

## **DOCUMENTO 3**

# **LA SALUD MENTAL EN CANARIAS Y LA APLICACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA**



**NOVIEMBRE 2011**



## INDICE

- **Informe de la Junta Directiva de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (Canarias).** Francisco Rodríguez Pulido y Margarita Hardisson Duque. *Observatorio de salud mental 2010 de la asociación española de Neuropsiquiatría. Cuadernos técnicos, 15. 65-77. Madrid 2011.*
- **Canarias: Una aproximación al desarrollo de la ley de la situación de dependencia en el ámbito de la salud mental.** Francisco Rodríguez Pulido; Roberta Pérez Pérez; Ana Isabel Robles Santos; Katya Aranzumendi Rodríguez; Carmen Raquel Hernández Hernández; Cecilio Hernández Sotomayor; Juan Ojeda Ojeda. *Revista Norte de salud mental. Volumen IX, número 40. 19- 33. Junio 2011.*
- **El papel del Observatorio de salud mental y los criterios de calidad asistencias de la AEN en la evaluación y planificación asistencias. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España.** Juan Francisco Jiménez Estévez. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría; 31 (112), 735-751. 2011.*

Informe descriptivo

# **CANARIAS**

**Informe de la Junta Directiva de la  
Asociación Canaria de Neuropsiquiatría**

Elaborado por

**Francisco Rodríguez Pulido y  
Margarita Hardisson Duque**



# Canarias

## *1. Modelo de atención a la Salud Mental:*

En 1992 se realizaron las transferencias en materia sanitaria a nuestra Comunidad. El presupuesto sanitario per cápita de la Comunidad Canaria en el 2011 es de 1.135,75 €. (2010; 1.295,36 €). Las tarjetas sanitarias adscritas al Servicio Canario de la Salud a diciembre del 2009 fueron de 1.951.280. Canarias carece de un Plan específico en Salud Mental. Recientemente, se constituyó una comisión técnica para incorporar la Estrategia Nacional en Salud Mental al III Plan de Salud de Canarias, sin que, el mismo haya sido enviado y ratificado por los órganos legislativos ni cuenta con ficha financiera ni un sistema de evaluación sistemático.

No hay un presupuesto específico de Salud Mental. Este presupuesto, estimamos que puede ser variable, según la influencia que ejerce el sector y la demanda social. En su gestión económica, la Consejería de Sanidad no lleva una contabilidad analítica. Es difícil calcular y saber realmente el porcentaje total que dedica la Sanidad Canaria a la Salud Mental. En nuestra Comunidad existe una Comisión Asesora Regional en Salud Mental, con amplia composición insular, institucional y social, de carácter consultivo anual, que durante el 2010, no fue convocada. No se ha desplegado una organización de los servicios en base a jefaturas de secciones.

Nuestra Comunidad cuenta con un Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RCPC), que pretende responder a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información en Atención a la Salud Mental, para conocer de forma periódica la utilización y actividades de la Red de Atención a la Salud Mental en Canarias. Los Planes Estratégicos de Investigación de Sanidad están integrados en Fundaciones, que se localizan en las Unidades de Investigación de los grandes hospitales, en Gran Canaria, en el Hospital Dr. Negrín y en Tenerife en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. La Jefatura Regional de Salud Mental ha creado una Unidad de Investigación centralizada, al parecer, con funciones dinamizadoras dirigidas a promover la investigación en el sector de la salud mental, que en el 2009, consistió en 12 proyectos, desconociendo si han sido subvencionados todos ellos.

Para una mejor visión de las prioridades de las demanda en salud mental en Canarias, realizada por los responsables de los Servicios de Salud Mental, puede consultarse la Declaración del Hierro en [ascane.info](http://ascane.info). Este encuentro institucional se realizó en el 2008, promovido por la Jefatura Regional de Salud Mental. Muchos de estos acuerdos están pendientes de ejecutar.

No hay ningún tipo de subvención destinados a las Sociedades Científicas ni se consulta con periodicidad a las organizaciones profesionales.

## 2. *Red de Atención a la Salud Mental*

El Servicio Regional de Salud Mental no está integrado en las estructuras gerenciales de área, reservándose solo competencias en planificación. No existen las Unidades de Gestión Clínica ni Planes Estratégicos de Calidad. Como instrumento de información y análisis se ha ido extendiendo a todas las islas y recursos el RECAP (registro acumulativo de casos psiquiátricos). Hay pasos parciales de realizar una gestión clínica por procesos en salud mental. La relación del Servicio Canario de Salud con las gerencias hospitalarias se realiza a través de los contratos/programas donde se fijan las acciones anuales en cada isla en Salud Mental.

### *Red de Servicios Sanitarios*

La atención a la salud mental forma parte de la red de atención especializada del Servicio Canario de la Salud. En la organización de la atención en salud mental hay una ordenación funcional sectorizada. La relaciones entre los distintos dispositivos de Salud Mental entre si y con otros dispositivos se realiza mediante una coordinadora funcional donde participan los responsables de salud mental.

La distribución de los equipos comunitarios de salud mental y las camas de corta y larga estancia se realizan de forma sectorizada, siguiendo un criterio fundamentalmente demográfico. Hay 24 Unidades de Salud Mental distribuidas territorialmente. La actividad de consultas se realiza desde las USMC y su número en Canarias asciende a 24 distribuidas por todo el territorio, más 4 Unidades específicas de Infanto-Juvenil (Tabla 1). En ellas, se atiende al 100% de la población, de las Áreas de Salud respectivas, que demanda este tipo de asistencia, tras haber sido atendidos con anterioridad en sus respectivos centros de Atención Primaria. Su actividad asistencial de las USMC en el 2009 fue de 276.881 consultas. Los equipos son multiprofesionales, pero sin dinámica de trabajo interdisciplinar. Asimismo actualmente (2010) Canarias cuenta con 4 Unidades específicas de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). Los protocolos existentes son los de cuidados físicos del trastorno mental grave, terapia electroconvulsiva, los trastornos de la conducta alimentaria, y el proyecto SAMAP (mejora de la calidad del abordaje de los trastornos mentales comunes en la atención primaria).

En Canarias hay 7 Unidades de Internamiento Breve (UIBs), con 156 camas, ubicadas en los Hospitales de cada Área de Salud. El número de estancias totales en la comunidad en el 2009 fue de 49.921. Algunas de estas Unidades, además de atender las Interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, trabajan en Programas como Cirugía Bariátrica, VIH

e infecciones, Valoración de trasplantes de donantes vivos, Valoración previa a un trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología. También se dispone de 53 camas de media estancia, sumando las de Gran Canaria y Tenerife. Y por otro lado, en el área de Tenerife se cuenta con 70 camas de estancia prolongada (URA) y en Gran Canaria 90 camas ubicadas en un dispositivo denominado Unidad de Clínica y Rehabilitación (UCyR).

En la tabla 1 podemos observar la distribución de recursos y plazas en sus diferentes modalidades:

Tabla 1. *Tabla resumen de Recursos Sanitarios en Salud Mental de la Comunidad Canaria.*

| USMC | USMI-J<br>HDIJ | UIBs        | UME/USA    | URA/UCyR    | CRPS         | ECA         | EMOSAN |
|------|----------------|-------------|------------|-------------|--------------|-------------|--------|
| 24   | 4/2<br>(90)*   | 7<br>(156)* | 2<br>(53)* | 2<br>(162)* | 18<br>(270)* | 3<br>(222)* | 1      |

\*Camas o plazas según el recurso de referencia. Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

Todos los recursos sanitarios y algunos que realizan su trabajo en el ámbito sociosanitarios, como el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), o el EMOSAN, están integrados funcionalmente en el Servicio Canario de la Salud (SCS). Los Cabildos Insulares, a diferencia de otros periodos, no tienen competencias en materia sanitaria. Las carteras de servicios de las USMC y de las Unidades de Hospitalización son coincidentes con las del SNS y están publicadas en el BOE correspondiente. Se está elaborando la digitalización de la historia clínica, pero los recursos carecen de recursos informáticos. La oferta de programas de formación institucional han mejorado con la celebración en el 2009 de 51 seminarios con una media de 25 profesionales por seminario con un coste de 189.405€.

### *Red sociosanitaria*

En el ámbito de los trastornos mentales graves, las acciones que se han emprendido durante el 2005-2010 han sido a través de los Planes Insulares de Rehabilitación (PIRP), que fueron posteriormente integrados parcialmente y financiamente en el PAD. La financiación de este Plan corresponde a la Administración Pública de Canarias: 1/3 Consejería de Sanidad, 1/3 Consejería de Bienestar Social y 1/3 a los Cabildos Insulares. Los Ayuntamientos colaboran facilitando infraestructuras. La gestión de estos recursos la realiza el IASS en las islas capitalinas.

Esta institución, por medio de una gestión indirecta, ha cedido la gestión de los recursos de alojamiento residencial y/o centros de día (de rehabilitación y ocupacionales) y de integración laboral a ONG'S, empresas privadas o sociedades insulares de carácter público. La planificación, supervisión, seguimiento y evaluación de los recursos destinados a las personas con Trastorno Mental Grave corresponde a un órgano de carácter insular denominado Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). En este organismo, participan la Administración Pública Canaria y las organizaciones no gubernamentales. Cada uno de estos organismos, cuenta con un responsable técnico en Salud Mental, que son los directores de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP).

El desarrollo de la red de rehabilitación es desigual entre las islas y el modelo de atención entre todas las partes implicadas tiene matices diferenciadores entre las islas. No obstante, en estos últimos cinco años, se ha experimentado un avance sustancial, sobre todo en Gran Canaria y Tenerife, detectándose dificultades de implementación de recursos en otras islas, que puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla 2. Recursos sociosanitarios en Salud Mental destinados a las personas con TMG de la Comunidad Canaria (2009).

| PLAN SOCIO-SANITARIO | PLAZAS DE NUEVA CREACIÓN |             |           | PLAZAS CREADAS |             |           | PLAZAS PENDIENTES |             |           |
|----------------------|--------------------------|-------------|-----------|----------------|-------------|-----------|-------------------|-------------|-----------|
|                      | Residenciales            | A. Tutelado | E. Diurna | Residenciales  | A. Tutelado | E. Diurna | Residenciales     | A. Tutelado | E. Diurna |
| Tenerife             | 108                      | 140         | 58        | 82             | 140         | 58        | 26                |             |           |
| Gran Canaria         | 126                      | 92          | 60        | 126            | 92          | 30        |                   |             | 30        |
| La Palma             | 11                       | 7           |           |                | 7           |           | 11                |             |           |
| La Gomera            | 2                        | 4           |           |                |             |           | 2                 | 4           |           |
| El Hierro            | 6                        |             | 6         |                |             |           | 6                 |             | 6         |
| Lanzarote            |                          | 19          |           |                | 4           |           |                   | 15          |           |
| Fuerteventura        |                          | 4           |           |                | 4           |           |                   |             |           |
| Total Canarias       | 253                      | 266         | 124       | 208            | 247         | 88        | 45                | 19          | 36        |

Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS. Plan de Atención a la Discapacidad (PAD), IASS. CIRPAC de las Islas.

Como hemos observado en Canarias existe un total de 208 plazas residenciales, 247 de alojamiento tutelado y 88 de atención diurna. La casi totalidad de estas plazas se encuentran localizadas en las islas de Gran Canaria y Tenerife.

### 3. Recursos humanos

#### *Red de atención sanitaria*

En las USMC del adulto, están contratados 238 profesionales, siendo su distribución por profesiones, véase tabla 3, como pueden observarse:

Tabla 3. Recursos humanos en las Unidades de la Salud Mental de Canarias (2009)

| USMC           | Psiqu. | Psicól. | Enferm<br>eros | Aux.<br>Clínica | Aux.<br>Adm.. | Trab.<br>Social | Cela<br>dor | Total |
|----------------|--------|---------|----------------|-----------------|---------------|-----------------|-------------|-------|
| Tenerife       | 21     | 17      | 15             | 12<br>(1**)     | 10<br>(1**)   | 7 (3**)         |             | 82    |
| Gran Canaria   | 25     | 20(*)   | 23             | 16              | 12            | 8               | 1           | 105   |
| Fuerteventura  | 3      | 3       | 3              | 2               | 2             | 2               |             | 15    |
| Lanzarote      | 2      | 4       | 2              | 2               | 3             | 1               | 2           | 16    |
| La Palma       | 2      | 2       | 2              | 2               | 1             | 1               |             | 10    |
| La Gomera      | 1      | 2(*)    | 1              | 1               |               | 1               |             | 6     |
| El Hierro      | 1      | 1       | 1              |                 |               | 1(*)            |             | 4     |
| Total Canarias | 55     | 49      | 47             | 35              | 28            | 21              | 3           | 238   |

Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS.

Asimismo la distribución de recursos humanos en las UIBs y UIEs, puede verse en la tabla.

Tabla 4. Distribución de los recursos humanos de las UIBs+UIE de Canarias (2009)

|                   | Psiqui<br>atras | Psicólo<br>gos    | Enferme<br>ros | T.<br>Social    | Aux.<br>Enferm | Aux.<br>Adm | Cela<br>dores | T. Ocupa<br>cional |
|-------------------|-----------------|-------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------|---------------|--------------------|
| Tenerife          | 11+4            | 2 (*) +4          | 35(*)<br>+1(*) | 2(1**)<br>(1**) | 41             | 3(2**)      |               | 1                  |
| La Palma          | 2               | 1                 | 6              |                 | 5              |             |               |                    |
| Gran<br>Canaria   | 10+5            | 4(2**)+4<br>(2**) | 37+2           | 2               | 52             | 3(*)        | 13            | 2                  |
| Lanzarote         | 2               |                   | 8              |                 | 5              |             | 5             | 1(*)               |
| Fuerteventu<br>ra | 1               | 1                 | 7              | 1(**)           | 3              | 1(**)       | 4             |                    |

(\*) a tiempo parcialmente; (\*\*) compartido; Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

En cuanto, a la distribución de recursos humanos, véase tabla 5, referentes a las Unidades de Media y larga Estancia son los siguientes:

Tabla 5. *Distribución de los recursos humanos de las Unidades de Media y larga Estancia en Canarias (2009)*

|             | Psiquiatras | Psicólogos | Enfermeros | T. Social | Aux. Enferm | Aux. Adm | Celadores | Monitores |
|-------------|-------------|------------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|-----------|
| URA/USA Tfe | 7           | 2          | 20 (23?)   | 3         | 52          | 2        |           | 2         |
| UCYR GC     | 4           | 3 (**)     | 19         | 2         | 39          | 1        | 16 (*)    | 5         |
| UME GC      | 3           | 1          | 9          | 1         | 39          | 1        | 16 (*)    | 1         |

(\*) compartidos;(\*\*) 1 media jornada; Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

### *Red de atención sociosanitaria*

La distribución de los recursos humanos dependientes del SCS, véase tabla 6, que prestan sus servicios en los diferentes recursos de rehabilitación psicosocial son los siguientes:

Tabla 6. *Distribución de los recursos humanos del SCS en los dispositivos de rehabilitación comunitarios (2009)*

|               | Psiquiatras                       | Psicólogos | Enfermeros | T. Social | Aux. Enferm | Aux. Adm. | Celador | T. Ocupacional                            |
|---------------|-----------------------------------|------------|------------|-----------|-------------|-----------|---------|---|
| Tenerife      | 3                                 | 6          | 11         | 4         | 1           |           |         |   |
| La Palma      |                                   | 2(*)       | 2          |           | 2           |           |         |   |
| Gomera        | 0                                 | 0          | 0          | 0         | 0           | 0         | 0       | 0   |
| Hierro        | 0                                 | 0          | 0          | 0         | 0           | 0         | 0       | 0   |
| Gran Canaria  | 3(**)<br>1 médico de familia (**) | 6          | 18         | 4         | 2           | 1         | 0       | 6 monitores (2 en PAE y 4 en Casa Marino) |
| Lanzarote     |                                   | 1          |            |           |             |           |         |   |
| Fuerteventura |                                   | 1          | 1(*)       |           |             |           |         |   |

(\*) a tiempo parcial, (\*\*) 1 compartido; Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

Hay otra cantidad de profesionales, cuya importancia es significativa, financiados con presupuesto público a través del PAD, o por los Ayuntamientos, cuya

gestión de contratación la realizan las entidades del tercer sector y ONG, referidos a cuidadores, educadores, integradores sociales, técnicos de empleo, y integradores de ocio y tiempo libre, de lo que no disponemos información fiable.

#### 4. Atención a las Drogodependencias

La red de atención a la drogodependencia no está integrada en la red pública de Salud Mental. EL Foro Social en Defensa de la Salud Pública en Canarias ha presentado, véase [ascane.info](http://ascane.info), una iniciativa popular parlamentaria, donde en unos de sus puntos se recoge y se apuesta por esta vieja aspiración de las sociedades científicas. Existen distintos modelos de atención a las drogodependencias en cada una de las Islas Canarias. Sin ficha financiera, se acaba de aprobar el III Plan Canario de Drogas y los anteriores planes, su evaluación de su grado de ejecución, no han sido publicados. Hay una tendencia a desarrollar esfuerzos de coordinación y participación conjunta entre la red de drogodependencias y la red de atención especializada de salud mental pero estos lazos son muy débiles y no sistemáticos.

| PROGRAMA                  | DISPOSITIVOS  | Nº  |
|---------------------------|---|-----|
| ATENCIÓN<br>SOCIOSANTARIA | Servicios de Información                                  | 3   |
|                           | Centros de encuentro y acogida                            | 2   |
|                           | Unidades Ambulatorias de atención drogodependencias (UAD) | 31  |
|                           | Unidades Hospitalaria de desintoxicación (UHD)            | 3   |
|                           | Comunidades Terapéuticas                                  | 5   |
|                           | Programa de Metadona                                      | 21  |
|                           | Programas Centros Penitenciarios                          | 5   |
| INCORPORACIÓN<br>SOCIAL   | Viviendas de Apoyo a la Inserción                         | --- |
|                           | Centros de Día  | 4   |

Fuente: Directorio Gobierno de Canarias. Consejería Sanidad. Dirección General de Atención Drogodependencias (2010)

#### 5. Valoración global

En la primera mitad de la década de los noventa, la integración de la salud mental en el sistema sanitario fue favorecido por las transferencias sanitarias del

Estado a la Comunidad Autónoma. La integración y dependencia de las competencias en salud mental en la Conserjería de Sanidad y su gestión por el Servicio Canario de la Salud ha garantizado la equidad de las prestaciones sanitarias en materia de salud mental. La disminución de los presupuestos sanitarios per cápita en el 2011 de promedio (1.288,58) en el conjunto del país es del 4,11%, pero también con unas desviaciones amplísimas entre comunidades. La disminución del 12,3% en Canarias, es la mayor, mientras que 6 CCAA no llegan al 1%. Esto afectará a la política de creación de nuevos recursos sanitarios en las islas. También el crecimiento de la población tiene un efecto sobre el presupuesto per cápita. Es obvio que un aumento de la población canaria en la última década ha supuesto inevitablemente una mayor demanda de servicios sanitarios, no creciendo la financiación sanitaria, en la misma medida.

El desarrollo del I Plan de Salud y los PIRP/PAD han permitido en los últimos veinte años salir del atraso de recursos humanos y materiales en el ámbito de la salud mental que padecía nuestra comunidad. El papel jugado por los profesionales, los familiares, y las organizaciones cívicas, han sido de vital importancia, para alcanzar el grado de desarrollo y madurez existente actualmente, haciendo muchas veces cambiar las decisiones de los gestores y planificadores, acercando a estos más a la realidad asistencial. La Conserjería de Sanidad carece de una contabilidad analítica en su gestión económica. Es difícil calcular y saber realmente el porcentaje total que dedica la Sanidad Canaria a la Salud Mental. No existe ningún Plan de Salud Mental vigente, aunque se toma como referencia para algunas actuaciones el II Plan de Salud Mental, que nunca fue refrendado por el Parlamento. Aunque existen órganos consultivos del Gobierno en materia de salud mental, estos han entrado en una dinámica decreciente de participación. Hay un esfuerzo por incorporar la Estrategia Nacional en Salud Mental a las acciones de la Consejería, pero se carece de ficha financiera definida. No existen las Unidades de Gestión clínica basada en procesos ni Planes Estratégicos de Calidad. El resultado del RECAP, hasta ahora ha sido vivido como trabajo administrativo impuesto a los facultativos siendo necesario hacer un esfuerzo por transmitir su utilidad clínica y asistencial e insertarlo realmente en la gestión por procesos. La Jefatura Regional de Salud Mental ejerce su acción atrapada entre la Dirección de Programas Asistenciales, que ejecuta la política de la conserjería en materia sanitaria y las gerencias hospitalarias, que ejecutan los presupuestos y las acciones, pero con una visión con escasa sensibilidad asistencial comunitaria.

En el informe del 2004 del Observatorio de la AEN en salud mental, el total de profesionales en Atención Comunitaria de Adultos por 100.000 habitantes en cada CCAA refleja que el menor número pertenece a Murcia con 6,12 y el mayor número pertenece a Euskadi con 23,38 por 100.000. La ratio promedio de psiquiatras en el

SNS por comunidades autónomas, según la Evaluación de la Estrategia Nacional en Salud Mental del SNS es de 7,49, mientras que Canarias presenta una ratio inferior de 6,39. La ratio de DUE habría que incrementarla sensiblemente. Habría que impedir la descapitalización de recursos humanos del sistema de atención a la salud mental, garantizando la contratación de los residentes en formación, al terminar su periodo de especialización. La gestión clínica por procesos debería implementarse de forma decidida y no parcializada. Mejorar de las *infraestructuras* de la atención especializada en salud mental en el ámbito del trabajo que desarrollan *las unidades de salud mental comunitarias (USMC)* para facilitar el desarrollo de las técnicas del trabajo propias de la especialidad. Habría que favorecer dinámicas de trabajo multiprofesionales en todos los Equipos de Salud Mental, favoreciendo las intervenciones psicológicas al uso, tanto individuales como grupales. Los profesionales de psicología clínica deberían adquirir mayor protagonismo en los trastornos mentales graves y en los primeros episodios psicóticos. También habría que aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles, así como, aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas. La ratio de cobertura asistencial de un Equipo Comunitario de Salud Mental, dependiendo de su dotación de profesionales, debería girar en torno a los 45.000hb. La tasa de camas de larga evolución ha descendido en Canarias por 100.000hb, siendo en el 2009 de 8.3 x 100.000hb, cinco puntos menos que en el 2004 (13x100.000 hb), que coincide con el incremento sustancial, en el mismo periodo, de plazas de alojamiento de la red sociosanitaria. Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención. Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial. La red infanto-juvenil específica está pendiente de desplegarse en su totalidad, cumpliendo la planificación prevista, tal como fue refrendada en los llamados acuerdo del Hierro (véase <ascane.info>). Los trastornos de personalidad carecen de recursos intermedios específicos. Asimismo, atender las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental. Se debería disponer de una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente, y donde se recoja los traslados involuntarios de una isla a otra. La atención psicogeriatrica esta sin diseño. No existen programas preventivos siste-

máticos y evaluados. La red de drogodependencias no está integrada en la atención especializada de salud mental- con tímidos intentos de coordinación y sufre una incertidumbre financiera puesto que su mantenimiento depende de subvenciones. Sin dudas, la oferta de programas de formación institucional ha mejorado pero para el diseño de sus contenidos se debería abrir mecanismos de consulta para recoger la opinión de todos los profesionales. Hay carencias de dispositivos adecuados para cumplimiento de penas de los personas con trastornos mentales.

El modelo de atención a los trastornos mentales graves tiene sus matices diferenciales, donde su desarrollo ha sido posible, en cada isla. Las islas con una menor densidad demográfica, por diversas razones, no se ha beneficiado del desarrollo del PAD. Habría que favorecer estos desarrollos para que las diferencias interinsulares en este ámbito asistencial no se acentúen. En los últimos años los CIRPAC en cada isla ha realizado una actividad muy desigual y cuyo futuro está condicionado por el desarrollo de la ley de la dependencia, no sabiendo aún el papel que le será asignado en el SICAD (Sistema Canario de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia), así como, no está resuelto las atribuciones de competencias entre los Cabildos y el Gobierno de Canarias, en materia de discapacidad en su relación con la ley. Los Planes sectoriales como el PAD tienen los días contados y la voluntad política es que todos los servicios y prestaciones señalados en la ley de dependencia se integren en el SICAD. El copago en los recursos de alojamiento está instaurado pero no en todas las islas y tampoco en todos los recursos de rehabilitación. Es impredecible el impacto de la ley de dependencia en el modelo organizativo de la atención a las personas con enfermedades mentales graves, así como, la extensión del copago a todas las islas y a todos los recursos de soporte comunitario destinado a la rehabilitación Psicosocial. Tendencia a incluir los recursos en la ley de dependencia.

En la actualidad, nuestra Comunidad, para la próxima década (2010.-2020) carece de una planificación y de líneas de financiación de plazas destinadas a la rehabilitación psicosocial. Asimismo, el desarrollo de la Ley de Dependencia está ejecutándose sin que en los mecanismos de coordinación que la propia Ley establece, así como, la Estrategia Nacional, lleve a una implicación activa de la Consejería de Sanidad a través de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial (CIRPAC). Estos órganos no están siendo consultados, a pesar del pronunciamiento oficial de los Directores del PIRP de las islas. En las islas, las transferencias en materia de discapacidad, es responsabilidad política de los Cabildos Insulares, mientras en materia de dependencia, es de los Servicios Sociales del Gobierno Autónomo. ). La voluntad de la Consejera de Bienestar Social es conducir a un sistema unificado de servicios y prestaciones. Actualmente existe una comisión técnica promovida por la

Conserjería de Bienestar Social con el tercer sector, en la que participa la ACN, para la construcción del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD).

La ACN presento en el 2009 a la Conserjería de Sanidad, léase documentos en [ascane.info](http://ascane.info), las acciones prioritarias para la mejora de la atención especializada en salud mental en Canarias y a la Consejería de Bienestar Social, en varios escritos, nuestras opiniones sobre el impacto y desarrollo de la ley de dependencia en la atención a la salud mental, así como, a las proyectos de decretos para el desarrollo del SICAD:. Asimismo reclamamos que se establezca en nuestra Comunidades los mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en la planificación y evaluación de los servicios.

El presente informe fue aprobado por la actual Junta Directiva de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría.

### *Leyenda*

- Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC)
- Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles
- Hospitales de Día Infanto-Juveniles
- Unidades de Internamiento Breve (UIB)
- Unidades Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UIE)
- Unidades de Estancias Intermedias (UEI). Denominadas UME (Media Estancia) o USA (Subagudos).
- Unidades de Estancias prolongadas. Denominadas URA (Rehabilitación Activa) o UCYR (Unidades de Clínica y Rehabilitación Activa)
- Equipo Comunitario Asertivo (ECA)
- Equipo Móvil de Salud Mental (EMOSAN)
- Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
- Equipos de Apoyo Individualizado al empleo (EAIE).

### *AGRADECIMIENTOS*

José Luis Hernández Fleta. Jefatura Regional de Salud Mental. Dirección de Programas Asistenciales.

Rafael Inglott Domínguez. Director del PIRP Gran Canaria. Consejos Insular de Rehabilitación Psicosocial (CIRPAC). Servicio Canario de la Salud.

Francisco Rodríguez Pulido. Director del PIRP Tenerife. Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial (CIRPAC). Servicio Canario de la Salud.

Orlando Alonso. Trabajador Social. PIRP Gran Canaria.

# Canarias: Una aproximación al desarrollo de la ley de la situación de dependencia en el ámbito de la salud mental

## *Canary Island: An approach of development of the law in the situation of the dependence in the field of mental health*

Francisco Rodríguez Pulido; Roberta Pérez Pérez; Ana Isabel Robles Santos; Katya Aranzumendi Rodríguez; Carmen Raquel Hernández Hernández; Cecilio Hernández Sotomayor; Juan Ojeda Ojeda.

**Resumen:** En este artículo describimos, la necesidad de la implicación de los servicios sanitarios, y las jefaturas autonómicas de salud mental en el desarrollo de la ley de dependencia, así como, la estrategia desarrollada por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), para reducir los efectos de los sistemas de baremación. Asimismo la posición de la ACN en los borradores de decreto, que el Gobierno de Canarias, ha puesto sobre la mesa para la constitución del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD). La Estrategia de Salud Mental del SNS y la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia reconocen la implicación de los servicios sanitarios mediante los mecanismos de coordinación interdepartamental, en el ámbito de la salud mental, es más que incorrecta la posición de mirar a otro lado. Es más, si bien una de las misiones de la ley es cambiar, mediante la creación de un sistema estable de provisión de recursos, para pasar de un modelo de cuidados informales a otro de cuidados profesionales que faciliten la autonomía, lo cierto, a cuatro años de vigencia de la ley, es que se ha promovido lo que en la ley figura como excepcional: las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar. Las Consejerías de Bienestar Social y las Conserjería de Sanidad, para el ámbito de la salud mental, deben promover espacios de encuentro y de ayuda mutua, para favorecer prestaciones y servicios integrados y continuos.

**Palabras claves:** ley, dependencia, autonomía personal, sanidad, servicios sociales, canarias, salud mental, trastorno mental grave. Recuperación.

**Summary:** This article describes the need for the involvement of the health services and regional headquarters in the development of the dependence law and the strategy developed by the Assertive Community Team (ECA) to reduce the effects of passmark. Also, the position of the Canarian Neuropsychiatry Association (ACN) in the draft decree, with the Government of the Canary Islands, has proposed to establish the Canary System of Dependence Unit (SICAD). Mental health Strategy of the National Health Service (SNS) and the law of the promotion of personal autonomy and care for dependent people, recognize the involvement of health services through interdepartmental coordination mechanisms. The involvement of health services in the field of mental health is more than wrong position to look the other way. Also, if one of the missions of the law is change by creating a stable system of resource of provisions to move from a model of informal's care



to another of professional's care to facilitate the autonomy, the fact is four years of rules of law that is has promoted the law the exceptions that it was set, economy benefits related to family care. The department of social welfare and health counseling for the mental health field, should create spaces of meeting and mutual helps to promote integrated and continuous services and benefits.

**Key words:** Law, dependence, personal autonomy, health, social services, canary islands, mental health, severe mental illness, recovery.

## Introducción

La conocida popularmente como ley de la dependencia (1) en su gestación y desarrollo, desde diferentes perspectivas, ha sido una ley la cual ha generado enorme controversia. En el periódico *El País* (2), salía la noticia que el Tribunal de Cuentas investigará de oficio si los fondos que transfiere el Gobierno a las comunidades para la aplicación de la Ley de Dependencia se están efectivamente usando para ese fin y si las comunidades aportan el dinero al que están obligadas. Afirma la citada noticia que, tres años después de que entrara en vigor la norma no hay forma de saber ninguna de las dos cosas. Asimismo, el Parlamento Español -un año después de publicación de la ley en el Boletín oficial del Estado- constituyó una comisión de expertos, donde después de un análisis del desarrollo de la ley, se cuestiona desde la sostenibilidad de la financiación hasta los procedimientos de baremación, (3). Las sociedades científicas como la AEN, también ha realizado, sin dejar de apoyar la ley, diferentes pronunciamientos críticos sobre su desarrollo, interpretación y aplicabilidad. (4). Nuestro grupo, también en otras publicaciones (5) hemos desarrollado de forma analítica, las oportunidades, las amenazas, las debilidades y las fortalezas de la ley de dependencia, muy vinculadas a la frialdad o calidez de la implicación de los servicios sanitarios (5).

No obstante, en este artículo que lo deseamos transmitir, la estrategia desarrollada por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) de Tenerife dependientes del Servicio Canario de la Salud, para reducir los efectos de los sistemas de baremación, partiendo de la participación de estos recursos, en el proceso que van desde las valoraciones a los dictámenes. Asimismo, nuestra posición como miembros de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental (ACN), a los borradores de decreto, que el Gobierno de Canarias, ha puesto sobre la

mesa, aun no aprobados, para su discusión por el tercer sector, que permitirá la constitución del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD).

## Estrategia en Salud Mental

El 11 de diciembre de 2006 los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) fueron aprobados por el Consejo Interterritorial. En esta estrategia de consenso (6) en Salud Mental, sin ficha financiera y sostenidas en un marco de valores y principios, en donde se detallan los objetivos, las recomendaciones e indicadores de evaluación y seguimiento. Se establecen seis líneas estratégicas. Una de sus líneas estratégicas, se refiere a la Coordinación Intra-institucional e Interinstitucional. Dentro de esta línea de actuación se plantean varios objetivos específicos: a) Implantar en la Comunidades Autónomas mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas; b) las CCAA establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia en las personas con dependencia por enfermedad mental. Para llevar a cabo esta coordinación se recomienda crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior y otras que pudieran estar implicadas. Esta Comisión sería para 1. Integrar las políticas en Salud Mental; 2. Asesorar en la elaboración del Plan de Salud Mental autonómico.

En este sentido que apunta la Ley señalar que hasta hoy, en el caso de Canarias, la Consejería de Sanidad no ha promovido en el ámbito de la salud mental, ninguna Comisión Intersectorial

de Coordinación Interdepartamental para favorecer el desarrollo del Sistema Canario de Promoción de las situaciones de Dependencia.

Asimismo, en la Estrategia en otras de sus líneas estratégicas en relación a los trastornos mentales, específicamente para las personas con trastornos mentales graves, se proponen dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Integrado de Atención para los pacientes con Trastorno Mental Grave, y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común.

### **La Ley de Promoción de la Autonomía Personal**

Por otro lado, la Ley 39/ 2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en la exposición de motivos quedan señalados su misión y sus objetivos estratégicos, entre los que cabe señalar.

- La atención a este colectivo de población.
- Revisión del sistema tradicional de atención (apoyo informal).
- Adecuada capacidad de prestación de cuidados.
- Un marco estable de recursos y servicios para la atención.
- Desarrollo de los SS.SS. de las Comunidades Autónomas con la colaboración del tercer sector.
- SS.SS.de calidad, garantistas y plenamente universales.
- Responder a la necesidad de atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

Asimismo la propia ley reconoce la Participación de los Servicios Sanitarios a nivel institucional, reclamando: a) las CC.AA. establecerán los procedimientos de coordinación socio-sanitaria, creando en su caso, los órganos de coordinación que proceda; b) Desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación; c) El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las CC.AA. con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores y hospitalización compleja; d) Se elaborará un Programa Integrado de Atención (PIA) tras efectuar un estudio y análisis del expediente, determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades, con la participación previa consulta y en su caso elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidad tutelar que le represente; e) Creación de los denominados Servicios de Promoción de la Autonomía Personal.

Como veremos la creación de un marco estable de recursos y servicios que signifique una revisión del sistema tradicional de atención, alejado de los apoyos informales, se convierten en la misión estratégica de la Ley. Ahora bien si analizamos los datos publicados en el observatorio del SICAD sobre las prestaciones y servicios (7) ofrecidos para el conjunto del país, contradice significativamente esta misión, reforzándose hasta ahora en la aplicación de la ley, el sistema que desea transformar.

### **Modelo de atención en Salud Mental en Canarias**

La atención a la salud mental forma parte de la red de atención especializada del Servicio Canario de la Salud. Existen siete áreas sanitarias. Los Recursos están ordenados de forma sectorizada y territorial. Los Cabildos Insulares, a diferencia de otros periodos, no tienen competencias en materia sanitaria, sino sociales relativas a la discapacidad. La Jefatura Regional de Salud Mental forma parte de la Dirección de Programas Asistenciales de la Consejería y gestiona las acciones con las Gerencias hospitalarias a través de los Planes de Gestión Convenida. Los Órganos de Participación son: Comisión Asesora Regional de Salud Mental y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).

La planificación, supervisión, seguimiento y evaluación de los recursos destinados a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) corresponde al CIRPAC. En este órgano insular participan

la Administración Pública Canaria y las organizaciones no gubernamentales. Cada uno de estos organismos cuenta con un responsable técnico en Salud Mental, que es el director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). Las acciones desarrolladas (2005-2010) han sido a través de los Planes Insulares de Rehabilitación (PIRP) que fueron posteriormente integrados parcialmente y financieramente en el Plan de Atención a la Discapacidad (PAD). La financiación del PAD por la Administración Pública de Canarias será: 1/3 por la Consejería de Sanidad, 1/3 Consejería de Bienestar Social y 1/3 los Cabildos Insulares. Los Ayuntamientos colaboran facilitando infraestructuras. Desde agosto 2003 las competencias en SS.SS. relativas a la discapacidad la ostentan los Cabildos Insulares a través del IASS. La gestión de los recursos de rehabilitación es a través de gestión indirecta del IASS con el tercer sector pero aceptando el liderazgo del CIRPAC y la Dirección técnica del PIRP.

La puerta de entrada a los recursos de rehabilitación será la Red de Salud Mental: Unidades de Salud Mental, que en el caso de Tenerife, también participa el Equipo Comunitario Asertivo (ECA). Se hace directamente y con trabas administrativas mínimas. El desarrollo de la red de rehabilitación es desigual entre islas y el modelo de atención entre las partes implicadas tiene matices diferenciadores entre las islas.

Ahora bien desde finales del 2010 no están vigentes los Planes sectoriales. El Plan de Atención a la Discapacidad (PAD) ha dejado de tener vigencia. Recientemente se ha firmado un convenio entre el Gobierno de Canarias y los Cabildos insulares como fórmula de transito y encaje entre un PAD no vigente y la LD no desarrollada. El papel de los CIRPAC, adscritos a la Direcciones de Áreas dependientes de la Consejería de Sanidad, vinculado a las políticas sanitarias dirigidas a la planificación y supervisión de las personas con trastornos mentales graves, se forma alarmante han ido quedando colgadas y a la espera de las futuras intenciones de la Consejería de Bienestar Social y de la sensibilidad de la Consejería de Sanidad.

En relación a la ley de dependencia, no ha habido consultas al CIRPAC sobre los decretos de constitución del SICAD en marcha, ni ha sido invitados los Directores de los PIRP a participar como miembro

de las Comisiones Técnicas de la Consejería de Bienestar Social, ni la Consejería de Sanidad, en el ámbito de la salud mental, ha promovido ninguna iniciativa o espacio de intercambio con la Consejería de Bienestar Social. Aunque existe una actitud positiva de la Consejería de Bienestar Social a la participación ya que la ACN y FEAFES Canarias siendo ambas organizaciones invitada a formar parte de las comisiones del Tercer sector.

## Perfiles y Prestaciones

La información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) según la situación a 1 de mayo 2011, ofrecida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), para el conjunto de las situaciones de dependencia, el número de solicitudes es de 1.605.109 lo que representa el 3,4% de la población española. Es imposible con el sistema de registro actual disponer de información relativas a la situación de dependencias vinculadas a enfermedad mental.

El perfil de las personas que solicitan la valoración son mujeres (65%) y en edad superior a los 80 años e (53.24%, 854.616 hb) y entre los 64 y 79 años de edad (26, 17%; 420.115 hb).

El número de dictámenes emitidos es de 1.467,725 (91.44%) lo que representa el 3.12% de la población de las CC.AA. De estos dictámenes, el 13.07 (191.812), no tiene reconocido ningún grado, si bien este porcentaje se eleva al 20% en comunidades como la Rioja y Ceuta y Melilla. Aunque cada uno de los grados y niveles presentan porcentajes muy aproximados entre sí, en comparación con el grado 1 y nivel 2, el 19.0 de las personas han sido valoradas en el grado III nivel 1, seguido de un 17.14% en el grado II, nivel 1.

El número de personas con prestaciones reconocidas es de 735.652, o sea, menos de la mitad de las personas que lo solicitaron, siendo la ratio de prestaciones por persona beneficiaria de 1.21. Las personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población, es de 735.652, o sea una ratio de 1.5.

El 1.61% (14.306) recibe no una prestaciones de dependencia sino se benefician de los servicios de prevención de la dependencia o de la autonomía personal. Más de la mitad de las personas

que reciben una prestación -es la significativamente ofrecida- es la prestación vinculada al cuidado del entorno familiar, aun 46.89%, a 416.913 personas beneficiarias, siguiéndole de lejos (14.41%) la atención residencial. El 56,13% de las personas beneficiarias de las prestaciones tienen más de 80 años de edad, y el 21,31% entre 65-79 años, siendo el 67% de estas mujeres. Este comportamiento en la asignación de prestaciones ocurre en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Madrid, donde la tendencia es a la inversa, con más asignación residencial, (24.72%) frente a un 18.16% vinculada a prestaciones económicas al cuidado familiar, probablemente vinculado al sector privado.

En definitiva para el conjunto del país observamos que el perfil de la persona beneficiaria es una mujer mayor de 80 años, residente en una localidad de más de 50.000 habitantes, valorada en situación de dependencia con un grado iii, perceptora de una pensión de viudedad de la seguridad social. Tiene una renta media situada entre uno y dos íprem y es titular de patrimonio inmobiliario, fundamentalmente vivienda habitual. Las prestaciones vinculadas a los cuidados del entorno familiar, aún siendo la prestación más frecuente en el sistema, hay diferencias en función de los grados y niveles reconocidos, siendo el que presenta una menor frecuencia el grado III nivel 2. Según el Ministerio, hay circunstancias específicas de España como el porcentaje de personas residentes en el mundo rural, propiedad de la vivienda habitual, convivencia en el entorno familiar, que explicarían estos resultados.

Obviamente no podemos extraer datos relativos a las situaciones de dependencia relacionadas con la población beneficiaria por enfermedad mental porque aun hoy el Ministerio nos desglosa la información según la naturaleza de la dependencia. No obstante, la población de nuestro sector, probablemente no sigue los perfiles epidemiológicos señalados en esta información generalista oficial, si bien, si en cuanto, a los tipos de prestaciones recibidas. Podríamos concluir que la aplicación LD no está vinculada a ideologías partidarias sino a la disponibilidad de recursos propios de la administración o del grado de desarrollo del tercer sector en cada comunidad autónoma.

En Canarias se han solicitado a 1 de mayo del 2011, 36.877, que representa el 2,30% de las solicitudes del conjunto del país. El número de dictámenes es 30.806, o sea, el 83.54% de las solicitudes. De estos, la población beneficiaria de prestaciones es el 83.28%, o sea, 25.655. El número de personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las comunidades, es de 10.376, o sea, el 0.49% de la población. El 47,04% (14.490) de los dictámenes reconoce Grado III de dependencia y un 28,06% (8.644) un Grado II. y un 8,18% un Grado 1 nivel 2. Un 8,49% de dictámenes no se reconocen ningún grado.

En relación a las personas beneficiarias con prestaciones, hasta el 1 de mayo del 2011, es de 10.376. El 52,3 de las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar, siguiéndole con un 25% y 20% respectivamente, la atención residencial y el centro de día/noche. En todas las Comunidades Autónomas, también en Canarias, domina las prestaciones económicas del cuidado familiar, a excepción Madrid, donde la presencia del sector privado a canalizado la demanda asistencial vinculada a la tercera edad

Según la información del SAAD, el número de PIAS resueltos en la Comunidad Canaria, en relación al número de solicitudes presentadas es sensiblemente muy bajo, lo cual lleva a pensar que hay un alto número de personas esperando a recibir los servicios y prestaciones de la Ley, es decir, aunque ya han sido valorados aun no cuentan con la prestación o servicio asignado. En este sentido cabe mencionar la crítica que se hace en la memoria anual de 2009 por parte del Diputado del Común, Sr. Alcaide, (8), destaca la inadecuada aplicación en las islas de la Ley de Dependencia, pues afirma que “ la Consejería de Bienestar ha empleado 25 meses de media en la tramitación del diagnóstico y las ayudas, cuando por Ley debería haberse hecho en 6 meses”. Sentenciando que “es conocido, tras el transcurso de tres años desde la entrada en vigor 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 la implantación de este sistema en Canarias no ha sido modélica, generándose desde el comienzo un retraso excesivo en los tiempos de tramitación de los expedientes, lo que ha dado lugar a la desazón de muchos solicitantes del reconocimiento de los servicios y las prestaciones del sistema”.

## Implicación del Equipo Comunitario Asertivo

### c. Valoraciones

Desde el mismo día de la publicación del baremo, la mejora de este, por las limitaciones que ha presentado respecto a determinados grupos de personas con trastorno intelectual o trastorno mental, ha sido una exigencia de amplios sectores. No obstante, esta revisión ya estaba prevista en la disposición adicional cuarta del Real Decreto de baremo recogiéndose una vez que el Consejo Territorial realizara una evaluación de los resultados obtenidos. Así recientemente ha sido publicada en el *Boletín Oficial* (10) el nuevo baremo. En el análisis crítico del Grupo de expertos del Parlamento reconocían que los problemas asociados al reconocimiento de la situación de dependencia, destacan cuatro grandes cuestiones: a) la idoneidad del baremo b) el propio proceso de valoración c) las diferencias observadas en el proceso de valoración y sus plazos de resolución y d) el incumplimiento de las previsiones de personas reconocidas como dependientes.

Nuestro grupo no obstante, en una reciente publicación (9) tomo una posición respecto a la idoneidad del baremo y su resolución, señalando que, una de las contradicciones principales del baremo es la confusión de la valoración entre los dominios en lo que la persona puede hacer, conocido como competencia, mas propio de los trastornos vinculados a problemas físicos y lo conocido como rendimiento: lo que la persona hace realmente, mas vinculado a los trastornos mentales graves, porque la capacidad funcional no se superpone completamente con el rendimiento en el mundo real. Esta disparidad entre estos constructos puede deberse a las características individuo o a factores ambientales. Entre las características personales que pueden influir en el rendimiento en el mundo real, más allá de la influencia de la capacidad funcional, están la confianza, la motivación, la voluntad de asumir riesgos y la capacidad de autoevaluación. Se ha demostrado que la auto evaluación esta especialmente afectada en la esquizofrenia, por una sobreestimación de las habilidades o subestimación que puede llevar a la falta de voluntad para realizar esfuerzos en situaciones en las que se podría conseguir el éxito. Muchas escalas de resultados funcionales están diseñadas para recoger información autodeclarada. Por lo

tanto la medición de la competencia y el rendimiento esta sometida a numerosa variabilidad y si además, los valoradores no tienen los conocimientos y las habilidades de una determinada especialidad, se añade otro posible sesgo de infraestimación en los resultados de las valoraciones individuales. Por ello nos pronunciamos por reunir siempre la mayor información posible.

Por eso diseñamos desde el PIRP/PAD/ECA una estrategia propia de mas de implicación desde los servicios sanitarios especializados. Esto lo comunicamos a los responsables de los servicios de salud mental, en el I encuentro regional celebrado en la isla del Hierro en 2009 (11). Es decir, decidimos como estrategia de servicio de rehabilitación comunitaria del PIRP/PAD de Tenerife, que en vez de explicar las injusticias del baremo oficial, - que por muchas correcciones que se hicieran todas resultarían inexactos en sus mediciones objetivas- la estrategia mas eficiente era sumergirnos en realizar, en los servicios especializados en rehabilitación comunitaria, informes de salud complementarios (material 1) para que acompañasen a los informes de salud del medico de atención primaria. Estos informes específicos de salud mental, no debían informar solo desde la perspectiva de la valoración de la psicopatología, sino de lo esencial era la valoración del funcionamiento de las personas en las actividades de la vida diaria, así como un conocimiento global y de sus entornos. Precisamente queríamos corregir en la acción práctica, el informe médico, que hasta ahora, no suelen dar cuenta de la situación de dependencia sino de las enfermedades que requieren tratamiento.

Así mismo, otra elemento táctico de nuestra estrategia, ha sido, estar presente- previa autorización- algún miembro del ECA, en el momento de la valoración, por los equipos de valoración de la Consejería de Bienestar Social. Nosotros consideramos que no existe un profesional capaz de valorar todo tipo de situaciones de dependencia pues todas las situaciones para su observación, captación y ponderación necesita reunir no solo todas las fuentes de información posible, sino también conocer a la persona evaluada a ser posible en diferentes situaciones y tiempo. Además si la mayoría de las personas que son evaluadas ocupan un recurso los profesionales mas próximos serían

los más adecuados. Esta iniciativa, a pie de terreno, ha sido bien admitida por todas las partes, y ha sido de utilidad y bien valorada por todos.

En la siguiente tabla presentamos, por un lado, el número de informes sanitarios y sociales

presentados por el Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife, de acuerdo a la metodología descrita, y el grado de dependencia solicitado y por el otro, las resoluciones de la Consejería de Bienestar Social, al respecto.

| ECA Tenerife<br>Servicio Canario de Salud |                         | Resoluciones<br>Consejería bienestar social |          |     |
|---|-------------------------|---|----------|-----|
| Nº Informes y Grados solicitados          |                         | Grado y nivel<br>Ley dependencia            |          |     |
| Grado I                                   | 9                       | Grado I                                     | Nivel I  | 17  |
|   |                         |   | Nivel II | 11  |
| Grado II                                  | 81                      | Grado II                                    | Nivel I  | 35  |
|   |                         |   | Nivel II | 18  |
| Grado III                                 | 54                      | Grado III                                   | Nivel I  | 37  |
|   |                         |   | Nivel II | 5   |
| Total informes presentados                | 144                     | Nº resoluciones desestimadas                |          | 7   |
|   |                         | Nº total resoluciones                       |          | 130 |
| Nº prestación solicitada<br>(Recurso: )   | ECA alojamiento:<br>144 | Nº dictamen PIAS                            |          | 43  |
|   |                         | Prestación reconocida                       |          | 43  |

Fuente: Elaboración propia.

De un total de 144 informes presentados en salud mental correspondientes a los recursos vinculados al PIRP/PAD/ECA de Tenerife, se han resuelto 130 con resoluciones de grado y nivel. Podríamos decir, en líneas generales, analizada la muestra, vemos que la tendencia es que se reconozca el grado solicitado por los equipos sanitarios, en este caso ECA, y donde puede haber más variabilidad es el nivel otorgado, si bien apreciamos últimamente una discrepancia en torno al grado, cuando en una persona es informada en el grado III nivel 1, lo resuelven como grado II, nivel 2. Asimismo, solo en 7 casos, se ha desestimado la solicitud presentada, en donde no se explica los motivos. Intuimos que en 3 de estos casos ha sido desestimado porque las personas se encuentran en empleo ordinario.

Asimismo en relación a las prestaciones y/o servicios solicitados por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), de las 144 prestaciones de carácter residencial solicitadas la asignación de 43 prestaciones de carácter residencial en los PIAS

y de los 47 solicitudes de Centro de Día, no tenemos ninguna solicitud reconocida en el PIAS. En la baja asignación de prestaciones resueltas, solo se reconoce una sola prestación, cuando la mayoría de las personas que atendemos en el ECA disfrutan en la actualidad de al menos dos prestaciones.

Como vemos, por los datos de nuestro equipo, aun escasos por el ritmo de resoluciones, si bien en las resoluciones efectuadas de los PIAS disponibles, se reconoce como preferencial los servicios la atención residencial, y aunque la mayoría de las personas que conforman la carga asistencial del ECA, compatibilizan más de un servicio, en los PIAS resueltos hasta este momento, no se recogen esta situación real, reconociéndoles oficialmente solo una de las prestaciones. De no corregirse esta situación, podría situarse a las personas en una ilegalidad y en una reducción de prestaciones. Esperamos que se abran procedimientos de revisión al respecto de estos expedientes para compatibilidad con lo real.



## Constitución del SICAD

Desde la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (ACN), hemos manifestado como principios esenciales de cualquier toma de decisiones respecto a la implementación, desarrollo y constitución del SICAD, que:

1. Cualquier iniciativa o medida debe servir para consolidar los recursos actualmente existentes en nuestra comunidad autónoma, desarrollados a través del PAD, y destinados a las personas con discapacidad por trastornos mental grave.
2. Ninguna persona que actualmente disfruta de alguna plaza, financiada por el PAD o convenios interadministrativos, a través de una prestación con financiación pública, debe verse perjudicada por la implementación y desarrollo del nuevo sistema.
3. Cualquier medida o iniciativa debe estar considerada en su dimensión de favorecer la autonomía personal.
4. Cualquier medida o iniciativa debe tender a ofertar servicios y atención profesionalizada y suficientemente acreditada por los organismos públicos señalados a tal efecto.
5. Cualquier medida o iniciativa debe favorecer la transversalidad de las acciones conjuntas entre las administraciones, los procedimientos, los profesionales, y las familias. Asimismo debe favorecerse la eficiencia y la calidad en la gestión de las prestaciones y servicios.
6. Cualquier medida o iniciativa debe contemplar la diversidad de la naturaleza de las situaciones de dependencia que origina los trastornos mentales graves favoreciendo prestaciones y servicios coherentes con esta naturaleza.

En Canarias la constitución, su desarrollo legislativo, del Sistema Canario de Atención a la Situaciones de Dependencia (SICAD, esta aún en fase de consulta y discusión. Por iniciativa de Consejería de Bienestar Social, se constitución de una comisión de consulta con el tercer, donde la ACN, fue invitada a participar. Se han puesto en la mesa de trabajo, tres cuestiones fundamentales relativas a:

1. Intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia.
2. Capacidad económica de la persona beneficiaria y participación en el coste de las prestaciones y servicios.
3. Procedimiento de accesibilidad a los servicios.

En este sentido se han trabajado y consultado, hasta el momento, los dos primeros proyectos de decreto referidos a las dos primeras cuestiones señaladas. El proyecto relativo a la accesibilidad a los servicios aún no se nos ha entregado redacción alguna. Ninguno ha sido, hasta ahora, publicado oficialmente.

Desde los miembros del ECA Tenerife que formamos parte de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría hemos analizado críticamente estos proyectos realizando aportaciones a los mismos.

En relación al proyecto de decreto por el que *“se establece las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el ámbito de la CC.AA. de Canarias”* hemos realizado sugerencias sobre todo relativas al encaje de recursos y servicios en la actualidad existentes en relación a prestaciones que la ley señala, así como, a los órganos competentes para definir las compatibilidades y las incompatibilidades.

En cuanto a la *“creación de un órgano competente, para resolver sobre las compatibilidades y las incompatibilidades entre los servicios y prestaciones en cada caso particular, previa propuesta del órgano encargado de la elaboración de la propuesta del programa individual de atención de la persona beneficiaria del carácter principal y, en su caso, complementario de los servicios y prestaciones propuestos, será la Dirección General competente en materia de dependencia”*, queremos señalar, -sin dejar de reconocer el papel relevante y legal que la ley le otorga a la Dirección General- que en los casos de dependencia por TMG, habría que Incorporar a representantes de los CIRPAC de

cada isla, como órgano consultor y definir con claridad su composición definitiva.

Si bien este proyecto de decreto, determina que los *“los servicios de atención carácter prioritario respecto a las prestaciones económicas salvo que el SICAD no pueda dar respuesta”*, la acción práctica, véase la información señalada, no se corresponde con esta sentencia recogida en el citado borrador. Así mismo se establece que *“las personas no podrán ser titulares, simultáneamente de más de dos prestaciones de servicio”* -hasta el momento actual sólo en los PIAS se ha estado concediendo un servicio- y se operara *“una reducción sobre el servicio que haya que tener un carácter complementario y de menor intensidad (Criterios de intensidad)”*. Habría que clarificar como se va a realizar y bajo que criterios y quieros determinarían cual es la plaza complementaria y que papel juega los Planes Integrados de Atención elaborado por los servicios sanitarios especializados. A modo de reflexión respecto a los PIAS ya resueltos, en los que hasta el momento sólo se ha concedido una prestación o servicio, las dudas que se plantean son: ¿Por qué no vienen concedidos los dos servicios que ya están siendo utilizados por los usuarios y que son compatibles según este Proyecto de Decreto? Cómo se revisarán? Quién debe promover esta revisión? Qué documentación será preciso presentar?. Y es que el propio Diputado del Común de Canarias en su informe del 2009 (8) señala que uno de los problemas más importantes con los que se han encontrado numerosos solicitantes de los servicios y prestaciones contemplados en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, es el *“de la convalidación del servicio que venían disfrutando con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley, en el marco de los programas sociosanitarios de Canarias, bien de atención a personas mayores, bien de atención a personas con discapacidad”*. Asimismo habría que estudiar y cerrar donde donde encajan los programas de empleo o la atención en domicilio propio en el actual marco legal de la ley de dependencia.

Por otra parte, la Consejería de Bienestar Social, ha sometido a consulta al tercer sector el segundo borrador de proyecto de decreto por el que *“se establecen los criterios para determinar la capacidad económica de la persona beneficiaria del sistema para la autonomía y atención a la dependencia y su participación económica en el*

*coste de las prestaciones de atención a la dependencia en la comunidad autónoma de canarias y para concretar las prestaciones económicas del sistema”*.

En este sentido, y una vez leída, la citada propuesta de la Consejería de Bienestar Social, hemos sugerimos modificaciones o aclaraciones, en diferentes capítulos legislativos, que evitaremos citar, por criterios didácticos. Por ejemplo, somos partidarios de introducir con claridad la deducción del cómputo de las prestaciones de naturaleza y finalidad análogas. Es decir, que figure en el texto legal, que al final del cómputo se deducen dichas prestaciones. Asimismo en relación a que *“las personas beneficiarias participarán en el coste del servicio de Atención Residencial permanente en función de su capacidad económica y del coste de este servicio, conforme a la capacidad económica anual de la persona beneficiaria es superior al indicador de referencia del servicio de Atención Residencial en cómputo anual, la persona beneficiaria participará en el coste del servicio aportando mensualmente el 90% del indicador de referencia del servicio de Atención Residencial, en cómputo mensual”*, consideramos que, por la situación económica de la sociedad canaria: con altas tasas de desempleo y con una franja de población de alto riesgo de exclusión social, así como siendo la mayoría de las personas en situación de dependencia por enfermedad mental de bajos ingresos económicos y teniendo en cuenta que la disponibilidad económica es fundamental para el proceso de recuperación de su autonomía personal, estimamos que en la CC.AA. de Canarias no deben aplicarse los topes máximos establecidos por el Consejo Interterritorial (90%). Asimismo, mantener estos topes supondría una línea de ruptura de lo mantenido hasta ahora en los Planes sectoriales vigentes (P.A.D.). Por ello proponemos, que la persona beneficiaria participe en el coste del servicio aportando mensualmente el 70% del indicador de referencia del Servicio de Atención Residencial en cómputo mensual. Por otro lado, con la aplicación del Decreto del indicador de referencia vinculado al coste del servicio en el mercado, se produce una variación sustancial en relación a los Planes sectoriales vigentes, cuyo indicador de referencia estaba vinculado a la capacidad económica del usuario.

Asimismo mantener el otro criterio de *“cuando la capacidad económica anual de la persona*

*beneficiaria es inferior o igual al indicador de referencia del servicio de atención residencial en cómputo anual, se le garantizará a la persona beneficiaria un importe mínimo de ingresos mensuales para gastos personales equivalente al 20% del indicador de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) mensual. Una vez deducido este importe de su capacidad económica mensual, la persona beneficiaria participará económicamente en el coste del servicio aportando mensualmente la diferencia restante”* consideramos que, por las razones expuestas en el apartado anterior y con la finalidad de mantener la capacidad económica de las personas y no empeorar su situación actual, se propone que se garantice un importe mínimo de ingresos mensuales para gastos personales equivalente al 30% del IPREM. Asimismo si bien el proyecto recoge que *“cuando la persona beneficiaria carezca de capacidad económica o ésta es inferior al 20% del IPREM mensual, quedará exenta de participar en el coste del servicio mientras no cambien sus circunstancias económicas”* proponemos que la medida deberá contemplarse para todo el catálogo de servicios de la ley. Nos parece un elemento protector para evitar la situación de riesgo o de exclusión social.

En relación a la participación económica en el coste del servicio de centro de día y de noche, sugerimos clarificar si los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) que realizan programas de rehabilitación y recuperación de la autonomía están exentos de pago por las propias leyes sanitarias. Los actuales usuarios de CO no tienen obligación de copago, y advertimos del riesgo de la introducción del copago en estos servicios puede favorecer por parte de las familias las opciones de PE del cuidado familiar y quedar los dispositivos con baja ratio de usuarios. Proponemos, no aplicar el copago a los usuarios que en la actualidad reciben atención en los CRPS y CO, por su carácter sanitario en el primer caso y por la aplicación Disposición Transitoria Primera, en el segundo caso. Asimismo, en relación a la participación económica en el coste del servicio de ayuda a domicilio, habría que clarificar si la actual atención a domicilio encajaría como Atención Domiciliaria Especializada o como Servicio de Prevención de la dependencia, al ser los usuarios calificados su dependencia probablemente de Grado 1.

No se puede concretar una cantidad mensual porque dependerá de cada caso concreto, teniendo en cuenta la capacidad económica y las horas concedidas.

En esta línea sumatoria de participación económica de la persona beneficiaria en supuestos de reconocimiento de más de un servicio, entendemos que los que ya están recibiendo más de un servicio seguirán con la misma situación según la Disposición Transitoria Primera. Nos gustaría que se clarificara este aspecto. Ahora bien, en la práctica, está ocurriendo que en muchos de los PIA actualmente resueltos en el campo de la atención a la dependencia relacionada con trastornos mentales graves, solo se reconoce una sola prestación o servicio, generalmente residencial. Pero la realidad es que muchas personas vienen disfrutando de varios servicios, que según esta propuesta de decreto que informamos, serían ahora compatibles. Por lo que proponemos que, para evitar recortes en la prestaciones, y no perjudicar los derechos individuales, que se arbitre un procedimiento para revisar y actualizar los PIAs de estas personas, que estén sujetas a la compatibilidad. Asimismo, en los casos de usuarios con más de un servicio reconocido se les sigue manteniendo el 20% del IPREM (106 euros mensuales) para gastos personales, esto nos parece insuficiente –probablemente estas personas tendrán un perfil de múltiples necesidades- para realización en contextos reales de la recuperación de su autonomía personal. En cuanto a los usuarios de Atención en domicilio propio especializada no queda tan claro, habría que estudiar cada caso concreto teniendo en cuenta su capacidad económica y el número de personas que conviven en el domicilio familiar.

Señalar también que en las cuantías de los indicadores de referencia, en relación *al indicador de referencia relativo al servicio de transporte*, consideramos que su reconocimiento no debe limitarse a situaciones de dependencia vinculadas a dificultades en la movilidad física, ya que entendemos que el objetivo de este indicador es facilitar la accesibilidad a recursos y prestaciones. En este sentido, debido a la orografía de nuestras islas con sistemas de transporte público deficitario, sobre todo en zonas rurales, el ciudadano tiene un coste añadido para sus desplazamientos

a los recursos disponibles. Por lo que consideramos que este servicio también debe considerarse individualmente para todas aquellas personas con enfermedad mental grave en situación de dependencia con bajos ingresos económicos.

En cuanto al régimen transitorio para personas que a la entrada en vigor del Decreto sean beneficiarias de algún servicio o prestación del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, nos parece adecuado que a *“las personas a las que se les reconozca derecho a las prestaciones de centro de día, noche o atención residencial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y que a la entrada en vigor del presente Decreto estuvieren siendo atendidas en centros públicos, concertados de la misma clase y participen en el coste del servicio, mantendrán el régimen de participación que tenían, sin perjuicio que la persona interesada solicite la revisión de su aportación conforme a los criterios establecidos en este Decreto, siendo de aplicación la opción que resultara más favorable a aquella”* Nos parece que se garantiza la situación actual a todos los usuarios incorporados a los recursos, aunque les da opción a mejorarla si procede. Habría pues que clarificar si en las situaciones que prestaciones de carácter residencial actualmente gratuitas, no existe copago, se mantendrían, al igual, Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Atención en Domicilio Propio, Centros Ocupacionales y Empleo.

En definitiva a sabiendas que el copago se instaura, como política de eficiencia del Estado del Welfare, nos parece que habría que lograr un equilibrio entre la participación económica de los actuales beneficiarios de los servicios y los posibles beneficiarios futuros, garantizando la gratuidad de los servicios para aquellas personas con rentas mínimas. Y la consideración que las personas, en la cartera de prestaciones del SNS, tienen derecho a la rehabilitación, de manera gratuita. Por lo tanto, mantenemos la opinión que la atención de rehabilitación en los CRPS sea gratuita (12).

Estamos a la espera que se vuelva a convocar la comisión del tercer sector, ya que solo hemos tenido dos reuniones y solo se nos presentaron los dos primeros proyectos de decreto. Esperamos que se nos comuniquen los resultados del debate

abierto y no haya sido solo un gesto electoral. Seguro que en el próximo otoño habrá sustanciosas novedades.

## Recomendaciones

A nosotros nos parece que cualquier línea de trabajo que pretenda consolidar los recursos actuales y preparar el futuro, con modelos interdepartamentales y políticas transversales, debe tener en cuenta la experiencia acumulada, haciéndose imprescindible una serie de recomendaciones en el caso de la construcción del SICAD:

- Cualquier iniciativa o medida debe servir para consolidar los recursos actualmente existentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, desarrollados a través del PAD y destinados a las personas con discapacidad por trastornos mentales graves.
- Ninguna persona que actualmente disfruta de alguna plaza financiada por el PAD o convenios interadministrativos, a través de una prestación con financiación pública, debe verse perjudicada por la implementación y desarrollo del nuevo sistema.
- Cualquier medida o iniciativa debe estar considerada en la dimensión de favorecer la autonomía personal.
- Cualquier medida o iniciativa debe tender a prestar servicios y atención profesionalizada y suficientemente acreditada por los organismos públicos correspondientes.
- Cualquier medida o iniciativa debe favorecer la transversalidad de las acciones conjuntas entre las administraciones, los procedimientos, los profesionales y las familias. Así mismo debe favorecerse la eficiencia y la calidad en la gestión de las prestaciones y servicios.
- Cualquier medida o iniciativa debe contemplar la diversidad de la naturaleza de las situaciones de dependencia que originan los trastornos mentales graves, favoreciendo prestaciones y servicios coherentes con esta naturaleza.
- Complejidad competencial: necesidad de clarificación de las competencias institucionales referidas a Ayuntamientos y Cabildos.

- Cualquier medida o iniciativa deberá participar las sociedades científicas y las ONG de familiares, el movimiento de primera persona y las Fundaciones Tutelares.
- Necesidad de incorporación de los CIRPAC al proceso de constitución del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD).

**Contacto:**

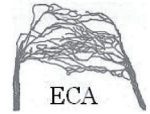
Francisco Rodríguez Pulido.  
fpulido15@yahoo.es

**Bibliografía**

1. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006.
2. Carmen Moran. El Tribunal de Cuentas investigará la financiación de la Dependencia. Madrid - El País, Sociedad, 02/03/2010.
3. Grupo de expertos Parlamento. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Segunda parte: Documento técnico de apoyo para la elaboración de las recomendaciones. Septiembre de 2009.
4. La AEN y la aplicación de la “Ley de la Dependencia”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30 (107): 533-549.
5. Rodríguez Pulido F. Sanidad, salud mental y la ley de dependencia, En Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: Modelo de red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular Tenerife. 2010; 319-325.
6. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007.
7. Información Estadística del SAAD. Situación a 1 de Enero del 2001. [www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf).
8. EL Diputado del Común. Parlamento de Canarias. Implantación del SAAD en Canarias. Informe Anual 2009. [www.diputadodelcomun.org](http://www.diputadodelcomun.org).
9. Francisco Rodríguez Pulido. El reconocimiento de la situación de dependencia en las personas con trastorno mental grave. En Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: Modelo de red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular Tenerife. 2010; 329-335.
10. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE de 18 de febrero). Baremo de valoración de la situación de dependencia. [www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/documentacion/valdep/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/valdep/index.htm).
11. I Jornadas de Responsables de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Canarias. El Hierro, 17 y 18 de marzo de 2009. Servicio regional de Salud Mental. Servicio Canario de la Salud. [www.ascane.info](http://www.ascane.info)
12. 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. BOE núm. 222 16 septiembre 2006.

- Aceptado: 6-6-11.

Material 1



**Informe especializado de salud mental en la valoración de la dependencia de**

D/DÑA. .... con fecha de nacimiento ..... de ..... años de edad, residente en ....., recurso dependiente del ECA, presenta un diagnóstico de ..... de carácter crónico de ..... años de evolución, con un grado de minusvalía del ..... %. El grado de dependencia que presenta es el de ..... (Ver Anexo I).

La naturaleza de la discapacidad tiene carácter permanente y es derivada de la enfermedad que presenta, ocasionándole la pérdida de la autonomía mental y personal y precisando la actuación de otras personas para realizar las actividades propias en el seno de la comunidad.

La persona valorada requiere el apoyo indispensable de otra u otras personas para llevar a cabo, de una forma adecuada, las tareas en su entorno habitual, o bien que no es capaz de realizarla de ninguna manera sin apoyo. Este desempeño negativo esta derivado de la situación de dependencia por problemas de funcionamiento mental. El usuario presenta alteraciones perceptivas-cognitivas y falta de iniciativa y capacidad de ejecución para realizar determinadas tareas de forma coherente y con comprensión de su necesidad. Ello representa un alto nivel de dificultad para el desempeño de las tareas que a continuación se mencionan para las que requiere ayuda de otra persona:

- **En la valoración de “comer y beber”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de ..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos, cortar o partir la comida en trozos, usar cubiertos para llevar la comida a la boca o acercarse el recipiente de bebida a la boca, dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración de “higiene personal relacionada con la micción y defecación”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de ..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: [el acto de indicar su necesidad, elegir y acudir a un lugar adecuado, manipular la ropa, adoptar o abandonar la postura adecuada, limpiarse antes y después] dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración de “lavarse”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo ..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: [ abrir y cerrar grifos, lavarse las manos acceder a la bañera, ducha o similar, lavarse la parte inferior del cuerpo, lavarse la parte superior del cuerpo] dentro o fuera del domicilio.



- **En la valoración de “otros cuidados corporales”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de .....  
..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para:  
*[peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, lavarse los dientes]* dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración en “vestirse”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo de .....  
(Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: *[reconocer y alcanzar la ropa y el calzado, calzarse, abrocharse botones o similar, vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo, vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo]* dentro o fuera del domicilio.
- **En la valoración en “mantenimiento de la salud”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo .....  
(Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: *[solicitar asistencia terapéutica, aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas de carácter farmacológico o de asistencia a los servicios especializados, evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio, evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio, pedir ayuda ante una urgencia]*. Sin apoyo, no evitaría los riesgos relacionados con la promiscuidad sexual, el consumo de tóxicos, dietas inadecuadas, no ejercicio físico, etc.
- **En la valoración de “cambiar y mantener la posición del cuerpo”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo ..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para:  
*[cambiar de tumbado a sentado en la cama, permanecer sentado, cambiar de sentado en una silla a estar de pie, permanecer de pie, cambiar de estar de pie a sentado en una silla, transferir el propio cuerpo mientras se está sentado, transferir el propio cuerpo mientras se está acostado, cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado]*.
- **En la valoración de “desplazarse dentro del hogar”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo .....  
..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: *[realizar desplazamientos para vestirse, realizar desplazamientos para comer, realizar desplazamientos para lavarse, realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado, como: abrir la puerta, contestar el teléfono, etc., realizar desplazamientos entre estancias no comunes, acceder a todas las estancias comunes del hogar]*. El usuario presenta ..... *[aislamiento social, desorientación o pérdida de contacto con la realidad]*. También presenta falta de iniciativa y desconocimiento por una interpretación inadecuada de los estímulos, lo que conlleva a una dificultad especial en el mantenimiento de su salud por un no desplazamiento o desplazamiento inadecuado.
- **En la valoración de “desplazarse fuera del hogar”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo .....  
..... (Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: *[acceder al exterior, realizar desplazamientos alrededor del edificio, realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos, realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos, realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos, realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos]*.  
Incurrir en riesgo por ..... *[caídas, cruces indebidos, desorientación, aislamiento, etc.]*.
- **En la valoración de “tareas domesticas”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo .....  
(Ver Anexo II) con una frecuencia de... (Ver Anexo III) para: *[preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, lavar y cuidar la ropa.]*.

- **En la valoración de “tomar decisiones”:** Necesita ayuda con un tipo de apoyo .....

(Ver Anexo II) con una frecuencia de ..... (Ver Anexo III) para: *[Decidir sobre la alimentación cotidiana. Dirigir los hábitos de higiene personal. Planificar los desplazamientos fuera del hogar. Orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas. Orientar sus relaciones interpersonales con personas desconocidas. Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano. Disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas. Resolver el uso de servicios a disposición del público].* Puede ejecutar físicamente la acción pero necesita apoyo de otras personas para conocer y comprender los hechos y sus circunstancias y evaluar los efectos de su decisión.

En resumen: la persona informada presenta dificultades en la mayoría de las dimensiones valoradas, con dificultades en el desempeño vinculadas a su trastorno mental, necesitando supervisión la mayoría del tiempo y de un entorno facilitador como es el del recurso de (piso supervisado, mini residencia, atención en domicilio propio) que en la actualidad disfruta y el programa de rehabilitación del .....

En S/C de Tenerife, a ..... de ..... de 2009.

Fdo. Dr. .... Psiquiatra ECA, Servicio Canario de la Salud.

## Anexo I Grado de dependencia

**Grado I: Dependencia moderada:** Necesita ayuda para varias actividades al menos 1 vez al día o ayuda de tipo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado II. Dependencia severa:** Necesita ayuda para varias actividades varias veces al día pero no requiere apoyo extenso para su autonomía personal o ayuda de tipo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado III. Gran Dependencia:** Necesita ayuda para varias actividades varias veces al día por pérdida total de autonomía. Necesita apoyo indispensable y continuo.

## Anexo II - Tipo de apoyo

1. **Supervisión:** Conlleva la estimulación verbal o gestual a la persona valorada mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea a fin de que la desarrolle adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones.
2. **Física Parcial:** Comprende la colaboración física con la persona valorada en la ejecución parcial o completa de la tarea. Ésta incluye la preparación de elementos necesarios para la realización de la tarea por sí mismo.
3. **Sustitución Máxima:** Comporta que la persona valorada no puede ejecutar por sí misma la tarea completa de ningún modo.
4. **Apoyo Especial:** Consiste en cualquiera de los apoyos anteriormente descritos cuando su prestación en el desarrollo de la tarea resulta obstaculizada por la interferencia determinante de condiciones excepcionales de salud de la persona valorada.

## Anexo III - Frecuencia de apoyo

Se identificará considerando el número de ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar la tarea. La graduación se determina del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la CIF (OMS, 2001):

1. Casi nunca • 2. Algunas veces • 3. Bastantes veces • 4. Mayoría de las veces • 5. Siempre

# El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España.

The Mental Health Observatory's role and AEN's assistance quality criteria in healthcare evaluation and planning. Professional resources in Mental Health Services and in Severe Mental Health Disorders attention units in Spain.

**Juan Fco. Jiménez Estévez<sup>a</sup>**

*“Psicólogo clínico. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Responsable del Observatorio de Salud Mental de la AEN.*

*Correspondencia: Juan Fco. Jiménez Estévez (juanf.jimenez.sspa@juntadeandalucia.es)*

---

**RESUMEN:** En el presente trabajo se presentan algunos datos preliminares sobre recursos profesionales en centros de salud mental de adultos (CSM) y de diversos dispositivos para pacientes con trastorno mental grave (TMG) recogidos por el Observatorio de Salud Mental de la AEN 2010 en cada una de las comunidades autónomas. Los datos mostrados en forma de tasas de profesionales y de plazas en los dispositivos asistenciales permiten analizarlos en relación con las estimaciones de criterios de calidad que, para estos profesionales y dispositivos, han sido establecidos por la propia AEN. Los datos presentados permiten afirmar que la dotación de recursos profesionales en centros de salud mental de adultos y de plazas en dispositivos asistenciales para pacientes mentales graves es, en general, heterogénea e insuficiente para alcanzar unos indicadores mínimos de calidad. El Observatorio de Salud Mental de la AEN junto a la estimación de criterios de calidad de la AEN son dos instrumentos que en combinación permiten realizar un seguimiento y evaluación de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud.

**PALABRAS CLAVE:** observatorio, salud mental, recursos humanos, red asistencial, indicadores de calidad

**ABSTRACT:** In the following paper some preliminary data is portrayed about the professional resources in adult mental health services (CSM) and the several services assisting severe mental health patients (TMG) collected by the AEN's Mental Health Observatory in 2010 in each autonomous region. Data displayed in the form of professional rates and positions in the assistance services allows being analysed in connection with the estimation of quality criteria which, for these professionals and services, has been established by the same AEN. Presented data supports the statement that professional resources supply in mental health services for severe mental health patients is, generally, heterogeneous and insufficient in reaching minimum quality indicators. Both AEN's Mental Health Observatory, along with the AEN quality criteria assessment, are two mechanisms which in combination allow carrying out a follow up and evaluation of the assisting network in the National Health System.

**KEY WORDS:** observatory, mental health, human resources, assisting network, quality indicator.

## *1. Introducción*

El Observatorio de Salud Mental es un proyecto estratégico que la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) decidió poner en marcha hace casi ya una década, dada la limitación, precariedad y fragmentación de sistemas de información acerca de los servicios asistenciales a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. La pertinencia de este proyecto partía de la necesidad de conocer el desarrollo y la implementación del modelo de asistencia comunitario impulsado por los diferentes planes de reforma psiquiátrica nacionales y autonómicos. Para ello puso en marcha un grupo de trabajo constituido por representantes de todas las comunidades autónomas con la responsabilidad de elaborar y revisar la encuesta, base del observatorio, y realizar la recogida de datos de los propios servicios autonómicos de salud mental. Este servicio se ha concebido como un instrumento permanente de modo que viene recogiendo de forma periódica y sistemática, información sobre la organización de la asistencia a la salud mental en el conjunto del estado español (1-5). La última edición ha sido presentada este año (4,5) y elaborada durante 2010 a partir de los datos facilitados por los diversos servicios autonómicos de salud mental a fecha de 31 de diciembre de 2009.

Como se ha venido reflejando en las diferentes ediciones del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la propia Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (6), la implantación del modelo comunitario en España ha sido heterogéneo y desigual en las diferentes comunidades autónomas. Aunque de un modo generalizado se han diversificado en el conjunto del estado las redes asistenciales, los dispositivos y prestaciones, junto a un aumento sustancial de los recursos humanos dedicados a la atención a la salud mental, éstos se han desarrollado de una manera desigual, fruto de situaciones de partida, políticas y prioridades sanitarias diferentes.

El Observatorio de Salud Mental de la AEN en su nueva edición correspondiente a 2010 nos ofrece un extenso conjunto de datos acerca de la asistencia a la salud mental en en cada una de las comunidades autónomas. Estos datos no sólo nos permiten conocer la realidad de la asistencia a la salud en España, sino que nos permiten conocer su evolución y la posibilidad de hacer valoraciones de esta realidad en función de indicadores de calidad asistencial, como la misma Estrategia de Salud Mental establece como objetivo.

La estimación de recursos necesarios para una atención de calidad a los problemas de salud mental es una tarea compleja que debería poder derivarse de los mejores datos acerca de la efectividad y eficiencia sobre la organización de servicios, dispositivos e intervenciones terapéuticas y profesionales, en función de los estudios de prevalencia geográfica de las distintas patologías mentales. Sin embargo, la escasez de datos y las limitaciones de los mismos obliga a recurrir a reco-

## INFORMES

mendaciones y consensos de expertos. En ausencia de criterios más objetivos, con ellos podemos establecer una hoja de ruta con unos criterios mínimos que permitan orientarnos a una red asistencial en consonancia con los objetivos y estrategias definidas en el marco político-sanitario de la Declaración de Helsinki sobre Salud Mental (7) para el espacio europeo, o la Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud (6, 8), en el ámbito del sistema sanitario español, que vienen inspirando la redacción y los compromisos de los planes de salud mental de las diferentes comunidades autónomas.

En general, desde el Observatorio de Salud Mental de la AEN, venimos observando un crecimiento lento y desigual, tanto de recursos humanos como de dispositivos asistenciales, en el conjunto de las comunidades autónomas, que parece responder más a puntos de partida histórico-sanitarios y a las disponibilidades presupuestarias que a una auténtica planificación en función de criterios poblacionales.

La elaboración y asunción de estrategias de salud mental, planes de salud mental, guías de práctica clínica o procesos asistenciales han ido perfilando en los últimos años el establecimiento de unos modelos asistenciales con unas características de calidad que requieren de una dotación de recursos mínimos para poder alcanzar sus objetivos y no quedar reducidos a una mera declaración de principios. Es evidente que si se pretende conseguir una atención a la salud mental con criterios de calidad, además de una adecuada planificación se requiere una dotación de recursos proporcional en relación con las necesidades asistenciales, los objetivos estratégicos y la población a atender.

Por ello la Asociación Española de Neuropsiquiatría, partiendo de estos presupuestos y siendo consciente de que los recursos no son ilimitados ya estableció en el documento "Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad" (9), una estimación de recursos mínimos para una atención de calidad en salud mental en el conjunto del estado español. Estas estimaciones han sido realizadas a partir de diversos estudios epidemiológicos y de documentos y grupos de trabajo tanto nacionales como internacionales.

El Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial vienen a suponer dos importantes instrumentos complementarios desarrollados por la AEN en su estrategia de servicio para la mejora de la asistencia a la salud mental en España. El presente estudio pretende mostrar una aproximación a las posibilidades que nos brinda esta combinación de recursos y su utilidad para la evaluación y planificación de políticas asistenciales. Para ello se revisarán los recursos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermería) de los centros de salud mental de adultos y diversos dispositivos para la atención a pacientes con trastorno mental grave.

## 2. Recursos profesionales de la red de salud mental

El Observatorio de Salud Mental de la AEN proporciona información acerca de la dotación de recursos profesionales en los diversos dispositivos de atención a la salud mental en cada una de las comunidades autónomas. En este trabajo vamos a ver la dotación de plazas de psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermería en los centros de salud mental de adultos (CSM) de las diferentes comunidades autónomas.

### *Psiquiatras en Centros de Salud de Adultos*

En la tabla 1 podemos ver la dotación de psiquiatras por comunidades autónomas y en el conjunto del Estado. En ella podemos observar el número de psiquiatras en cada una de las comunidades autónomas y su tasa por cada 100.000 habitantes. También podemos observar la tasa y el número de psiquiatras que faltan

Tabla 1

*Psiquiatras en centros de salud mental de adultos. Número total por comunidades, tasas por 100.000 habitantes y número y tasas de psiquiatras que faltan según criterio de calidad de la AEN.*

| <b>Comunidad Autónoma</b> | <b>Psiquiatras</b> | <b>Tasa x<br/>100.000 h.</b> | <b>Faltan x<br/>100.000 h.</b> | <b>Faltan nº</b> |
|---------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------|
| Andalucía                 | 296                | 3,57                         | 1,43                           | 119              |
| Aragón                    | 46                 | 3,42                         | 1,58                           | 21               |
| Asturias                  | 56,4               | 5,2                          | -0,2                           | -2               |
| C. de Madrid              | 257                | 4,02                         | 0,98                           | 63               |
| C. de Murcia              | 50                 | 3,46                         | 1,54                           | 22               |
| C. Valenciana             | 184                | 3,61                         | 1,39                           | 71               |
| Cantabria                 | 21                 | 3,56                         | 1,44                           | 8                |
| Castilla la Mancha        | 86                 | 4,13                         | 0,87                           | 18               |
| Castilla León             | 90                 | 3,51                         | 1,49                           | 38               |
| Extremadura               | 37                 | 3,36                         | 1,64                           | 18               |
| Galicia                   | 64,2               | 2,3                          | 2,7                            | 75               |
| Islas Baleares            | 27                 | 2,46                         | 2,54                           | 28               |
| Islas Canarias            | 55                 | 2,61                         | 2,39                           | 50               |
| La Rioja                  | 10                 | 3,11                         | 1,89                           | 6                |
| Navarra                   | 27,5               | 4,36                         | 0,64                           | 4                |
| País Vasco                | 108,5              | 4,99                         | 0,01                           | 0                |
| Total                     | 1.074,68           |                              |                                | Faltan total     |
| Promedio                  | 63,22              | 3,39                         |                                | 539              |
| Desv. estandar            | 85,91              | 0,81                         |                                |                  |

\* No se dispone de datos de Cataluña

## INFORMES

en cada comunidad autónoma según el criterio de calidad de la AEN para este tipo de dispositivos. No disponemos de datos referidos a Cataluña. La AEN estima en 5 psiquiatras la dotación mínima para una prestación asistencial de calidad de los centros de salud mental de adultos.

En el conjunto del Estado 1075 psiquiatras prestan su actividad asistencial en centros de salud mental de adultos, lo que representa un total de 3.4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Dado que la AEN estima en un mínimo de 5 la dotación mínima de psiquiatras para centros de salud mental de adultos, ello implica que sólo está dotado el 66.6 % de los recursos necesarios y que, por tanto, sería necesaria la contratación de 539 nuevos psiquiatras para alcanzar los 1614 necesarios para cumplir el indicador de calidad.

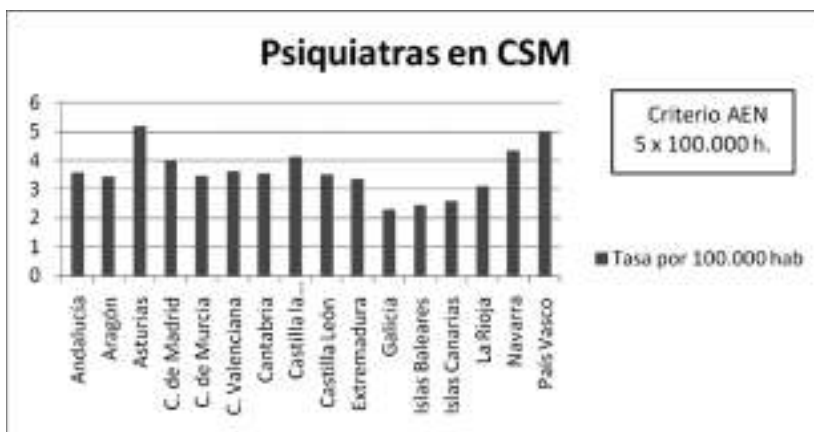
Si observamos la dotación de psiquiatras por comunidades autónomas, únicamente Asturias, con 5.20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y País Vasco, con 4.99 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, alcanzan dicho criterio de calidad. Galicia, las Islas Baleares, las Islas Canarias, La Rioja o Extremadura, no sólo no alcanzan el criterio de calidad de la AEN, sino que se encuentran por debajo de la media de las comunidades autónomas en cuanto a dotación de psiquiatras. Galicia y las Islas Baleares incluso una desviación típica por debajo de una media ya de por sí baja para el conjunto del Estado.

En la figura 1 podemos ver la representación gráfica de la distribución de tasas por comunidades autónomas y en relación al criterio de calidad de la AEN.

Aunque la mayoría de las administraciones autonómicas, y particularmente la murciana, han ido aumentando la dotación de psiquiatras en los últimos años este incremento es aún insuficiente para una dotación profesional que garantice, según

Figura 1

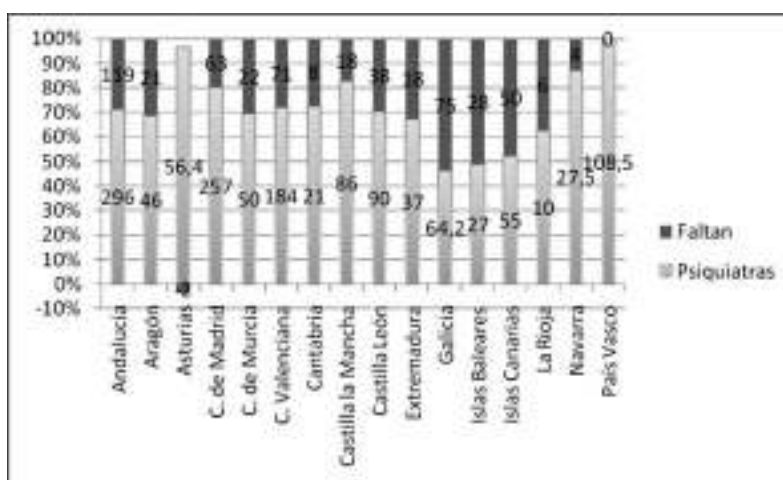
*Psiquiatras en centros de salud mental de adultos. Tasas por cada 100.000 habitantes*



los criterios de calidad, las necesidades asistenciales de la población. En la figura 2 podemos observar la proporción y el número de psiquiatras existentes y faltantes para cada una de las comunidades autónomas. Podemos observar en la figura como las comunidades de Galicia e Islas Baleares ni siquiera cubren el 50 % de las necesidades estimadas por la AEN.

Figura 2

*Relación entre plazas de psiquiatría existentes en centros de salud mental de adultos y plazas que faltarían según el criterio de calidad de la AEN*



### *Psicólogos clínicos en Centros de Salud Mental de Adultos*

En la tabla 2 podemos ver la dotación de psicólogos por comunidades autónomas y en el conjunto del Estado. En ella podemos observar el número de psicólogos en cada una de las comunidades autónomas y su tasa por cada 100.000 habitantes. También podemos observar la tasa y el número de psicólogos que faltan en cada comunidad autónoma según el criterio de calidad de la AEN para este tipo de dispositivos. No disponemos de datos referidos a Cataluña. La AEN estima en 4 psicólogos clínicos la dotación mínima para una prestación asistencial de calidad de los centros de salud mental de adultos.

En el conjunto del Estado 564 psicólogos clínicos prestan su actividad asistencial en centros de salud mental de adultos, lo que representa un total de 2 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Dado que la AEN estima en un mínimo de 4 la dotación mínima de psicólogos clínicos para centros de salud mental de adultos, ello implica que sólo está dotado el 41,7 % de los recursos necesarios y que, por tanto, sería necesaria la contratación de 790 nuevos psicólogos clínicos para llegar a los 1355 necesarios para alcanzar este índice de calidad.

## INFORMES

Tabla 2

*Psicólogos clínicos en centros de salud mental de adultos. Número total por comunidades, tasas por 100.000 habitantes y número y tasas de psicólogos que faltan según criterio de calidad de la AEN.*

| <b>Comunidad Autónoma</b> | <b>Psicólogos</b> | <b>Tasa x<br/>100.000 h.</b> | <b>Faltan x<br/>100.000 h.</b> | <b>Faltan n°</b> |
|---------------------------|-------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------|
| Andalucía                 | 144               | 1,73                         | 2,27                           | 189              |
| Aragón                    | 25                | 1,86                         | 2,14                           | 29               |
| Asturias                  | 22                | 2,06                         | 1,94                           | 21               |
| C. de Madrid              | 120               | 1,88                         | 2,12                           | 135              |
| C. de Murcia              | 39                | 2,7                          | 1,3                            | 19               |
| C. Valenciana             | 97                | 1,9                          | 2,1                            | 107              |
| Cantabria                 | 14                | 2,38                         | 1,62                           | 10               |
| Castilla la Mancha        | 67                | 3,22                         | 0,78                           | 16               |
| Castilla León             | 48                | 1,87                         | 2,13                           | 55               |
| Extremadura               | 29                | 2,63                         | 1,37                           | 15               |
| Galicia                   | 34                | 1,2                          | 2,8                            | 78               |
| Islas Baleares            | 23                | 2,1                          | 1,9                            | 21               |
| Islas Canarias            | 49                | 2,33                         | 1,67                           | 35               |
| La Rioja                  | 8                 | 2,49                         | 1,51                           | 5                |
| Navarra                   | 18                | 2,85                         | 1,15                           | 7                |
| País Vasco                | 39                | 1,78                         | 2,22                           | 48               |
| Total                     | 563,94            |                              |                                | Faltan total     |
| Promedio                  | 33,17             | 2,06                         |                                | 790              |
| Desv. estandar            | 41,16             | 0,51                         |                                |                  |

\* No se dispone de datos de Cataluña

Si observamos la dotación de psicólogos clínicos por comunidades autónomas, ninguna comunidad autónoma cumple el criterio de calidad de la AEN. La comunidad que más se acerca a éste es Castilla la Mancha, mientras que Galicia, Andalucía, País Vasco, Aragón, Castilla y León, la Comunidad de Madrid o la Comunidad de Valencia, no alcanzan la media del Estado. Galicia se encuentra incluso a una desviación típica por debajo de una ya baja media estatal situada en el 50 % de las necesidades estimadas.

En la figura 3 podemos ver la representación gráfica de la distribución de tasas por comunidades autónomas y en relación al criterio de calidad de la AEN.

Como podemos observar en la figura 4, todas las comunidades necesitan ampliar la dotación de psicólogos clínicos en proporción y número significativos para cumplir el criterio de calidad de la AEN. Aunque en los últimos años algunas comunidades han aumentado su plantilla de psicólogos clínicos de modo conside-

Figura 3

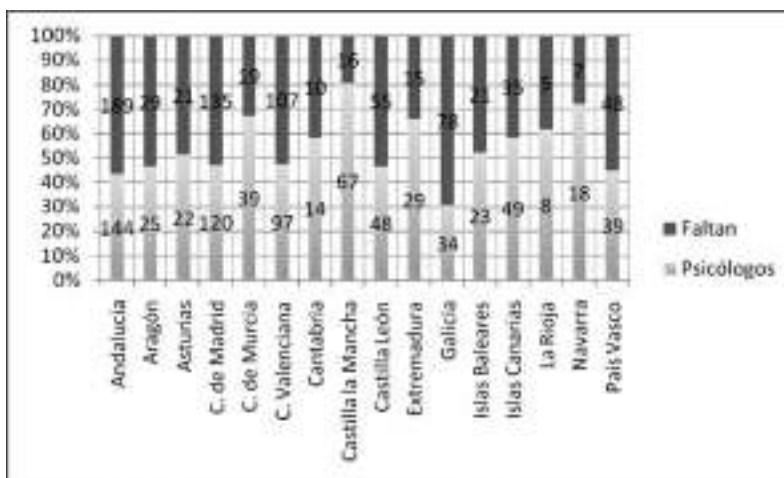
*Psicólogos clínicos en centros de salud mental de adultos. Tasas por cada 100.000 habitantes*



orable como Extremadura, Castilla la Mancha, Asturias y, sobre todo, Murcia, dadas las carencias de las que se parte aún son necesarios más profesionales. Galicia, Andalucía, País Vasco, Aragón, Castilla y León, la Comunidad de Madrid o la Comunidad de Valencia, no tienen cubiertas ni siquiera el 50% de las necesidades de psicólogos en centros de salud mental para una mínima atención de calidad de su población asistencial.

Figura 4

*Relación entre plazas de psicología clínica existentes en centros de salud mental de adultos y plazas que faltarían según el criterio de calidad de la AEN*



## INFORMES

*Enfermería en Centros de Salud Mental de Adultos*

En la tabla 3 podemos ver la dotación de enfermería por comunidades autónomas y en el conjunto del Estado. En ella podemos observar el número de enfermeras en cada una de las comunidades autónomas y su tasa por cada 100.000 habitantes. También podemos observar la tasa y el número de enfermeras que faltan en cada comunidad autónoma según el criterio de calidad de la AEN para este tipo de dispositivos. No disponemos de datos referidos a Cataluña. La AEN estima en 3 enfermeras la dotación mínima para una prestación asistencial de calidad de los centros de salud mental de adultos.

En el conjunto del Estado 530 enfermeras prestan su actividad asistencial en centros de salud mental de adultos, lo que representa un total de 1,8 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Dado que la AEN estima en un mínimo de 3 la dotación mínima de enfermería para centros de salud mental de adultos, ello implica que

Tabla 3

*Enfermería en centros de salud mental de adultos. Número total por comunidades, tasas por 100.000 habitantes y número y tasas de enfermería que faltan según criterio de calidad de la AEN.*

| <b>Comunidad Autónoma</b> | <b>Tasa x<br/>Enfermería</b> | <b>Faltan x<br/>100.000 h.</b> | <b>100.000 h.</b> | <b>Faltan nº</b> |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------|------------------|
| Andalucía                 | 156                          | 1,88                           | 1,12              | 93               |
| Aragón                    | 20                           | 1,49                           | 1,51              | 20               |
| Asturias                  | 30                           | 2,76                           | 0,24              | 3                |
| C. de Madrid              | 100                          | 1,57                           | 1,43              | 91               |
| C. de Murcia              | 35                           | 2,42                           | 0,58              | 8                |
| C. Valenciana             | 80                           | 1,57                           | 1,43              | 73               |
| Cantabria                 | 7                            | 1,19                           | 1,81              | 11               |
| Castilla la Mancha        | 38                           | 1,83                           | 1,17              | 24               |
| Castilla León             | 42                           | 1,64                           | 1,36              | 35               |
| Extremadura               | 23                           | 2,09                           | 0,91              | 10               |
| Galicia                   | 24                           | 0,86                           | 2,14              | 60               |
| Islas Baleares            | 16                           | 1,46                           | 1,54              | 17               |
| Islas Canarias            | 47                           | 2,23                           | 0,77              | 16               |
| La Rioja                  | 9                            | 2,8                            | 0,2               | 1                |
| Navarra                   | 14                           | 2,22                           | 0,78              | 5                |
| País Vasco                | 72,7                         | 3,35                           | -0,35             | -8               |
| Total                     | 530,25                       |                                |                   | Faltan total     |
| Promedio                  | 31,19                        | 1,84                           |                   | 459              |
| Desv. Estandar            | 40,85                        | 0,64                           |                   |                  |

\* No se dispone de datos de Cataluña

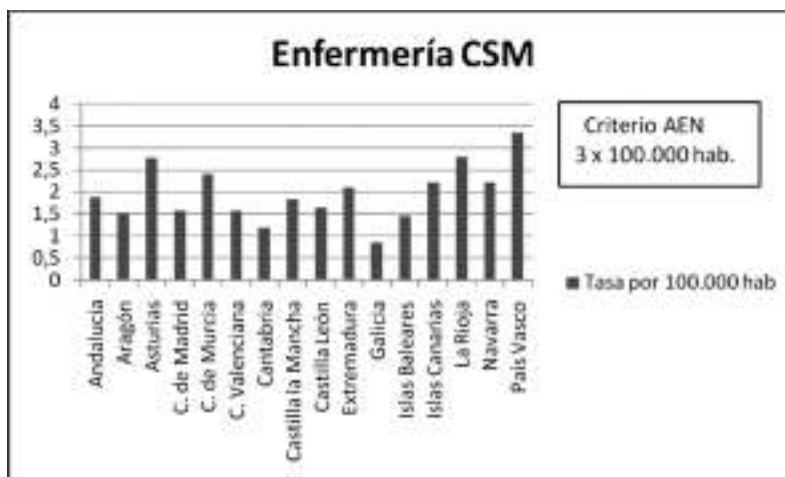
sólo está dotado el 53,6 % de los recursos necesarios y que, por tanto, sería necesaria la contratación de 459 nuevos enfermeros para llegar a los 989 necesarios para alcanzar este índice de calidad.

Si observamos la dotación de profesionales de enfermería por comunidades autónomas, únicamente el País Vasco cumple el criterio de calidad de la AEN. Se acercan al mismo La Rioja y Asturias. Mientras, Galicia, Cantabria, Islas Baleares, Aragón, la Comunidad de Madrid o la Comunidad de Valencia, Castilla y León y Andalucía no alcanzan la media del Estado. Galicia y Cantabria se encuentran incluso a una desviación típica de la ya de por sí baja media del Estado situada casi en la mitad de las necesidades requeridas.

En la figura 5 podemos ver la representación gráfica de la distribución de tasas por comunidades autónomas y en relación al criterio de calidad de la AEN.

Figura 5

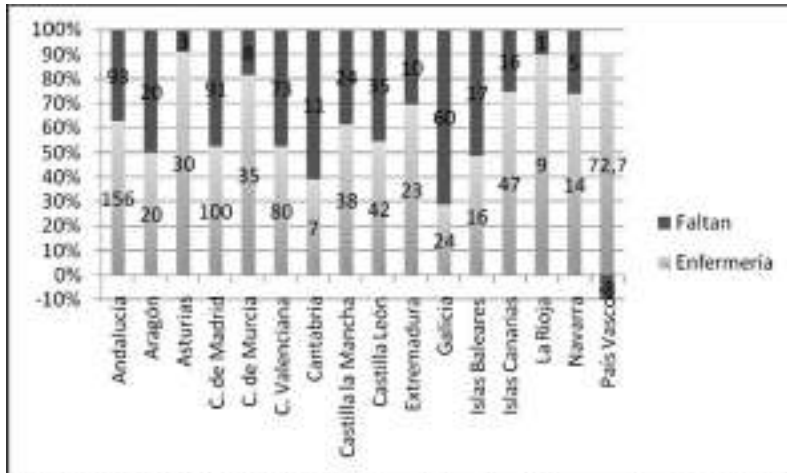
*Enfermería en centros de salud mental de adultos. Tasas por cada 100.000 habitantes*



Como podemos observar también en la figura 6, casi todas las comunidades salvo el País Vasco necesitan ampliar la dotación de enfermería en proporción y número significativos para cumplir el criterio de calidad de la AEN. En los últimos años Asturias y, sobre todo, Murcia, han aumentado la dotación de enfermería en los centros de salud mental de adultos de forma importante. La Rioja, Asturias y Murcia sólo necesitarían 1, 3 y 8 nuevas plazas respectivamente para alcanzar el indicador de calidad de 3 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Sin embargo Galicia, Cantabria y las Islas Baleares no tienen cubiertas ni siquiera el 50% de las necesidades de enfermería en centros de salud mental para una atención de calidad de su población asistencial.

Figura 6

Relación entre plazas de enfermería existentes en centros de salud mental de adultos y plazas que faltarían según el criterio de calidad de la AEN



### 3. Recursos de la red asistencial a la salud mental

El Observatorio de Salud Mental de la AEN también nos aporta información acerca de dispositivos específicos para la atención de pacientes con trastorno mental grave (TMG). Algunos de estos dispositivos son los hospitales de día, las unidades de rehabilitación psicosocial, las unidades de media estancia y los dispositivos residenciales tipo miniresidencia o casa hogar. Veamos la dotación de plazas para tales dispositivos en las diferentes comunidades autónomas.

#### *Unidades de hospitalización parcial de adultos*

El criterio de calidad de la AEN para unidades de hospitalización parcial de adultos (hospitales de día de adultos) es de 10 plazas por cada 100.000 habitantes. Como podemos apreciar en la figura 7, la dotación de plazas en hospitales de día es muy desigual en las diferentes comunidades autónomas. Únicamente el País Vasco alcanza y supera este criterio de calidad. Cantabria, la Comunidad Valenciana, Aragón, Andalucía, Castilla la Mancha y Galicia no alcanzan siquiera el 50% del criterio de calidad. Asturias, Canarias y la Rioja no han declarado ninguna plaza para este tipo de dispositivo. La Comunidad de Murcia y Extremadura no han aportado información al respecto.

Figura 7

*Unidades de hospitalización parcial de adultos. Plazas por cada 100.000 habitantes*



#### *Centros de rehabilitación psicosocial*

El criterio de calidad de la AEN para centros de rehabilitación psicosocial es de 20 plazas por cada 100.000 habitantes. Como podemos apreciar en la figura 8, la dotación de plazas en centros de rehabilitación psicosocial es muy desigual en las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, para este tipo de dispositivos, dos terceras partes de las comunidades alcanzan y superan este criterio de calidad. Algunas comunidades como Castilla la Mancha, País Vasco, Cantabria, Aragón y Navarra, incluso duplican este criterio. Sin embargo otras comunidades como Andalucía, La Rioja, o Castilla y León, no alcanzan el 50 % del criterio de calidad.

#### *Unidades hospitalarias de media estancia*

El criterio de calidad de la AEN para unidades de unidades de hospitalarias de rehabilitación de media estancia es de 8 plazas por cada 100.000 habitantes. Como podemos apreciar en la figura 9, aún cuando la dotación de plazas de rehabilitación de media estancia es desigual en las diferentes comunidades autónomas, la mayoría de ellas alcanza el criterio de calidad. La Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha y Cataluña no alcanzan el criterio de calidad. Algunas comunidades como Cantabria y Galicia duplican el criterio de calidad y Navarra llega a sextuplicarlo. Extremadura no aporta información al respecto.

#### *Alternativas residenciales: miniresidencias.*

El criterio de calidad de la AEN para las alternativas residenciales tipo mini-residencia o casa hogar es de 20 plazas por cada 100.000 habitantes. Como pode-

Figura 8

Centros de Rehabilitación psicosocial. Plazas por cada 100.000 habitantes

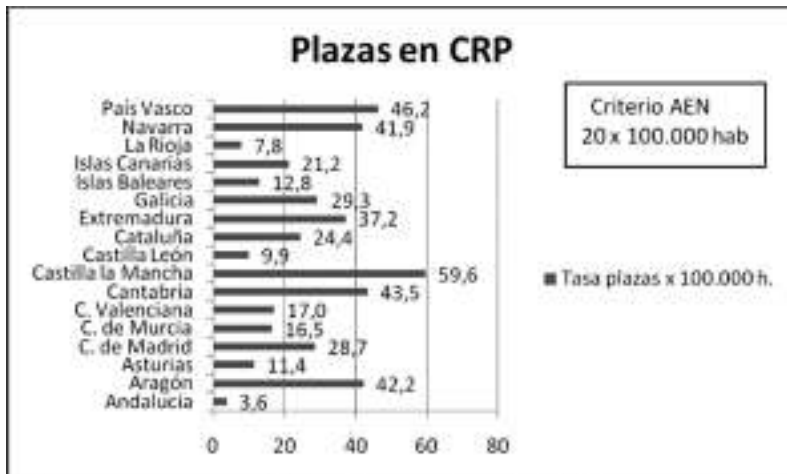
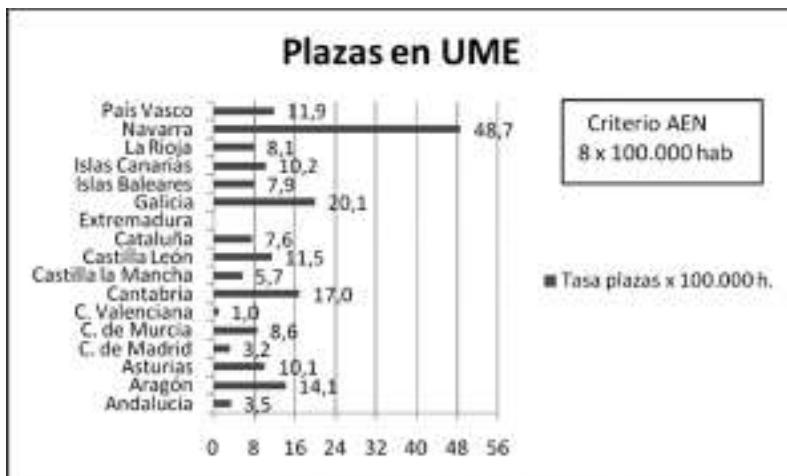


Figura 9

Unidades de Media Estancia. Plazas por cada 100.000 habitantes



mos apreciar en la figura 10, la dotación de plazas de alternativas residenciales tipo miniresidencia es también muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas y solamente la comunidad Navarra casi alcanza el criterio de calidad. Diez de las once comunidades que declaran tener plazas de miniresidencias no alcanzan siquiera el 50 % del criterio de calidad, situándose la media en 4 plazas por cada 100.000 habitantes. La variabilidad es tal que hay comunidades que no cuentan

siquiera con este tipo de dispositivos. Algunas comunidades como Asturias, Castilla y León y Cataluña no aportan datos. Otras comunidades como la Comunidad Valenciana, Murcia o La Rioja han declarado no disponer de ninguna plaza de este tipo. La Comunidad Valenciana, aunque dispone de plazas de residencia para pacientes con trastorno mental grave, éstas no se encuentran dotadas en dispositivos tipo casa hogar sino en grandes residencias.

Figura 10

*Miniresidencias. Plazas por cada 100.000 habitantes*



### 3. Conclusiones

Los recursos humanos y la red de dispositivos radicados en la comunidad, conforman el pilar de una asistencia a la salud mental basada en el modelo comunitario. Una adecuada dotación de profesionales y una amplia red de dispositivos comunitarios, suficientemente dotada de plazas para atender las necesidades presentadas por la población, particularmente por las personas con trastorno mental grave, es imprescindible para una atención de calidad en consonancia con las recomendaciones de documentos de consenso y guías de práctica clínica. La AEN, a partir de datos y documentos nacionales e internacionales, ha facilitado una serie de estimaciones de criterios de calidad asistencial, tanto para profesionales como para plazas en dispositivos asistenciales en función de ratios poblacionales. La combinación de estos criterios con los datos proporcionados por el Observatorio de Salud Mental de la AEN, permiten gestionar este conocimiento para conocer nuestra realidad asistencial en relación a los indicadores y poder tomar decisiones, relacionadas con la planificación asistencial, basadas en los datos.

## INFORMES

En este estudio hemos podido comprobar que la dotación de recursos humanos en los centros de salud mental de adultos es heterogénea y en general insuficiente en el conjunto de los servicios asistenciales de las comunidades autónomas. Faltan, ordenados por proporción de déficit entre los profesionales analizados, psicólogos clínicos, enfermería y psiquiatras. Los primeros apenas sobrepasan el 40% de las necesidades de profesionales, enfermería se sitúa en el entorno del 50% y la dotación de psiquiatras apenas llega al 70% de las necesidades estimadas. De forma más concreta, los psiquiatras alcanzan sólo el 67% de las necesidades estimadas, calculándose el déficit en 539 nuevos psiquiatras. Únicamente País Vasco y Asturias superan el criterio de calidad. Galicia y las Islas Baleares son las comunidades autónomas con menor tasa y mayores necesidades. La dotación de enfermería supone el 54% de las necesidades estimadas. Únicamente el País Vasco alcanza el criterio, aunque se acercan La Rioja y Asturias. Se estima que faltan 459 nuevas plazas de enfermería. Galicia y Cantabria son las comunidades autónomas con menor tasa y mayores necesidades. Los psicólogos clínicos únicamente alcanzan el 42% de las necesidades estimadas. Ninguna comunidad alcanza el criterio de calidad. Se estima que faltan 790 nuevos psicólogos. Galicia, Andalucía, País Vasco, Aragón, Madrid y Valencia son las comunidades con menor tasa y mayores necesidades. Una dotación suficiente y bien capacitada de estos profesionales, junto con otros como los trabajadores sociales, es básica para una atención real en la comunidad en base a programas comunitarios y no solo a dispositivos, como está siendo establecida en los documentos de consenso y guías de práctica clínica.

En cuanto a la existencia de dispositivos y plazas para la atención a los pacientes con trastorno mental grave, hemos analizado los datos de algunos de los más significativos. Los datos al respecto, proporcionados por el Observatorio de Salud Mental y en combinación con los criterios estimados por la AEN, en cuanto al número de plazas por población a atender, permite afirmar que aunque la mayoría de ellos están generalizados en la mayoría de las comunidades autónomas, la dotación de plazas es insuficiente para alcanzar unos estándares de calidad. Estas insuficiencias no se reparten por el igual en todo el estado, ni referidas a todos los dispositivos, siendo su dotación bastante heterogénea a través de las diferentes comunidades. Así en cuanto a hospitales de día, únicamente el País Vasco alcanza el criterio de plazas por ratio poblacional. Cantabria, la Comunidad Valenciana o Aragón son las comunidades con menor dotación de plazas. Respecto a los centros de rehabilitación psicosocial, 10 de las comunidades alcanzan o superan el criterio de calidad. Andalucía, La Rioja o Castilla y León no alcanzan a cubrir el 50% de las plazas necesitadas. En cuanto a las unidades de media estancia, prácticamente 11 comunidades autónomas alcanzan o superan el criterio de calidad. La comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y Andalucía no alcanzan a cubrir el 50% de las plazas necesitadas. Finalmente, las plazas de miniresidencias es muy

insuficiente en la mayoría de las comunidades. Únicamente Navarra se acerca al estándar de calidad. Las demás comunidades no llegan ni a cubrir el 50% de las necesidades. Aragón, Galicia, Islas Baleares y Cantabria son las comunidades más infradotadas.

Junto a la escasez de recursos constatada, que afecta al derecho a la salud, la heterogeneidad entre comunidades en la dotación de los recursos humanos y de plazas en dispositivos de atención a las personas con trastorno mental grave, afecta al principio de equidad que debe regir en la prestación de la asistencia sanitaria en el conjunto del estado. El Observatorio de Salud Mental de la AEN y los indicadores de calidad son dos instrumentos que en combinación pueden permitir una evaluación y planificación asistencial desde criterios de calidad y que, a su vez, responda a al principio de equidad en el conjunto del estado. Para ello es básico que ambos instrumentos continúen siendo actualizados y perfeccionados para responder cada vez más adecuadamente a este objetivo. En este sentido se hace imprescindible, para garantizar el rigor y la exhaustividad en la recogida de datos del Observatorio, la colaboración de todas administraciones autonómicas en cuanto a la facilitación de todos los datos requeridos.

#### BIBLIOGRAFÍA:

(1) Salvador Sánchez, I. (coord.) El Observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005, No monográfico 93, 1-85. Disponible en <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-espa/observatorio-salud-mental-2003/download.html>

(2) Salvador Sánchez, I. (coord.) El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuadernos Técnicos, 7. Madrid: AEN, 2007. Disponible en <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-espa/observatorio-salud-mental-2005/download.html>

(3) Jiménez Estévez, JF. (coord.). Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007. Web del Observatorio de Salud Mental de la AEN. Disponible en <http://www.observatorio-aen.es> .

(4) Jiménez Estévez, JF. (coord.). Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2010. Web del Observatorio de Salud Mental de la AEN. Disponible en <http://www.observatorio-aen.es> .

(5) Jiménez Estévez, JF. (coord.) 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. Cuadernos Técnicos, 15. Madrid: AEN, 2011. Disponible en <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-espa/observatorio-salud-mental-2010/download.html>

(6) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

INFORMES

- (7) Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est17.pdf.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf)
- (8) Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- (9) Bravo Ortíz, MF. (coord.) Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4. Madrid: AEN, 2000. Disponible en [http://www.aen.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=125&Itemid=119](http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=125&Itemid=119)

ULL

# XXV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA



**TENERIFE 6-9 de Junio 2012**

**Subjetividad e Identidad de las Experiencias: Discursos y Contextos**



[www.congresoan12.com](http://www.congresoan12.com)

