los responsables del recurso y la Asociación establezcan.

### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Información y apoyo desde los recursos del Plan</b>	<b>Desarrollo y actuación anual</b>				
<b>Apoyo técnico a las asociaciones</b>	<b>Desarrollo y actuación anual</b>				
<b>Comisión de Coordinación y Seguimiento</b>	Creación		<b>Funcionamiento y reuniones periódicas</b>		
<b>Líneas de subvención</b>	<b>Incrementos anuales de presupuesto de subvención para apoyar al movimiento asociativo</b>				<b>Alcanzar 700.000 €</b>

### **II.2.5. Organismos responsables e implicados.**

- La Consejería de Servicios Sociales tendrá la responsabilidad de establecer el marco general de la coordinación con las diferentes asociaciones y sus federaciones, así como de cuantificar, otorgar y supervisar las diferentes subvenciones al movimiento asociativo.
- Recursos del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica.
- Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) y el conjunto del movimiento asociativo de familiares y afectados.

## **ESTRATEGIA III: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL.**

### **PROGRAMAS**

#### **III. 1. PROGRAMA DE COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN CONJUNTA Y COMPLEMENTARIEDAD CON SALUD MENTAL.**

##### **III.1.1. Fundamentación / Justificación.**

Como se ha descrito pormenorizadamente en la primera parte de este Plan, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. En nuestro contexto esto supone que la atención comunitaria a los enfermos mentales crónicos no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental sino que exige la plena y decidida implicación del sistema de servicios sociales para avanzar en la cobertura de las necesidades, problemáticas psicosociales y sociales de esta población, cuya adecuada atención es requisito imprescindible para posibilitar su mantenimiento e inserción normalizada en el entorno social. Los Servicios Sociales deben pues jugar un papel esencial en la atención social e integración comunitaria de los enfermos mentales crónicos desde una lógica de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental.

**La coordinación y colaboración entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales es una pieza esencial para asegurar la atención integral a las diferentes necesidades de la población enferma mental crónica.**

**La red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Sanidad es la responsable de la atención, rehabilitación, seguimiento psiquiátrico y continuidad de cuidados de la población enferma mental crónica. En relación con la población enferma mental grave y crónica, los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental son el eje vertebrador desde el que se organizan y coordinan los procesos de atención, rehabilitación psicosocial y continuidad de cuidados de esta población. Para atender las necesidades sociales específicas de esta población los Servicios de Salud Mental requieren el apoyo de recursos o servicios de atención social dentro del campo de los Servicios Sociales, que cubran necesidades sociales específicas de apoyo a la rehabilitación e integración social, atención residencial y soporte comunitario. Por otro lado, dichos recursos de atención social necesitan el apoyo de los Servicios de Salud Mental no sólo para atender la problemática médico-psiquiátrica, sino para asegurar un trabajo integral que promueva una verdadera continuidad de cuidados. Por ello constituye un criterio fundamental para el adecuado funcionamiento del Plan en general y de sus recursos específicos en particular, el desarrollo de un trabajo coordinado y complementario con los Servicios de Salud Mental.**

La Consejería de Servicios Sociales, a través de su actual Programa de Atención Social con enfermedad mental crónica, ha venido desde 1988 trabajando en esta línea de coordinación y complementariedad con el Departamento de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Esta lógica de coordinación se ha articulado además en una sectorización de los recursos sociales hasta ahora desarrollados de acuerdo a la zonificación sanitaria de

salud mental y que el único canal de derivación a los recursos sea a través de los Servicios de Salud Mental de cada distrito.

**La reciente aprobación del nuevo PLAN DE SALUD MENTAL 2003-2008 viene a reforzar asimismo esta línea de coordinación, planificación y actuación conjunta entre ambas Consejerías (Sanidad y Servicios Sociales) en este campo de la atención socio-sanitaria integral a las personas enfermas mentales graves y crónicas.**

### **III.1.2. Descripción: definición y contenidos.**

**Este Programa de coordinación, planificación conjunta y complementariedad con Salud Mental** del presente Plan se asienta en la experiencia de coordinación que se ha venido desarrollando desde hace más de una década y sobre el establecimiento y **potenciación de los mecanismos de coordinación, planificación y actuación conjunta** establecidos en el citado nuevo Plan de Salud Mental. Así pues este Programa de coordinación y complementariedad con Salud Mental del presente Plan vendrá a desarrollar y consolidar estos mecanismos.

Las principales medidas a desarrollar son:

#### **1. Potenciación y consolidación de los mecanismos de planificación conjunta, coordinación y colaboración con la red sanitaria de Salud Mental.**

Supone el establecimiento de un Comité de coordinación conjunta (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental – Plan de Atención Social) que se reúna periódicamente para determinar los mecanismos de colaboración y el consenso respecto a desarrollo de la red de atención social a este colectivo y la articulación de su coordinación y complementariedad con la red de salud mental. Asimismo este Comité de coordinación será el marco para avanzar en la planificación conjunta de la atención y en las formulas de colaboración y cofinanciación

#### **2. Formulas de colaboración entre Salud Mental y la Consejería de Servicios Sociales para la atención sociosanitaria a la población enferma mental grave y crónica.**

Una herramienta de gran interés podría ser el establecimiento de Convenios anuales específicos de colaboración entre ambas Consejerías, u otras fórmulas que se consideren oportunas, en relación a la atención sociosanitaria integral a esta población y en los que se pueda recoger compromisos mutuos de apoyo y colaboración y cofinanciación en el desarrollo de la red de recursos de atención social del presente Plan y en especial en relación con la cofinanciación y coorganización de aquellos recursos del presente Plan con una mayor dimensión sociosanitaria como los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

#### **3. Delimitación de las competencias y asunción por Servicios Sociales de la gestión de las ayudas económicas y los recursos de alojamiento dependientes de Salud Mental.**

Otro elemento importante a desarrollar es que, a través del presente Plan y sobre las bases establecidas en el Plan de Salud Mental, se pueda establecer una clara delimitación de las funciones de ambas redes de atención sanitaria y social y los mecanismos y procesos de complementariedad y continuidad de cuidados.

Asimismo es de gran importancia el que se pueda organizar un proceso de transferencia desde Salud Mental a la Consejería de Servicios Sociales, a través del presente Plan, de las Ayudas Económicas individualizadas a pacientes en proceso de rehabilitación que por su propia naturaleza y objetivos deben de ser gestionados desde el ámbito social. De igual modo se viene planteando también la necesidad de transferir a Servicios Sociales los recursos de alojamiento, como por ejemplo los Pisos protegidos que dependen de Salud Mental.

### III.1.3. Objetivos de desarrollo.

- Establecer, tras la aprobación del Plan, de una Comisión de Coordinación permanente entre la Dirección General de Servicios Sociales, incluyendo a los responsables técnicos del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica y de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud incluyendo los respectivos responsable técnicos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, como órgano de coordinación y planificación conjunta.
- Formalizar a partir del 2004 de Acuerdos anuales, mediante Convenios u otras fórmulas, entre ambas Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales que recojan compromisos de apoyo, colaboración y cofinanciación en el desarrollo de la red de recursos de atención social del presente Plan.
- Estudiar y organizar la transferencia a partir del año 2004 desde Salud Mental a la Consejería de Servicios Sociales de la convocatoria de ayudas económicas individualizadas y de los recursos de alojamiento (pisos protegidos) dependientes actualmente de la Consejería de Sanidad a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

<b>PROGRAMA DE COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD CON SALUD MENTAL</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Comisión de coordinación</b>	Creación	<b>Funcionamiento. Reuniones periódicas de coordinación</b>			
<b>Convenios anuales</b>		<b>Negociación y acuerdo Convenios anuales de colaboración</b>			
<b>Transferencias desde Salud Mental a Servicios Sociales de Ayudas económicas y recursos como pisos, etc.</b>		<b>Efectuadas</b>			

### III.1.4. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

#### III.1.4.1. Organismos responsables.

- Consejería de Servicios Sociales: Dirección General de Servicios Sociales; Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica.
- Consejería de Sanidad: Dirección General del Servicio Madrileño de Salud: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

## III. 2. PROGRAMA DE COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD CON LA RED DE SERVICIOS SOCIALES GENERALES / ATENCIÓN SOCIAL PRIMARIA.

### III.2.1. Fundamentación / Justificación.

La coordinación y colaboración entre los dos niveles de atención en el campo de los Servicios Sociales, el nivel de atención primaria desarrollado por la red básica de servicios sociales generales o de atención social primaria y el nivel de atención especializada articulado por la red de servicios sociales especializados, es una pieza esencial para asegurar la atención integral a las diferentes necesidades de la población atendida y por tanto también para la organización de una adecuada atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica.

Este es un criterio de organización básico para cualquier programa o Plan sectorial en servicios sociales, que como el presente, se organiza con el nivel secundario o especializado de los Servicios Sociales. Cualquier servicio social especializado debe servir de apoyo al trabajo de los Servicios de Atención Social Primaria (Servicios Sociales Generales) y establecer los adecuados mecanismos de coordinación y colaboración.

En el caso de la atención a los enfermos mentales crónicos la implicación de los Servicios Sociales Generales es imprescindible no sólo porque como ciudadanos de pleno derecho se les debe ofrecer el conjunto de programas y prestaciones básicas que se gestionan desde los mismos, sino porque su colaboración es fundamental de cara al desarrollo de programas que posibiliten la integración comunitaria normalizada de esta población. Por ello constituye un elemento fundamental para el adecuado funcionamiento del Plan en general y de sus recursos específicos en particular el desarrollo de un trabajo coordinado y complementario con la red básica de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria.

La reciente aprobación de la **Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid**, viene a reforzar asimismo esta línea de coordinación, planificación y actuación conjunta entre el nivel primario y especializado en Servicios Sociales y en concreto, en este campo de la atención social integral a las personas enfermas mentales graves y crónicas, viene a apoyar esta necesaria colaboración y complementariedad y apoyo mutuo entre la red específica de servicios sociales especializados para el colectivo de personas con enfermedad mental grave y crónica y la red de servicios de atención social primaria.

### III.2.2. Descripción: definición y contenidos.

Este *Programa de coordinación y complementariedad con la Red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria* del presente Plan se asienta en la experiencia de coordinación que se ha venido desarrollando desde hace más de una década entre los recursos específicos de atención social a enfermos mentales que se han ido desarrollando en las diferentes zonas de la Comunidad de Madrid y los Centros de Servicios Sociales de referencia de dichas zonas.

Así pues **este Programa de coordinación y complementariedad con la Red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria del presente Plan vendrá**



**a formalizar, potenciar y consolidar estos mecanismos de coordinación y apoyo mutuo.**

Las principales medidas a desarrollar son:

***1. Potenciación y consolidación de los mecanismos de coordinación y colaboración con la Red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria.***

Supone el establecimiento de un Comité de coordinación conjunta en la propia Consejería entre los responsables técnicos del presente Plan y el Servicio de Coordinación Territorial como responsable de la coordinación de la red básica de servicios sociales generales con los municipios, que se reúna periódicamente para determinar los mecanismos de colaboración y el consenso respecto a desarrollo de la red de atención social a este colectivo y la articulación de la coordinación y apoyo mutuo entre la red básica de servicios sociales y la red especializada de atención social.

Asimismo, de un modo territorializado, a través de las Comisiones de Rehabilitación de Distrito se deberán formalizar procesos y mecanismos de coordinación en cada zona entre los Servicios de Salud Mental a través de su Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, los Centros de Servicios Sociales y los Centros de Atención Social especializada para enfermos mentales que existan o se desarrollen en el marco del presente Plan, de modo que se puedan desarrollar actuaciones conjuntas y coordinadas con los usuarios atendidos que aseguren una adecuada continuidad de la atención y el apoyo mutuo a los procesos de rehabilitación e integración sociolaboral de los mismos en su entorno.

***2. Inclusión, en el marco de los Convenios anuales que se establecen entre la Consejería de Servicios Sociales y los diferentes Ayuntamientos para la cofinanciación y coordinación de la Red Básica de Servicios Sociales, o a través de Convenios específicos u otras formulas, de mecanismos de coordinación y apoyo mutuo en los distintos municipios para mejorar la atención social a este colectivo.***

Una herramienta de gran interés sería la posibilidad de poder desarrollar conjuntamente con los Centros de Servicios Sociales de distintos Ayuntamientos proyectos específicos de apoyo a la integración sociocomunitaria de enfermos mentales que sirvan de complemento a la red de recursos específicos y a las prestaciones básicas y programas de los servicios sociales generales. En este caso se podrían establecer Convenios específicos u otros mecanismos de coordinación y financiación desde la Consejería a los Ayuntamientos en donde se desarrollaran dichos Proyectos.

Asimismo otro elemento adicional es la inclusión, en el marco de los Convenios anuales específicos de cofinanciación y colaboración entre la Consejería y los distintos Ayuntamientos en relación a la red básica de servicios sociales de atención primaria, de actuaciones de promoción, coordinación y complementariedad que promuevan una atención social integral a esta población y en los que se puedan recoger compromisos mutuos de apoyo y colaboración desde la red especializada de atención social a enfermos mentales con la red básica de servicios sociales en cada municipio.

### III.2.3. Objetivos de desarrollo.

- Establecer, tras la aprobación del Plan, de una Comisión de Coordinación permanente en la Dirección General de Servicios Sociales, incluyendo a los responsables técnicos del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica y a los respectivos responsables técnicos del Servicio de Coordinación Territorial como órgano de coordinación conjunta en relación con la Red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria.
- Avanzar partir del 2004, en el desarrollo con los principales Ayuntamientos de Convenios específicos u otras formulas de coordinación y financiación para el desarrollo de proyectos específicos desde la red de servicios sociales de atención social primaria para apoyar la integración social de este colectivo en determinadas zonas. Coordinación para el estudio de la inclusión en los Convenios anuales entre la Consejería y los Ayuntamientos en relación con la Red Básica de Servicios Sociales, de compromisos de apoyo, colaboración y coordinación entre los Centros de Servicios Sociales municipales y la red especializada de recursos de atención social del presente Plan.

### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

<b>PROGRAMA DE COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD CON LA RED DE SERVICIOS SOCIALES GENERALES O DE ATENCIÓN SOCIAL PRIMARIA</b>	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Comisión de coordinación</b>	Organi- zación	<b>Funcionamiento. Reuniones periódicas de coordinación</b>			
<b>Convenios anuales</b>	<b>Negociación y acuerdo Convenios anuales de colaboración</b>				

### III.2.4. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

#### III.2.4.1. Organismos responsables.

- Consejería de Servicios Sociales: Dirección General de Servicios Sociales; Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica y Servicio de Coordinación Territorial.

#### III.2.4.1 Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.

- Federación de Municipios de Madrid.
- Ayuntamientos: Concejalías o Areas de Servicios Sociales municipales.

### III. 3. PROGRAMA DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

#### III.3.1. Fundamentación / Justificación.

La mejora de la atención social y el apoyo a la integración social de las personas con enfermedad mental crónica exige establecer mecanismos que fomenten la colaboración en esta tarea de otras administraciones y entidades que cooperen en el logro de este objetivo.

Aunque la responsabilidad principal del presente Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica recae en la Consejería de Servicios Sociales, su adecuado desarrollo exige, como se ha visto anteriormente, una estrecha colaboración y complementariedad con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Asimismo se ha planteado una estrecha coordinación con la Consejería de Trabajo y el Servicio Regional de Empleo para el desarrollo de las acciones de apoyo a la integración laboral y promoción de empleo.

Pues bien, además es imprescindible abrir nuevas vías de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social con otras administraciones, entidades e instituciones sociales que puedan colaborar en el objetivo general de apoyar la integración social de este colectivo y/o en el desarrollo de algunas de las principales actuaciones del presente Plan.

Por ello se plantea el presente Programa, que buscar fomentar estas nuevas vías de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social.

#### III.3.2. Descripción: definición y contenidos.

Este Programa de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social del presente PLAN se asienta en las experiencias de coordinación y cooperación que se ha venido desarrollando con otras administraciones como Ayuntamientos o con otras entidades como por ejemplo la Obra Social de Caja Madrid, que desde 1997 ha venido colaborando con inversiones que han permitido adquirir locales o contruir centros de atención social a este colectivo. A partir de estas experiencias que han aportado tan buenos resultados, se considera necesario consolidar y ampliar esta línea de colaboración, coordinación y corresponsabilidad, estableciendo un Programa específico dentro del PLAN, con el objetivo final de apoyar al máximo la integración de este colectivo de personas con enfermedad mental grave y crónica con todos los organismos o entidades relevantes o pertinentes para ello.

Las principales líneas de actuación a realizar son:

##### **1. Coordinación y colaboración con los Ayuntamientos:**

La colaboración y coordinación con los Ayuntamientos constituye un aspecto de gran interés de cara a facilitar el desarrollo de la red de recursos de atención social planteada en el presente Plan y en general en la mejora de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica de cada municipio.

Esta colaboración se puede concretar esencialmente en 3 líneas de actuación:

- Cesión de parcelas o locales y apoyo para la puesta en marcha de los recursos de atención social especializados previstos en este Plan (CRPS, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencias, Pisos).
- Coordinación, cooperación y apoyo entre la red de servicios sociales generales municipales y la red de atención social especializada dependiente de la Consejería a través de presente Plan, para optimizar los procesos de atención social y promover oportunidades de integración social de este colectivo en su entorno.
- Inclusión del colectivo de personas con trastorno mental severo en el conjunto de las políticas municipales (sociales, culturales, deportivas, etc) y de un modo especial en el marco de las Iniciativas locales de empleo, facilitando la incorporación laboral de este colectivo.

## **2. Coordinación y colaboración con otras Consejerías.**

Además de la colaboración ya indicada de un modo preferencial con las Consejería de Sanidad y de Trabajo, es también importante contar con el apoyo de otras Consejerías relevantes que pueden colaborar en el desarrollo del presente Plan y de un modo especial:

- La Consejería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes, y de su Instituto de Vivienda de la Comunidad de Madrid (IVIMA), colaborando en la cesión de locales o en la construcción de inmuebles que permitan poner en marcha los nuevos centros de atención social que el Plan se plantea a fin de completar la red.
- La Consejería de Justicia y Administraciones Públicas, colaborando a través del Plan PRISMA de inversiones en los municipios en la construcción y/o acondicionamiento de locales para la puesta en marcha de centros en distintos municipios. También sería necesaria su colaboración para la inclusión dentro de las ofertas de empleo público de personas con enfermedad mental crónica a través de las cuotas de reserva para personas con discapacidad.

## **3. Fomento de la corresponsabilidad social: colaboración de entidades sociales y financieras (Obra Social de Caja Madrid, Fundaciones de entidades financieras, y otros agentes sociales).**

La Obra Social de Caja Madrid viene colaborando con la Consejería en el desarrollo de actuaciones en el ámbito de los servicios sociales y, en concreto, colaborando de un modo destacado en el desarrollo de equipamientos para mejorar la red de atención social a personas con enfermedad mental crónica. Desde 1997 ha realizado distintas actuaciones a través de los Convenios de colaboración establecidos entre Obra Social de Caja Madrid y la Consejería. Así Obra Social adquirió y cedió a la Consejería 5 viviendas para la puesta en marcha de 5 nuevos pisos supervisados para personas con enfermedad mental y acaba de construir, equipar y ceder a la Consejería 2 edificios en Alcobendas y Getafe para la puesta en marcha de nuevos centros de atención social a este colectivo, con una inversión total de en torno a 700 millones de pesetas.

El objetivo es, por tanto, reforzar y ampliar esta línea de colaboración con la Obra Social de Caja Madrid y ampliar esta experiencia, incorporando a otras fundaciones o entidades sociales de instituciones bancarias (Fundación de la Caixa, Fundación del BBVA, etc) y otras Fundaciones y entidades sociales para atraer su apoyo y colaboración en la línea de la alcanzada con la Obra Social de Caja Madrid. Esta colaboración permitirá por tanto encontrar vías complementarias de apoyo a la dotación de infraestructuras y equipamientos que faciliten el crecimiento de la red de recursos de atención social y apoyen la integración sociolaboral de este colectivo.

Para esta tarea se contará con el apoyo de la Fundación para el Patrocinio y el Mecenazgo de la Consejería de Servicios Sociales, que puede ejercer como instrumento de apoyo e intermediación para atraer e implicar a estas otras entidades financieras y sociales.

### **III.3.3. Objetivos de desarrollo.**

- Negociar con la Federación de Municipios de Madrid y con los principales Ayuntamientos de protocolos de colaboración y apoyo desde los Ayuntamiento para el desarrollo de la red de recursos de atención social a este colectivo (cesión de locales, aportación de infraestructuras, políticas de inclusión de este colectivo en el marco de las políticas municipales.)
- Establecer un acuerdo con la Consejería de Obras Públicas y Urbanismo para la colaboración de la misma en la aportación y acondicionamiento de locales y construcción de inmuebles para el desarrollo nuevos centros de atención social a esta colectivo tanto en Madrid ciudad con en otras zonas de la Comunidad.
- Promover la colaboración de la Consejería de Justicia y Administraciones Públicas para la inclusión dentro del Plan PRISMA de inversiones para los municipios de objetivos de construcción de equipamientos que permitan desarrollar en distintos municipios nuevos centros de atención social a enfermos mentales. para la colaboración de la misma en la aportación y acondicionamiento de locales y construcción de inmuebles para el desarrollo nuevos centros de atención social a esta colectivo tanto en Madrid ciudad con en otras zonas de la Comunidad.
- Ampliar la colaboración desde la Obra Social de Caja Madrid en el desarrollo de inversiones para la construcción y equipamiento de nuevos centros de atención social a este colectivo.
- Negociar, con el apoyo de la Fundación para el Patrocinio y Mecenazgo, con otras fundaciones y obras sociales de entidades financieras (La Caixa, BBVA, etc) para establecer convenios de colaboración para la construcción y equipamiento de nuevos centros o para el desarrollo de proyectos de inserción sociolaboral.

### **III.3.4. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

#### **III.3.4.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales: Dirección General de Servicios Sociales; Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Fundación para el Patrocinio y el Mecenazgo.
- Consejería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes e IVIMA.
- Consejería de Justicia y Administraciones Públicas: Plan PRISMA

#### **III.3.4.1 Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Federación de Municipios de Madrid.
- Obra Social de Caja Madrid.
- Fundaciones y Obras Sociales de otras entidades financieras.

## III.4. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA.

### III.4.1. Fundamentación / justificación.

Las personas con enfermedad mental crónica sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen. Este prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas en áreas tales como el alojamiento o el acceso a formación o empleo.

*Por ello es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no sólo tiene que atender suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las dificultades y consecuencias negativas del prejuicio social que tradicionalmente pesa sobre el colectivo.*

Estas acciones deben ir encaminadas a la eliminación de estos prejuicios e ideas erróneas sobre las personas con enfermedad mental, ya que la desinformación o la información incorrecta es la principal causa del estigma. Asimismo, deben de contribuir a que la información difunda la verdadera situación de las personas con enfermedad mental crónica y sus capacidades potenciales de integración y convivencia en la comunidad.

### III.4.2. Descripción: Definición y contenidos.

#### III.4.2.1. Desarrollo de acciones de información y sensibilización social.

El desarrollo de acciones de información y sensibilización social paliaría no sólo las nefastas consecuencias del prejuicio social, sino que aliviará la situación de quienes, para sí mismos o para familiares o allegados, necesiten en un futuro conocer y beneficiarse de los servicios y programas que se ofrecen a estos enfermos.

Para paliar los efectos de este prejuicio social y ofrecer una visión más acorde con la realidad de este colectivo se considera necesario desarrollar acciones de información y divulgación **con una estrecha colaboración e implicación de la Consejería de Sanidad a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental**. Y fundamentalmente en dos grandes áreas:

- Información y divulgación sobre las enfermedades mentales crónicas, así como sobre los actuales métodos de intervención, atención y apoyo.
- Información y divulgación de los recursos disponibles de intervención, atención y apoyo a personas afectadas por enfermedad mental crónica y a sus familias.

#### III.4.2.2. Campaña con los Medios de Comunicación para reducir el estigma y normalizar la imagen social de los trastornos mentales.

Para el desarrollo de esta actuación se plantea la necesidad de crear una Comisión de Información, en coordinación y colaboración entre la Consejería de Servicios Sociales a

través de este Plan y la Consejería de Sanidad a través de su Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, que sería la encargada de:

- Contactar y suministrar información a los medios de comunicación social, contribuyendo a su tarea de transmitir una imagen real de la enfermedad mental, desprovista de componentes que contribuyan al estigma.
- Organizar, Elaborar y/o Supervisar la edición de materiales escritos o audiovisuales que pueda ser difundidos por los distintos medios de comunicación.
- Velar por el adecuado tratamiento de la información en los medios de comunicación y erigirse en instrumento de información y de réplica cuando se vulneren los derechos del colectivo.
- Organización y realización de eventos (jornadas, cursos, etc.) sobre temas relacionados con la atención e integración socio-laboral de personas con enfermedad mental crónica.
- Coordinación con otros Programas e Instituciones para el intercambio de experiencias y la apertura de líneas de actuación y trabajo conjunto.

#### **III.4.2.3. Edición de materiales de sensibilización e información sobre recursos y programas de apoyo.**

En esta línea se plantea, con la estrecha colaboración e implicación de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad, la elaboración y edición de distintos materiales de sensibilización e información:

- Edición de folletos, dípticos, trípticos, sobre aspectos relevantes de la atención a personas con enfermedad mental crónica.
- Edición de audiovisuales que contengan información actualizada sobre los distintos recursos de atención social a este colectivo y sus familias.
- Organización de cursos y conferencias destinados a la eliminación del estigma, y posterior edición escrita o audiovisual de los contenidos de las mismas.
- Elaboración de una Página Web del Plan con apartados específicos de información, sensibilización y lucha contra el estigma.
- Edición o reedición de material bibliográfico sobre temas relacionados con la enfermedad mental crónica.
- Edición de una publicación periódica sobre información generada por el propio Plan.

#### **III.4.3. Objetivos de desarrollo.**

- Organizar desde el 2004 una programación anual, en coordinación con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, de actuaciones de información, sensibilización y lucha contra el estigma.



- Elaborar, a partir de 2004, una línea de materiales de información, divulgación y sensibilización, en coordinación con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.
- Avanzar en la constitución de la Comisión de Información y contacto con los medios de comunicación.
- Elaborar y mantener actualizada desde el 2004 de una página web del Plan, con apartados y vínculos en la red específicos relativos a información, sensibilización y lucha contra el estigma.

### **CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN**

<b>PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA</b>	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Programa anual de información</b>		Organización y coordinación	<b>Desarrollo anual actuaciones</b>		
<b>Materiales divulgativos</b>		Organización y coordinación	<b>Desarrollo anual actuaciones</b>		
<b>Comisión de información</b>		Organización y coordinación	<b>Desarrollo anual actuaciones</b>		
<b>Página web del Plan</b>		Organización y coordinación	<b>Actualización y desarrollo</b>		

#### **III.4.4. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

##### **III.4.4.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales: Dirección General de Servicios Sociales; Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica.
- Colaboración y coordinación en el desarrollo de estas actuaciones con la Consejería de Sanidad: Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

##### **III.4.4.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Coordinación y colaboración con la red de Atención Social Primaria de los Ayuntamientos.
- Información al ciudadano 012.
- TeleMadrid.
- Medios de Comunicación.
- Web Comunidad de Madrid.

## III.5. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO SOCIAL.

### III.5.1 Fundamentación.

La atención social a este colectivo tiene un indudable fundamento teórico y metodológico, por lo que debe ser llevado a la práctica por profesionales debidamente cualificados y formados. Sin embargo, existen una serie de actividades a desarrollar como son las de soporte social, apoyo a la integración comunitaria o el acompañamiento, que pueden y deben de ser llevadas a cabo con el apoyo de personas voluntarias que colaboren en la normalización y apoyo a la integración social de estas personas.

El voluntariado ha tenido y debe tener un lugar fundamental en el apoyo de estas personas, complementando las labores de los profesionales, siendo un valor añadido en la calidez de la atención a este colectivo y apoyando los objetivos relacionados fundamentalmente con la integración y apoyo social.

### III.5.2 Descripción: definición y contenidos.

Este programa pretende ofrecer un servicio específico de coordinación y apoyo al voluntariado que se integre en las actividades desarrolladas en el presente Plan. El objetivo no es, por tanto, crear una nueva asociación de voluntariado sino establecer líneas de coordinación y apoyo a aquellas asociaciones que deseen colaborar en la atención social e integración comunitaria de la persona con enfermedad mental crónica.

Para ello desde este PLAN con la estrecha colaboración y coordinación con la Dirección General competente en materia de Voluntariado también dependiente de la Consejería de Servicios Sociales, se establecerán acuerdo con ONGs y Asociaciones de Voluntariado (Solidarios para el Desarrollo, Cruz Roja, Plataforma del Voluntariado, etc) a fin de promover la colaboración y apoyo de voluntarios en los distintos centros y recursos del Plan en tareas de acompañamiento, ocio, participación y apoyo a la integración social de los usuarios atendidos.

Las acciones concretas de este Programa son las siguientes:

- Formación inicial específica sobre las características de la población así como de la relación de ayuda que se debe mantener. Esta formación podrá ser extensiva a otros miembros de las Asociaciones de Voluntariado colaboradoras para así luchar contra el estigma y realizar una tarea de sensibilización hacia este colectivo.
- Apoyo y supervisión continuada, tanto individual como grupal, desde los recursos del Plan en los que lleven a cabo su acción voluntaria.
- Coordinación entre la Consejería de Servicios Sociales, las Organizaciones de Voluntariado, los voluntarios y los centros donde se realizan las actividades. Se establecerán las reuniones necesarias con las distintas organizaciones de voluntariado, diseñar y dirigir los planes de formación del voluntariado y la coordinación con los centros donde realizan su labor.

### III.5.3 Objetivos de cobertura y desarrollo.

El propio concepto de “voluntariado” imposibilita el establecimiento a priori de unos objetivos cuantitativos de cobertura determinados, pero el desarrollo del presente programa debe incluir los siguientes puntos:

- Establecer, con el apoyo de la Dirección General competente en Voluntariado, acuerdos con las ONGs y Asociaciones de Voluntariado más relevantes de la Comunidad de Madrid, para que los Centros y recursos del PLAN sean un lugar de desarrollo de la actividad colaboradora de los voluntarios. Y coordinación con los programas de Voluntariado Social de los Servicios Sociales de los distintos municipios.
- Diseñar y desarrollar un protocolo de formación para los voluntarios y de información respecto a los recursos y dispositivos del Plan.
- Desarrollar de sistemas y protocolos de seguimiento que aseguren una atención común de todos los Centros en la supervisión personal y seguimiento de tareas de las personas que llevan a cabo la actividad voluntaria.

El objetivo de cobertura planteado es que al final de 2007 todos los Centros de Atención Social a este colectivo del presente PLAN cuenten con personal voluntario implicados en tareas de acompañamiento y apoyo al ocio e integración social.

### III.5.5. Calendario de implantación.

En el año 2003 se desarrollarán las acciones de coordinación necesarias para en 2004 poder establecer convenios y acuerdos con las organizaciones implicadas, para posibilitar así el cumplimiento del objetivo de cobertura para 2007.

#### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

<b>PROGRAMA DE VOLUNTARIADO SOCIAL</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Acuerdos con ONGs y Asociaciones de voluntariado</b>		Organización y coordinación	<b>Desarrollo y ampliación</b>		
<b>Protocolo de formación</b>		Organización y coordinación	<b>Desarrollado</b>		
<b>Protocolo de seguimiento</b>		Organización y coordinación	<b>Desarrollado</b>		

### **III.5.6. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

#### **III. 5.6.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales: Coordinación del programa con la Dirección General competente en materia de Voluntariado.
- Servicios Sociales de los Ayuntamientos: coordinación con los programas de voluntariado social.
- ONGs y Asociaciones de Voluntariado.
- Entidades sociales y empresas del programa: apoyo técnico al desarrollo de las actividades de los voluntarios.

#### **III.5.6.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Coordinación con las Asociaciones y otros organismos de Voluntariado de la Comunidad de Madrid interesados en colaborar en la integración social de personas con enfermedad mental crónica.
- Coordinación con la Plataforma de Voluntariado.
- Organismos públicos que desarrollen acciones específicas de formación de voluntariado (Escuela de Voluntariado de la Comunidad de Madrid, Escuela de Voluntariado del Ayuntamiento de Madrid, Escuelas de Voluntariado de otras entidades (Cruz Roja, Caritas, etc).

## III.6. PROGRAMA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN Y CALIDAD.

### III.6.1. Fundamentación / justificación.

Toda organización de servicios y prestaciones reconoce la necesidad de tener profesionales competentes en el ejercicio de sus funciones. Pero en la actualidad no existen programas reglados en el ámbito académico que formen y capaciten específicamente a profesionales que se vayan a incorporar al campo de la atención social o intervención psicosocial con personas con enfermedad mental.

Por otro lado, esta competencia no sólo debe ser acreditada en el momento de la incorporación del profesional a su puesto de trabajo, sino que debe ser continuamente actualizada con nuevos conocimientos y capacidades, y más en campos de trabajo como en el que opera la atención social y psicosocial a la personas con enfermedad mental grave, donde los conocimientos, estrategias y capacidades son múltiples, variados y en constante evolución.

Muchos de estos avances en el conocimiento dentro del campo de la intervención psicosocial con este colectivo nacen de investigaciones o estudios desarrollados en contextos socio-culturales diferentes al nuestro, por lo que su aplicabilidad por los profesionales de la red de atención de la Comunidad de Madrid debe ser realizada con mucha precaución. Todo lo anterior hace necesario el desarrollo, de forma sistemática y estructurada, de líneas de investigación psicosocial y social que sustenten y justifiquen no sólo ya el trabajo realizado, sino también promuevan el desarrollo de estrategias de intervención más eficaces y eficientes en la mejora de la calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con enfermedad mental grave.

Todas estas acciones van dirigidas a la mejora de la calidad de la atención prestada al colectivo y deben ser inscritas en un modelo global que tenga como uno de sus ejes directores la mejora de la calidad global de cada uno de los recursos y programas que contiene este PLAN. La implantación del modelo Europeo de Calidad EFQM es obligada para asegurar que los servicios prestados al ciudadano son adecuados y están en continua evolución hacia la "excelencia".

### III.6.2. Descripción: definición y contenidos.

Este programa incluye todas aquellas medidas que favorecen la mejora de la atención que se presta en los centros y recursos que este Plan desarrolla. Las medidas que se articulan para este programa son las siguientes:

- **Desarrollo de acciones formativas para los profesionales de la red sanitaria y de atención social:** con una programación anual se dará cuenta de las necesidades formativas o de capacitación profesional que se detecten en los profesionales. Se establecerán cauces de comunicación para recoger las peticiones que se realicen desde los recursos y, complementado lo anterior, la Consejería desarrollará acciones formativas que considere estratégicamente convenientes.  
Reconociendo que las necesidades de formación pueden ser diferentes en función del recurso en el que se trabaje o del puesto de trabajo desempeñado, se desarrollarán acciones formativas que sean sensibles a estas peculiaridades con

el objetivo último que la formación sea lo más ajustada posible a las necesidades de los diferentes profesionales.

- **Desarrollo de titulaciones de postgrado y formación especializada:** en colaboración con las diferentes Universidades de la Comunidad de Madrid se impulsará la creación de titulaciones propias postgrado específicas de rehabilitación psicosocial y atención social a personas con enfermedad mental grave. Se fomentará la participación de los profesionales de la red de atención en el desarrollo de estas titulaciones.  
Por otro lado los recursos y centros del Plan podrán formar parte del circuito de rotaciones acreditadas que conforman los programas de formación especializada en psicología clínica (programa P.I.R.) y de psiquiatría (programa M.I.R.). Se fomentará, en colaboración con la red de salud mental, la participación de representantes de estos centros en las Comisiones de Docencia responsables de la coordinación de los Programas de Formación MIR y PIR de cada área acreditada.
- **Desarrollo de sistemas de formación pregrado:** se establecerán acuerdos y convenios de colaboración con diferentes Universidades para facilitar la realización de prácticas de alumnos de diferentes titulaciones en los recursos del programa (psicología, trabajo social, educación social, terapia ocupacional, etc.). Entendiendo la formación de alumnos en prácticas como una sobrecarga en el trabajo de los profesionales de los recursos, se promoverán desde los convenios con las Universidades, contrapartidas para los profesionales.
- **Desarrollo de investigaciones:** se potenciará el desarrollo de líneas de investigación social en la red de recursos que por un lado favorezcan la adecuación y mejora de las prestaciones, servicios e intervenciones que se ofrecen en los diferentes centros del PLAN, y por otro lado avalen la eficacia y eficiencia del trabajo desarrollado. Se promoverán por tanto, investigaciones epidemiológicas, de evaluación de impacto-resultados de las intervenciones y recursos, de necesidad de la población y de mejora o innovaciones en la atención. Se establecerán los mecanismos oportunos de colaboración con otras instituciones para el diseño y desarrollo de las investigaciones: red de atención psiquiátrica y de salud mental, universidades, centros de investigación, etc. También se dotará a los profesionales de los medios técnicos y metodológicos para poder desarrollar las investigaciones.
- **Promoción de publicaciones referidas al campo de la rehabilitación y atención social de personas con enfermedad mental grave:** se impulsará la elaboración por parte de los profesionales de publicaciones que den cuenta del trabajo realizado o de los resultados de las investigaciones realizadas. Se utilizarán para ello las revistas relacionadas con el campo de trabajo y a través de publicaciones propias o externas.
- **Implantación en toda la red de centros de un modelo de gestión de calidad:** se diseñara en toda la red de centros del plan un modelo de gestión de calidad basado en el concepto de calidad total y mejora (o búsqueda de la excelencia) que abarque tanto la estructura como los procesos y los resultados de los diferentes servicios. Se adoptará el estándar de calidad europeo EFQM y se

colaborará con la Coordinación con la Dirección General de Calidad de los Servicios de la Comunidad de Madrid.

Este programa de formación, investigación y calidad está diseñado para los diferentes profesionales que trabajan en los recursos y programas contemplados en este plan. Pueden beneficiarse de él también, especialmente de las medidas referidas a formación, otros profesionales de la red de atención psiquiátrica y salud mental, de la red de servicios sociales generales o de otros recursos o instituciones que tengan relación con el colectivo de personas con trastornos mentales crónicos.

### III.6.3. Objetivos de cobertura o desarrollo.

En función de las diferentes medidas propuestas en el punto III.6.2. se establecen los siguientes objetivos de desarrollo:

- *Desarrollar acciones formativas para los profesionales de la red sanitaria y de atención social:*
  - A partir del año 2004 se realizará al menos una acción formativa por año y tipo de recurso o prestación.
- *Promover titulaciones de postgrado y formación especializada:*
  - Se elaborarán convenios con diferentes universidades de tal forma que al finalizar el período de este PLAN exista algún título propio relacionado con la rehabilitación y la atención social del colectivo.
  - En colaboración con la red de atención psiquiátrica y salud mental se desarrollará la inclusión de los centros de rehabilitación en el circuito de rotación de los programas MIR y PIR, de tal forma que a la finalización del PLAN todas las áreas acreditadas MIR Y PIR de la Comunidad de Madrid incluyan a algún centro de rehabilitación psicosocial en sus rotaciones.
- *Desarrollar sistemas de formación pre-grado:* se llevarán a cabo progresivamente convenios con las Universidades para que al finalizar el periodo del PLAN existan acuerdos de prácticas de formación pre-grado en al menos en las siguientes titulaciones: psicología, trabajo social, terapia ocupacional y educación social.
- *Promover investigaciones sociales:* se programará un curso de formación en metodología de la investigación para profesionales a lo largo del año 2004. Se promoverá al menos una investigación anual a partir del año 2005.
- *Elaborar publicaciones referidas al campo de la rehabilitación psicosocial y atención social de personas con enfermedad mental grave:* a partir del año 2004 se promoverá al menos una publicación propia sobre el trabajo realizado en los diferentes recursos del PLAN. Se impulsará, si es relevante, la publicación de los resultados de las investigaciones realizadas.
- *Implantar en toda la red de centros de un modelo de gestión de calidad:* al finalizar el período de este PLAN todos los recursos y servicios del PLAN tendrán desarrollado y en ejecución modelos de gestión de calidad EFQM.

### III.6.4. Calendario de implantación.

Se irán implantando progresivamente las medidas señaladas de tal forma que se alcancen los objetivos anteriormente expuestos. Así al finalizar el periodo de vigencia de este PLAN habrá como mínimo:

- Encuestas anuales de necesidades de formación.
- Programa de formación continuada anual.
- Un título universitario propio del campo de la rehabilitación psicosocial y atención social.
- Un centro de rehabilitación psicosocial acreditado en cada una de las áreas acreditadas para la formación especializada PIR y MIR.
- Alumnos en prácticas pregrado de psicología, terapia ocupacional, trabajo social y educación social.
- Propuesta y desarrollo anual de líneas de investigación.
- Una publicación anual.
- Todos los centros y recursos del PLAN desarrollando un modelo de gestión de calidad bajo es el estándar EFQM.

### CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

<b>PROGRAMA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN Y CALIDAD</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Formación continuada</b>		Diseño e inicio	Cont.	Cont.	<b>Cont.</b>
<b>Acreditación docente MIR-PIR de los CRPS</b>		Coordinación	<b>Implantado</b>		
<b>Alumnos en prácticas pregrado</b>		Convenios Univers.	<b>Implantado</b>		
<b>Desarrollo de líneas de investigación</b>		Inicio	Cont.	Cont.	<b>Cont.</b>
<b>Título universitario propio del campo de la rehabilitación psicosocial y atención social</b>		Negociación y diseño	Convenio	<b>Implantado</b>	
<b>Publicación anual</b>		Inicio	Cont.	Cont.	<b>Cont.</b>
<b>Modelo E.F.Q.M.</b>		Estudio implantación	<b>Inicio implantación</b>	<b>Cont.</b>	<b>Implantado</b>



### **III.6.5. Organismos responsables e implicados. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

#### **III.6.5.1. Organismos responsables.**

- Consejería de Servicios Sociales.
- Colaboración con las Universidades de la Comunidad de Madrid.
- Entidades sociales y empresas de servicios.

#### **III.6.5.2. Conexión y coordinación con otras administraciones e instituciones.**

- Colaboración con las Universidades de la Comunidad de Madrid.
- Coordinación con Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental como responsable de la red de atención psiquiátrica y salud mental.
- Colaboración y coordinación con la red de atención primaria de servicios sociales.
- Colaboración con los servicios de publicaciones, formación e investigación de la Comunidad de Madrid.
- Coordinación y colaboración con la Dirección General de Calidad de los Servicios de la Comunidad de Madrid.

## **8. CRONOGRAMA.**

Al exponer los distintos Programas y las medidas de los mismos se ha ido explicitando el calendario de implantación de las principales medidas de cada Programa. De todas formas se presenta a modo de resumen un cronograma conjunto con las previsiones y temporalizaciones propuestas en el presente documento en relación a las 3 Estrategias del mismo.

Asimismo es necesario indicar que este Cronograma o Calendario de implantación es una guía de referencia para la planificación y desarrollo de los Programas y las correspondiente medidas incluidas en el presente PLAN; pero que debe a su vez entenderse como flexible y dinámico, ya que puede ir reajustándose en relación con las evaluaciones anuales que se realizarán sobre la ejecución el Plan y las distintas circunstancias que puedan afectar al desarrollo de recursos y otras medidas. Así pues, más que el estricto cumplimiento de lo establecido para cada año en este cronograma, lo más importante es el logro final de los objetivos planteados.

## CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN DEL PLAN (Resumen por Estrategias: Programas y Medidas)

### ESTRATEGIA I: AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL

PROGRAMAS	MEDIDAS		2003	2004	2005	2006	2007	
I.1 Programa de Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial	CRPS	Nº de Centros	13	16	18	20	22	
		Nº de Plazas	1055	1295	1455	1615	1750	
I.2 Programa de Apoyo Social e Integración Comunitaria	Centros de Día	Nº de Centros	4	7	12	17	22	
		Nº de Plazas	80	200	375	550	750	
	Equipos de apoyo comunitario	Nº de equipos	4 Equipos. Inicio experimental y de valoración de su adecuación					Evaluación y desarrollo de nuevos equipos hasta 15 EASC
I.3 Programa de Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción en el Empleo	CRL	Nº de Centros	7	9	11	13	15	
		Nº de Plazas	340	440	550	650	750	
	Otras medidas en coordinación con Trabajo	Programa anual de formación	Diseño y coordinación con Trabajo					Desarrollo anual de acciones formativas
		Acciones de Sensibilización y Promoción de empleo	Diseño y coordinación con Trabajo					Desarrollo anual de actuaciones
	Medidas de apoyo a la contratación		Diseño y coordinación con Trabajo					Desarrollo anual de actuaciones
I.4 Programa de Atención Residencial y Alojamiento con apoyo	Mini-Residencias	Nº de Centros	10	12	15	20	28	
		Nº de Plazas	210	270	360	510	750	
	Pisos Supervisados	Nº de Pisos	10	20	33	50	60	
		Nº de Plazas	41	95	165	250	300	
	Plazas supervisadas en Pensiones	Nº de Plazas	11	20	30	40	50	
Apoyo al mantenimiento en la vivienda		Estudio de necesidades					Desarrollado	
I.5 Programa de Atención Social y Reinserción de Personas enfermas mentales en situación de marginación sin hogar o en grave riesgo de exclusión	PRISEMI		Reformulación	Desarrollado				
	Centro de Baja exigencia		Diseño	Puesta en marcha	Desarrollado			

**ESTRATEGIA II: APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO**

<b>PROGRAMAS</b>	<b>MEDIDAS</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>II.1. Programa de Información, asesoramiento y apoyo a las familias</b>	Ampliación de las Escuelas de Familias	información		<b>Desarrollado</b>		
	Distribución de materiales informativos		Creación	<b>Distribución anual</b>		
	Mejora de la información pública sobre recursos del Plan			<b>Desarrollado</b>		
	Línea 900 del SITADE		Diseño, organización y puesta en marcha	<b>Funcionamiento</b>		
<b>II.2. Programa de Apoyo al Movimiento Asociativo de familiares y afectados</b>	Información y apoyo desde los recursos del Plan		<b>Desarrollo y actuación anual</b>			
	Apoyo técnico a las asociaciones		<b>Desarrollo y actuación anual</b>			
	Comisión de Coordinación y Seguimiento	Creación	<b>Funcionamiento y reuniones periódicas</b>			
	Líneas de subvención	Incrementos anuales de presupuesto de subvenciones al movimiento asociativo				Alcanzar 700.000 €

**ESTRATEGIA III: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL**

<b>PROGRAMAS</b>	<b>MEDIDAS</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>III.1. Programa de Coordinación , Planificación conjunta y Complementariedad con Salud Mental.</b>	Comisión de coordinación	Creación		Desarrollado		
	Convenios anuales			Desarrollado		
	Transferencias desde Salud Mental de ayudas económicas y recursos como pisos, etc.		Efectuadas			
<b>III.2. Programa de Coordinación y Complementariedad con Servicios Sociales Generales o Atención Social Primaria</b>	Comisión de Coordinación	Creación	Funcionamiento.	Reuniones periódicas de coordinación		
	Convenios anuales		Negociación y acuerdo.	Convenios anuales de colaboración		
<b>III.4. Programa de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma</b>	Programa anual de información		Creación	Cont.	Cont.	Cont.
	Materiales divulgativos		Creación	Cont.	Cont.	Cont.
	Comisión de información		Creación		Desarrollo anual	
	Página web del Plan		Creación		Desarrollo anual	
<b>III.5. Programa de Voluntariado Social.</b>	Acuerdos con ONGs y Asociaciones de voluntariado		Organización y coordinac.		Desarrollo anual	
	Protocolo de formación		Organización y coordinac.		Desarrollo anual	
	Protocolo de seguimiento		Organización y coordinac.		Desarrollo anual	
<b>III.6. Programa de Formación, Investigación y Calidad.</b>	Formación continuada		Creación	Cont.	Cont.	Cont.
	Acreditación docente MIR-PIR de los CRPS		Convenio		Implantado	
	Alumnos en prácticas pregrado		Convenio		Implantado	
	Desarrollo de líneas de investigación		Inicio	Cont.	Cont.	Cont.
	Título universitario propio del campo de la rehabilitación psicosocial			Convenio		Implantado
	Publicación anual			Inicio	Cont.	Cont.
	Modelo E.F.Q.M.			Estudio implantación	Inicio implantación	Cont.

## 9. MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN.

El adecuado desarrollo y la correcta ejecución de los programas y medidas que componen el presente PLAN conlleva la necesidad de establecer mecanismos de coordinación y seguimiento de la organización, ejecución y desarrollo del propio PLAN con la participación de todos los agentes y organismos relevantes por su implicación en el mismo o en alguna de sus medidas.

A tal efecto se plantea la existencia de dos Comisiones de Coordinación y seguimiento con funciones complementarias:

- **Una Comisión Interinstitucional** con responsables políticos de las Consejerías implicadas: Consejería de Servicios Sociales, Consejería de Sanidad, Consejería de Trabajo, etc. Se reunirían con una periodicidad de al menos una vez al año y tendría funciones de seguimiento global de la ejecución del Plan y coordinación de la actuación.
- **Una Comisión Técnica de Coordinación y Seguimiento** con presencia de los responsables técnicos tanto del propio PLAN en la Consejería de Servicios Sociales como otros responsables técnicos de otras Consejerías implicadas (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad, Servicio Regional de Empleo de la Consejería de Trabajo, etc) con funciones técnicas y de desarrollo operativo para la coordinación y ejecución de las distintas medidas del Plan.
- Asimismo se contará con la **participación activa del Movimiento Asociativo de Familiares y enfermos mentales, así como de las Asociaciones de Profesionales en el seguimiento del desarrollo y ejecución del PLAN**. Para ello se establecerán mecanismos de información, consulta y participación.

## 10. EVALUACIÓN DEL PLAN: INDICADORES Y PROCESO DE EVALUACIÓN.

La evaluación de programas se ha convertido en los últimos años en una de las herramientas básicas en la construcción de la sociedad del conocimiento que se propugna como objetivo de las políticas sociales en el espacio europeo. Siguiendo las definiciones más habituales en este ámbito, la evaluación o valoración de programas puede definirse como la aplicación de procedimientos científicos para emitir un juicio de valor sistemático, que proporcione de forma válida y fiable, información para la toma de decisiones. De esta forma, la evaluación de programas se ha hecho imprescindible para llevar a la práctica políticas sociales efectivas y eficientes con ciertas garantías de éxito en su implementación y desarrollo. La utilidad de dicho proceso de evaluación va más allá de la mera enumeración de objetivos o logros conseguidos, importante en sí misma, proporcionando los criterios para la toma de decisiones relacionada con la estructura y funcionamiento del programa evaluado, optimizando de esta forma, las decisiones y políticas públicas.

Considerando lo anterior, la Consejería de Servicios Sociales ha firmado un Convenio de Colaboración con la Universidad Complutense de Madrid que ha permitido la planificación de un proyecto global de evaluación del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Dicho proyecto, que se resume a continuación, ha tratado de incluir todas las sugerencias y necesidades detectadas, en un diseño de evaluación que permite establecer la implementación y funcionamiento del PLAN a lo largo del tiempo<sup>1</sup>.

La propuesta de evaluación engloba todo el proceso de diseño y puesta en marcha del PLAN, desde sus inicios, incluso colaborando en la propia redacción del presente documento, hasta el final, con la evaluación de resultados e impacto en el último año del PLAN. Igualmente, se ha considerado necesario extender la evaluación a los recursos existentes en este momento que, si bien no se verán afectados directamente por el desarrollo del PLAN, de hecho, están formalmente incluidos en el mismo.

Al diseñar la **metodología** que debería dar sustento a un trabajo de este tipo se ha optado por emplear el enfoque más amplio y globalizador posible, sin perder de vista el rigor metodológico que garantice la calidad de los datos obtenidos. En este sentido, no se ha restringido la evaluación a un solo modo o acercamiento, sino que se combinan estrategias propias de la evaluación de la evaluabilidad, de la implementación y cobertura, del proceso y funcionamiento y de los resultados de las intervenciones. De forma más detallada puede ofrecerse el siguiente resumen:

- 1) Durante el propio proceso de redacción del presente PLAN, se ha llevado a cabo un proceso de evaluación de la **evaluabilidad** que ha permitido identificar las posibles dificultades y mejorar las posibilidades para la evaluación de la puesta en marcha del PLAN.

---

<sup>1</sup> Para la consulta de la propuesta completa de evaluación del Plan puede solicitarse información en la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

- 2) Para el período de puesta en marcha del PLAN, se ha diseñado una estrategia de evaluación continuada que permita valorar la **implementación, la cobertura y el funcionamiento** (proceso) del mismo. Esta estrategia se fundamenta en la labor de los propios profesionales - equipos de bs centros, gestión, etc- como elementos participativos y en el análisis y extracción de información por parte del equipo evaluador. Se emplearán instrumentos diversos, como recogida directa de datos, análisis de las memorias de los centros y sesiones de grupos de discusión.
  
- 3) Los **resultados** del PLAN se medirán mediante instrumentos suficientemente válidos y fiables que permitan establecer de forma objetiva el impacto de las intervenciones en los usuarios y sus familias. La evaluación de resultados considera como punto de partida los propios objetivos de las intervenciones para poder estimar el impacto de la intervención y el nivel de consecución de las metas propuestas. La satisfacción con la atención recibida, los cambios en salud general y calidad de vida y la mejora del funcionamiento psicosocial, junto con la mejora de la carga familiar y del nivel de estrés de las familias, son dominios clave en este ámbito.

En la tabla siguiente se presenta un ejemplo del tipo de indicadores e instrumentos propuestos para cada programa y medida específica del PLAN. En este caso se trata de la propuesta realizada para la *Estrategia 1: Ampliación de la red de recursos de atención social; Programa 2: Programa de apoyo social e Integración Comunitaria; Medida 1: Centros de Día de soporte social*. En azul se incluyen los indicadores de implantación y cobertura, en amarillo los indicadores e instrumentos para la evaluación del proceso o funcionamiento y en rosa los indicadores e instrumentos relacionados con los resultados de las intervenciones.



ESTRATEGIA 1. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL						
2. Programa de Apoyo Social e Integración comunitaria		2003	2004	2005	2006	2007
M E D I D A S	Centros de Día	Incremento nº Centros de Día	Análisis de las memorias Entrevista con los responsables del PLAN			
		Incremento nº plazas				
		Ratio plazas / habitantes				
		Territorialización				
		Temporalización				
	Plantilla	Análisis de las memorias Entrevista con los responsables y profesionales de los centros y con el responsable del PLAN				
	Usuarios: • Número (por tipo de atención) • Adecuación al perfil					
	Actividades					
	Régimen de funcionamiento					
	Tasa de ocupación					
	Lista de espera					
	Satisfacción: • Familiares • Usuarios	Cuestionarios				
	% Recaídas y Hospitalización Psiquiátrica	Análisis de las memorias				
	Nº Abandonos					
	Nº Altas					
	Calidad				Valoración sistema EFQM	
	Sintomatología	Cuestionarios				
	Calidad de vida					
Funcionamiento psicosocial						
Bienestar general						
Carga familiar						

Tabla 10.1: Ejemplo de indicadores, instrumentos y temporalización para la primera medida del programa 2, de la estrategia I.

Código de colores

	Evaluación de la implementación y cobertura
	Evaluación del proceso
	Evaluación de los resultados

- 4) Finalmente, se han contemplado distintos **temas específicos** que serán objeto de una investigación evaluativa a lo largo del PLAN. Aspectos como los siguientes son temas previstos para un abordaje de carácter anual a lo largo de todo el período:

- el diseño de instrumentos de evaluación de resultados adaptados a las necesidades específicas de la red,
- la evaluación de necesidades de los usuarios y familiares,
- la efectividad de los equipos de apoyo comunitario,
- la evaluación de las actividades, oferta de servicios y estilo de atención de la red,
- la efectividad de programas específicos de intervención y
- el funcionamiento de los programas para Personas Sin Hogar con enfermedad mental crónica.

Dada la complejidad y variabilidad de los centros y programas y considerando aspectos éticos y metodológicos se ha decidido organizar la evaluación global sobre diseños específicos para cada ocasión, centro o variable según sea el caso. Es decir, no se propone un diseño único que evalúe todo el PLAN, sino que se sugiere la posibilidad de utilizar diseños *ad hoc* en cada tipo de evaluación realizada. Esta metodología supone un esfuerzo de adaptación a lo largo de los años por parte del equipo evaluador y de los propios recursos, pero responde más adaptativamente al tipo de problemas planteados por la puesta en marcha de un PLAN de este tipo. De esta forma, la metodología combina la recogida de datos sistemática y continuada por parte de los centros, la explotación de documentos y la recogida de datos específicos por parte del equipo evaluador en aquellos casos en que se considere conveniente para la elaboración de informes con carácter anual acerca de la situación y evolución del PLAN. El funcionamiento central anual se verá reforzado con la elaboración y puesta en marcha de investigaciones evaluativas específicas con diseño propio que permitan profundizar en diversos temas a lo largo del período de vigencia del PLAN.

Para la puesta en marcha de una evaluación de este tipo se han contemplado diversos **instrumentos y estrategias de evaluación** susceptibles de ser utilizadas y combinadas a lo largo del trabajo, cabe destacar las siguientes: análisis de las memorias de los centros y del servicio, cuestionarios y entrevistas estructuradas con usuarios, familiares y profesionales, entrevistas en profundidad, sesiones de grupo y encuestas de población general y análisis de medios. Se han combinado estrategias cualitativas y cuantitativas que permitan una mejor aprehensión de la realidad social compleja que implica la puesta en marcha del PLAN. Se ha preferido implicar a los propios servicios en la evaluación, de forma que puedan combinarse visiones externas e internas y pueda implicarse a los propios profesionales en la continua labor de transformación de los centros propia de las actividades de evaluación.

Sin embargo, no se habrá escapado la consideración del presente capítulo más como una declaración de intenciones que como un programa específico de evaluación. No podía ser de otra manera. El PLAN tiene tal variedad de medidas y acciones a lo largo de un período de tiempo tan amplio, que hacer otra propuesta metodológica más cerrada habría significado cerrar las puertas a un enfoque de evaluación flexible y adaptado a las necesidades de cada momento. Sin embargo, no debe interpretarse esta aparente falta de estructura como una desventaja o una pérdida de calidad. Por el contrario, pensamos que un acercamiento de mayor proximidad y continuidad en la medida puede ayudar a superar con creces algunas de las limitaciones metodológicas que la realidad impone, a la vez que apoya la optimización de la calidad de la evaluación y, por tanto, de la toma de decisiones respecto a las políticas sociales que afectan a las personas con enfermedad mental grave y crónica en nuestra Comunidad.

## 11. GESTIÓN DEL PLAN.

El desarrollo de los programas y medidas del PLAN exige un evidente refuerzo de los recursos humanos disponibles en la Consejería para poder afrontar adecuadamente las tareas de planificación, gestión, coordinación, supervisión y seguimiento que conllevará de un modo creciente el desarrollo del PLAN y el cumplimiento de los objetivos de cobertura marcados.

A tal fin se plantea la creación dentro del actual Servicio de Plan de Acción y Programas con Discapacidad de la Dirección General de Servicios Sociales o en su caso en el marco de la Unidad Administrativa que en su momento se determine, de una **Unidad Técnica de Gestión y Coordinación del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica.**

Esta Unidad Técnica del PLAN debería contar inicialmente con los siguiente recursos humanos.

- 1 coordinador del PLAN
- 1 Psicólogo
- 1 Trabajador social
- 1 Administrativo
- 1 Auxiliar
- Apoyo de un Jefe de Sección

Las tareas de gestión, puesta en marcha de nuevos centros, contratación de la gestión de los mismos, coordinación, seguimiento, evaluación y supervisión se irán incrementando a los largo de los años que dura el PLAN y por tanto se hará necesario ir complementando esta plantilla de recursos humanos hasta poder contar como mínimo con:

- 1 coordinador del PLAN
- 2 Psicólogos
- 2 Trabajadores sociales
- 2 Administrativos
- 1 Auxiliar
- Apoyo de un Jefe de Sección

De otra parte, a lo largo del desarrollo del PLAN se puede valorar asimismo el estudio de nuevas fórmulas de gestión y desarrollo de la red de recursos de atención social a este colectivo. **En esta línea se plantea el estudio de la posibilidad de crear una Fundación Pública para la Integración Social del enfermo mental como instrumento de gestión y promoción de recursos para la atención social e integración de este colectivo.**

Esta Fundación se plantea como un potencial instrumento de gestión, más ágil y capaz de atraer recursos ajenos adicionales así como de facilitar la coparticipación interinstitucional y la cofinanciación de la red de recursos sociales.

Existen experiencias interesantes en nuestro país en esta línea, en especial la experiencia de Andalucía, que en 1994 aprobó en el Parlamento la constitución de la

**Fundación Andaluza para la Integración Social del enfermo mental (FAISEM).** Su patronato esta formado por diferentes Consejerías (Asuntos Sociales, Salud, Empleo y Economía) y cuenta con la activa implicación del Movimiento Asociativo de familiares además de otras entidades sociales. FAISEM gestiona en Andalucía toda la red de recursos de apoyo social. Sus principales funciones y ámbitos de actuación se centran en el desarrollo de los recursos y programas de carácter social (no sanitario) para facilitar la integración social y laboral de esta población.

Asimismo, recientemente, **la Junta de Castilla-La Mancha ha creado la Fundación para la Integración Social y Laboral del enfermo mental (FISLEM)**, sobre la base de la experiencia de FAISEM en Andalucía.

Partiendo de esta imprescindible priorización y responsabilización pública, es asimismo oportuno plantear para su estudio y debate nuevas posibilidades de promoción y gestión de este tipo de recursos. En este sentido, creemos de interés **analizar, valorar y estudiar a lo largo del desarrollo del PLAN una nueva fórmula que se concretaría, en su caso, en la constitución de una *Fundación Pública Madrileña para la Integración Social del Enfermo Mental Crónico.***

Dicha Fundación configuraría un nuevo marco jurídico, organizativo y de gestión en todo lo relativo al desarrollo, en nuestra Comunidad, de centros, recursos, servicios e iniciativas para apoyar la integración social y laboral del enfermo mental crónico, así como apoyar a sus familias.

Se trataría de una Fundación pública sin ánimo de lucro regulada de acuerdo a lo establecido en la Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones, donde se regulan y establecen las condiciones básicas para el ejercicio del derecho de fundación; así como de acuerdo a la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de Entidades sin fines lucrativos y mecenazgo, en la que se regula el régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y los incentivos fiscales al mecenazgo. Asimismo muy especialmente a la Ley 1/98, de 2 de marzo, de Fundaciones de la Comunidad de Madrid, por cuanto su ámbito de actuación sería el territorio de la Comunidad de Madrid y su población diana: las personas residentes en la Comunidad de Madrid con enfermedades mentales graves y crónicas que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.

**Así pues, a lo largo del presente PLAN se plantea estudiar la viabilidad, pertinencia y oportunidad de crear al final del mismo la citada Fundación.**

## 12. PRESUPUESTO.

Este PLAN se acompaña de la correspondiente Memoria Económica en la que se desglosan los costes previstos para cada uno de los años y para el total del periodo de vigencia del PLAN.

**Aunque el presente PLAN se articula para el periodo 2003 hasta el 2007, a efectos de la memoria económica la previsión presupuestaria se ha realizado desde el año 2004 por cuanto las acciones previstas e incluidas en el PLAN para el año 2003 ya están presupuestadas e incluidas en los vigentes presupuestos para el presente año 2003 de la Comunidad de Madrid.**

**El gasto total previsto y ya presupuestado en el año 2003 asciende a un total de 9.753.827 €.** En dicho gasto se incluye los costes de gestión de la red de centros actualmente existente (1.269 Plazas) y de los nuevos centros que se pondrán en marcha a final de 2003, así como otros gastos en materia de subvenciones a Asociaciones y de Inversiones en obras, arreglos y equipamiento de centros.

**Por tanto, a este gasto previsto del 2003 se le añadirá el gasto adicional específico que el PLAN prevé a partir del 2004 hasta el 2007.** El gasto previsto de este PLAN se imputará cada año en los presupuestos generales de la Comunidad de Madrid con cargo a la Consejería de Servicios Sociales o, en su caso, Unidad Administrativa competente en la materia de Servicios Sociales.

Se trata de un PLAN ambicioso pero a la vez posible y realista tendiendo en cuenta las condiciones de dotación presupuestaria y posibilidades de gestión. El desarrollo del presente PLAN supondrá un **incremento presupuestario importante, que permitirá pasar de un gasto total previsto y ya presupuestado en 2003 de 9.753.827 € a un gasto total previsto en el año 2007 último del Plan de 44.090.886 € lo que supone un incremento a lo largo de este periodo 2003-2007 de 34.337.139 €.**

Como resumen se recoge en el siguiente cuadro los coste previstos en los años 2004 al 2007 para el desarrollo de las 3 Estrategias del PLAN y sus distintos Programas.

**PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE  
Y CRÓNICA**

**RESUMEN GLOBAL COSTES PREVISTOS POR ESTRATEGIAS Y AÑOS**

<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>CAPITULO II, IV, VI y VII</b>	<b>AÑO 2004</b>	<b>AÑO 2005</b>	<b>AÑO 2006</b>	<b>AÑO 2007</b>	<b>TOTAL ACUMULADO 2004-2007</b>
<b>I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS SOCIALES</b>	Cap II: Gestión	13.837.232€	18.416.779€	24.851.405€	33.225.966€	90.331.382€
	Cap VI: Inversiones	2.730.000€	4.260.000€	5.040.000 €	8.240.000 €	20.270.000 €
	<b>TOTAL CAP II y VI</b>	<b>16.567.232€</b>	<b>22.676.779€</b>	<b>29.891.405€</b>	<b>41.465.966€</b>	<b>110.601.382 €</b>
<b>II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO</b>	Cap II:	60.000 €	65.000 €	70.000 €	75.000 €	270.000 €
	Cap IV: Subvención de Manteni- miento	450.000 €	550.000 €	650.000 €	700.000 €	2.350.000 €
	Cap. VII: Subvención Inversiones	200.000 €	225.000 €	275.000 €	300.000 €	1.000.000 €
	<b>TOTAL CAP II, IV y VII</b>	<b>710.000 €</b>	<b>840.000 €</b>	<b>995.000 €</b>	<b>1.075.000 €</b>	<b>3.620.000 €</b>
<b>III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL</b>	Total Costes Capitulo II	650.000 €	1.000.000 €	1.300.000 €	1.550.000 €	4.500.000 €
<b>TOTALES ANUALES</b>	Total Costes globales Anuales	<b>17.927.232 €</b>	<b>24.516.779 €</b>	<b>32.186.405 €</b>	<b>44.090.966 €</b>	<b>118.721.382 € Coste Total acumulado 2004-2007</b>