

Tendencias nacionales e internacionales en el alojamiento de personas con trastornos mentales graves

Marcelino López

Psiquiatra y Sociólogo

Director de programas, evaluación e investigación

FAISEM



Presentación:

- Resumir algunos aspectos de la situación nacional e internacional de los programas residenciales que puedan dar referencias útiles para mejorar los nuestros
- Como un elemento más para enriquecer la reflexión y el debate

Sumario:

- Para qué puede sernos útil una perspectiva “externa”
- Tendencias generales en la evolución de los programas residenciales en modelos comunitarios de atención
- Algunas situaciones de referencia internacional
- La situación en otras Comunidades Autónomas
- Algunas características de un modelo razonable

Para que puede ser útil una perspectiva “externa”:

❖ Una visión internacional

- Identificar tendencias en países con mayor experiencia en la atención comunitaria
- Tratando de situar nuestra experiencia en un contexto más amplio
 - Que nos permita valorar nuestra posición
 - Y orientar el futuro en algunos aspectos que parezcan útiles
- Pero teniendo en cuenta
 - La diversidad de contextos y experiencias
 - La imposibilidad de copiar modelos

❖ Una visión de otros territorios del Estado

- Lamentablemente no para aprender de los aspectos positivos
- Sino paradójicamente para situar mejor (relativizar) nuestras críticas



Algunas tendencias internacionales comunes en modelos comunitarios de atención (en países “occidentales”)

- ❖ Origen común: el “asilo” (Hospital Psiquiátrico)
 - Institución total
 - Supuestamente sanitaria
- ❖ DE la prolongación comunitaria del Hospital (“estructuras intermedias”)
A hogares donde la persona vive
 - *“Hogares donde vivir y no estaciones de tratamiento” (TAPS)*
- ❖ DEL control y gestión sanitaria
A espacio “social”, coordinado con el sanitario pero formalmente independiente
- ❖ DE estructuras graduadas con itinerarios programados
A viviendas propias con apoyo “externo”
 - *“Alojamiento con apoyo”*

Algunas características de los programas residenciales en países “occidentales” (1)

❖ No hay ni un modelo ni una referencia común más allá de las tendencias generales resumidas anteriormente, en aspectos como

❖ Dependencia

- Sanitaria (Unidades de salud mental, Consorcios o empresas, ...)
- Social (Estado, Regiones, entes locales, ...)

❖ Financiación (pública, seguros privados, ...)

❖ Gestión (pública, privada no lucrativa, privada)

❖ Estructuras concretas de los programas

❖ Coordinación con los servicios sanitarios

- Estructura general
- Estructuras locales
- Contactos entre profesionales

Algunas características de los programas residenciales en países “occidentales” (2)

- ❖ Sigue habiendo muchos lugares en que las necesidades de alojamiento se “solucionan” en Hospitales psiquiátricos más o menos modernizados
- ❖ Sigue habiendo posiciones contradictorias entre (e “intra”)
 - Profesionales sanitarios
 - Personal de los programas
 - Familiares de personas con TMG
 - Usuarios y usuarias
 - Población
- En relación con:
 - objetivos, contenidos y estructuras
 - en definitiva sobre si el alojamiento debe:
 - satisfacer una necesidad de la persona en un itinerario de recuperación
 - o una necesidad de control social en mejores condiciones que las de los Hospitales Psiquiátricos

Algunas situaciones y referencias de interés (1):

❖ En el Reino Unido:

❖ El estudio del TAPS (1985-2000)

- Quizás el estudio más completo y riguroso que evalúa el cierre de 2 HP con el seguimiento de más de 15 años de 770 pacientes de más de un año de estancia (excluidas demencias) y otros 400 de ingreso posterior
- Todos los pacientes pueden vivir fuera del hospital con una gran diversidad de estructuras, la mayoría no sanitarias y unas pocas mixtas
- Mejorando la sintomatología negativa y el funcionamiento social a un coste razonable, pero con una minoría que supone un coste más alto

❖ Gran diversidad de estructuras

- Habitualmente modelos mixtos (estructuras graduadas con muchos niveles y alojamiento con apoyo)
- Con dotación de plazas no homogénea pero muy alta
- Con financiación pública
- Y gestión variada (pública, privada y mixta)



Algunas situaciones y referencias de interés (2):

- ❖ **En los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia):**
 - **En los años 90 transición de los recursos residenciales desde el sector sanitario al social (entes locales)**
 - **Muy criticada inicialmente desde los servicios de salud mental**
 - **modelos mixtos con Hospitales psiquiátricos pequeños y estructuras comunitarias fuertes**
 - **estructuras residenciales diversas habitualmente graduadas e integradas en modelos globales de rehabilitación**
 - **Pero que luego parecen funcionar razonablemente sin generar la catástrofe que algunos temían**

- ❖ **En Italia, en regiones con buenos servicios comunitarios (Trieste)**
 - **Preocupación por el crecimiento de estructuras residenciales (“reinstitutionalización”)**
 - **Disminución del tamaño de las residencias**
 - **Orientación hacia modelos de apoyo al alojamiento**

Los datos numéricos

- ❖ **Muy variables y de difícil valoración comparativa**
 - **Posición socioeconómica del país o región**
 - **Dotación y funcionamiento de servicios sanitarios y sociales**
 - **Papel de las familias**
- ❖ **Con escasa información en la mayoría de los casos**
- ❖ **Pero habitualmente altas:**
 - **Reino Unido (estudios parciales): 40- 90 plazas/ 100.000 habitantes**
 - **Italia (estudio nacional)**
 - **Media de 29,8 plazas / 100.000 habitantes**
 - **los extremos (15,5 – 69,3) no corresponden a regiones con buenos servicios**
 - **Media de 12,5 plazas por residencia (el 9 % tienen más de 20)**
 - **El 73,4% tiene personal las 24 horas**

Los programas residenciales en España (1)

Desarrollo general escaso y muy dispar entre CCAA

❖ En modelos organizativos y funcionales, con combinaciones variables de distintos factores:

- Situación entre los polos sanitario y social
- Tipología, denominación y tamaño de los dispositivos
- Tipo y formación del personal
- Coordinación con otros sectores de atención (SM)
- Dependencia, financiación y gestión

❖ En la mayoría de los casos

- ❖ Coexistencia con Hospitales Psiquiátricos
- ❖ Recursos escasos o inexistentes
- ❖ Implicación pública mínima (financiación mediante subvenciones)



Los programas residenciales en España (2)

❖ **Dos modelos generales con aspectos comunes (tipología similar) pero diferencias claras:**

➤ **Andalucía**

➤ **Madrid**

➤ **Dependencia de la Consejería de Servicios Sociales**

➤ **Planificación y financiación pública**

➤ **Gestión privada (Empresas, Cooperativas,...)**

➤ **Tipología y dotación e recursos**

➤ **21 Mini residencias (20-30 plazas): 546 plazas (8,4/100.000 h)**

➤ **55 Pisos supervisados: 220 plazas (3,4/100.000 h)**

➤ **38 Equipos de apoyo social: 1.140 plazas teóricas (30 por equipo)**

➤ **Estructura de personal similar toda la red de rehabilitación (Psicólogos clínicos, Trabajadores Sociales, Educadores)**



Algunos aspectos a considerar:

❖ Cada región o país desarrolla su propio modelo, adaptando a su contexto aspectos comunes que derivan de la experiencia general:

☐ Atención comunitaria:

- Apoyo a la recuperación y la ciudadanía de las personas
- Basada en la atención intersectorial personalizada
- Y adaptada a las características sociales y administrativas

☐ Atención residencial:

- Modelos mixtos con estructuras graduadas y apoyo en el domicilio propio
- Con aspectos que correlacionan con buenos resultados en estudios de evaluación:
 - Pequeño tamaño
 - Atmosfera hogareña y poco institucional, con participación en las decisiones
 - Entornos residenciales normales
 - Baja emoción expresada del personal (profesionalización)

