



AFES

1982 Tenerife

AFAES

1.991 Gran Canaria

EL CRIBO

1.992 Lanzarote

ATELSAM

1.993 Tenerife

AFE-SUR

1.997 Gran Canaria

AFEM

1.998 La Palma

ASOMASAMEN

2.001 Fuerteventura

**INTERVENCIONES EN LA SUBCOMISIÓN DE
DISCAPACIDAD DEL PARLAMENTO DE
CANARIAS POR LA FEDERACION DE SALUD
MENTAL DE CANARIAS, - FEAFES CANARIAS –**

5 de Febrero de 2015

Doña Alicia Silva de la Cruz
Don Andrés Mendoza Cabrera
Don Francisco Rodríguez Pulido
Don Juan Ramón Mendoza Cabrera



Doña Alicia Silva de la Cruz

- Normativa acreditación de Centros adaptada las necesidades del colectivo.
- Financiación de los Recursos, revisión de los costes/plaza día para adaptarlos a las necesidades reales.
- Regular el sistema de acceso para las PCEM (criterios clínicos y no obligatoriedad de las certificaciones de discapacidad).
- Puesta en marcha de Recursos específicos para personas con problemas de patología dual, personas sin hogar con TMG, proyectos de intervención con personas en el régimen penitenciario, etc.

Desde el movimiento asociativo en el que representamos a las personas con trastorno mental grave y a sus familiares reivindicamos una salud mental digna, pública y universal con recursos suficientes y adecuados para que todas las personas puedan recibir una atención de calidad. Para ello, queremos invitar a quiénes tienen la responsabilidad y oportunidad de tomar decisiones importantes que nos afectan, a aprender a mirar lo que funciona; cuáles son los puntos fuertes del sistema que se ha creado en el sector de la Salud Mental y pedirles que, sobre todas las cuestiones que se puedan plantear en la creación de nuevas normas y diseño de políticas y estrategias, se cuente con el valor tan importante que es **el conocimiento y la experiencia de los expertos en Salud Mental** (profesionales, familiares y las propias personas con enfermedad mental).

Es importante que se diseñen políticas para una mejor gestión de los recursos de los que disponemos y que impulsen la real implantación de las estrategias de salud mental, cuyos planteamientos no queden sólo en una mera declaración de intenciones. Implantar estrategias que protejan los derechos humanos (aplicación de la Convención de la ONU de los Derechos de personas con discapacidad y garantías jurídicas efectivas), considerando a las personas con Trastorno Mental Grave como responsables de sus actuaciones, haciendo legítimas sus demandas y proporcionándoles capacidad de elección en sus tratamientos. El que se realicen las intervenciones en el propio entorno de la persona, con atención y apoyo en el ámbito domiciliario y priorización de integración social y laboral, ha sido y es de vital importancia. Es necesario reforzar y apoyar el movimiento asociativo de personas usuarias, con el objetivo de su empoderamiento, promoviendo su participación en las políticas, programas y planes de atención a la salud mental, así como en la misma intervención clínica.

Algunos aspectos concretos que consideramos de importancia serían los siguientes:

- **Normativa acreditación de Centros y Servicios de atención a la Dependencia adaptada las necesidades del colectivo.**



La normativa actual que regula la acreditación de los Centros de atención a personas en situación de Dependencia no está adaptada a la realidad de atención a las personas con Trastorno mental grave. Aunque se ha hecho un esfuerzo importante para acoger varias de las alegaciones presentadas por parte de diferentes movimientos organizativos, lo cierto es que las ratios de personal o la tipología de Centros o Servicios de atención no siempre son los adecuados y necesarios para la atención al colectivo (colectivo al que en varias ocasiones en el texto ni se nombra como tal, sino que se engloba en un colectivo muy amplio y diverso).

Proponemos que se haga un estudio de la realidad actual de los Centros que existen y que para futuras normativas se cuente previamente con los por las personas expertas en el sector de Salud Mental que tienen amplia experiencia en la atención a las personas con trastorno mental grave. Que se haga un esfuerzo por tener un análisis de las necesidades reales del colectivo.

- **Financiación de los Recursos, revisión de los costes/plaza día para adaptarlos a las necesidades reales.**

A pesar de que el sector de Salud Mental es el que más ha crecido en los últimos años, puesto que no existían recursos especializados, en la actualidad nos encontramos con dos problemáticas importantes: la financiación de los Recursos existentes es bastante precaria en muchos de los casos y el número de plazas existentes está muy por debajo de las necesidades. A esta situación se suma la reciente publicación de un Decreto que regula el copago y que ha entrado en vigor sin dotar de los medios necesarios para que se pueda aplicar correctamente, dejando a las entidades que gestionan los Recursos con la responsabilidad del buen funcionamiento sin tener garantías mínimas de cómo se va a funcionar a partir de ahora.

Proponemos que se lleve a cabo la necesaria de revisión de precios de los diferentes Recursos de Salud Mental, puesto que con la financiación actual estamos muy lejos de poder cubrir la cartera de servicios necesaria.

Proponemos que se haga un esfuerzo para analizar la situación actual de las personas con Trastorno mental grave: realizar un nuevo censo de personas afectadas (número, tipología de enfermedad, núcleos poblacionales, etc.), hacer un estudio de las necesidades actuales y diseñar un nuevo Plan específico de Salud Mental para el futuro. Prever el destino de financiación para el sector de la Salud Mental no puede ser concebido sino desde el punto de vista de la inversión y no debe ser considerado como gasto público.

- **Regular el sistema de acceso para las Personas Con Enfermedad Mental.**

Actualmente, fruto del consenso entre todos los agentes implicados en el sector de la Salud Mental, representados a través del CIRPAC, el acceso a los recursos comunitarios de recuperación para las personas con Trastorno Mental Grave se realiza a cabo desde los servicios especializados del sector de la Salud Mental. Esta realidad podría cambiar a que la puerta de entrada pueda tener otros criterios que tienen sentido para otras discapacidades, pero no para nuestro sector y que supondrían un “encorsetamiento” a la hora de recibir los recursos



adecuados. Asimismo, nos encontramos con personas (cada vez más) con primeros brotes psicóticos a los que los especialistas pueden recomendar el acceso a un Recurso y que éste, proporcionando un servicio de forma temporal para la recuperación de la persona, sea efectivo y eficaz; en estos casos, el seguir el criterio clínico es fundamental y no sería conveniente pedir amplios informes a las personas y certificados de discapacidad que no harían sino etiquetar y cronificar a la persona.

Proponemos que se tenga en cuenta la amplia experiencia adquirida en este sentido por el sector de la Salud Mental y que en futuras legislaciones de accesibilidad a los Recursos, se sigan los consejos de los especialistas en este sentido, asumiendo los criterios clínicos en los que se garanticen los procedimientos de acceso de forma adecuada y transparente. Para ello, los CIRPAC y la COMASAM son los órganos que deben ocupar el lugar que les corresponde.

- **Puesta en marcha de Recursos específicos para personas con problemas de patología dual, personas sin hogar con Trastorno Mental Grave, proyectos de intervención con personas en el régimen penitenciario, etc.**

Existen situaciones de vulnerabilidad especiales en los que las personas con Trastorno Mental Grave tienen una situación de exclusión social añadida y que requieren de intervenciones específicas.

Actualmente, las personas que tienen patología dual (personas con TMG y drogodependencias), las Personas Sin Hogar (un alto porcentaje de ellas tienen TMG) o aquellas que están en régimen penitenciario, por ejemplo, requieren de intervenciones especializadas y específicas.

Proponemos que se realicen políticas tendentes a trabajar de forma coordinada para abordar la situación de las personas con Trastorno Mental Grave en situación de especial vulnerabilidad, tales como las relacionadas.



Don Andrés Mendoza Cabrera

Demandas de las personas y del enfermo-a

A. Reivindicación de la presencia de los valores en la atención y apoyo a las personas afectadas por trastorno mental.

B. Defender la necesidad de más y mejores medios y recursos desde la óptica del retorno social de la inversión a realizar. Desmontar el tópico de lo excesivamente costoso e incidir en el axioma de la inversión en salud mental versus gasto en la misma.

C. Necesidad de percibir que el estigma y los prejuicios hacia nosotros disminuyen paulatina y progresivamente. Exponer y desmontar el tópico de que las personas con enfermedad mental son peligrosas, asociables etc., pues nada más lejos de esa realidad pues por nuestra enfermedad somos más agredidos que agresores, por término medio, que cualquier otro ciudadano.

A. DESTACAR LA IMPORTANCIA DE LOS VALORES INHERENTES A LA PERSONA EN LA ATENCION RECIBIDA Y PERCIBIDA MAS ALLA DEL TRATO EN SI DEL ENFERMO-A.

Desde los distintos planos en los que recibimos atención y apoyos percibimos un trato objetivo, sí, más orientado al enfermo que a la persona en sí misma; esto queda de manifiesto en nuestra escasa participación y/o oportunidades de presentar y exponer nuestras demandas con sus argumentos en los distintos ámbitos del tratamiento.

Para ello y frente a esta situación se tiene que incentivar y propiciar no solo ese tratamiento objetivo como enfermos, sino lograr una auténtica y efectiva atención continuada como personas y ciudadanos, a través de:

1º Disponer de los mecanismos y herramientas de comunicación, evaluación y seguimiento de los recursos y medios dispuestos en ellos que nos permitan participar, opinar, exponer, optar y en su caso evaluar en primera persona y de forma continuada los servicios y apoyos que demandamos, (las 24 horas del día, los 365 días del año, sobre la base de nuestro principal patrimonio, cual es, la experiencia directa en la enfermedad y el conocimiento real y efectivo de todos y cada uno de los servicios existentes) .



2º Propiciar desde las instituciones responsables de los recursos (sanitarias, psico sociales-rehabilitadoras y laborales fundamentalmente) las acciones positivas y ajustes necesarios de forma continuada, que mejoren nuestra percepción en primera persona y la de la sociedad civil facilitando y haciendo posible unos recursos y dispositivos dinámicos, abiertos y flexibles a nuestro servicio y no a la inversa, esto es, estáticos, cerrados y rígidos en el que los enfermos están al servicio de los mismos.

3º Implicar a todos los agentes que intervienen en nuestro tratamiento y atención para que sus actuaciones estén presididas por los valores personales y sociales que necesariamente conducirán en una atención continuada real y efectiva.

Valores relacionados con, la adquisición de hábitos saludables que eviten el sedentarismo y mejorar hábitos alimenticios; reforzar aspectos de higiene personal; fomentar hábitos de práctica deportiva y trabajar en la prevención de consumos de tabaco, etc.

Fomentar VALORES relacionados con la autonomía y la responsabilidad, con la creatividad, con la deportividad, con la educación para la paz; con la igualdad y la equidad, con la libertad, con la socialización, con el desarrollo personal, etc.

Nuestra **propuesta A. UNO** al Parlamento es la de legislar aquella disposición que establezca y obligue a la necesaria coordinación de todos los dispositivos de salud mental (sanitarios, socio-rehabilitadores, laborales, etc.), en la actualidad sin una regulación y ordenación coordinada y homogénea entre ellos y para todo el ámbito de la CCAA respectivamente.

Nuestra **propuesta A. DOS** al Parlamento es la de legislar aquella disposición que establezca fije y defina dentro de la cartera de servicios del Servicio Canario de Salud, la rehabilitación psico-social desde la unidad de salud mental comunitaria, el programa de atención domiciliaria en su doble vertiente: de intervención y apoyo en el domicilio familiar o del cuidador y en su vertiente de acompañamiento integral del usuario hasta su proyección en la sociedad, el programa individual de apoyos y tratamiento para cada afectado, estableciendo la ratio de profesionales necesarios que atenderán estos servicios en relación al número de habitantes en la CCAA.

B. DEFENDER LA HIPOTESIS DEL RETORNO SOCIAL DE LA INVERSION EN SALUD MENTAL. (El Retorno Social de la Inversión (SROI, o Social Return Of Investment, en inglés) es una metodología para la medición del impacto social y económico de una inversión cualquiera).



En salud mental circula el tópico entre los actores y responsables institucionales en el marco del diseño y actuación de los mismos que el coste de los servicios y recursos necesarios para su adecuado tratamiento y atención continuada es excesivo y con ello se argumenta y retrasa constantemente la actualización, mejoras y proyección de aquéllos (estancados en la CCAA de Canarias desde 2008), cuando la realidad constatada por diferentes estudios pone de manifiesto todo lo contrario. Con ello cobra efectividad la evidencia que demuestra que la dotación y el empleo de recursos financieros en el mantenimiento, mejora y proyección constituye una auténtica y genuina inversión económica con importantes parámetros de rentabilidad socio económica o lo que es lo mismo con un retorno social-económico positivo respecto del dinero invertido, pues éste oscila entre un -23%, en servicios residenciales de alto requerimiento (el que más recursos necesita, esto es, por una inversión por plaza/año de 52.910,00 €. se produce un retorno social de la inversión de 40.400,66 €/Año, o lo que es lo mismo por cada 100 €. invertidos en este recurso se recuperan 76,36 €.), y un + 32% en servicios de acompañamiento integral/atención personalizada del usuario (esto es, por una inversión/plaza año de 35.060,86% se produce un retorno social de 46.324.31 €/Año, o lo que es lo mismo por cada 100,00 €. invertidos en este recurso se recuperan 132,00 €.)

El impacto y su correspondiente retorno económico de las inversiones en recursos socio-sanitarios,-alojativo-residenciales, laborales, y en programas de atención domiciliaria y acompañamiento integral, se calculan a partir de dos grandes componentes:

1. La inversión pública que supone cada servicio, (Plaza).
2. El retorno de esta inversión vía impuestos, seguridad social, creación de empleo, y otras fuentes de riqueza para el Estado.

La fórmula básica de cálculo, con arreglo a las condiciones indicadas, son las siguientes:

Inversión Pública (IP) = Cs + Su + In, donde

Cs = Coste de Servicios que asume la Administración.

Su = Subvenciones a la persona (por ejemplo, en ayudas técnicas) o a la entidad que le presta servicios.

In = Incentivos a la persona o a las empresas, por ejemplo, para la contratación.

Retorno (R) = Im + SS + Ar, donde

Im= Impuestos recaudados.

SS= Seguridad Social recaudada.

Ar = Aportación de riqueza (estimada en términos de aportación estimada al PIB, como parte de la demanda agregada).

Balance = R - IP.

*SROI = (R - IP / IP)*100*,

Como expresión de la cantidad retornada por cada 100 euros invertidos.



Nuestra **propuesta B. UNO** es que en dicha disposición se vinculen con las directrices de coordinación y homogenización de los dispositivos y recursos en la comunidad autónoma de salud mental la ficha financiera por periodos de tres en tres años que permitirán su puesta en marcha, efectividad y desarrollo bajo el prisma no sólo de que se está llevando a cabo una dotación en términos de inversión con su correspondiente retorno social sino también con un retorno económico importante para las arcas públicas.

Nuestra **propuesta B. DOS** es que dicha disposición de inclusión en la cartera de servicios del servicio canario de salud las medidas terapéuticas propuestas por Feafes canarias se vinculen a la necesaria ficha financiera que permita su desarrollo y la necesaria proyección de los mismos por periodos de tres años en los términos expuestos.

C. NECESIDAD DE PERCIBIR QUE EL ESTIGMA Y LOS PERJUICIOS HACIA LAS PERSONAS AFECTADAS POR TRASTORNO MENTAL DISMINUYEN PAULATINA Y PROGRESIVAMENTE. Exponer y desmontar el tópico de que las personas con enfermedad mental son peligrosas, asociables etc., pues nada más lejos de esa realidad ya que por nuestra enfermedad somos más agredidos que agresores, por término medio, que cualquier otro ciudadano.

Los prejuicios, el desconocimiento y las distintas formas de discriminación siguen siendo la principal barrera para la integración de las personas con trastorno mental, que ven en este estigma un obstáculo más en su recuperación.

Es por esta razón que la lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social es necesariamente una de las principales líneas de trabajo para combatir los prejuicios hacia las personas con problemas de salud mental.

Podríamos entender que el estigma es como una marca o atributo que vincula una persona o un colectivo con una serie de características o comportamientos, sean reales o ficticios, que se apartan de la norma y que, por lo tanto, son considerados como indeseables.

La discriminación y la exclusión de la vida de la comunidad son comunes y pasa en ámbitos como la vivienda, la educación, la ocupación, así como en las relaciones sociales y familiares. Las personas con problemas de salud mental experimentan tasas altas de victimización física y sexual. La salud mental continúa a estas alturas siendo tabú por buena parte de la población, a pesar de que todo el mundo está expuesto a tener un diagnóstico a lo largo de su vida. Esta visión negativa se conoce como estigma.

El estigma se manifiesta en tres aspectos diferentes: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.



Los estereotipos son el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población tiene en relación a un determinado grupo de personas y que condicionan la percepción y valoración del grupo. En el caso concreto de los problemas de salud mental, los estereotipos más frecuentes se relacionan con la peligrosidad y violencia, la incompetencia e incapacidad para desarrollar tareas básicas de la vida, dificultad de relación y carencia de control.

Estas creencias pueden dar lugar a los prejuicios. Estos reflejan la disposición de la población general para actuar de una manera habitualmente negativa hacia los miembros del colectivo estereotipado, sin analizar si hay alguna razón que lo justifique. Los problemas de salud mental provocan reacciones emocionales de miedo, rechazo y desconfianza a la población general, que responde aislando o evitando a las personas afectadas.

Finalmente, una consecuencia particularmente negativa de los prejuicios es la discriminación, por la cual los miembros de un colectivo estereotipado son privados de sus derechos. En el caso de las personas con problemas de salud mental, esto se manifiesta en las dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independientes, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja, la limitación del ámbito social a otras personas de su mismo colectivo, las dificultades del acceso a los sistemas judicial y de salud, etc. La discriminación es un problema de comportamiento negativo de la población general.

Los ámbitos de exclusión de las personas con problemas de salud mental son:

1. Mercado laboral.

Las encuestas muestran que la gran mayoría de las personas con problemas de salud mental están gravemente discriminadas en el acceso al empleo.

2. Violencia y abuso. Varios estudios realizados en países occidentales revelan que las personas con problemas de salud mental experimentan ratios altos de victimización física y sexual. Según estudios realizados son 11 veces más propensos a ser víctimas de delitos violentos que otros ciudadanos.

3. Oportunidades de educación. Debido a la falta de apoyo adecuado, los niños y jóvenes que experimentan problemas de salud mental pueden tener un rendimiento académico bajo que puede conducir al fracaso escolar. Además de la carencia de apoyo, a menudo experimentan el rechazo y desprecio de sus compañeros.

4. Acceso a los servicios de salud. A pesar de la amplia prevalencia de los problemas de salud mental, una gran proporción de las personas afectadas no reciben tratamiento y atención. Se calcula que en Canarias entre el 35% y el 50% de las personas con trastornos de salud mental graves no reciben el tratamiento necesario. Este colectivo también es menos propenso a recibir tratamiento por problemas de salud



física. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia tienen un 40% menos de probabilidades de ser hospitalizados por cardiopatía isquémica, en comparación con las personas que sufren del mismo problema del corazón que no tienen problemas de salud mental.

5. *Acceso a los servicios sociales y de vivienda.*

6. *Discapacidad sustancial y muerte prematura.* Como resultado acumulado de la exposición prolongada a los factores sociales y económicos anteriores que los hacen vulnerables, las personas con problemas de salud mental están en mayor riesgo de muerte prematura y discapacidad, (aspiramos a que nuestra fecha de caducidad - expectativa de vida - sea igual a la de cualquier otro ciudadano y no de entre 10 y 15 años inferior a los demás).

Nuestra **propuesta C. UNO** es legislar la disposición que defina el proyecto antiestigma programando su ejecución en un espacio temporal de 10 años en la CCAA de Canarias, disposición que recogerá las estrategias de lucha contra el estigma (Las diferentes estrategias se describirán atendiendo a:

- La información y la educación, que intentan modificar los actuales significados erróneos por concepciones más detalladas.
- La protesta, que busca producir cambios penalizando las conductas estigmatizantes.
- El contacto, que apunta a cambiar las actitudes públicas promoviendo interacciones directas entre personas afectadas por un trastorno mental y personas no afectadas), con definición y descripción de las acciones a realizar, el ámbito territorial de ejecución, el público diana, los modelos y los mensajes.

Andrés Genaro Mendoza Cabrera

PRESIDENTE de la Federación de salud mental de Canarias

Presidente de AFAES, Asociación de Salud mental de Gran Canaria



Don Francisco Rodríguez Pulido

- Coordinación de los servicios sociales y Consejería de sanidad. Políticas transversales.
- Puerta de entrada a los servicios de dependencia o discapacidad la red de salud mental.
- Completar la red infanto-juvenil y la integración de la red de drogodependencia en la atención especializada en salud mental.
- Mejorar la calidad de los servicios y las prestaciones.

De acuerdo al tiempo disponible, y a modo de resumen los problemas relativos a la atención de la salud mental y a las personas con discapacidad o dependencia por trastorno mental grave, más relevantes en el momento actual, y que revisten una importancia estratégica, y que requieren un cambio de legislación o de gestión y una relativa inversión sanitaria y social son los relativos a:

Coordinación de los servicios sociales y Consejería de sanidad. Políticas transversales.

No es pensable trabajar con eficiencia la discapacidad o la dependencia desde una sola consejería, La Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad aprobada en la ONU y firmada por el Gobierno de España, que obliga a su cumplimiento, bien nos dice de la necesidad de las políticas transversales que implica a todos los departamentos de un gobierno y de necesidad organismos convergentes para diseñar, planificar y tomar las decisiones.

Y estos dos criterios, deben ser focos, de atención en las políticas públicas que van dirigidas a las personas con discapacidad o/dependencia en todos los niveles de actuación. En este sentido, debe potenciarse más desde el ámbito de la administración la cooperación interinstitucional entre la consejería de sanidad y la consejería de servicios sociales. No se trata de crear cosas nuevas sino amparándonos en el marco legal vigente, producir nuevos

desarrollos y adaptaciones, a estos tiempos, No puede abordarse la cronicidad. Ni la dependencia ni la discapacidad sin una visión estratégica de todos los agentes implicados en cada fase del proceso de sostenibilidad en la comunidad. Lo contrario, es favorecer lugares de exclusión, de ineficiencia de la inversión pública infinita, o favorecer el mercado privado.



En este sentido se deberá:

Desarrollar el artículo 11c de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia que dice que las Comunidades Autónomas podrán

"Establecer los procedimientos de coordinación socio sanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención" o en su caso, aconsejamos la creación de una subcomisión de salud mental y los servicios sociales.

Se deberá revisar y modificar el decreto de constitución de los CIRPAC (Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales) de acuerdo a la situación actual -en ausencia del PAD y la legislación vigente- para que sean más efectivos y no estén situados en tierra de todos y en tierra de nadie. Se aconseja que los CIRPAC sean legislados como órganos vinculantes para la administración pública en materia socio sanitaria para la atención de las personas con discapacidad o dependencia por TMG, y con funciones de planificación, evaluación y supervisión de la gestión de la red de rehabilitación comunitaria para favorecer la autonomía personal de las personas con discapacidad y dependencia para favorecer la inclusión social en el marco legislativo vigente,

El Programa Individual de Atención, regulado en el artículo 29.1, es elaborado, en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, por los Servicios Sociales correspondientes del sistema público y recoge las modalidades de intervención más adecuadas a la persona en función de los recursos previstos en la resolución para su grado y nivel. La persona declarada en situación de dependencia o, en su caso, sus familias o representantes legales serán consultados previamente a la aprobación del Programa Individual de Atención, pudiendo, en su caso, elegir entre las alternativas propuestas. En las estrategias nacionales de SM se establece la necesidad también de una PIA.

Se deberá delimitar las competencias entre los servicios sanitarios y los servicios sociales en los Programas Individuales de Atención (PIA).

Puerta de entrada a los recursos de rehabilitación o dependencia la red de salud mental.

Durante estos años, basado en un criterio clínico, la puerta de entrada a los recursos comunitarios de rehabilitación para las personas con TMG ha sido a través de los servicios



especializados en salud mental, y así se recogió acertadamente en el PIRP/PAD.. Este criterio, garantiza la equidad, la neutralidad, la ausencia de presiones alejadas de otros intereses -que es más insistente cuando aparece como criterio prevalente en la toma de decisiones las situaciones vinculadas a la violencia, al envejecimiento o la exclusión social-, y reduce significativamente la burocratización de la entrada al sistema. Esto también ha permitido que las administraciones públicas no sufran presiones sistemáticas que se alejan de criterios técnicos, se percibe con una mayor asepsia ante la ciudadanía, y es más equitativa la igualdad de oportunidades. Basada en criterios profesionales. En estos años, más de ocho años, tampoco ha habido un volumen significativo de quejas de las familias o los usuarios sobre esta puerta de entrada. Nadie en estos años, ha cuestionado, porque los servicios de atención especializada de salud mental deben tener esta responsabilidad. Ha sido compartido por todos este criterio en la consideración de la especificidad del sector de la salud mental.

Otra cosa, bien distintas es que tengamos que avanzar en los procedimientos y registros de entrada y salida de los servicios, para una mayor transparencia. Debemos mejorar los procedimientos administrativos de comunicación entre las administraciones implicadas en la derivación y gestión de los recursos, porque a pesar de haber realizado, reuniones para clarificar estos procedimientos, aún hoy, se detectan problemas, que a veces hacen sentir a algunas de las partes implicadas como ajenas al proceso. Debemos mejorar estos procedimientos para lograr mayor eficiencia en la gestión de la información.

Este ámbito específico de nuestro sector, también va a venir condicionado porque la administración pública canaria, aún no ha ultimado, las competencias en materia de servicios sociales, entre otras razones, por estar pendiente la ley de una posible "reorganización de los servicios sociales". En este sentido, nos encontramos, con una administración regional con competencias en materia de dependencias y unas administraciones insulares, con las competencias transferidas en discapacidad. Así pues, la definición última del diseño administrativo en materia de servicios sociales, está aún pendiente, y de cómo se cierre este proceso, vendrá a condicionar, nuestra puerta de entrada, que en base a la experiencia acumulada sería un error desechar lo bueno.

Sin embargo, este modelo que hemos adoptado en estos años, ofrece más ventajas que inconvenientes. Y estos inconvenientes, tienen solución, con lo cual, mantener el sistema actual, su especificidad, significaría, que lo clínico prevalecería sobre otros criterios. Sin que esto pueda entenderse que en las valoraciones para derivar a un ciudadano a los recursos de alojamiento u otros, el criterio social no juegue un papel en la decisión del clínico. Bien sabemos esto los clínicos cuando tomamos decisiones y establecemos prioridades.



Sugerencia

Habría que en cualquier decreto de accesibilidad que se elabore a los recursos de la dependencia o discapacidad se debe recoger esta experiencia en SM y no saltar por encima del construido en estos años. Esta experiencia cuenta con el apoyo de las asociaciones de familias y de la red pública de salud mental. Quizás habría que mejorar los procedimientos de gestión de las plazas.

Completar la red de atención infanto-juvenil y la integración de la red de drogodependencia en la red sanitaria especializada en salud mental.

En la línea de promoción y prevención de la discapacidad y la dependencia, es necesario actuar de forma decisiva y sin pausa sobre:

- 1. La organización de la atención a las drogodependencias en nuestra comunidad ha venido condicionada por las diferencias insulares, la fragmentación del territorio y las características de los usuarios y usuarias con una organización funcional y territorial diferente entre las islas.**

Sugerencia:

Se deberá:

En el propio III Plan Canario de Drogas se recoge en su objetivo estratégico 4

"Garantizar una asistencia de calidad, coordinada, integrada y normalizada en los sistemas públicos de salud, servicios sociales y empleo, conjuntamente con la iniciativa social organizada y adecuadamente vertebrada, consolidando, ampliando y adaptando los programas de asistencia e integración social a las nuevas realidades y usuarios y usuarias, y mejorando los recursos en instalaciones, procedimientos, material y personal" (pág. 31).

Será preciso elaborar y desarrollar actuaciones específicas dirigidas a colectivos de riesgo o en situación de vulnerabilidad (pág. 25).

Habría que reorganizar el sistema y la red asistencial e intentar promover las acciones que hagan posible una prestación de servicios integrados y coordinados entre los sistemas sanitario y de servicios sociales insulares y municipales, estableciendo efectivamente los niveles de recursos, así como delimitando sus competencias, su organización y cooperación (pág. 25 y 26)



En el área de tratamiento e integración a las administraciones con responsabilidad y competencias en los sectores sanitario, educativo, de servicios sociales y empleo. (pág. 29).

En el área de tratamiento e integración social en los objetivos asistencial se establece la necesidad de

"Asociar y consolidar la cartera de servicios y los recursos existentes en drogodependencias a la estructura territorial del Servicio Canario de la Salud.(pág. 56)".

y en la página 77

"Establecer los marcos de colaboración interinstitucional necesarios para garantizar la rentabilidad en el uso de los recursos para la implementación de las actuaciones del III Plan Canario sobre Drogas"

Se trata de ejecutar los que se recoge III Plan Canario de Drogas, ya que hasta ahora, no se han dado pasos decisivos ni siquiera para la integración funcional de recursos del SCS, solo experiencias aisladas y no sistemática en alguna isla como en la Gomera, y no se conoce ningún marco sistemático de colaboración interinstitucional de la red de drogodependencia con la red de atención a la salud mental.

2. La red de atención atención Infarto-juvenil en salud mental no está completa.

A pesar de disponer de una red de atención especializada de adultos y de una red para la atención de los trastornos mentales graves, aun en nuestra comunidad, la atención infanto juvenil en salud mental no dispone de un conjuntos de dispositivos específicos en red que atienda todas las necesidades de estas edades, y más aun, cuando es necesario disponer de una red completa en estos años. Para la acreditación en la formación de especialistas en patología psiquiátrica infanto-juvenil en los próximos años.

Nuestra comunidad dispone desde el 2006 de un Programa de atención a la Salud Mental infanto-juvenil (http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/411a613b-f82c-11dd-b1fa-a5269341ea94/Salud_mental.pdf), donde los hospitales de día, y los programas de rehabilitación son esenciales para evitar la dependencia y la discapacidad, así como, la colaboración con el sistema educativo y el sistema judicial. Promover la autonomía personal e evitar la dependencia conlleva tomar medidas para hacer efectiva esta ineficiencia estratégica actual.



Sugerencia

Se deberá ejecutar:

En el III Plan de Salud (2014-2017) (<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=5804547-31bb-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>) se establece como área prioritaria la atención infanto juvenil y el CIRPAC, se aborda esta problemática al calor de la discusión del Plan de Salud, el I Conferencias Insulares de salud (<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d446429-7c70-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>)

por ejemplo, la celebrada en Tenerife se recogen distintas medidas que deben ser presupuestadas y ejecutadas con cierta urgencia.

-Mejorar la calidad de los servicios y las prestaciones.

Las prestaciones sanitarias relativas al constructo de "rehabilitación" son gratuitas por ser prestaciones comunes del SNS (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización). Asimismo, en el artículo 7 del Anexo III, se establece el procedimiento su actualización, en la cartera de servicios comunes de atención especializada en salud mental, se recoge que los ciudadanos tienen el derecho al "Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación", y , "actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios". Esto viene a significar que a los ciudadanos tienen derecho a esta prestación de forma gratuita. O sea, si una persona acude a un CRPS y es atendido por un profesional del SNS por indicación de su USM, las prestaciones y cuidados que recibe del profesional sanitario son gratuitas. Asimismo, si un usuario está en una residencia y necesita para su autonomía (mayor competencia para su funcionamiento óptimo) de acudir a un centro de día ocupacional o de rehabilitación, esta prestación si es indicada por su USM/ECA debe ser compatible y gratuita, pues forma parte de su proceso de recuperación.

Por otro lado, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 16/2003, de 28 de Mayo, en su Artículo 7. Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.



1. El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, **terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.**
2. El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, **atención socio sanitario**, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotesia, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Por lo tanto, no cumplir con estas prestaciones de forma gratuita o no impedir el disfrute de varias prestaciones con finalidad rehabilitadora o terapéutica, desde los servicios sociales (en sus procesos normativos o de reglamentos) o desde la consejería de servicios sanitarios, supondrá un recorte sustantivo en la práctica a los derechos de los pacientes.

Sugerencias

Deberá ser revisado en los decretos actuales y resoluciones de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma si no se vulnera derechos básicos recogidos en las normativas estatales señaladas.

Asimismo la red de atención sanitaria de salud mental y de rehabilitación deberá precisar su cartera y prestaciones para los grupos de edad, para que todos los ciudadanos de las islas, independientemente del lugar de residencia, reciban los mismos cuidados y atención a sus problemas de salud mental y atención rehabilitadora.

Igualmente se establecerán indicadores y registros específicos desde los servicios sociales y sanitarios para las personas con discapacidad y dependencia en salud mental que nos permita monitorizar la evolución de la demanda y de los cuidados.



Don Juan Ramón Mendoza Cabrera

Salud mental y empleo.

- Evidencias de la fotografía actual de la inclusión laboral de las personas con discapacidad. Tasa de actividad y tasa de paro.

1) La baja tasa de actividad de las PCD, 36,6%. Esto es 1 de cada 4 está ocupada. Las PCD presentan una tasa de desempleo superior a las PSD.

2) La distribución por discapacidades. Mayor ocupación en sensoriales y físicas (57%) y menor en EM (27,1%).

3) La tasa de actividad de PCD es menor en España a la media CEE. España la más baja de todas. Y Canarias la que menor tasa de actividad presenta en toda España.

4) La tasa de paro ha aumentado en los últimos 5 años, afectando principalmente a EM (47,2%) y discapacidad intelectual (43%).

- Apoyar, potenciar y tutelar la creación de centros de transición/formación/training para el empleo e integración de las personas con EM en CEE.
- Introducir en Canarias una rebaja fiscal y de tasas administrativas a los CEE.
- Mejorar la perseverancia en el cumplimiento de la reserva de contratación del 2% de PCD en las empresas con más de 50 trabajadores. Así como el cumplimiento y eficacia de medidas alternativas.
- Dotar de consignación presupuestaria específica en materia de empleo para las personas con discapacidad mental.
- Creación y apoyo desde el gobierno de un convenio/acuerdo de colaboración en materia de financiación para proyectos de los CEE y de entidades que empleen a PCD mental.



FEDERACIÓN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS

Federación de Asociaciones de Familiares
y Personas con Enfermedad Mental de Canarias

Inscrita en el Registro de Asociaciones de Canarias con el núm. 5.160

CIF G 38644571

