



Resolución 2016R-412-16 del Ararteko, de 14 de julio de 2016, por la que se recomienda a Osakidetza que contemple la dotación necesaria para abordar propuestas de actuación relacionadas con la atención de las personas afectadas por trastornos de conducta alimentaria.

Antecedentes

Este expediente tiene sus antecedentes en el seguimiento que el Ararteko realiza sobre diversos aspectos planteados por las asociaciones de apoyo a las personas afectadas por trastornos de conducta alimentaria (TCA).

Partiendo de la evaluación que se recogía en el informe de diciembre de 2014, en respuesta a una petición del Ararteko sobre la atención a estas personas, este expediente se ha centrado en dos puntos de aquel informe: la demanda de creación de una unidad especializada para el ingreso de pacientes graves, y la necesidad de completar los servicios de comedores terapéuticos.

Con relación al primer punto, consideraciones de diversa índole han impedido el acuerdo sobre el modo en que se ha de desarrollar tal unidad. Sobre el segundo punto -los comedores terapéuticos-, existe coincidencia en su utilidad, siempre que se encuentran integrados en un esquema asistencial coherente y coordinado.

Entre la petición de información del Ararteko sobre esos puntos, de 8 de marzo, y la correspondiente respuesta de Osakidetza, del pasado 9 de junio, tuvo lugar el 31 de mayo una reunión entre los representantes de ACABE de cada territorio histórico y representantes de Osakidetza. En esta reunión, a la que asistió también una representación del Ararteko, se abordó la situación actual de los comedores terapéuticos y la atención específica de los TCA, así como las actuaciones previstas para abordar las carencias existentes.

La mencionada respuesta de 9 de junio, recoge el diagnóstico de la Red de Salud Mental de Euskadi en Trastornos de la Conducta Alimentaria sobre la situación actual y varias propuestas de intervención que consideran necesarias para mejorar la atención de las personas afectadas por TCA. Dice así el diagnóstico realizado:

*"1.- **Unidad de hospitalización específica para TCA.** A la luz de las experiencias que se han desarrollado estos años en el resto del Estado y de su reconversión hacia otro tipo de planteamientos más generales, se considera que una estructura hospitalaria específica para TCA no aporta un plus de resultados o de calidad asistencial relevante, por lo que **no se ve adecuada la creación de una nueva Unidad específica.** No obstante, se recalca la distorsión que este tipo de patologías genera en las Unidades de Hospitalización en base principalmente a tres tipos de circunstancias:*

- *Estancias prolongadas y, en ocasiones, de características crónicas.*
- *Concurrencia de distintas especialidades en el manejo de esta patología.*



- *Problemas de manejo de enfermería, sobre todo asociadas a la sobrecarga dada la necesidad de supervisión y acompañamiento muy cercano.*

Estas circunstancias deben ser contempladas en la gestión asistencial de los servicios de psiquiatría y se proponen algunas medidas en relación a la resolución de las mismas.

Refuerzos de enfermería. *En función de la casuística y concentración de los TCA en los Servicios de Psiquiatría, el trabajo de la enfermería de salud mental se ve frecuentemente desbordado por la mencionada exigencia de una presencia sistemática y constante con características tanto de supervisión como preventivas. Esta sobrecarga deriva en una disminución de intensidad de cuidados en otras patologías y en una peor gestión de los cuidados de enfermería dentro de los Servicios. Se propone a corto-medio plazo establecer refuerzos puntuales de enfermería para las situaciones de concentración de patologías de estas características en los Servicios y a largo plazo plantear, vistas las tendencias en la frecuentación de los TCA, que una prevalencia estable exigiría una dotación estructural de enfermería de acuerdo a las exigencias cambiantes de los Servicios.*

Criterios de cronicidad. *Una proporción no muy elevada de los TCA, deriva en situaciones de alta complejidad que aúnan la necesidad de asistencia tanto psiquiátrica por sus características de oposiciónismo y trastornos de conducta asociados, como en un ámbito puramente medicalizado por las implicaciones de esta patología para la salud integral y la morbimortalidad asociada. Estas situaciones de evolución tórpida y crónica desbordan las posibilidades de los actuales recursos terapéuticos, ya que asocian la necesidad de asistencia y cuidados de alta intensidad y complejidad al hecho de que ésta se tenga que dar un tiempo muy prolongado para los parámetros hospitalarios habituales. En este contexto son frecuentes los reingresos sistemáticos en situación de gravedad clínica y compromiso vital, el desbordamiento del medio familiar...*

*Para estos casos se propone como solución temporal de compromiso una **distribución de recursos de hospitalización con rotación entre los mismos**, incorporando estas patologías a las tratadas dentro de las Unidades de Subagudos y Rehabilitación de los hospitales psiquiátricos pero con un criterio de distribución de cargas entre estas estructuras y los Servicios de psiquiatría de Agudos de Hospital general, que además tratan sistemáticamente aquellas situaciones que necesiten de un soporte medicalizado específico que solo puede ser suministrado desde Hospital general.*

Por otra parte la gravedad de las consecuencias estas patologías y sus características de cronicidad y discapacidad asociada frecuentemente hacen que los criterios en la consideración de los TCA dentro del concepto Trastorno mental grave, sean una línea en evolución. En ese sentido la



provisión de recursos de tipo sociosanitario (residenciales y de otro tipo}, aunque inexistentes en estos momentos y sin una referencia concreta en la literatura, deben ser planteados a medio largo plazo.

Estos criterios presentes en el planteamiento del documento de la estrategia de salud mental, que trata sobre los TCA (se adjunta como anexo I), no están los suficientemente consensuados pero son elementos que deben incorporarse al debate.

2.-Estructuras intermedias terapéuticas. Comedor terapéutico.

Este tipo de estructuras son las que se relacionan en la literatura con la asistencia clínica a los casos de intensidad media-grave y son estructuras con un enfoque eficiente y exitoso en el control y manejo de estos perfiles de gravedad siempre que haya un planteamiento suficiente e integral. A este respecto se adjunta como anexo II un proyecto estándar para comedores terapéuticos, que recoge el consenso básico respecto a su justificación, función y estructura.

Como puntos en discusión en torno a la habilitación de estos recursos se hacen una serie de puntualizaciones:

- La necesidad de que el programa, en línea con lo comentado, no se limite exclusivamente en horario ni intensidad a las cuestiones concretas de la alimentación sino que tenga un enfoque amplio.*
- No es una condición sine qua non que el ámbito sea hospitalario sino que hay experiencias de estructuras intermedias ambulatorias con buenos resultados e implantación.*
- Hay consenso sobre la importancia de que la consulta y el comedor terapéutico pertenezcan a un solo ámbito, o bien ambulatorio o bien hospitalario.*
- También se matiza que el futuro de estas estructuras no es crearlas de novo sino que se integren en las estructuras de hospital de día o similar que existan en la actualidad e ir haciendo una plan de despliegue progresivo en función de los recursos de los que se vaya disponiendo.*

Este tipo de estructuras deberían ser habilitadas de forma suficiente dentro de cada territorio.”

Sobre la base de este diagnóstico de los expertos y responsables de la Red de Salud Mental de Euskadi en Trastornos de la Conducta Alimentaria, la respuesta del Director General de Osakidetza a nuestra petición de información realiza las siguientes consideraciones:





“Unidades de Hospitalización

Las medidas que implican a la gestión cotidiana de las Unidades, sobre todo en lo referente al refuerzo del personal de enfermería, se han trasladado a las supervisoras y direcciones de enfermería de las OSIs en las que existen Servicios de psiquiatría para un abordaje más coordinado y controlado de las personas con este tipo de patología.

Asimismo, la coordinación entre diversos niveles hospitalarios y ambulatorios de distintas organizaciones, para dar respuesta a los casos más graves, es una práctica que venimos realizando y que supone una gestión conjunta de los casos detectados. En ese sentido, en línea con las previsiones del documento, el Consejo asesor de salud mental de Euskadi ha elaborado, aunque todavía no está validado, un documento de consensos a cerca de la redefinición del Trastorno mental grave, en clave de complejidad y gestión de la cronicidad que hará que estos casos tengan una perspectiva de gestión más coordinada y efectiva.

Comedores terapéuticos

En el análisis que se hace en el documento de la cobertura de este tipo de recursos, se ve que el territorio más carenciado es Gipuzkoa. Por ello, se ha propuesto la creación de un recurso de estas características por la OSI Donostialdea en colaboración con el Servicio de Psiquiatría del HU Donostia, que se encuentra en fase avanzada de planificación y deberá aportar esta estructura para completar el itinerario terapéutico en Gipuzkoa actualmente representado por las consultas ambulatoria prestadas por la red de salud mental de Gipuzkoa y la hospitalización de los casos más graves que se realiza en el Servicio de Psiquiatría del HU Donostia.

Con respecto a los otros territorios, se plantea el fortalecimiento de los recursos intermedios actualmente operativos y la homologación de sus itinerarios para ser estructuras contenientes en la asistencia a los casos moderados-graves. Este planteamiento es a medio plazo y actualmente está priorizada la creación del recurso en Gipuzkoa”.

Expuesto lo anterior, la respuesta del Director General de Osakidetza recoge la siguiente observación:

“Estas actuaciones no están presupuestadas en el presente ejercicio, su abordaje dependerá de las actuaciones que pudieran realizarse en lo sucesivo, tanto en el presente ejercicio como en el siguiente, a fin de disponer de la financiación necesaria antes del abordaje de cualquier plan”.

Teniendo en cuenta estos antecedentes cabe realizar las siguientes





Consideraciones

El Ararteko constata que la evaluación citada en los antecedentes, de la cual ha dado traslado, con sus anexos, a las 3 asociaciones de apoyo a las personas afectadas por trastornos de conducta alimentaria, realiza un diagnóstico del actual programa de atención y una propuesta de intervención a la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

El informe elaborado por Osakidetza considera que, tal y como se recoge en su anexo, el programa ambulatorio de asistencia a los TCA, es de buena implantación y aborda, además, la cuestión relativa a la unidad de hospitalización específica y la situación de las estructuras intermedias terapéuticas.

En el apartado relativo a las unidades de hospitalización el informe parte de la consideración de que la creación de una estructura específica para TCA no resultaría adecuada por las razones que explica e indica, seguidamente, que el Consejo asesor de salud mental de Euskadi ha elaborado una propuesta de documento de consenso "*...acerca de la redefinición del Trastorno mental grave, en clave de complejidad y gestión de la cronicidad que hará que estos casos tengan una perspectiva de gestión más coordinada y efectiva*".

Sobre la base del análisis realizado por el Consejo asesor, las supervisoras y direcciones de enfermería de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) están analizando las propuestas de reorganización en torno al apartado de unidades de hospitalización. El Ararteko subraya que el sistema deberá disponer de los recursos terapéuticos que resulten necesarios a la luz de las conclusiones de ese análisis.

En el apartado sobre las estructuras intermedias terapéuticas (comedores terapéuticos), el informe indica que este tipo de estructuras son las que se relacionan en la literatura con la asistencia clínica a los casos de intensidad media-grave y son estructuras con un enfoque eficiente. También recoge datos concretos que reflejan la limitación de los recursos actuales. Sobre la base de un proyecto estándar, establece una priorización de actuaciones en las necesidades de los tres territorios, resaltando las carencias que existen en Gipuzkoa.

Tal y como resulta evidente de la lectura de los antecedentes, el informe analiza detalladamente, la situación actual de la asistencia que necesitan estas personas. Algunas de las cuestiones quedan pendientes de ser abordadas en los ámbitos que se indican (entre ellos de las supervisoras y direcciones de enfermería de las OSIs). Con relación a otras, se sugieren propuestas de actuación concretas, pero la respuesta de Osakidetza recuerda que su realización encuentra objeciones de índole presupuestaria cuya existencia no es posible eludir.

Sin pretender obviar tales objeciones presupuestarias, el Ararteko estima que tampoco se debe olvidar que independientemente de la conclusión a la que se pueda llegar, desde cualquier punto de vista, científico médico o jurídico, corre el





riesgo de ser estéril, si no se ponen medios suficientes para poder atender el nivel de prestación al que tienen derecho estas personas.

A tenor de la información facilitada por Osakidetza, determinados aspectos abordados en este expediente muestran una concreción suficiente (estructuras intermedias terapéuticas). Su realización puede sin embargo quedar condicionada por la falta de previsión presupuestaria.

Por ello, teniendo presente que estamos ante carencias reconocidas, el Ararteko ha visto conveniente realizar la siguiente

RECOMENDACIÓN

Que en las previsiones del próximo ejercicio presupuestario, Osakidetza contemple la dotación necesaria que permita abordar eficazmente las propuestas de actuación relacionadas con las carencias que como tales se han determinado en la respuesta a la petición de información del Ararteko.

