



## ARTÍCULO ESPECIAL

# La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastornos mentales graves



Marcelino López Álvarez<sup>a,\*</sup> y Margarita Laviana Cuetos<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Programas, evaluación e investigación Fundación Pública Andaluza, Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, FAISEM, Sevilla, España*

<sup>b</sup> *Servicio Andaluz de Salud, Comunidades Terapéuticas de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España*

Recibido el 7 de agosto de 2015; aceptado el 30 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 11 de noviembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Salud Mental;  
Atención Integral de Salud;  
Trastornos mentales;  
Servicios de Salud Comunitaria

**Resumen** La coordinación entre servicios sanitarios y sociales es una necesidad central en la atención a un número creciente de personas afectadas por distintos tipos de problemas de salud. La evolución de los patrones demográficos y epidemiológicos en nuestras sociedades hacen cada vez más patente esa necesidad, por lo general no adecuadamente cubierta por nuestros sistemas de atención.

Un sector donde esa necesidad es clave es el de la atención a personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves. Se trata de un sector que ha permanecido demasiado tiempo al margen de los sistemas generales de la atención sanitaria y social como resultado del estigma social y de las tradicionales instituciones asilares, en un círculo vicioso que hay que romper para poder identificar y dar respuesta a las necesidades de dichas personas.

De hecho, los procesos de cambio hacia una atención comunitaria, con objetivos de recuperación y no de meros cuidados paliativos o marginadores, incorporan necesariamente esa coordinación como un pilar básico de una atención orientada a la inclusión social y la ciudadanía. Aunque sigue habiendo importantes carencias al respecto, especialmente en nuestro país.

Sin embargo, hay experiencias de cambio que, como en Andalucía, marcan líneas de desarrollo de una estrategia de atención integrada, cuyos fundamentos y principales elementos que se presentan de manera resumida en este artículo.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Mental Health;  
Comprehensive Health Care;

**The coordination between health and social services in the care of people with severe mental disorders**

**Abstract** Coordination between health and social services is a key point in caring for an increasing number of people affected by different types of health problems. The change in

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marcelino.lopez@juntadeandalucia.es](mailto:marcelino.lopez@juntadeandalucia.es) (M. López Álvarez).

## People with severe mental disorders

demographic and epidemiological patterns in our societies evidences the need of this coordination, usually not covered by our care systems.

A sector in which the coordination is particularly important is the care of people with disabilities related to the suffering from severe mental disorders. This is a field that has been too long on the sidelines of the general health and social care systems as a result of the social stigma and traditional psychiatric institutions, setting in motion a vicious circle that must be broken in order to identify and to respond to the needs of such persons.

In fact, the processes of change towards community care, with targets for recovery and not mere palliative or marginalizing care, necessarily incorporate this coordination as a cornerstone strategy for social inclusion and citizenship. Although there are still significant gaps in this regard, especially in Spain.

However, there are experiences of change, such as that of Andalusia, which set the tone for the development of a strategy for integrated care, whose foundations and main elements we try to summarize in the present article.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La coordinación entre servicios sanitarios y sociales es clave en la atención a muchas personas afectadas en nuestras sociedades por distintos problemas de salud. Los cambios demográficos y de patrones epidemiológicos, que los llamados países desarrollados vienen experimentando desde hace décadas, ponen crecientemente de manifiesto la necesidad de cambiar los procedimientos clásicos de los sistemas sanitarios y de articular sus intervenciones con las de otros sectores no sanitarios, entre los que destacan habitualmente los servicios sociales<sup>1-3</sup>. Este enfoque intersectorial es pertinente para la atención individual pero debería incorporar también la orientación preventiva y poblacional característica de la Salud Pública<sup>3,4</sup>.

La importancia de distintos factores sociales en el origen y evolución de muchas de las patologías prevalentes, su carácter «crónico», de evolución prolongada y generadora de discapacidad y la conciencia creciente del valor de los derechos ciudadanos, la autonomía y la inclusión social de quienes las padecen, están entre los principales factores determinantes de esa necesidad<sup>2,3</sup>.

Sin embargo, el funcionamiento real de nuestros sistemas sanitarios y sociales responde raramente a la misma. De hecho, la evolución de los sistemas sanitarios refleja habitualmente lógicas sociales distintas, condicionadas en gran parte por cálculos políticos a corto plazo y por la influencia de importantes grupos de presión, ligados a las industrias farmacéuticas y de tecnologías sanitarias<sup>5</sup>. El resultado suele ser una orientación hacia la atención individual de situaciones «agudas», con costosas tecnologías hospitalarias efectivas a corto plazo, y la búsqueda de «soluciones» de «aparcamiento social» para quienes padecen procesos de larga duración y discapacidad importante. Y tampoco los servicios sociales, históricamente infradotados, han sido capaces de modificar esa situación, manteniendo habitualmente un papel subalterno, acorde con dichas tendencias.

La constatación de esa contradicción está en la base de los movimientos hacia una atención integrada<sup>2,6-8</sup>, que algunos consideran un «nuevo» paradigma<sup>6</sup> o modelo para el desarrollo de los sistemas de atención, sanitarios y no sanitarios. Atención integrada que no necesariamente implica la «fusión» de ambos sistemas, ni la generación de un nuevo sistema «socio-sanitario», sino un proceso centrado en las personas, basado en itinerarios personales, articulando (vertical, horizontalmente y en procesos de larga duración) distintos sistemas, dispositivos y equipos y generando culturas comunes e innovaciones organizativas y funcionales diversas<sup>2,7,8</sup>.

La atención a los problemas de salud de las personas mayores<sup>9</sup>, de la infancia<sup>10</sup>, aquí con un papel destacado de los servicios educativos, o a las personas con discapacidad y dependencia<sup>2</sup>, están entre los sectores prioritarios de este nuevo enfoque. Enfoque que conlleva necesariamente formas de coordinación intersectorial muy alejadas de las tradicionales «derivaciones» o de la mera interacción puntual<sup>8</sup>.

Paralelamente, hay una evolución similar en un sector durante mucho tiempo alejado de los sistemas sanitarios y sociales como fruto del papel largamente hegemónico de las instituciones asilares<sup>11,12</sup>, el de la atención en salud mental, especialmente al grupo de personas históricamente central en este campo: el de quienes padecen lo que denominamos trastornos mentales graves (TMG)<sup>11</sup>. La valoración de sus complejas necesidades hace curiosamente, tanto la versión tradicional como la alternativa comunitaria, hayan planteado siempre la necesidad de integrar intervenciones de distinto tipo. En unos casos pretendiendo dar respuesta a sus distintos problemas dentro de una única y supuestamente omnicomprensiva institución, y en los otros, tratando de articular intervenciones múltiples, sanitarias y no sanitarias, en la comunidad.

Nuestro país no es ajeno a estas evoluciones y los debates sobre la coordinación socio-sanitaria, la posibilidad de un espacio o sistema de igual denominación o

sobre la necesidad de la atención integrada se reproducen también aquí<sup>6,13,14</sup>. Paralelamente, los problemas se plantean igualmente en el ámbito de la atención en salud mental, condicionado por la debilidad de nuestras reformas psiquiátricas<sup>15</sup>, su desigual concreción en las distintas Comunidades Autónomas (CC. AA.) y el desarrollo, también limitado y desigual, del nuevo Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD)<sup>16</sup>.

En ese contexto, presentamos los aspectos que consideramos centrales para una estrategia que busque mejorar significativamente la atención a personas con TMG, desde modelos comunitarios, tratando de avanzar, mediante nuevas formas de coordinación, hacia una necesaria atención integrada. Situaremos así el tema desde el enfoque de la atención comunitaria, pero también desde la perspectiva de la experiencia desarrollada en estos años en Andalucía.

## La atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves

Las personas con TMG constituyen, dentro del conjunto de quienes tienen problemas de salud mental, un grupo minoritario pero muy importante, tanto por sus dificultades como por su papel de referente general, bajo la secular imagen social de la «locura», para la visión tradicional de este tipo de enfermedades o trastornos.

La atención a estas personas viene estando condicionada por el peso del estigma social<sup>17</sup> y por el desarrollo histórico de los sistemas de «atención», establecidos hace más de dos siglos<sup>12,18</sup>. Y ambos condicionantes han venido reforzándose mutuamente, en un círculo vicioso de difícil salida sin rupturas radicales<sup>17,18</sup>.

Es ese círculo vicioso el que han tratado de romper los modelos de atención comunitaria, basados en principios éticos, políticos y tecnológicos muy distintos y que cuentan con experiencias consistentes, que vienen desarrollándose en distintos países desde la segunda mitad del pasado siglo<sup>11,12,19</sup>. Modelos que forman el contexto imprescindible para plantearse la integración de intervenciones intersectoriales, fuera del marco iatrogénico de las instituciones asilares.

De hecho, dichas instituciones (asilos, manicomios o más púdicamente hospitales psiquiátricos) han venido siendo un factor de distorsión a muchos niveles, en la atención sanitaria y social de las personas con TMG<sup>12,18</sup>. Y ello, por la compleja interacción entre su papel original de proteger a la sociedad frente a los supuestos peligros de estas personas, su efecto negativo sobre las mismas, ligado a formas de institucionalismo o cronicidad institucional y su refuerzo a las negativas imágenes sociales que constituyen el núcleo del estigma y la discriminación, que les afecta junto a sus familias y al conjunto del sector de la atención en salud mental<sup>17</sup>. Sin olvidar, que su existencia ha contribuido a reforzar la inhibición y a distorsionar la comunicación con los sistemas generales de atención sanitaria y social, cuya actuación conjunta es imprescindible para atender las necesidades de muchas de estas personas.

Por ello, es difícil hablar de atención comunitaria en coexistencia con figuras institucionales continuadoras del hospital psiquiátrico, por muy renovadas que hayan sido sus estructuras físicas y funcionales<sup>12,18</sup>.

**Tabla 1** Características básicas de la atención comunitaria en salud mental

### *Planteamientos de Salud Pública*

Atención al conjunto de problemas de salud mental  
En territorios y población definidas  
Con criterios epidemiológicos y de planificación  
(estableciendo prioridades de atención)

### *Enfoque rehabilitador (como filosofía)*

Orientación hacia la autonomía y la funcionalidad social y no solo a los síntomas  
Integralidad, incluyendo prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social

### *Redes de servicios*

Sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos, de empleo...)  
Accesibles y adaptables a las necesidades individuales  
Predominantemente extrahospitalarios

### *Trabajo en equipo y participación*

Dentro de la red sanitaria  
Entre las redes sanitarias y las no sanitarias  
Entre administraciones, profesionales, usuarios y usuarias, familiares y grupos sociales

Fuente: López et al.<sup>11</sup>.

Frente a ellas y aunque hay muchas definiciones de la atención comunitaria en salud mental, básicamente podemos identificar este «nuevo» paradigma tecnológico<sup>11</sup> a partir de dos aspectos clave, que implican cambios radicales en la consideración social de las personas con TMG y en la manera de organizar sistemas de atención para ayudarles a superar sus dificultades.

La consideración social de quienes padecen este tipo de trastornos es central en los procesos de estigmatización y en las preocupaciones que promueven muchas iniciativas públicas en salud mental. Y a este respecto, el paradigma comunitario propone dejar de pensar en «locas» o «locos» que hay que encerrar y ni siquiera en «enfermos» o «enfermas» susceptibles de atención sanitaria, sino en «ciudadanas» y «ciudadanos», sujetos de derechos y obligaciones pero con dificultades múltiples para ejercerlos por sus enfermedades, pero también porque estas condicionan distintas discapacidades, en interacción con importantes barreras sociales secularmente construidas<sup>11</sup>.

Y en relación con los sistemas de atención, podemos resumir lo que significa la atención comunitaria desde los rasgos que recoge la [tabla 1](#). Es decir que, a diferencia de otros modelos posibles, hablamos de redes complejas de servicios, sanitarios y no sanitarios, comprometidas y articuladas territorial y poblacionalmente, orientadas a la atención integral de personas concretas, con objetivos de rehabilitación, inclusión social y ciudadanía y basadas en la cooperación de equipos multiprofesionales, personas afectadas (familiares y usuarios y usuarias de los servicios) y redes sociales más amplias<sup>11</sup>.

Desde esa nueva orientación («paradigma»), las personas con TMG siguen siendo un grupo prioritario, pero con necesidades y posibilidades de atención muy distintas y sobre la base de objetivos también muy diferentes.

Este grupo de personas se caracteriza por presentar procesos clínicos de carácter psicótico o similar, que

**Tabla 2** Definición de persona con trastorno mental grave**Persona que:***Presenta sintomatología psicótica o prepsicótica que:*

Genera problemas de captación y comprensión de la realidad

Distorsiona la relación con los otros

Supone o puede suponer riesgo para su vida

Repercute negativamente en distintas áreas de su funcionamiento personal

*Necesita un abordaje complejo, combinando:*

Atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación

Atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial)

Intervenciones sobre el medio social y familiar

*Presenta una evolución prolongada con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención**Grupos diagnósticos incluidos:*

Esquizofrenia y otros trastornos relacionados

Trastornos afectivos de carácter psicótico (trastornos bipolares y depresiones psicóticas)

Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y límite

Fuente: Consejería de Salud<sup>21</sup>.

cursan de manera prolongada en el tiempo y que presentan diversas dificultades funcionales ligadas al concepto de discapacidad<sup>11,20,21</sup> (tabla 2). Son personas que presentan múltiples dificultades para llevar una vida satisfactoria y socialmente activa, necesitando apoyo en áreas muy variables<sup>11,22</sup> (tabla 3).

Estas necesidades pueden ser variables también entre unas y otras personas, así como en su evolución temporal

**Tabla 3** Necesidades a cubrir para la recuperación y ciudadanía de personas con TMG**Atención sanitaria**

Atención a la salud general

Cuidados prologados para prevenir y tratar recaídas y evitar deterioros

Entrenamiento en el manejo de la enfermedad y sus consecuencias

Entrenamiento en habilidades personales y sociales

**Provisión de recursos de apoyo social**

Apoyo en la organización de la vida cotidiana

Apoyo en la vivienda propia o en alojamientos específicos

Actividad ocupacional y de ocio

Educación básica y compensatoria

Apoyo a la consecución y/o mantenimiento del empleo

Impulso a las relaciones sociales

**Protección y control judicial en ámbitos civil y penal****Apoyos inespecíficos del entorno inmediato**

Familia

Redes sociales informales

**Eliminación de dificultades debidas al estigma social****Tabla 4** Dispositivos y programas implicados en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves**Sanitarios:***Atención Primaria**Atención especializada general**Servicios de atención a drogodependencias**Centros/Equipos de Salud Mental Comunitaria**Unidades de hospitalización*

Unidades de corta estancia en hospitales generales

Unidades/Equipos de hospitalización alternativa

Unidades de media-larga estancia

Hospitales de día

Programas de hospitalización parcial

*Unidades de rehabilitación*

Centros de día/Unidades de rehabilitación

*Unidades de atención a infancia y adolescencia**Dispositivos y programas específicos*

Programas de gestión de casos

Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario

Equipos de intervención precoz en psicosis

**No sanitarios:***Acceso a servicios de carácter general*

Servicios sociales comunitarios

Servicios educativos

Servicios de empleo

Servicios culturales

Pensiones y otras subvenciones para personas con dificultades económicas

*Servicios específicos de apoyo social*

Red de alojamientos y programas residenciales

Rehabilitación vocacional y programas de empleo

Programas y dispositivos ocupacionales

Programas de recuperación educativa

Actividades de ocio y empleo del tiempo libre

Actividad asociativa

Apoyo en la gestión económica

Mecanismos para la tutela

*Servicios de atención en el sistema penitenciario*

y deben ser cubiertas por diferentes tipos de intervenciones de naturaleza diversa, según se centren en la persona, en su familia o en su entorno social, o su respuesta consista en actuaciones profesionales o de cuidados informales y, dentro de las profesionales, las desarrolle personal sanitario, social, educativo, laboral u otro.

Los sistemas concretos de atención comunitaria han ido generando una variada serie de dispositivos y equipos para tratar de ajustarse a esa variabilidad sincrónica y diacrónica del colectivo y a la diversidad de procedimientos de intervención desarrollados<sup>11</sup>. Como muestra la tabla 4, estamos hablando de una compleja red, en la que entran servicios sanitarios, con diversos niveles y especialidades, servicios «sociales» en sentido amplio (incluyendo también al menos empleo, educación y justicia) pero también formas de autocuidado y apoyo informal. Y todo ello, con equipos humanos igualmente diversos, es lo que hay que hacer confluir coordinadamente en la atención concreta y de larga duración a personas concretas afectadas por este tipo de problemas.

Un aspecto clave es el de los objetivos de esa actuación intersectorial, referidos desde el inicio de la atención comunitaria a la inclusión social y la ciudadanía y asociados hoy al concepto de *recuperación*, cuya formulación más amplia y significativa incorpora aportaciones de los movimientos asociativos de las personas más directamente afectadas por el problema, habitualmente usuarios y usuarias de servicios de salud mental<sup>23,24</sup>.

Aunque hay muchas definiciones de la «recuperación», con matices diferenciales entre formulaciones profesionales y de usuarios y usuarias, resulta útil la de Helen Provencher<sup>25</sup>, profesora canadiense de Enfermería en Salud Mental, que la define como «*la superación o trascendencia de los síntomas, las limitaciones funcionales y las desventajas sociales derivadas de la enfermedad mental para permitir la emergencia de un nuevo sentido de la existencia, el desempeño de roles sociales significativos y un mejor sentido de bienestar y calidad de vida*».

Así definido, el concepto identifica los objetivos básicos de la atención, implicando importantes modificaciones organizativas y funcionales, tanto en el nivel de las intervenciones personales concretas como en el más general de los sistemas de atención<sup>24,26</sup>. continuando los planteamientos de la rehabilitación psicosocial<sup>11,18</sup>, básicamente, se trata de ir más allá de la atención a los síntomas y favorecer itinerarios personales de recuperación, sustituyendo las aplicaciones paternalistas y supuestamente bienintencionadas de intervenciones por procesos más igualitarios y cooperativos, basados siempre que sea posible en decisiones compartidas<sup>24,27</sup>. Se trata de procesos en que interactúan profesionales diversos, desde dispositivos y administraciones también diversas, pero articulados por ese objetivo común en interacción con las personas concretas y las figuras importantes de su entorno familiar y social.

La integración de la atención cobra aquí un relieve especial, huyendo de generar nuevos espacios supuestamente integrados con riesgo de devenir nuevos territorios para la exclusión y el refuerzo del estigma. Pero evitando también limitarse a la mera «derivación» de las personas, condenándolas al peregrinaje entre dispositivos y equipos formalmente coordinados pero en la práctica actuando como entes independientes, con los conocidos fenómenos del «peloteo» y la «ausencia de perfil».

Al final se trata de articular, en la atención a cada persona concreta, el conjunto de intervenciones que es razonable suponer que tienen un efecto constatable en cada momento de su proceso evolutivo, reconociéndole un papel activo, en la medida en que su situación personal lo permite. Y para ello son centrales aspectos como:

La existencia de una cultura común, favorable a la recuperación, la inclusión social y la ciudadanía y no al mero cuidado paliativo.

La organización de dispositivos y equipos multiprofesionales, evitando nuevos y viejos cajones de sastre.

La elaboración de protocolos comunes al conjunto de la red, protocolos que permitan la adaptación a los itinerarios personales<sup>28</sup> de cada usuario y usuaria y consensuados con ellos.

La disponibilidad de referentes profesionales claros y de espacios de coordinación a diversos niveles (desde la planificación a la intervención cotidiana).

La articulación entre los diversos sistemas de información para permitir el intercambio de la misma y su disponibilidad en cada etapa de cada proceso personal.

Aspectos que son claves también en los modelos generales de atención integrada<sup>2,7,8,29</sup>.

## La situación en nuestro país y algunas líneas de actuación para mejorarla

En España, como en muchos otros países, la situación de la atención en salud mental dista mucho de los principios de la atención comunitaria. Y tampoco la atención concreta a personas con TMG refleja lo establecido en las Guías de práctica clínica, que incluyen la orientación hacia la recuperación y el tipo de intervenciones anteriormente señaladas<sup>11,21</sup>, aspecto este último que compartimos con muchos otros lugares del mundo, incluso del llamado «desarrollado»<sup>19,30</sup>.

De hecho, en la mayoría de las CC. AA. persisten, más o menos remodelados, los hospitales psiquiátricos, hay una infradotación (en cantidad, calidad y diversidad) de recursos sanitarios y especialmente sociales y la coordinación necesaria para una atención integrada brilla por su ausencia<sup>12,15</sup>.

La implantación del SAAD, torpedeado primero por algunas CC. AA. y ahora por el Gobierno central, que debería haber supuesto un impulso al desarrollo de los servicios sociales, en mayor simetría con los sanitarios, tampoco ha servido generalmente de mucho en relación con las personas con TMG. Por el contrario, su desarrollo en la mayoría de las CC. AA. ha generado problemas nuevos al no incluir criterios de calidad, basados en la recuperación y la inclusión social en lo relativo a servicios especialmente residenciales o establecer una vía de acceso a los servicios sociales al margen de la coordinación con los de salud mental<sup>16</sup>.

Sin embargo, existen iniciativas de coordinación sociosanitarias, especialmente valorables, como la experiencia de Andalucía. Aunque no cabe aquí una descripción detallada<sup>15,31</sup> hay que mencionar que, en nuestro caso, el proceso de reforma psiquiátrica iniciado en 1984 permitió superar el antiguo sistema y generar una red compleja, con un componente sanitario dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía y una red intersectorial de apoyo social desde la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Redes de servicios coordinadas a varios niveles, desde la planificación (planes integrales de salud mental) a la intervención cotidiana sobre personas concretas mediante un protocolo común, el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Y estableciendo soluciones operativas para la interacción en el SAAD, mediante comisiones intersectoriales provinciales y autonómicas, cuyo acuerdo es necesario para la actuación del nuevo sistema<sup>31</sup>.

Desde esta experiencia, de sus avances y de sus dificultades aún no plenamente resueltas, pensamos que en nuestro país, considerado en su conjunto, es necesario moverse decididamente en dirección a:

-Superar definitivamente los elementos «heredados» del antiguo sistema, sustituyendo los hospitales psiquiátricos y sus «derivados» modernos por redes de servicios comunitarios, tal y como prometía la aún vigente Ley General de Sanidad. Esta condición es necesaria, aunque no suficiente, para avanzar en la dirección señalada<sup>11,12,18,19</sup>. En

referencia al sistema sanitario, sería necesario contar con una estructura diversificada, plenamente integrada en el sistema general, mejor dotada y más homogénea territorialmente que la actual<sup>15</sup>.

-Establecer estructuras específicas para el desarrollo de servicios de apoyo social, en áreas como el alojamiento, el empleo, el soporte en la vida cotidiana, la educación compensatoria o la tutela<sup>11,31-33</sup>. Estructuras que pueden ser diversas en sus mecanismos de gestión, pero deben asegurar al menos una cobertura razonable, una financiación y control público y unos estándares de calidad comunes<sup>31</sup>.

-Gobernar el conjunto del sistema, multisectorial en una sociedad como la nuestra, desde la planificación a la intervención cotidiana de los diversos servicios y equipos multiprofesionales, mediante espacios reglados de coordinación, que integren el conjunto de dispositivos y equipos implicados, en sus respectivos niveles básicos y especializados. Para lo que es importante, lógicamente, su adecuada y coincidente distribución territorial.

-Establecer, como eje de las intervenciones, protocolos comunes que determinen itinerarios individuales<sup>21,28</sup>, consensuados con las personas directamente afectadas, fijando las múltiples intervenciones necesarias a lo largo del proceso de recuperación de cada una. Y estableciendo para ello espacios de coordinación del conjunto de la red (como es el caso en las Comisiones de Trastorno Mental Grave de cada Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental en Andalucía<sup>21,31</sup>) y figuras claras de referencia personal para cada usuario y usuaria, como apoyos a la continuidad de cuidados.

-Modificar el procedimiento habitual de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia, adaptándola a las necesidades de las personas con TMG. En concreto se debería establecer la coordinación entre los Servicios Sociales Comunitarios, los de Atención Primaria y los de Salud Mental al menos desde el inicio mismo del proceso de cobertura del SAAD<sup>16,31</sup>.

-Facilitar el acceso a la información necesaria para atender a cada persona concreta, articulando los sistemas de información específicos de cada sector.

-Y crear complementariamente equipos específicos, para la atención de grupos con especiales dificultades o necesidades concretas (personas sin hogar, con escasa adherencia o en situaciones de primeros episodios). Estos equipos cuentan con suficiente apoyo empírico sobre su efectividad<sup>34,35</sup>, pero su articulación con la red general admite también fórmulas diversas.

Sin olvidar, probablemente uno de los aspectos más difíciles y con mayores carencias en nuestro país y en muchos otros lugares, la necesidad de desarrollar una cultura común, basada en el paradigma comunitario y el objetivo de recuperación, en los distintos equipos multiprofesionales implicados, dentro y fuera del sistema sanitario.

## Conclusiones

La atención a personas con TMG es uno de los sectores que exigen una atención intersectorial, en la que la coordinación entre servicios sanitarios y sociales es clave. Pero esa coordinación, en línea con los enfoques de la atención integrada, exige la aplicación en cada territorio concreto de los principios de la atención comunitaria en salud mental, lo que

implica superar las instituciones tradicionales y establecer servicios e intervenciones orientadas a la recuperación y no al cuidado paliativo y el apartamiento de la vida social de dichas personas.

En nuestro país estamos lejos de poder contar con adecuados recursos para ello, aunque hay iniciativas que en nuestra opinión van en la buena dirección, como es la que viene desarrollándose en las últimas décadas en Andalucía. Experiencias que hay que tener en cuenta para proponer y ayudar a establecer un razonable sistema de atención sanitaria y social en el conjunto del Estado.

## Financiación

No existe financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Anderson G. Chronic care: making the case for ongoing care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
2. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Glasgow: MacGraw Hill; 2008.
3. Marset P, Sáez M. La evolución histórica de la Salud Pública. En: Martínez Navarro F, Anto JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, editores. Salud pública. Madrid: MacGraw Gil; 1998: 1-24.
4. Repullo JR, Segura A. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de Salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:475-82.
5. Navarro V. Los sistemas de salud en los países desarrollados. En: Martínez Navarro F, Anto JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, editores. Salud pública. Madrid: MacGraw Gil; 1998: 817-860.
6. Herrera E. Hacia el nuevo paradigma: la atención integrada. *Revista Actas de la Dependencia*. 2014; 12: 1-16.
7. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. London: Nunfield Trust; 2011.
8. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London; Then king's Foundations; 2013.
9. Beland F, Hollander M. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sant*. 2011;25(S):138-46.
10. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;358:69, 9595.
11. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía. *Revista de la AEN*. 2007;27:187-223.
12. López M, Laviana M, García-Cubillana. Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F, Coordinador. Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid: AEN; 2006.
13. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid: IMSERSO; 2011.
14. Herrera E. Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución. *Actas de la Dependencia*. 2012; 6:51-61.

15. Pérez F. (Coordinador). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid: AEN; 2006.
16. López M. El sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia y las personas con enfermedad mental. En: Ansean A, editor. *Gestión Clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid: Edicomplet SL; 2012:137-148.
17. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la AEN*. 2008;28:43-83.
18. Saraceno B. El fin del entretenimiento. *Manual de rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: AEN; 2014.
19. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001.
20. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;177:149-55.
21. Consejería de Salud Proceso asistencial integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007.
22. Motjabai R, Fochtmann L, Chang S-W, Kotov R, Craig TJ, Bromet E. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophr Bull*. 2009;35:679-95.
23. Emsley R, Chiliza B, Asnall L, Lehloeny K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:114-21.
24. Laviana M. Empoderamiento y recuperación en salud mental. En: Ansean A, editor. *Gestión Clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid: Edicomplet SL; 2012.
25. Provencher HL. Role of psychological factors in studying recovery in a transactional coping-stress approach: implications for mental health nursing practices. *Int J Ment Health Nurs*. 2007;13:188-97.
26. Roberts G, Boardman J. Understanding 'recovery'. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:400-9.
27. Drake R, Deegan PE, Rapp CH. The promise of shared decision making in Mental Health. *Psychiatr Rehabil J*. 2010;34:7-13.
28. Green B. Implementing and using care pathways in mental health: developing an approach for practice. *J Manag Marketing Healthc*. 2008;1:231-42.
29. Ferrer L, Goodwin N. What are the principles that underpin integrated care? *Int J Integr Care*. 2014;14:1-2.
30. Shean GD. Empirically based psychosocial therapies for schizophrenia: the disconnection between science and practice. *Schizophr Res Treatment*. 2013. ID 792769.
31. FAISEM. Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía. Sevilla: FAISEM; 2012.
32. López M, Laviana L. Programas residenciales. En: Desviat M, Alonso A, coordinador. *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: AEN; 2012.
33. López M, Laviana M, González S. Rehabilitación laboral y programas de empleo. En: Pastor A, Blanco A, Navarro D, editores. *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis; 2010;511-537.
34. Burns T. *Community Mental health teams: a guide to current practices*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
35. Rosen A, Muesser KT, Teeson M. Assertive community treatment. *Issues from scientific and clinical literature with implications for practice*. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44:813-26.