

## Metálogos:

### Canarias. Entrevista a Francisco Rodríguez Pulido.

#### *Canary Islands. Interview with Francisco Rodríguez Pulido.*

Reiniciamos una serie de intervenciones y entrevistas. Anteriormente y desde hace una década, fueron entrevistados entre otras personas, Juan Campos, José Guimón, Jorge García Badaracco, Manuel Desviat... Ahora, pretendemos conocer la opinión de personas expertas de diferentes asociaciones autonómicas que podrán aportar sus opiniones en torno a la situación de la atención a la Salud mental, la cobertura y la dotación de las Unidades de Salud Mental, el desarrollo del modelo de asistencia comunitaria, la ley de dependencia, la atención infanto-juvenil y a trastorno mental grave, la rehabilitación,... y, como no, el apoyo al movimiento de primera persona.

Iniciamos con la comunidad de Canarias y para ello entrevistamos a Francisco Rodríguez Pulido.

**Francisco Rodríguez Pulido**, Vicepresidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental; Presidente de la Sección de Rehabilitación de la AEN; Profesor Titular de psiquiatría de la ULL; Promotor de la Iniciativa Legislativa Popular en Defensa de la Sanidad y Salud Pública. Fundador y Responsable del Equipo Comunitario Asertivo (2005-2011).

#### **¿Consideras que hay mayor malestar subjetivo en la población canaria hoy?**

Realmente hasta hoy, la ausencia de planificación y la carencia de financiación son los dos problemas principales de la sanidad pública en las islas. Y durante más de una década la asistencia a la salud mental lo ha sufrido y la propia población canaria. La situación de la asistencia psiquiátrica es preocupante porque no se ha producido ninguna nueva inversión estratégica desde hace más de ocho años, y hay indicadores que hablan de una mayor malestar en la población.

Por ejemplo, por las políticas de ajuste presupuestario, en los presupuestos de 2016 del SCS se contara con 20 millones de euros de menos por parte del Estado. Esto hace que los servicios de salud sufran una gran tensión y la asistencia psiquiátrica, como la cencienta de la medicina, lo ha sentido especialmente.

En el 2002 en un estudio de costes -el más completo en salud mental en nuestra comunidad- se calculó que los costes totales de las enfermedades mentales ascendieron a 189,59 millones de euros. Los costes directos sanitarios fueron de 81,67 millones de euros, el 43% de los costes totales y el 5,2 del gasto sanitario público en esta autonomía. Los costes indirectos ascendieron a 107,92 millones de euros, el 57% del total. El elevado coste directo ya nos habla de un modelo conservador de base hospitalaria y pese al crecimiento de la población, la inversión ha estado congelada. Así mismo, los indicadores reflejan este malestar en el alto consumo de psicofármacos, recogidos en datos publicados en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), cuando se hace referencia a los últimos 12 meses, los hipnosedantes constituyen la tercera sustancia psicoactiva más prevalente, tanto en España como cuando se centra el análisis en Canarias. La prevalencia en la Comunidad ha experimentado un ligero crecimiento (3,7 puntos porcentuales), y en 2013, los individuos que han consumido en el último año representan el 14,5% de la población, 2,3 puntos por encima del valor nacional (12,2%). Entre los indicadores de malestar subjetivos tendríamos el alto índice de consumo de las benzodiacepinas y antidepresivos. De esas 124.498 personas que el pasado año recibieron en Atención Primaria, tranquilizantes y antidepresivos, 40.616 eran mujeres de entre 45 y 60

años. O el 30% de la población está en riesgo de padecer un trastorno mental.

Es más, una investigación elaborada por un equipo interdisciplinar de la Universidad de Castilla-La Mancha y el Servicio Canario de Salud ha puesto de manifiesto que, por detrás de las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral la ocupan los trastornos mentales. El trabajo, publicado en el *European Journal of Health Economics*, ha valorado el impacto económico y social de estos trastornos, constatándose que son muy elevados, a pesar de que este grupo de patologías son la cuarta causa de cuidados informales, es decir, de apoyo prestado por familiares y no por profesionales sanitarios, después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

Y es que una economía dependiente es muy sensible a las políticas públicas y, ante la actual crisis económica está colocando a amplios sectores de la población Canaria en riesgo de vulnerabilidad psicológica y en exclusión social es más elevado, más aún cuando sabemos que los determinantes de la salud son factores de riesgo, como la pobreza – el INE destaca que uno de cada tres canarios, el 33,8 por ciento, vive bajo el umbral de la pobreza-, una infancia en riesgo (tres de cada 10 niños en riesgo de exclusión social), el desempleo (50% jóvenes canarios), alta tasas de divorcio, el hacinamiento en el hogar, altos porcentajes de mujeres víctimas de la violencia machista, una peor alimentación infanto juvenil, alto índice de personas mayores, unas 300.000, que viven solas, y unas 20.000 personas sin hogar –mujeres de mediana edad con hijo a cargo– según Caritas. Esta situación social y económica, así como la ausencia de planificación, inciden en el aumento de la morbilidad y la mortalidad por problemas psiquiátricos en las islas, cuyo impacto lo podremos medir en estos próximos años. De hecho, en el 2012, el Instituto Anatómico Forense en Gran Canaria, se alarmó del alto índice de suicidios en esa isla, y si comparamos las tasas de suicidio ofrecidas por el INE, comprobamos que desde 1992 hasta 2012 han subido dos puntos. Sufrimos una tasa de suicidio por encima de la media nacional.

En la Encuesta de Salud de Canarias del 2004, aunque mejora en el 2009, 22% de las mujeres

realizan una autovaloración negativa de su salud frente al 12% de los hombres, y por grupos de edad, aumento la mala valoración de su salud a medida que aumentaba la edad, siendo el grupo entre 45-64 años, y más de 65 años, que presentaban porcentajes del 22% que valoraban negativamente su salud.

Esta situación de “no hacer nada” desde hace años, podemos también verla reflejadas en las cifras de investigación en Salud Mental en Canarias en el periodo 2009-13, proporcionado por el Instituto de Salud Carlos III, no ha habido sido ninguna.

Todo ello requiere un esfuerzo de corrección urgente en el ámbito de la salud mental y en la gestión de los crónicos, precisamente en los debates en las Jornadas de Valladolid la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Canarias no ocupa un lugar relevante en las buenas prácticas. El no hacer nada o el hacer por hacer es la expresión máxima de la ineficacia de la gestión pública.

### **¿La asistencia psiquiátrica ha mejorado en las islas? ¿Cómo la valoras?**

Al final de la década de los setenta y principio de los ochenta, al calor de las aspiraciones democráticas, las transferencias sanitarias, la ley general de sanidad, y los cambios de la realidad asistencial psiquiátrica en Europa, se generó unas condiciones para iniciar los cambios en las instituciones totalitarias de los manicomios. Proceso que se inició y se cerró en Gran Canaria (2005), pero en Tenerife, sufrió una reconversión, que aún no ha finalizado. Paralelamente a este proceso, se desarrolló la red comunitaria de salud mental, se incrementó las plazas de hospitalización breve en los hospitales generales, y se transfirieron las competencias sanitarias de los Cabildos a la Consejería de sanidad, –hace unos años en Tenerife y mucho antes en Gran Canaria–, y a su vez también se descentralizó la asistencia psiquiátrica a nivel insular con recursos propios en las islas de más de 20.000 habitantes. Díganos que hasta la segunda década de los noventa estas transformaciones, al calor del I Plan de Salud de Canarias, con diferentes ritmos, se materializó en cada isla. En estos veinte

anos una constante ha sido el esfuerzo de los profesionales más comprometidos y de las organizaciones de familiares para empujar en la dirección de los tiempos ante una vacilante administración pública. A finales de los años noventa, con el desarrollo de los Consejos Insulares de Rehabilitación y Acción Social, al calor de las Direcciones de los PIRP, y en el marco de los Planes Insulares de Rehabilitación y el Plan Sectorial de la Discapacidad, se ha operativizado una red comunitaria de atención a las patologías psicóticas grave y crónicas. Pero digamos con rotundidad, que debido a la crisis económica, la inversión en recursos en salud mental ha sido mínima o ninguna, ni en el ámbito de la asistencia ni en el ámbito de la rehabilitación. Esta parálisis, nos llevó a promover, con mis compañeros del Foro, la iniciativa legislativa popular en defensa de la sanidad y salud pública.

Hemos hecho un esfuerzo de reforma basado en las “estructuras”, y hay que ir pensando en la construcción de un sistema más flexible, transversal y participativo, con los recursos disponibles en cada momento. Debemos conducirnos a generar una mejora de la tecnología de la psiquiatría comunitaria, porque esta también como valor, incorpora al emergente movimiento de primera persona, como agente responsable para este nuevo siglo. Los enfermos no son historiales, sino personas, aunque parece algo sencillo, los servicios de salud vacilan en asumir esta visión. Es un tiempo perdido dudar de ello. Nos encaminamos hacia la atención en el domicilio en el sistema de salud con equipos móviles donde la enfermería debe jugar un papel relevante. Las experiencias evaluadas en Finlandia, Trieste y Suiza, apuntan sobre un modelo más humano y de dialogo sin contención físicas para las psicosis, haciendo tambalear la hostilización como hoy día la conocemos. Las Islas reúnen condiciones para el desarrollo de alternativas asistenciales, siempre y cuando una innovación razonable sea parte de las políticas públicas,

No obstante, el marco de la Ley General de sanidad es un marco superado, y en el presente, en la normativa generada, destaca el Real Decreto R.D. 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las

Personas con Discapacidad. Dicha Convención había sido aprobada el 13 Diciembre de 2006 por la Asamblea General de Naciones Unidas ya había sido ratificada por España en 2007. Los principios generales que se desprenden de la Convención aprobada, y consecuentemente, del Real Decreto (R.D.) que la llevaba a la práctica, son el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual (incluida la libertad para tomar las propias decisiones), la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusion plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana. Esto determinara las acciones en salud mental pues es lo único que compromete a los gobiernos en las políticas públicas.

También es reseñable en este punto, mas técnico, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. y que en nuestra comunidad, recientemente se ha presentado su versión autonómica, siendo incluido el trastorno mental grave como paciente crónico altamente complejo, pero estimo y preveo, que solo se podrán beneficiar un grupo muy reducido de avanzada edad para poder cumplir los criterios. Otras comunidades han avanzado mucho en explorar estos nuevos modelos de gestión que no dejan de tener un hondo calado en las elecciones de los criterios de estandarización no asépticos.

En Julio 2016 el Parlamento de Canarias aprobó por unanimidad de las fuerzas políticas el III Plan de Salud, con una vigencia de un año, sin ficha financiación, y sin generar ningún entusiasmo en la comunidad sanitaria. Al menos desde este marco nuestro campo podrá exigir la responsabilidad social en su cumplimiento, así como, de las resolución que acompaña al citado Plan. Esperemos que el tiempo raquítico que tardo en debatirse en el Parlamento no refleje la intensidad del compromiso asumido. Y recientemente la Consejería presento en la Comisión Asesora Regional el marco para una Estrategia de Salud Mental cuando todos solicitamos un Plan Integral de Salud Mental. Los niveles de alcance e implicación de una Estrategia o un Plan no es lo mismo.

Por lo tanto las líneas de mejora están claras y son factibles, pues aún, el grado o nivel de satisfacción con respecto al funcionamiento del Sistema Sanitario Público en España, según el Informe anual del SNS del 2012, es de 6,6 puntos sobre 10. No se debe perder más tiempo porque -al no avanzar y evaluar- lo logrado por varias generaciones se colapsara.

**Las Unidades de Salud Mental ¿están bien dotadas y con cobertura poblacional sectorizada?**

Las actuales dotaciones de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, tanto a nivel de recursos humanos como de infraestructura, siguen siendo irregulares y heterogéneas, de unos territorios a otros, e incluso dentro de la misma área de salud. La distribución de los profesionales, en base a la población, fue realizada en la segunda década de los noventa con alguna corrección posterior, pero no ha sido ajustada de acuerdo al crecimiento de la población de hecho, que es la que está sometida al riesgo. Hoy Canarias supera los dos millones de habitantes con una población flotante cada año de diez millones. Se requieren más recursos de los que actualmente disponen y ser consecuentes con su dependencia administrativa de Atención Especializada, en lo relacionado con la planificación de espacios (planes funcionales de desarrollo futuro en los centros de atención especializada) y ajustes en el pago de lo singular de sus funciones (desplazamientos de los profesionales). Por ejemplo, Fuerteventura es una isla con mucha dispersión geográfica entre sus municipios y ha crecido sustancialmente su población de hecho en estos últimos veintes años, pues bien, se reclama dos nuevas Unidades de Salud Mental para atender

Se está llegando a un grado de deterioro en el que las Unidades de Salud Mental Comunitaria carecen de los espacios adecuados para desarrollar de forma eficiente y con calidad su labor asistencial, por una parálisis de gestión de los responsables, y esto ha sido puesto en conocimiento de las autoridades por la ACN, sin que hasta la fecha de hoy, se haya producido ningún cambio. Y también, los profesionales lo han demandado en sus órganos de coordinación que no tienen carácter vinculante. Siendo este, otro de los problemas sangrantes. Esperamos que

en el nuevo plan de infraestructura de los nuevos gobernantes de la administración regional se tenga en cuenta, porque en salud mental los espacios son esenciales para el trabajo grupal y comunitario.

Asimismo, las listas de espera de más de tres meses en las Unidades de salud mental; un riesgo de dos a tres veces superior de morbilidad física en los pacientes con trastornos mentales graves en relación a la población general, unos picos elevados anuales en las tasas de suicidio, una carencia de programas preventivos, unas ratios de enfermeras por debajo de la ratio óptima, carencia de programas específicos de intervención extensos para toda la red asistencial, ausencia de terapeutas ocupacionales en los centros ocupacionales, un registros de casos desvinculado de las necesidades de transformación de los servicios, y la necesidad de una formación participativa e integrada, y evaluada de forma independiente.

No dejaría de señalar también el esfuerzo que hay que realizar en la colaboración entre atención primaria y atención especializada. Los sistemas intranet de consultoría y las tutorías in situ han dado buenos resultados en la co-gestión del sistema en otras especialidades y en salud mental tienen que profundizarse en estas medidas sin añadir más confusión.

**¿Podemos hablar de un modelo de asistencia comunitaria?**

En absoluto. Eso se pretendió al comienzo de los cambios, en los años ochenta, pero sólo hemos llegado a un modelo ambulatorio reforzado con fragmentación de dispositivos. Una aplicación errática y vacilante, así como, una visión muy administrativa ha condicionado este desarrollo en las islas. La psiquiatría comunitaria es una tecnología y una cultura de los cuidados. La gestión hospitalocéntrica, los estilos de trabajo individualizados de los profesionales, la dinámica escasamente asertiva y móvil, el escaso contacto con la sociedad civil de cada territorio donde se ejerce la actividad, la concentración de la mayoría de los profesionales concentrados en el hospital, y una figura de dirección de las unidades devaluadas, las escasa participación de los pacientes en los servicios, así lo confirman. Esto no

es lo que algunos hemos tenido como proyecto. Por ello uno de los desequilibrios más sangrantes que sufre la asistencia en la isla, es la acumulación excesiva de profesionales de la salud mental en el ámbito hospitalario frente al ámbito de la comunidad, la desproporción es llamativa. Parece que se ha diseñado un sistema hospital céntrico, donde la mayoría de los efectivos esperan a que lleguen los pacientes al hospital. Cuando una distribución más equilibrada nos permitiría anticipar y frenar los riesgos de ingreso, con mayor presencia en el territorio, fomentando un estilo de asistencia asertivo, y con una enfermería con gran liderazgo. Las islas es un territorio, que por la escasa movilidad de la población permitiría hacer algunos ensayos controlados de mejora de la eficiencia y la efectividad en la distribución del personal sanitario. Hay mucho inmovilismo en los profesionales y en las instituciones y esto a medio plazo tiene consecuencias tremendas. Este modelo defensivo, hace que durante el período 2000-2010. Se ha estimado unos reintegros en las unidades de hospitalización por trastorno mental del 26.5%. y la letalidad global de los pacientes hospitalizados llegó a alcanzar en el 2010, un 4.6%.

Y se ha cuidado muy poco a los profesionales. Algo tan evidente como el reconocimiento Especialidad de Enfermería en Salud Mental en nuestra comunidad ha llevado muchos esfuerzos para que los poderes públicos locales la reconozcan y la ACN ha realizado un papel relevante este logro reciente. Desde finales del año 2013, la ACN (AEN) presenta en el Parlamento de Canarias, un documento con registro de entrada, para solicitar el reconocimiento de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental. Esperamos que de forma inmediata el SCS ejecute este acuerdo político con creación de la categoría Enfermero Especialista en Salud Mental en la relación de Puestos de Trabajo (RPT). O por ejemplo, que todas las Unidades de salud mental cuentan con trabajadores sociales propios, si no, comparten varios dispositivos. Los auxiliares de clínica en algunos lugares, no hacen de auxiliares, sino de administrativos.

Y no digamos nada de la toma de decisiones. Los órganos de participación, como el CIRPAC o las coordinadoras insulares de Gran Canaria y Tenerife, no tienen un carácter vinculante sus decisio-

nes para las Gerencias, ni para las direcciones de Áreas de salud. O sea, no hay órganos para la fiscalización de los acuerdos de la “comunidad psiquiátrica”, lo que se decide por los profesionales no obliga de forma razonable a las Gerencias, Direcciones de Área y las direcciones de programas asistenciales. No se puede pretender hacer una reforma basada en los principios comunitarios fundamentado en que las “estructuras están ya”. Precisamente, lo comunitario es una cultura del bien común, el desarrollo de un sentido de pertenencia, que hay que construirlo y fortalecerlo en todos los ámbitos y niveles de relaciones. No es estar, sino habitar en ella, acompañando a las necesidades de la población del territorio, del cual, se asume la responsabilidad de atender su bienestar mediante la construcción de factores de protección, como los estudios de salud pública nos orienta.

### **Y la atención en urgencias ¿cómo la están viviendo los pacientes?**

La atención a las personas con un trastorno mental que acuden a los Servicios de Urgencias de los Hospitales, resulta actualmente desigual, existiendo criterios de derivación diferentes de unas islas a otras. Los servicios de urgencia hospitalarios requieren mejoras estructurales y funcionales significativas para adecuarse a las necesidades de los pacientes y profesionales en la atención a las urgencias psiquiátricas, tendiéndose a igualar los niveles de respuesta a las “urgencias en Salud Mental”, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Resulta imprescindible disponer de un espacio propio para enfermos mentales graves en los Servicios de Urgencias, que permita dispensar lo singular de su atención (evitando fugas y agresiones innecesarias, así como, acortando la permanencia de los pacientes a lo estrictamente necesario por razones clínicas). Estas zonas deben estar a cargo de un personal especializado y bien coordinado, tanto con las unidades clínico-asistenciales y dispositivos extrahospitalarios, como con las hospitalarias.

En términos generales, se estima que 30 de cada 1.000 personas fueron atendidas en las USM de Canarias en 2008 –las únicas disponibles–, por causas como trastornos neuróticos (24 por cada 1.000), trastornos del humor (16 por cada 1.000)

y por cuadros de psicosis (13 de cada 1.000), entre los casos más frecuentes.

El segundo borrador del PLUSCAN (Plan de Urgencias de Canarias) remite a las acciones en las urgencias psiquiátricas al Plan de Salud Mental y lo que pueda disponerse. Sin embargo, este planteamiento nos parece que posterga nuevamente la respuesta a la deficiente situación actual para el futuro, cuando desde el 2008, en las conclusiones de reunión de los Jefes de Servicio celebrada en el El Hierro, todos los responsables de salud mental remitieron exigencias de espacios específicos y dotación de personal adecuada para solucionar las malas condiciones de la atención urgente a estas personas. Los gerentes de los hospitales ya cuentan con escritos de protesta de los profesionales y jefes de servicio de psiquiatría, denunciando el riesgo actual para los pacientes y los profesionales, al dejarle en situación de indefensión, recurriéndose a contenciones mecánicas que vulneran la dignidad y los más elementales derechos de estos pacientes

Esperamos que en el Plan de Urgencias presentado por la actual administración corrija esta denigrante y lamentable situación que está llevando, me atrevería a decir, a la violación de derechos de los pacientes con medidas de contención por carencia de personal y espacios adecuados, sobre todo, con la saturación actual que se viene sufriendo en los servicios de urgencias. Pero la administración en el Plan presentado, ha dejado todas las acciones referidas a nuestros pacientes pendientes al desarrollo, del Plan de salud mental. Ya veremos sino serán fuegos artificiales.

### **¿Hay áreas ciegas de atención en su comunidad?**

Aun hoy hay “puerta falsa” o “la puerta giratoria” en el ámbito de la salud mental. Quienes sufren patología dual entran y salen de las unidades asistenciales de drogodependencias y las unidades de psiquiatría en un circuito cerrado. Cuando llegan a una unidad asistencial para las drogodependencias son remitidos a Psiquiatría y Psiquiatría les remite a Drogodependencias. Son pacientes que “se pierden” y terminan por cronificar su adicción. El tratamiento de las drogadicciones, sigue llevándose a cabo en redes paralelas al sistema de salud. No parece que haya mucha

voluntad política en integrar las adicciones en Salud Mental, como proponemos las sociedades científicas, y también la Sociedad Española de Patología Dual. Desde luego no en Canarias, que sigue marcando una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas, a diferencia de otras Comunidades: Navarra, Valencia, Murcia...etc. y ello a pesar que en el III Plan Canario de Drogas se apuesta por la integración. También es preocupante la atención a la Psicogeriatría, así como, a los Trastornos Límites de la Personalidad (TLP), y la psiquiatría forense y penitenciaria. Hasta el momento sólo existen recursos de rehabilitación específicamente dirigidos a TLP en la Comunidad de Madrid y en Aragón. En Cataluña se está estructurando un grupo de trabajo colaborativo para el tratamiento integral a lo largo de la vida y para la investigación del TLP.

En la Dirección del Servicio Canario de la Salud, en la Dirección de programas asistenciales y en la Dirección Regional de Salud Mental, hasta ahora, nunca ha formado parte de la agenda política. Estas áreas de atención forman parte de la atención especializada, son parte del cuerpo doctrinal de la Psiquiatría, sobre las que se debería tomar una posición más decidida, activa, evitando su segregación y/o abandono. Y los trastornos límites no tienen recursos específicos de carácter público, sólo privado, con un coste elevado y eso no está al alcance de todos. Si bien, señalar que en el programa de gobierno de los responsables regionales actuales, figura este tema, entre otros, como prioritario. Esperemos que lo cumplan. Y sobre todo es urgente, que se despliegue de forma definitiva la red completa de atención infanta juvenil en las islas y se establezca líneas de colaboración estables con los servicios sociales y educación.

Los desequilibrios interinsulares también deberían ser corregidos.

### **¿Podrías detenerte más en la situación de la atención infanto-juvenil?**

Sabemos que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello. El desarrollo de estrategias que promuevan la Salud Mental de los niños es fundamental para el

adecuado desarrollo individual y social, entendiendo que no puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia.

La asistencia de salud mental para los niños, niñas y jóvenes debe ser específica y diferenciada de los dispositivos de asistencia mental para adultos. Tal como señala nuestro Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, aunque las actuaciones en Salud Mental Infanto-Juvenil han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito, desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. A pesar de que la implementación del Programa se puso en marcha hace ya casi una década, el desarrollo de los dispositivos de atención a la población Infanto-Juvenil con problemas de salud mental ha sido lento, irregular y poco equitativo. No todas las áreas geográficas disponen de USMIJ completamente dotadas de especialistas así como físicamente diferenciadas de los espacios destinados a la atención de la población psiquiátrica adulta. Existen desajustes graves en la infancia y adolescencia que requieren de intervenciones en régimen de hospitalización tales como los intentos de autolisis, trastornos de la conducta alimentaria graves, psicosis y otros trastornos de conducta. En el momento actual no existe ninguna Unidad de Hospitalización en toda la Comunidad autónoma, y la derivación de los casos a Unidades específicas de otras comunidades no resulta posible, independientemente de la gravedad de los casos, debido a que se trata de población infantil, en la que el distanciamiento del entorno familiar sería contraproducente. En su defecto, la hospitalización se está llevando a cabo en Unidades de hospitalización no preparadas para las características y necesidades del paciente pero adecuadas para su edad (Pediatría) o en Unidades preparadas (sin personal específico para la atención infanto-juvenil) para las características y necesidades del paciente pero no adecuadas para su edad (Unidades de Hospitalización Breve de adultos). Esta situación, además de la permanencia de los dispositivos comunitarios en Unidades de adultos, implica problemas que van más allá de la calidad en la atención e intervención, refiriéndonos a problemas éticos y legales. Parece claro, que el desarrollo de la red de Psiquiatría Infanto-Juve-

nil, no ha supuesto una prioridad en los últimos años, asistiendo a un crecimiento y desarrollo en la misma muy lento y poco equitativo.

Queda poco para asistir al reconocimiento de esta especialidad, y esperemos que ello conlleve a una mayor independencia en el desarrollo de la red asistencial, que favorecerá al menos que la atención infanto-juvenil no se quede a la cola esperando que desde los servicios de adultos entiendan las necesidades de esta población. Así, el desarrollo de Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, independientes de los Servicios de Psiquiatría de Adultos, constituiría una acción también prioritaria, en aras al desarrollo e implementación de las necesidades comentadas.

### **¿Cómo ves el desarrollo de la ley de dependencia en la comunidad canaria?**

Cuando se aprobó la ley estatal, nuestro gobierno regional estaba ejecutando el Plan de Atención de la Discapacidad (2005-2008), en la que logramos que las personas con trastorno mental grave fuera incluida, la entrada a los recursos de día, de alojamiento, ocupacionales y de empleo, a través de las derivaciones de las USM, y los CIRPAC reconocidos como órganos de planificación y evaluación, como ya lo recogió un Decreto Ley de constitución de estos órganos del área de salud en 1997. Luego, en el 2008, se produce las transferencias de discapacidad, desde los servicios sociales de la comunidad autónoma a los cabildos insulares. Y la ley de dependencia, a su vez, casi simultáneamente transfería gestiones de la ley de dependencia a los servicios sociales. Esto junto a los cambios continuos en las Direcciones Generales de los Servicios Sociales, generó un ambiente confuso, sin una dirección y orden, frente a la voluntad de la consejería de clarificación situacional, y de mejora de la gestión, que se ha evidenciado precisamente en este año. El nuevo compromiso del gobierno de una ley de servicios sociales en esta legislatura será un reto de mejora para todos.

Salud Mental y Servicios sociales, a nivel del gobierno en estos años, han caminado dándose la espalda, siendo responsabilidad de ambos. Cuando unos derechos están en juego, la administración y los técnicos tienen que ser muy exigentes en su aplicación y seguimiento. En los

decretos de desarrollo del sistema de atención a la dependencia, tanto el decreto de compatibilidades e incompatibilidades de las prestaciones, el decreto del copago, desde el ámbito de la salud mental, hemos ido introduciendo algunas adaptaciones específicas al campo de la dependencia por trastorno mental grave desde las organizaciones de familiares y de la propia ACN, pero la inhibición de las Jefatura Regional de Salud Mental y la dirección de programas asistenciales, hasta ahora ha estado ausente de cualquier aportación y seguimiento. Y aún queda pendiente el decreto de accesibilidad a las prestaciones de la ley de dependencia, que esperamos todo el sector de la salud mental, que no se cambie el criterio de la accesibilidad a través de las USM, porque hasta ahora ha funcionado sin quejas, aunque hay que mejorar la transparencia de la ocupación de las plazas y las listas de espera.

En nuestra comunidad, los informes remitidos por el defensor del pueblo, son contundentes al respecto. Este estado de cosas ocurre en un contexto, según las estimaciones del Observatorio de la Dependencia, sobre el gasto global en atenciones 2013, la AGE aportó el 19% de la financiación y en términos de gasto público (respecto a las comunidades autónomas su aportación habría sido del 23,4%, muy por debajo del 50% previsto. Resulta evidente que la aportación estatal han menguando proporcionalmente. En cuanto a la financiación, el informe del Observatorio de la Dependencia indica el coste global estimado del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en 2014 fue de 113.570.326,38 euros, de los que un 61,8% fue aportado por la Comunidad Autónoma, un 16,1 por copago y un 22,1 por el Estado. El gasto público por habitante fue en 2014 de 39,40 euros en Canarias. La mayor parte del esfuerzo de sostenibilidad económica de la ley ha recaído en las comunidades autónomas. Un euro de inversión en este capítulo tiene un retorno social de 3 euros y medio, por lo que económicamente y socialmente no hay discusión posible. Esta ley necesita un plan de choque para contar con una dotación presupuestaria adecuada, a la que sin duda, no ayuda la manipulación de las estadísticas nacionales antes referida, ya que, al no estar reconocidos por el sistema nacional, los dineros que llegan son menores. Pero

esto, seguramente será mejorado por el interés de las administraciones, ya que, las denuncias han sido una constante en estos últimos años.

En la actualidad son 12.000 canarios en lista de espera que quieren ver reconocidos plenamente los derechos que les otorga esta ley, y con los cambios introducidos en la ley en la pasada legislatura, en nuestro ámbito de la salud mental, rara vez, ningún solicitante alcanza más allá del grado 1, porque en este baremo tiene mayor peso en los cálculos de la valoración de las funciones la realización motora de las tareas. Canarias terminó en julio del 2016 con 30.518 dependientes reconocidos con derecho a prestación, de los cuales solo la está recibiendo algo menos de la mitad, 14.842, según los últimos datos del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia (IMSERSO, Julio 2016). La consejería de Servicios Sociales está intentando simplificar los procedimientos administrativos para superar este retraso pero ya veremos si el problema es solo de gestión.

No obstante, aunque la gestión de la ley es relevante, para nosotros, hay dos elementos más sustantivos de la ley, uno, es el reconocimiento subjetivo de un derecho, y, el otro, ofrecer un modelo alternativo de cuidados profesionalizados. Esto se ha incumplido parcialmente en ambos objetivos, y lo que era excepcional, se ha convertido en la norma, por clientelismo partidario. Asimismo, para más enredo, o sea, cuando hablamos de esta ley no sabemos de qué estamos hablando, se han reducido las ayudas a los cuidados familiares, figura excepcional en la ley, pero se ha abusado de la misma por los gobiernos locales como mejora de empleo, aunque los propios gobernantes en el 2012 con los ajustes presupuestarios han corregido parcialmente esta situación, y en la actualidad, casi 2 de cada 3 son ya ayudas de servicios profesionales. Así, las prestaciones de servicios representan el 65,43% del total de prestaciones reconocidas, mientras que las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar suponen un 34,57%, según datos del IMSERSO (Julio, 2016). Esto ha hecho que el incremento de los recursos para cuidados profesionales haya sido de forma lenta, y se ha dejado en mano de la empresas privadas la cobertura de las prestaciones como nuevos “nichos de negocio” en lenguaje



del sistema. Ni tampoco se ha elaborado por los gobernantes en este tiempo para el sector nuevos planes sectoriales para la discapacidad para una nueva década, ni se piensan hacer – como los que estuvieron vigentes del 2005-2008 en esta comunidad y en las comisiones para definir la cartera de servicios y prestaciones del sistema de atención a la dependencia no ha habido participación de los profesionales de la salud mental o de sus asociaciones científicas.

En la actualidad se discute un anteproyecto de ley sobre servicios sociales donde al servicio de salud mental ni tan siquiera hasta ahora se le ha solicitado opinión, y menos aún a los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial, cuando son Consejos de asesoramiento del gobierno para las políticas dirigidas al TMG y sus familias. Pero como ahora, hay una nueva etiqueta discapacidad y dependencia, comenzamos con la lucha institucional por la falsa hegemonía, que lo que habíamos abandonado hace años.

### **¿Hay experiencia de empleo para los TMG en Canarias?**

Si, son experiencias fructíferas en sus resultados, tanto en Gran Canaria como en Tenerife. En Tenerife se impulsó a finales del 2004 a través de una sociedad insular para la discapacidad perteneciente al cabildo insular la constitución de un equipo de técnicos de emplea, que localmente se conoce por EAIE (Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo que inspirado y fundamentado en los principios del modelo IPS trabajan de forma colaborativa con la red pública de salud mental, y se encuentran territorializados. Se trabaja en la línea de que cada USMC (Unidad de Salud mental comunitaria) tenga a disposición un técnico de empleo para el logro del empleo competitivo, porque en la actualidad varias USMC comparten un técnico de empleo. También nos preocupa la accesibilidad y las barreras para la empleabilidad de las mujeres en el mundo laboral. Así como trabajar la rehabilitación cognitiva con aquellos que fracasan en el empleo reideramente en un año. Así mismo evaluamos la satisfacción de las personas con TMG con el trabajo y el ambiente la laboral y la percepción de los empresarios con los trabajadores Avances hemos realizado en estos ámbitos pero hay mucha labor por hacer porque aun la empresa, inclusive las empresas

públicas, en su concursos de empleo no cumplen con la cuota del 5% plantilla como les obliga la ley, y no solo por esto por cumplimiento de las leyes sino porque es una responsabilidad social en tiempos de crisis y de la filosofía de las empresas modernas.

En Gran Canaria la experiencia es algo diferente pero están alcanzando resultados significativos también en empleo ordinario.

### **¿Y el movimiento de primera persona existe y si existe es muy activo?**

En Tenerife contamos con pacientes que se articulan en torno a FEAFES y participan en su organización con relativa autonomía. Se muestran muy activos con presencia en estos años últimos. Y recientemente cayó una asociación de trastorno bipolar fundada solo por usuarios, esperamos que este se recomponga. En Gran Canaria, está la Asociación Canaria integral Espiral que forma parte del movimiento de primera persona, que realizan desde hace cinco Jornadas anuales con mucho impacto, con experiencia en ayuda mutua y reivindicación el paciente experto en los servicios de salud mental. Es esencial que cada vez el movimiento de primera persona adquiera mayor presencia y relevancia. El liderazgo de la Revolución Delirante pendiente vendrá de su empuje y fortaleza, simultáneamente con profundizar en la democracia participativa en todos los ámbitos de la comunidad.