

DIRECCIÓN DE CENTROS RESIDENCIALES EN SALUD MENTAL

Marta Nieto Moreno, Laura López Antón, Consuelo Contreras Menchero,
Laura Marín Maya, César Margüenda Timón, Susana García-Heras

Las necesidades de las personas con un trastorno mental (grave o no), trascienden del área estrictamente sanitario. Como consecuencia de las discapacidades asociadas a la presencia de una enfermedad mental^{1,2} y del estigma y de la discriminación asociados a la misma³, las necesidades de atención se desarrollan en otras esferas de la vida comunes al resto de la población (sin problemas de salud mental), como la integración social y laboral, el alojamiento o la alimentación. Así, los centros residenciales se desarrollan en el denominado espacio sociosanitario que, a nivel legislativo en nuestro país⁴, define la prestación sociosanitaria que ofrece como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

En este capítulo se describen brevemente las principales características de los centros residenciales, introduciendo al lector en retos actuales en la dirección de estos centros, y en las principales claves de su gestión, asumiendo los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad, respaldados en nuestro país por la Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 20, por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica⁵.

Características generales de los centros residenciales

Los centros residenciales forman parte de la red de atención a la salud mental y, según recoge la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013⁶, tienen como finalidad fomentar la convivencia e integración de las personas con trastorno mental grave que lo necesitan, evitando estancias hospitalarias innecesarias, asegurando la continuidad de cuidados, constituyendo una alternativa al propio domicilio y a la hospitalización, y convirtiéndose en estrategia para erradicar el estigma y la discriminación sobre las enfermedades mentales.

Marco conceptual

En el marco del modelo comunitario de atención a la salud mental, los centros residenciales se han desarrollado en paralelo a los procesos de desinstitucionalización y al cierre de los clásicos hospitales psiquiátricos con diferentes grados de desarrollo y celeridad en diferentes partes del mundo, empleando las tecnologías propias de este modelo con objetivos específicos

de rehabilitación, de promoción del proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental (generalmente grave y/o de larga evolución) y de cobertura de necesidades básicas de alojamiento y manutención⁷. De hecho, los programas residenciales, en general, son considerados prácticas emergentes basadas en la evidencia que promueven la atención comunitaria e integración de personas con enfermedad mental⁸. No obstante, la defensa por un modelo mixto e integrador de sendos modelos de atención ha sido inspiración de gestores y técnicos en la planificación y desarrollo de programas residenciales para personas con trastorno mental grave. Estos programas entrañan una diversidad y variabilidad de recursos residenciales, una graduación de dispositivos con diferentes niveles de apoyo y supervisión, pero donde sean éstos los que se adapten a las características y necesidades de sus residentes de manera flexible e individualizada, tomando especial protagonismo el usuario en su propio contexto, en su propio hogar^{9,10}.

Y es en este proceso de evolución conceptual de los programas residenciales donde encontramos uno de los primeros retos en su dirección: la heterogeneidad. Para dar respuesta a una adecuada atención comunitaria a las necesidades de soporte residencial y apoyo al alojamiento de personas con trastorno mental grave (TMG), ha sido necesario desarrollar una variada gama de dispositivos residenciales y de programas de apoyo al mantenimiento en el propio domicilio. Así, la revisión, tan sólo en nuestro país, de los diferentes tipos de alternativas residenciales, tipología, nomenclatura, funcionamiento, dotación de personal y ratios, modelos de financiación, dependencia administrativa y provisión de servicios arroja un panorama diverso^{11,12} que puede dificultar la identificación del tipo y la calidad de los servicios¹³.

Así, la dirección de programas o centros residenciales ha de integrar los parámetros específicos del sistema de gestión y provisión de servicios (administración pública, organizaciones sin ánimo de lucro, instituciones privadas, asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, etc.) de atención (prestaciones sanitarias, sociosanitarias, sociales, etc.), conjugando los diferentes modelos de financiación (pública, privada, mixta), y todo ello con el objetivo de prestar la mejor asistencia posible y obtener los mejores resultados con los menores costes posibles; es decir, ser eficientes.

Tipología

A pesar de la diversidad de tipologías y denominaciones, en España los programas residenciales más frecuentes son¹⁴:

- Residencias, también denominadas residencias comunitarias, mini-residencias, casas hogar. Son centros residenciales que prestan atención de manera general a más de 20 personas, aunque el número de plazas es variable, dependiendo de la comunidad autónoma donde está situada, su modelo de gestión y otros factores que se irán exponiendo a lo largo de este capítulo.
- Pisos supervisados, o viviendas supervisadas, pisos tutelados, recursos comunitarios de alojamiento y soporte social, ubicados en pisos o viviendas en los que conviven personas con enfermedad mental que, aun teniendo un nivel de autonomía suficiente, no cuentan con el apoyo sociofamiliar para vivir de forma independiente. La estancia puede ser temporal o indefinida.
- Plazas supervisadas en pensiones de huéspedes, en las que se ofrece alojamiento y cobertura de necesidades básicas a personas con TMG en riesgo de marginalización, y que, aun teniendo un buen nivel de autonomía e independencia, carecen de recursos económicos suficientes y del apoyo familiar necesario.

En este capítulo, nos centraremos fundamentalmente en las claves de la dirección de centros residenciales del tipo mini-residencias o residencias comunitarias.

Objetivos generales

A pesar del complejo y heterogéneo panorama expuesto en el punto anterior, todas las alternativas residenciales comparten, al menos, las siguientes características comunes:

- La cobertura de necesidades sociales básicas de alojamiento y manutención.
- La prestación de los servicios que promueven, la autonomía personal y social, los procesos de recuperación de las personas atendidas y de intervenciones psicosociales basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- El apoyo a los cuidadores informales, generalmente los familiares de las personas atendidas, en aquellos casos que así lo requieran.

Perfil de los usuarios

Habitualmente, los centros residenciales están dirigidos a personas adultas con TMG (con mayor frecuencia, diagnosticadas en el espectro esquizofrénico), de curso crónico, de entre 18 y 65 años de edad, y con necesidad de apoyo en diferentes áreas de su vida, carencia de alojamiento y apoyo social. El grado de discapacidad y el nivel de funcionamiento personal constituyen una dimensión que contribuye a definir el perfil idóneo de las personas que pueden beneficiarse de la atención en este tipo de dispositivos, así como las necesidades de apoyo y seguridad (el residente no tiene alteraciones de conducta graves que puedan poner en peligro su integridad física y la seguridad de otros residentes y profesionales).

Estas variables o dimensiones deben de ser analizadas en paralelo, y no de manera secuencial, debido a la heterogeneidad del colectivo al que se atiende, y de una evaluación integral y global de dichas variables se podrá determinar si la persona puede beneficiarse de este tipo de dispositivo.

La atención en centros residenciales

Esta atención se caracteriza por una filosofía de atención y metodología de trabajo vinculadas a los principios del modelo comunitario, del modelo de recuperación y empoderamiento de usuarios¹⁵⁻¹⁷, así como a las características de calidad en Salud Mental nacional e internacionalmente¹⁸.

La atención individualizada centrada en el usuario significa conocer y reconocer, por parte de los profesionales, las necesidades, expectativas e inquietudes de las personas atendidas, en aras de lograr su máxima satisfacción y mejorar su calidad de vida de forma integral, garantizando así la calidad de la atención. Implica otorgar la responsabilidad del proceso de recuperación al usuario y empoderarle. Asimismo, la atención en centros residenciales se desarrolla a través del diseño y la revisión continua de un plan individualizado de atención residencial (PIAR), realizado conjuntamente entre el equipo de profesionales, la persona atendida y la familia, en su caso, en el cual se materializan las expectativas y las necesidades del residente y los objetivos específicos de la intervención en el centro residencial.

La participación de los residentes en su proceso de recuperación, en el funcionamiento y planificación del centro, en la comunidad, etc. son cada vez prácticas más habituales que se contemplan en los centros residenciales, otorgando al residente voz y voto, favoreciendo espacios y vías de participación en diferentes niveles (por ejemplo, asambleas, organización del centro, buzón de sugerencias, participación en la evaluación de servicios, programas, etc.).

Aspectos éticos de la atención

El respeto de los derechos de las personas con enfermedad mental es un aspecto clave de la calidad asistencial, y ha de estar presente de forma transversal en la cultura de la organización,

en su planificación y en el diseño de procedimientos de actuación e intervenciones: el respeto a la confidencialidad; el derecho a la transmisión de información; el derecho a la participación del usuario en su plan de intervención; el derecho a la atención integral a la salud, sin perder de vista la salud física, eclipsada en muchas ocasiones por el hecho de presentar un diagnóstico de enfermedad mental; el consentimiento informado sobre su proceso de recuperación de forma gradual, o el derecho a la no discriminación y a la igualdad de las personas y la seguridad del paciente (las caídas, los comportamientos agresivos y antisociales, las autolesiones y el suicidio, las fugas y las desapariciones, los errores en la medicación, los aspectos relacionados con la sexualidad y los incendios).

La visibilidad de los derechos y los deberes de los residentes, a través de diferentes estrategias como cartas de servicios de los centros residenciales, normativa interna del centro, protocolos específicos de actuación, y formación e información, tanto a los residentes como a los profesionales, sobre este tema, es una estrategia útil que requiere de la revisión continua por parte de la dirección.

En el ámbito residencial, pueden darse conflictos éticos y situaciones límite en la vulneración de los derechos básicos de los residentes, recogidos en la mayoría de las cartas de derechos nacionales e internacionales^{19,20}, como el respeto a la intimidad física, psíquica y cultural. Asimismo, y en las interacciones que se establecen entre los profesionales y los residentes, pueden vulnerarse estos derechos, en muchos casos vinculados al estigma de los profesionales y a las relaciones de desigualdad de poder que puedan establecer con los residentes²¹.

El proceso de atención en los centros residenciales se concibe, en la actualidad, como un conjunto de procesos, interconectados entre sí, con una misión específica y con el objetivo común de satisfacer las necesidades y las expectativas de la persona atendida. De esta manera, se logra la eficiencia de las actividades, optimizando los recursos existentes.

En el proceso de atención residencial se contemplan diferentes momentos clave, como lo son: la acogida e incorporación del residente en el recurso, donde se le informa a él y a su familia del funcionamiento del centro residencial, se recogen y exploran las expectativas del residente, y se plantean objetivos a corto plazo. En un segundo momento o fase se desarrolla la evaluación y elaboración del PIAR, y se inicia la intervención a nivel psicosocial. De manera transversal, y durante todo el proceso, la evaluación será continua. La meta final del proceso es la consecución de los objetivos del plan de recuperación personal de cada residente, que en algunos casos implica la salida del recurso (ya sea por derivación a otro recurso, por paso a una vida autónoma o de menor supervisión, etc.).

Las áreas de intervención en centros residenciales fundamentalmente son:

a. Intervenciones sociales básicas:

- Autocuidado y autonomía básica (aseo personal, higiene, vestido, hábitos saludables en relación con la alimentación, nutrición, sueño y cuidados de salud).
- Actividades de la vida diaria (convivencia, hábitos alimenticios, tareas domésticas, manejo del dinero, administración de la medicación, trámites burocráticos y citas médicas, conocimiento del entorno y empleo autónomo del transporte público).

b. Intervenciones psicosociales:

- Psicoeducación y educación para la salud (aspectos relacionados con la enfermedad, tratamiento farmacológico y adherencia al mismo, ingresos hospitalarios y prevención de recaídas).
- Habilidades sociales (entrenamiento, asertividad, competencia en tomas de decisiones y solución de problemas).
- Psicomotricidad.
- Ocio en el tiempo libre (educación para el ocio, motivación, etc.).
- Integración comunitaria (red de apoyo social, utilización de recursos comunitarios, reducción del estigma).

- Intervención con familias (estrategias de manejo de emoción expresada, educación sobre la enfermedad, manejo de situaciones difíciles, etc.).
- Aspectos prácticos para el manejo de crisis o problemas de convivencia en el centro residencial (situaciones de descompensación psicopatológica, hetero y autoagresiones, problemas cotidianos, etc.).
- Sensibilización y actuaciones contra el estigma.

No obstante, y puesto que el centro residencial está integrado en la red de atención a la salud mental, las intervenciones residenciales en estas áreas se complementan con otras intervenciones desarrolladas desde otros dispositivos, en consonancia con la cartera de servicios de los diferentes dispositivos que integran dicha red (unidades o centros de Salud Mental, desde los centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, desde el tejido asociativo, etc.).

Equipo de profesionales

Para dar atención a las diferentes necesidades anteriormente expuestas, es necesario un equipo multidisciplinar de profesionales con formación específica en rehabilitación psicosocial en el ámbito sociosanitario y en una variabilidad de disciplinas: la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional y la educación social, entre otros. Dependiendo de la filosofía de la entidad que lo gestiona, el perfil de la población, los recursos económicos, la configuración de la red de atención global donde está enmarcado, el centro optará por todas estas disciplinas o por otras de carácter sanitario.

Coordinación y continuidad de cuidados

Esta última requiere articular y coordinar centros y servicios, así como diferentes profesionales de referencia que atienden a los residentes a lo largo de su proceso asistencial para que las intervenciones sean adecuadas, eficaces, coherentes y de calidad, evitando así tanto la fragmentación como la duplicidad de intervenciones.

Para garantizar la continuidad asistencial, ésta ha de ser externa (con otros dispositivos de la red de atención sociosanitaria) e interna. Esta última se lleva a cabo a través del plan de coordinaciones del centro residencial entre los diferentes profesionales implicados, e incluye los diferentes instrumentos de evaluación y registro (los PIAR, los archivos, el expediente, los registros, los protocolos y los procedimientos que aseguren que todos los profesionales mantienen una continuidad en la intervención).

Consecución de objetivos y efectividad

En relación a la efectividad de las alternativas residenciales, en comparación con la hospitalización psiquiátrica tradicional, decir que a pesar de las dificultades metodológicas relacionadas con la rigurosidad de algunas revisiones sistemáticas sobre el tema, con la propia variabilidad de los dispositivos residenciales, de las medidas de resultados empleadas o de la calidad metodológica de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas, o de la necesidad de estudios de coste-efectividad²²⁻²⁴, la investigación actual indica que este tipo de dispositivos, en comparación con el tratamiento hospitalario clásico, tienen resultados positivos en la calidad de vida, la remisión y la estabilidad sintomatológica, así como el funcionamiento psicosocial²⁵⁻³⁰.

En la dirección de centros residenciales, es importante tener en cuenta una serie de factores que contribuyen a la consecución de sus objetivos²⁵, tales como el ambiente físico y social del centro, favoreciendo un ambiente terapéutico saludable, la privacidad, el manejo del estrés y de los conflictos en las relaciones de convivencia con otros residentes, los ratios de profesio-

nales-usuarios, el grado de supervisión, la organización del personal y los valores de la organización, o las interacciones entre los residentes y los profesionales en las que pueden experimentarse altos niveles de emoción expresada³¹.

Liderazgo y gestión de personas en centros residenciales

Gestión de las personas

En la medida en que el centro residencial es entendido como un espacio terapéutico estructurado, el clima laboral cobra especial importancia en estos dispositivos, pues es el medio en el que se desarrolla el trabajo cotidiano, relacionándose estrechamente con factores claves que a continuación se desarrollan:

Trabajo en equipo

Es necesario que haya canales de comunicación adecuados y se han de fomentar los espacios de encuentro y negociación entre los diferentes miembros del equipo. Esto asegura, además, la percepción de pertenencia y un mayor acercamiento entre los diferentes profesionales. Sin embargo, en la práctica diaria hay muchos obstáculos que dificultan el trabajo en equipo, como puedan ser las inseguridades profesionales y personales, las resistencias al cambio, las ilusiones de poder, o el miedo a perderlas, y un corporativismo en ocasiones no justificado.

El concepto de clima laboral ha sido debatido por numerosos autores, que lo han definido como la cualidad o propiedad del ambiente organizacional que es percibida o experimentada por las personas miembros de la organización e influye en su comportamiento, y dependen en buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la organización.

Entre los factores del clima laboral de una organización que más influyen en la satisfacción de los trabajadores se encuentran la motivación, la comunicación, el liderazgo y el autocuidado de profesionales (síndrome del quemado).

Ambiente terapéutico

Un ambiente de trabajo seguro y acogedor favorece el contacto y facilita el compromiso con las personas atendidas en su tratamiento, mejorando así su satisfacción y los resultados en el proceso de atención residencial.

En la actualidad, la gestión de equipos de trabajo y de profesionales en el ámbito de la salud (mental) y la gestión clínica ha introducido dos conceptos de especial relevancia: el empoderamiento (alude a potenciar la participación de los profesionales en la gestión, a proporcionar la información y las tecnologías necesarias a los profesionales con el fin de promover la consecución de los objetivos de la organización), y *accountability* (que se relaciona estrechamente con la asunción de responsabilidades y la adquisición de compromisos con los valores y objetivos de la organización en su conjunto por parte de los profesionales).

Gestión por competencias

La gestión de los profesionales, entendidos como verdaderos recursos de la organización, se está introduciendo cada vez más en el ámbito de la salud mental. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se refiere expresamente a la evaluación por competencias, entendidas como “la aptitud del profesional sanitario para integrar los conocimientos, las habilida-

des y las actitudes asociadas a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”.

La gestión de profesionales basada en competencias en los centros residenciales requiere de la definición de mapas de competencias de los diferentes perfiles profesionales que integran el equipo de trabajo, y en los que se expliciten los criterios y pruebas para su medición y evaluación, permitiendo así establecer un sistema de retribuciones profesionales que incide positivamente en la motivación y el compromiso de los trabajadores de la organización en la consecución (profesionalizada) de los objetivos del centro.

La formación de los profesionales es un aspecto clave que garantiza la calidad asistencial de la organización. La capacidad y las competencias de los profesionales, sus habilidades y actitudes son estrategias clave que promueven la recuperación de las personas con TMG. Así, la formación continua de los profesionales es una de las líneas estratégicas de la organización, que permite la actualización de los mapas de competencias profesionales, priorizando la formación en función de los objetivos de la organización. Así, es deseable que sea impulsada desde la organización.

Competencias directivas en centros residenciales

El director parte de la responsabilidad de que la función directiva tiene un efecto directo en la prestación de los servicios y, por ende, en la atención al residente en un dinámico y peculiar escenario que ha de compaginar la calidad de un dispositivo sociosanitario integrado en la red de atención a la salud mental, con la calidez de un hogar que fomente sentimientos de pertenencia, seguridad y bienestar entre los residentes.

Por estas razones, es importante prestar atención no sólo a las acciones para definir y organizar funciones y trabajos a realizar por los miembros del equipo, sino a los factores socioemocionales de profesionales y residentes.

La dirección de centros residenciales requiere de un conjunto de habilidades y competencias básicas en la gestión clínica³²:

- Habilidades conceptuales, necesarias para prever y anticipar futuros escenarios en la gestión del centro residencial, concibiendo éste como un todo.
- Habilidades interpersonales, indispensables para el desarrollo de actividades con otros equipos, así como con el propio equipo de trabajo del centro, y con los residentes.
- Habilidades técnicas, necesarias para desarrollar tareas específicas.

El despliegue de la función directiva en centros residenciales

Del complejo análisis interno y externo se hace necesaria una dirección estratégica que ordene, estructure y planifique un listado infinito de preocupaciones y problemas que surgen en el devenir de un dispositivo de esta naturaleza, ofreciendo la posibilidad de enfrentarse y resolver los grandes retos del día a día mediante la gestión por procesos y la evaluación continua, como pilares básicos de la dirección, sin perder de vista que el liderazgo carga de energía otras funciones de la dirección. Estas otras funciones directivas son:

- Planificar adecuadamente con flexibilidad: la ausencia de planificación desestructura la necesaria armonía y el equilibrio del dispositivo, por lo que tiene especial relevancia determinar los objetivos, tanto estratégicos como más operativos, de la residencia y establecer un conjunto coordinado y vertebrado de operaciones dirigidas al logro de objetivos.
- Organizar es establecer procedimientos para simplificar: servicio de comedor, atención grupal a residentes, entrenamientos individuales, coordinaciones, visitas de familiares, gestión de incidencias, tareas administrativas, etc. Desde una perspectiva de gestión por

procesos, requiere enfatizar en una función organizativa en la que están implicados diferentes profesionales con niveles diferentes de capacitación y funciones pero que, a su vez, todos prestan una atención directa al residente y todos los profesionales y los servicios se relacionan espacial, temporal y funcionalmente entre sí.

- Dirigir para conocer el camino y el destino: se hacen necesarias acciones tales como asegurar el estímulo y los refuerzos necesarios mediante la influencia directa, la persuasión, la supervisión, el liderazgo y la formación del equipo en un modo de entender el recurso y de operar en él. Un buen director debe estar preparado para vivir de acuerdo con las reglas que haya establecido con su equipo.
- Coordinar, porque “una orquesta es algo más que un conjunto de instrumentos tocando a la vez”: hay que asegurar una armonía, una sincronización de actividades en el logro de objetivos, teniendo en cuenta las variables espaciales (la residencia comunitaria integrada en una red de atención), temporales (atención a usuarios las 24 horas del día 365 días al año), funcionales (prestaciones de servicios básicos y de atención social) y eminentemente individuales (el eje de la arquitectura residencial pivota en el residente como beneficiario último de la atención).
- Monitorizar, evaluar y revisar, para asegurar que lo que se hace, se hace bien: asegurar que las tareas encomendadas son ejecutadas, que los servicios sean prestados tal y como se planifican y que cada agente, profesional o servicio, cumpla con lo que le es encomendado y con la metodología y principios impregnados en una residencia sociocomunitaria. Es bueno que un directivo conozca los detalles del trabajo desarrollado por el equipo. Por otro lado, la evaluación del rendimiento laboral del equipo es un proceso técnico encomendado al director a través del cual, de forma integral, sistemática y continua, se han de valorar las actitudes, los rendimientos y los comportamientos laborales del personal en el desempeño de su función como parte fundamental de la gestión por competencias de los trabajadores, así como su talento.

Por ello, las personas son el elemento clave de un centro residencial, ya que aportan valor añadido, materializan la calidad de la labor que se lleva a cabo y transmiten la sensibilidad de la organización al colectivo y los fines sociales prestados en el dispositivo.

Por ello, una tarea fundamental de la dirección es constituir un liderazgo para despertar los sentimientos positivos del equipo, sintonizando emocionalmente con su equipo.

Gestión de calidad en centros residenciales

Posiblemente, dedicar un apartado específico a la calidad en los centros residenciales ofrezca una visión parcelada al lector, en muchas ocasiones escéptico por lo que se refiere a la intrusión de modelos de gestión procedentes del ámbito empresarial en el sector sanitario y sociosanitario. No obstante, las similitudes entre los principios de calidad total y la atención comunitaria que se ofrece en salud mental (por ejemplo, orientación al cliente, satisfacción, etc.), son sólo un ejemplo de cómo son buenos aliados de planificadores y gestores de salud en la consecución de estos objetivos, en un momento crucial de transformación del sistema de prestaciones sanitarias y sociales, en el que se intenta garantizar la igualdad de oportunidades, la accesibilidad de la atención, la sostenibilidad del sistema, su eficacia y la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, la filosofía y las herramientas de gestión de la calidad total.

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸, la calidad es importante para todos los sistemas de Salud Mental desde la perspectiva de la persona con trastorno mental (ya que garantiza que ésta reciba los cuidados que precise y que su sintomatología y calidad de vida mejore), de la familia (en la medida en que proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar), de los proveedores de servicios y administraciones (pues asegura su efecti-

vidad y eficiencia) y de los gestores de políticas (al ser clave para mejorar la salud mental en la población y conseguir resultados más rentables).

Evaluación de la calidad en centros residenciales

En los apartados anteriores hemos incidido en estos aspectos clave, vinculados a la calidad asistencial y a la calidad científico-técnica. Desde la perspectiva de la mejora continua, la gestión de centros residenciales ha de contar con estrategias, metodologías y herramientas que le permitan hacer seguimiento, monitorización y evaluación de los programas, recursos y resultados, con el fin de garantizar su efectividad y eficiencia, así como para detectar oportunidades de mejora.

En este sentido, el modelo planteado por Donabedian³³ proporciona un marco de trabajo útil para estructurar la evaluación de la calidad de la atención y la mejora, introduciendo la dimensión temporal y estructurando las medidas de evaluación en:

- Indicadores de estructura, que evalúan características estructurales tales como el número de profesionales, su formación y años de experiencia, la cobertura, la tasa de ocupación o el índice de ocupación.
- Indicadores del proceso de atención, referidos a la interacción entre el usuario de los servicios de salud y el profesional/organización de salud, y que incluyen tanto aspectos técnicos de la atención como componentes de la interacción interpersonal (por ejemplo, trato percibido, tiempos de demora en la atención, etc.).
- Indicadores de resultado, que reflejan los resultados del tratamiento, tales como cambios en la gravedad sintomatológica, funcionamiento, satisfacción (con los profesionales, la atención, etc.), y coste-efectividad de los tratamientos, utilización de servicios sanitarios (por ejemplo, número de hospitalizaciones, número de consultas con Psiquiatría), estado clínico (por ejemplo, número de muertes por suicidio, gravedad clínica, autoestima, etc.), funcionamiento psicosocial, recuperación, calidad de vida, etc. Para tal fin existen instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas en el ámbito de la evaluación psicosocial^{34,35}.

En la planificación de la evaluación, es importante determinar qué aspectos de la atención y gestión de centros residenciales son relevantes monitorizar, pudiendo así la dirección establecer un cuadro de mandos. Así, se han de introducir indicadores de evaluación de necesidades de las personas atendidas, como indicadores relacionados con los profesionales (por ejemplo, factores laborales, satisfacción, desgaste emocional, etc.). Recientemente, se ha propuesto un conjunto de estrategias de evaluación de programas residenciales, incorporando la mejora continua y la comparación sistemática entre distintos modelos y programas que se desarrollan en nuestro país, proponiendo cinco niveles de evaluación en contextos residenciales³⁶:

1. Monitorización del programa, a partir de sistemas de información, incluyendo variables o indicadores de estructura, proceso y resultado.
2. Plan de calidad, para facilitar la comparación de estos indicadores y de los resultados con estándares, a través de diferentes modelos y metodologías.
3. Evaluación sistemática (estudios de necesidades, de la atención recibida y de sus repercusiones), incorporando necesidades atendidas y no atendidas, el cumplimiento de objetivos marcados, los resultados personales y los costes.
4. Estudios puntuales y complementarios, a los programas de los centros.
5. Evaluación individual, en diferentes momentos del proceso de intervención (previo al programa, en la entrada, revisión periódica, y a la salida del programa), incorporando variables clínicas, la utilización de servicios, el funcionamiento personal y las habilidades personales, las redes sociales, la satisfacción y calidad de vida y el entorno familiar.

Evaluación de la satisfacción

En los centros residenciales, un factor muy importante a tener en cuenta es la evolución en la tipología de los residentes, que nos lleva desde una población inicial de personas con largos periodos de institucionalización y situaciones bastante homogéneas en términos de dependencia y conformismo, a un abanico más amplio, que combina personas con diferentes niveles de autonomía y dependencia, diferentes situaciones familiares y más diversas procedencias. Esta nueva población presenta más exigencias en términos de calidad, intimidad y capacidad de elección.

Para gestionar los servicios del centro residencial, orientados a la satisfacción de los residentes, los centros residenciales han de contar con estrategias, metodologías e instrumentos adecuados necesarios para conocer los intereses, preferencias, etc. que el residente tenga, y que faciliten la expresión y evaluación de su satisfacción con los diferentes servicios del centro. Además de garantizar un clima de confianza (ambiente terapéutico) que permita la expresión de sus opiniones, podemos señalar, entre ellos, la celebración periódica de asambleas con los residentes, la existencia de canales formales para la expresión de sugerencias y quejas (por ejemplo, buzones de sugerencias, procedimientos reglados de presentación de reclamaciones, etc.), las estrategias de evaluación (cualitativa y cuantitativa) de satisfacción y las escalas de la percepción de mejora en la calidad de vida.

Modelos de gestión de la calidad total en centros residenciales

La implantación de modelos de calidad permite a las organizaciones en general, y por ende a los centros residenciales de atención a la salud mental, una gestión más eficiente de los recursos, así como la evaluación de los servicios, la identificación de mejoras en diferentes ámbitos en función de los objetivos prioritarios de la organización (por ejemplo, mejoras en la atención, en la implicación y participación de los profesionales, en el abordaje de cambios estratégicos de la organización, etc.), así como la monitorización de actividades y recursos.

En esta línea, desde modelos de carácter normativo y sistemas de acreditación, como la familia de normas ISO³⁷, hasta modelos de carácter evaluativo como el modelo EFQM de excelencia³⁸, facilitan el aseguramiento de la calidad, la gestión de la dirección de centros, su orientación al cliente y la consecución de resultados, asumiendo la mejora continua como estrategia de gestión. Para tal fin, herramientas como la gestión por procesos, el *benchmarking*, la gestión por competencias, los grupos de mejora, los círculos de calidad, entre otras, resultan de gran utilidad.

La dirección de centros residenciales en un futuro. Algunos retos

La planificación y gestión de centros residenciales no puede estar ajena a la reflexión prospectiva de futuros escenarios en la atención a la salud mental, que pueden comprometer la atención en centros residenciales como tecnologías del modelo comunitario. En la actualidad se observan factores de diferente naturaleza que pueden condicionar el futuro de la atención residencial en personas con TMG. Entre éstos destacan factores demográficos y epidemiológicos (por ejemplo, mayor comorbilidad de problemas somáticos en personas con TMG, demandas de atención en población envejecida sin suficientes apoyos, alojamiento independiente en la vejez, etc.), factores sociales (estigma social y en el ámbito sanitario, etc.), factores socioeconómicos (por ejemplo, mercado laboral, empoderamiento de usuarios, accesibilidad a la atención en salud mental, etc.) y factores vinculados a políticas sanitarias y sociales (por ejemplo, disponibilidad de recursos económicos suficientes, riesgo de escisión entre la cobertura de necesidades básicas y la promoción de la recuperación en la atención residencial, coordinación y cooperación entre niveles de atención, sectores e instituciones, etc.).

Entre otros retos, algunos de los cuales ya están presentes en la gestión actual de centros residenciales, podemos mencionar:

- Nuevas propuestas residenciales, que cubran las necesidades de personas con TMG, que en la actualidad no se atienden, tales como enfermedades somáticas, sujetos con un grave deterioro fruto de su enfermedad mental, e individuos con edades avanzadas, entre otras (personas que no encajan en ningún recurso). Y, del mismo modo, facilitar que los recursos ya existentes puedan flexibilizarse para dar respuesta a dichas necesidades.
- Nuevas alternativas de atención que vayan más allá de los recursos en la comunidad, centrados en el entorno de la persona, su domicilio, favoreciendo el uso de los recursos normalizados, ya sea a través del apoyo residencial externo, viviendas con apoyo, plazas en pensiones concertadas, etc.
- El riesgo de la reinstucionalización en Salud Mental, observándose una tendencia a proveer servicios y atención a la salud mental en dispositivos de larga estancia (por ejemplo, en contextos institucionalizados), con gran número de plazas y escasos programas de promoción de la autonomía.
- La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situaciones de dependencia tiene puntos clave sobre los que seguir trabajando: mejora de la implantación del nuevo baremo (que recoge las especificidades de este colectivo); establecimiento de mecanismos de coordinación entre servicios sociales y salud mental, con el objeto de evitar la duplicidad de planes de atención para una misma persona; creación de una comisión interdepartamental para integrar las políticas de salud mental, y la promoción de la autonomía³⁹.
- Seguir favoreciendo la participación activa de los usuarios de los servicios de Salud Mental, con voz y voto, en la planificación y evaluación de políticas y servicios de Salud Mental.

Así, estamos asistiendo en la actualidad al desarrollo de nuevas claves contextuales en la atención a las personas con problemas de salud mental, que los responsables de las políticas de salud públicas, proveedores y gestores de servicios han de considerar con el fin de promover la recuperación de la autonomía de este colectivo, integrando políticas sociales, sanitarias y económicas.

Bibliografía

1. Baxter AJ, Charlson FJ, Somerville AJ, Whiteford HA. Mental disorders as risk factors: assessing the evidence for the Global Burden of Disease Study. *BMC Med.* 2011;9:134.
2. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15:399-409.
3. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract.* 1998;5:201-22.
4. Ley 63/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 (29 mayo 2003).
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Secretaría General Técnica; 1985.
6. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
7. de Girolamo G, Bassi M. Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. *Curr Opin Psychiatry.* 2004;17:275-81.
8. Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zippel AM. How evidence-based practices contribute to community integration. *Comm Mental Health J.* 2004;40:569-88.
9. Fundación Andaluza para la Integración del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, nº 1. Sevilla: FAISEM; 2000.

10. Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Residencias Comunitarias para personas con trastorno mental grave; 2009.
11. Jiménez Estéve JF, editor. Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2011.
12. Ichaso MS. Atención a la salud mental. Organización en las Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
13. Chicharro F, Uriarte JJ. La gestión de los recursos. En: Carmona J, del Río Noriega F, editor. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp. 235-71.
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
15. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2008.
16. European Social Network. Salud mental y bienestar en Europa. Un enfoque comunitario centrado en la persona. Brighton: European Social Network; 2011.
17. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Empoderamiento del usuario de salud mental - declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS, 2010.(Consultado 5 abril 2012). Disponible en: <http://www.aen.es/docs/Empoderamientodelusuariodesaludmental.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. Ginebra: OMS; 2007.
19. Asamblea General de las Naciones Unidas. Los derechos humanos y la salud mental. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Ginebra: ONU; 1991.
20. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. BOE (21 abril 2008): 20648-59.
21. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19:137-55.
22. Chilvers R, MacDonald GM, Hayes AA. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *Br J Psychiatry* 2009;195:109-17.
24. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, Osborn DPJ, Boardman J, Leese M, et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry*. 2009;194:456-63.
25. Fakhoury Walid KH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:301-15.
26. Leff J. Care in the community: Illusion or reality? London: Wiley & Sons; 1997.
27. Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen I, Seamen C. Does One Size Fit All? What We Can and Can't Learn From a Meta-analysis of Housing Models for Persons With Mental Illness. *Psychiatric Serv*. 2009;60:473-82.
28. López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): características de los dispositivos residenciales. 2005;2:16-27.
29. López M, García-Cubillana P, Laviana M, Fernández M, Fernández L, Maestro JC. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. 2005;2:44-55.

30. López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (V): actitudes y grado de satisfacción de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial*. 2005;2:56-63.
31. Berry K, Barrowclough C, Haddock G. The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 2011;37:958-72.
32. Vargas GA. Los fundamentos de la gestión. En: Ruiz L, editor. *Gestión Clínica en Salud Mental*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2004. pp. 173-203.
33. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.
34. Vázquez C, Muñoz M, Muñoz E, López B, Hernangómez L, Díez M. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2000;XX:207-28.
35. Fernández JA, Touriño R, Benítez CA. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP; 2010.
36. López M, Fernández L. Evaluación en entornos residenciales comunitarios. En: Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C, editores. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP; 2010. pp. 195-212.
37. Asociación Española de Normalización y Certificación. (Consultado 23 abril 2012). Disponible en: www.aenor.es
38. Fundación Europea para la Gestión de Calidad. (Consultado 23 abril 2012). Disponible en: www.clubexcelencia.org/NuestrosPartners/EFQM
39. Sobrino T, Rodríguez F, Vallespi AM, López M, López D, Rodríguez A, et al. Impacto de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en personas con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012;32:329-48.