

## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

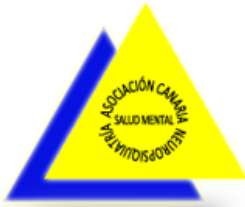
### **LA ASOCIACIÓN CANARIA DE NEUROPSIQUIATRÍA (ACN) Y EL PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS (2018-2023) en su versión BORRADOR**

#### **Antecedentes**

Desde hace más de una década la ACN lleva exigiendo a la administración pública Canaria un cambio de rumbo de la asistencia psiquiátrica (1) y reclamamos un III Plan de Salud durante años en solitario. Al promover la Consejería de Sanidad el III Plan de Salud de Canarias participamos activamente en su desarrollo en las líneas estratégicas y de colaboración correspondiente en relación con la Asistencia Psiquiátrica y la Salud Mental. Lo hicimos motivado porque desde la llamada crisis económica, las nuevas inversiones, la continuidad de la reforma psiquiátrica y la planificación estuvieron ausente o muy ralentizadas en las políticas públicas de la administración canaria. Y en este contexto un III Plan de Salud nos parecía una oportunidad para mejorar.

En coherencia cuando se generó el proceso de elaboración del III Plan de Salud, al que habíamos reclamado con urgencia durante años, nos pareció una oportunidad convincente para participar sin reservas. Y así lo hicimos ante la invitación institucional de sus responsables. El III Plan de Salud de Canarias (2016-2017) “entre la crisis y la transformación necesaria, para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios” se configuró con una visión novedosa para el cambio del Sistema de Salud de Canarias en su adaptación a varias encrucijadas. Posteriormente, vista su evolución, en su implementación ha sido errática e incluso pasado por alto sus esencias, difuminándose su filosofía y su espíritu transformador, prueba de ello, es que hace unos meses desde los gobernantes se habla de un nuevo Plan de Salud para sepultar el vigente, y comenzar un periodo de contrarreforma. Pues bien, hijo de ese III Plan de Salud (2016-2017) es el Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC 2018-2023). Después de la aprobación en el Parlamento de Canarias del III Plan de Salud y publicación en el BOCA, se recomendó la elaboración del PSMC en un año, Debería estar aprobado en Septiembre del 2017. Se ha incumplido los plazos y prácticamente cuando está agotada esta legislatura, a un año de nuevas elecciones, se nos envía la versión borrador PSMC, para su “validación externa” en términos oficiales, que no quiere decir científica.

Así a finales de abril del 2018, se invita a la ACN, junto con más entidades, para que realizáramos una valoración del borrador institucional del PSMC (2018-2023) y presentemos propuestas para su modificación en un formato determinado y limitado. En este marco, no se nos aclara, que ocurrirá después de presentadas las mismas. Y sobre



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

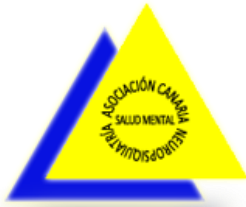
Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

qué criterio serán aceptadas o rechazadas y por quienes, nuestras propuestas, ni se abre un espacio para el diálogo de las mismas. Lo más probable, -ojalá nos equivoquemos- que sólo se aceptarán las que no altere la normalidad institucional, que no supongan un contratiempo -al finalizar esta legislatura en menos de un año- y las de naturaleza menor. Y después alardearan que hemos participado, si en la consulta formal, pero democráticamente no.

Desde la ACN, dada las condiciones económicas, sociales e institucionales de nuestra comunidad, así como, considerando las necesidades de las personas con problemas en salud mental y sus familias, y basándonos en profundizar y desarrollar el modelo asistencial en sus principios comunitarios y desde un máximo respeto a la equidad territorial en la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía canaria, requiere que no admitamos cualquier Plan de Salud Mental, que no colaboremos con falsas expectativas de cambio ni con un adulamiento innecesario.

Reconocemos que al menos, en esta ocasión, la administración pública canaria regional, se pronuncia a través de este borrador sobre su posición y visión sobre la asistencia psiquiátrica y la salud mental en Canaria, lo cual, hacía años que no contábamos con una propuesta desde las instituciones sanitarias. Ahora bien, la disolución en la práctica del III Plan de Salud, por la incompreensión de su filosofía y análisis del estado de la sanidad canaria, es un asunto que afecta a todo el sistema sanitario, y puede presagiar e incluso también ocurrir con un denso pero nada transformador PSMC. La propia confección del PSMC (2018-2023) para nada ha seguido la estrategia de participación del III Plan de Salud (2016-2017), y rompe con su visión estratégica. Es más los actuales gestores en salud mental que ni tan siquiera participaron en la elaboración del III Plan de salud en lo relativo a Salud Mental.

A pesar de la propaganda oficial nuestra organización profesional, la ACN no fue invitada expresamente a participar de manera institucional, en el proceso de debate y discusión de las líneas de trabajo del PSMC, como si lo han sido las organizaciones de familiares y usuarios, basta con mirar el lista de los participantes en las líneas estratégicas. Denunciamos con claridad con exclusión intencional de la ACN por parte de la Consejería de Sanidad, ante tanto bombo sobre la participación. Nos parece, un síntoma institucional de intolerancia a la diferencia, ausencia de gestión transparente y democrática de las instituciones públicas. Un agravio comparativo que la ACN, una organización que nadie duda que ha formado parte activa de la transformación asistencial en las islas, se le haya excluido a participar desde los inicios, cuando además es una organización con el mayor el número de profesionales asociados. Es más en el índice del PSMC un apartado del mismo está referido a las asociaciones de familiares y usuarios y para nada se habla de las asociaciones de profesionales, lo cual es revelador.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

En cambio, si hemos sido invitados a valorar el borrador del PSMC (2018-2023) que analizamos y comentamos en este informe, esperamos que no sea como un mero maquillaje participativo o convidado de piedra. Si su resultado fuese así, solo confirmaría la valoración que realizamos. Nuestra valoración solo la entendemos y hacemos con total independencia y responsabilidad, y la hemos venido realizando no ya desde hace más de cuarenta años, sino también en esta legislatura con varios informes de forma continuada, con lealtad a la ciudadanía de nuestra tierra (véase bibliografía). Más aún cuando en estos años, la inercia de la administración ha sido de parálisis, pero el sector tiene claro sus prioridades realizadas en distintos foros, con planes o sin planes de salud mental.

Insistimos que deseamos que estas aportaciones no caigan en saco roto, pero al no acompañarse la invitación por parte de la Consejería de Sanidad, de un encuentro e intercambio de consenso sobre las mismas a corto plazo, mucho nos tememos que es un puro formalismo de cara a la opinión pública, y más avala esta hipótesis al tener en cuenta que desde el 2016, hemos remitido nuestras reflexiones como organización profesional (2,3,4,5,6,7) a las autoridades sanitarias, y a las fuerzas políticas parlamentarias, al calor de todo el trajín de resoluciones aprobadas en esta legislatura en el Parlamento de Canarias sobre la salud mental.

Las fuerzas políticas parlamentarias tendrán que valorar el borrador del PSMC, así como, si este recoge las acciones y propósitos contenidos de las distintas resoluciones que en esta legislatura han sido aprobadas por unanimidad en la cámara legislativa. Cada uno tendrá que asumir su responsabilidad presente y futura en el PSMC que resulte definitivo y en la efectividad de su aplicación.

### **Valoración**

Globalmente consideramos que en la redacción actual la concepción del PSMC, es más un informe de con recomendaciones, que un plan en sí mismo. De hecho sigue el formato de la Estrategia Nacional de Salud Mental. El PSMC (2018-2023) es un cumulo inmanejable de objetivos y actividades que por su extensión ni prioriza ni presupuesta. Probablemente solo servirá para seguir aplazando la resolución de los problemas de la salud mental. Esto puede constarse en el abuso de formulaciones de sus objetivos-acciones, como “analizar” “elaborar” “estimar” “estudiar” “actualizar” dicho desde una administración cuyos gestores han administrado durante muchos años el área sanitaria, nos parece, insultante para los profesionales, los usuarios, las familias y a los ciudadanos de las islas. Este PSMC no servirá para profundizar en una reforma psiquiátrica inconclusa.

La ausencia al definir con claridad en el PSMC las debilidades del propio modelo comunitario y la carencia de una propuesta estratégica y de una gestión moderna, de



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

acuerdo a lo que ocurre en otros lugares del país y de Europa, así como, ni tan siquiera se proporciona un análisis de las numerosas tablas de números que se nos presenta, indica una dificultad de comprensión de la misión de un Plan. No hay ningún análisis de las debilidades del sistema de la atención Pública actual -será para no inquietar a los gobernantes- para con las fortalezas proyectar una atención integral, de calidad y participativa.

Nos resulta más de lo mismo, sin atreverse a acometer cambios sustantivos, al carecer de una visión estratégica. Solo se quiere hacer algo más pero mejor, tapar los agujeros de la barca. Basta como ejemplo, que después de tantas tablas - lo que se agradece - ni tan siquiera se llega a contemplar en este PSMC el número de plazas necesarias o óptimas de acuerdo a la población de hecho según categoría profesional en cada área de salud para hacer efectivo los “ múltiples programas y Subprogramas” , las “Unidades Específicas” o los “hospitales de día” que se nos propone en diferentes líneas, más aún esto es más que relevante en una situación de saturación de los servicios de salud mental.

El PSMC no clarifica que personal será el necesario en los próximos cuatros años para cumplir con los objetivos que se proponen y el número de plazas necesarias en todos los niveles asistenciales y rehabilitadores, según las condiciones demográficas y socioeconómicas de nuestras islas. Esta más que anecdótica ausencia nos hace pensar que se tirará más del personal en sus actividades para que cumplan con algunos de estos objetivos, dentro de la filosofía “hacer lo que se pueda”. Por lo que el PSMC no representa ningún compromiso con la ciudadana, es más, el PSMC es una “estrategia de ideas para que el gestor tire de ellas” sin ningún compromiso en su ejecución ni en la corrección y la profundización del modelo del comunitario en salud mental. Consideramos que precisamente es con esta dinámica, con el tiempo de inercia transcurrido, con lo cual se desea seguir, para nada se aprieta el acelerador ni se sabe la dirección.

La ACN estima que había que dar respuesta urgente y no seguir aplazándolo todo, o ir haciendo algo según la presión exterior, como ha ocurrido en esta legislatura. Por ejemplo se dice” Elaboración de un documento con la cartera de servicio”, consideramos que precisamente este PSMC tendría que contener una propuesta de cartera de servicio ya definida, tal como establece el decreto de prestaciones y servicios del SNS, y que en la literatura científica actual, hay más que criterios consensuados para haberla definido y haber presentado la misma y cómo se implementarla. Asimismo, las contracciones del PSMC se evidencia en la tensión entre el “incremento de plazas hospitalarias de rehabilitación necesarios (480 pp) -sin decir cuántas ni cuándo ni dónde- con la potenciación de la atención domiciliaria con otras administraciones”, sin explicitar en este caso que se refiere con la potenciación. Un PSMC como instrumento para profundizar en el modelo comunitario debe abordar con rotundidad esta tensión sin ambivalencias. O por



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

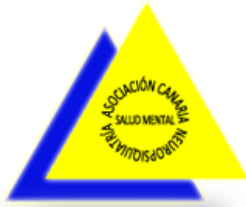
ejemplo, cuando alude a la “ realización de análisis de la situación específico sobre las urgencias psiquiátricas en Canarias, refleje la situación actual y las posibles deficiencias respecto a los estándares recomendados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias y en documentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre esta área”, cuando en las I Jornadas de Responsables de Salud Mental de la de la Comunidad Autónoma de Canarias (9), celebrada en la isla del Hierro (2009), se analizó las diferentes desiguales entre islas en la atención a los urgencias hospitalarias y se realizó unas recomendaciones de unos estándares de calidad para la atención del paciente psiquiátrico en estos servicios, que es donde, más si cabe también se vulnera los derechos de los usuarios, por el uso de las contenciones físicas innecesarias por la carencia de personal e infraestructura adecuadas, como recoge en la Declaración de Cartagena sobre la contención física, que ni se menciona ni se asume como propia el PSMC.

El PSMC dada la composición en su elaboración está orientado al sector sanitario, o sea, subyace el modelo de enfermedad biológico, y para nada se ha considerado la dimensión social, lo cual hubiera requerido una apuesta decidida por la transversalidad en su elaboración. Se sigue empleando términos, Larga estancia”, TMG, “Pisos tutelados”, “Cronicidad”... es parte de la fraseología que se filtra de los tiempos pasados, pero que indican como lapsus la ideología en la que se sustenta; la locura como déficit y enfermedad incurable, donde sólo caben tutelas, hospitales asilares y que pase el tiempo con orden y quietud, sin aspavientos.

El PSMC tampoco está orientado hacia las políticas de salud pública, con esfuerzo de atención o colaboración hacia las poblaciones vulnerables. Y más aún, este PSMC servirá de vía a la externalización de la asistencia sanitaria psiquiátrica a manos privadas. Un PSMC que sus principios rectores señala textualmente. (18pp), que el PSMC utilizara “la gestión pública de los servicios y, complementariamente, en caso necesario, la gestión privada, para la provisión de la asistencia sanitaria”. Realmente es abrir un segmento de mercado de negocio a las entidades privadas en el ámbito sanitario que en la actualidad es de escaso volumen, en unas islas frente a otras. El PSMC abre de forma decidida esta puerta, con la cual, la ACN, se manifiesta claramente contraria a la misma, porque viene a descapitalizar a la asistencia pública, con aumento de la inequidad social y territorial, y una asistencia psiquiátrica de primera y de segunda clase. Cuestión está nada menor, que ni tan siquiera en los bunker de los participantes en las líneas estratégicas conocían. Se nos habla de método Delphi sospechoso de unilateralidad, al final, quien escribe el borrador decide (por ejemplo, la apertura de puertas a la sanidad privada...¿se discutió públicamente?

Un PSMC que no habla de su financiación y se deja abierto a no se sabe qué y ni tan siquiera se establece un porcentaje alcanzable dentro de los presupuestos de la





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Consejería de Sanidad destinado a la asistencia psiquiátrica y salud mental. Nos indica que debemos seguir presionado y luchando para arrancar las medidas adecuadas. Como ha ocurrido históricamente. Nada nuevo.

No obstante, dado el tiempo raquítico de un mes, que nos han ofrecido, para hacer aportaciones específicas (léase por el formato recomendado cuestiones de estilo, mejoras de redacción, inexactitudes...), pero no renunciamos, una vez más, a realizar no solo una valoración global sobre el proceso de elaboración institucional del PSMC, sino también sobre sus contenidos, calidad, control y seguimiento para la ejecución y financiación.

### **Metodología: Forma de Elaboración y Representatividad**

En la literatura comparativa, a nivel estatal, las estratégicas nacionales de Salud Mental, se han elaborado a partir de la constitución de un comité técnico e institucional, avalado por el Consejo Interterritorial de Salud. En nuestra comunidad, en alas de restringir la participación, no se ha seguido este procedimiento amplio y participativo desde un primer momento. Solo se ha solicitado en un mes la “consulta” de las organizaciones y colegios profesionales, para “validar” el propio proceso, sin posibilidad de dialogar ni debatir y consensuar entre todos el Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC).

A pesar que se estableció un grupo de trabajo por cada línea y sublínea estratégica. Por lo tanto, se establecieron 22 grupos de trabajo, que tuvieron como objeto el desarrollo de las doce líneas estratégicas que componen el Plan. La media de participantes por grupo fue de 5,3 personas, si bien la media final fue menor, debido a la imposibilidad de algunos profesionales de participar con continuidad en el proceso, por diferentes motivos. Precisamente no se aporta cuántos profesionales se descolgaron del proceso y cuál fue la media de participación al final del mismo, tampoco las categorías profesionales de los participantes de la red de salud mental en porcentajes y su representatividad en relación al número total para cada categoría profesional en la red. Y además, a los Directores de los PIRP como tales no fueron invitados, según consta, en la ficha técnica difundida al comienzo de los desarrollos del Plan, a pesar de proponer un decreto de modificación de los CIRPAC y una línea de trabajo sobre rehabilitación y otra sobre trastorno mental grave, nos parece una enorme anomalía incomprensible, ni explicada ni argumentada.

Es más en su concepción del papel de las organizaciones de familiares y de usuarios, en el propio texto del PSMC, se ha restringido su participación a las líneas que la propia administración regional le asignaba, lo que habla por sí mismo como entiende estratégicamente la colaboración y la concepción sobre el papel de los usuarios y sus organizaciones. A las organizaciones como la ACN ni tan siquiera se le invitó formalmente

a formar parte de las líneas de trabajo. Nos recuerda tics de gestores de épocas pasadas y no propio de un proceso participativo.

Durante el último trimestre del 2016 se constituyen unos grupos de trabajo sin conocerse bien el criterio elegido para su composición - voluntariedad- y para trabajar en una líneas estrategias decididas por la Jefatura Regional de Salud Mental sin ningún tipo de consulta previa y sin haberse preocupado antes de presentar al sector el análisis de la situación de la salud mental en Canarias para su valoración,

Se convoca a los integrantes de estos grupos de trabajo a una reunión a finales de diciembre, donde se les ofrece unos Documentos y se les pide que tengan su trabajo elaborado en un plazo de unos meses. Parece que había prisa, porque la Consejería quería un Plan de Salud Mental rápido, en la línea de estos planes, que en muchas ocasiones son meras declaraciones de intenciones como el Plan de Humanización o la Estrategia de Cronicidad, que se aprobaron ya hace unos años. En esa reunión se da a entender que más valía aprovechar el momento pues parece que la Consejería estaba dispuesta a destinar algún dinero para la infrapresupuestada salud mental. Seamos pragmáticos y constructivos es el mensaje que se transmite. Se olvida la Consejería de que las actuaciones sanitarias son para mejorar la atención de las personas no para mejorar la imagen política

En este caso, solo ha participado profesionales del ámbito institucional de forma voluntaria - no han participado muchos jefes de servicio- y cada línea de trabajo solo ha podido discutir lo de su línea. Se ha carecido de un comité científico, no aparece en ningún lado su existencia, y se pretende validar el documento (en un mes), sin posibilidad de intercambio abierto entre todas las partes. Sobre cómo y quién ha decidido los contenidos y las prioridades, que se incluye y que no, no se especifica en ningún lugar del PSMC. No olvidemos que la red de salud mental está formada por cerca de 600 profesionales.

La representativa del borrador solo puede venir legitimada por su proporcionalidad al número de participantes de acuerdo al número total de profesionales de salud mental, cuyo tamaño tiene que ser proporcional a la multidisciplinaridad, y por la participación cualificada de los jefes de servicio, los coordinadores USM y los responsables pasados o presentes de las direcciones del PIRP.

La representatividad por conglomerados y su corrección con los responsables de los servicios para un justo equilibrio en los discursos y las visiones tuvo que ser contemplado. Visto la muestra de los participantes consideramos que no cumplen estos criterios de proporcionalidad y experiencia en la conformación de la representatividad. En este sentido, el documento representa a los firmantes y los participantes pero no al conjunto de los profesionales del sector. Y menos aún representa un verdadero documento de consenso. Ni tan siquiera se ha llevado a la Comisión Asesora Regional de Salud Mental como órgano representativo de la comunidad canaria en materia de salud mental para que sea ratificado por el mismo y debatido abiertamente entre sus miembros. Y menos aún se ha sometido a la participación de los Consejos de Área de Salud, auténticos órganos insulares donde se elaboran y aprueban las políticas para cada isla y donde hay una amplia representación social. Ni las Coordinadora Insulares de salud Mental ni conocen ni se les ha dado la oportunidad de debatirlo. Los propios órganos del sistema de salud de Canarias se le escamotean este debate sanitario amplio, y con prisas se intenta validar de estas maneras.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Además no ha habido transparencia en la conformación de la toma de decisiones del borrador. Ha diferencia de todos los anteriores planes de salud o de discapacidad, su discusión era “cara a cara” y con la posibilidad de que todos pudieran intervenir en todo con un consenso sobre cada punto y coma.

Y si consideramos que los determinantes de la salud juegan un papel relevante en la naturaleza de la pérdida de la salud mental, y en su propia resolución, un PSMC para ser participativo en clave intersectorial debería haber hecho corresponsable del mismo desde los inicios -para favorecer una -cultura diferente y asumirlo como propio- al resto de los departamentos gubernamentales y administraciones insulares, para realmente y de forma efectiva adquirir realmente su condición de ser un Plan biopsicosocial. La salud mental como algo exclusivo del sistema de sanitario nos parece una visión que no se corresponde con toda la documentación que se dice que se ha consultado. Toda esta ausencia resta representatividad para la resolución de las necesidades.

### **El PSMC y el Plan de Salud de Canarias.**

Si bien los contenidos del Plan de Salud Mental aunque muchas de las veces concuerdan con planteamientos que ofrece el Plan de Salud de Canarias, tal y como están formulados sus Objetivos, Acciones y Líneas Estratégicas, nada tienen que ver con los 5 objetivos estratégico o los 14 objetivos específicos de las 10 Áreas de Impacto, las 4 Áreas de Colaboración. Lo mismo ocurre con las correspondientes 49 Líneas de Actuación y de Colaboración del Plan de Salud de Canarias. El Plan de Salud Mental parece plantearse como algo PARALELO al Plan de Salud de Canarias que como condición de eficacia debe ser considerado como el marco organizador metodológico, estratégico y funcional del Plan de Salud Mental. Parece más una apuesta paralela fragmentadora sin la coherencia interna necesaria del principio de un modelo de subsistema público e integrado de atención, como establece el Área de Impacto 4 del Plan de Salud, centrado en la persona como sujeto.

### **Calidad del Plan**

A parte de lo que señalamos en el conjunto de este informe, la propia caracterización del contexto histórico de los periodos del desarrollo comunitario de la asistencia psiquiátrica y la salud mental, en las islas nos llena de dudas sobre la comprensión historia necesaria para mejorar y profundizar con lo realizado hasta el presente. La documentación escrita sobre los inicios de transformación asistencial está referida a 1981 a través de una propuesta de los profesionales de Gran Canaria. Y para nada estamos de acuerdo con los dos periodos y su caracterización que se establecen el documento.





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

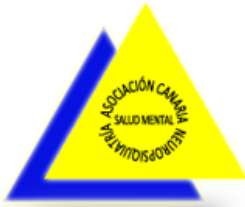
Tal como está en el documento con la caracterización en dos períodos parece una apreciación de un corta-pegar de cualquier libelo sacado de google. Nos parece simplificada, gratuita, artificial, no fundamentada y refleja el desconocimiento de sus redactores.

Para la ACN, los diferentes periodos de la transformación asistencial de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en Canarias, los describimos a continuación:

Hay un periodo de transformación de la asistencia Psiquiatría que abarca desde comienzo de los años ochenta a la primera década de los noventa, un segundo periodo de consolidación del sistema asistencia comunitario inconcluso y la emergencia de los recursos comunitarios de rehabilitación y hospitalarios, que abarca desde la segunda década de los noventa hasta el comienzo de la llamada crisis económica. Otro periodo, que llamaremos periodo negro, con paralización de la reforma y el desarrollo del cuarto pilar del estado del bienestar y un cuarto periodo, del final de la crisis económica hasta el desarrollo del III Plan de Salud, Nos parece que esta demarcación histórica se ajusta más a la temporalidad de los acontecimientos y no sepulta ni oculta realidades históricas.

Nos preocupan las imprecisiones y la falta de conocimiento que también se expresa al no recoger el desarrollo y ritmo desigual de la implementación del modelo comunitario en cada una de las islas. Al precisar la caracterización del desarrollo del modelo comunitario en salud mental se afirma “este diagnóstico de situación conlleva que, de forma progresiva y fundamentalmente a partir de la segunda mitad de los años 80, comience a fraguarse el inicio de un nuevo modelo de atención psiquiátrica apoyada en el Modelo Comunitario, con un foco de transformación de los hospitales psiquiátricos hacia lo comunitario, con un fuerte liderazgo apoyado en el consenso y optimismo de los profesionales” Esto es falsear la riqueza de la realidad histórica, La transformación del hospital psiquiátrico en los años 80 en Gran Canaria corrió a cargo de los profesionales de la salud mental con el apoyo institucional del Cabildo Insular de Gran Canaria a pesar de sus vacilaciones.

En Tenerife en cambio permanecía el hospital psiquiátrico y ante la dificultad de generar un movimiento de cambio profundo, su intento de transformación giró en torno a diferenciar la población residente según las patologías, y a la creación de una unidad de hospitalización breve en su interior que a la larga se convirtió en una decisión no afortunada, que contradecía los principios ministeriales para una reforma comunitario. El cabildo Insular en esta época mantenía las competencias en materia sanitaria. Posteriormente de hecho en los años 90 un documento de la dirección del HP de Tenerife donde la asistencia giraría en torno a un instituto de salud mental en el hospital Psiquiátrico. Este proyecto no llegó a progresar debido a las corrientes trastornadoras de



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

algunos sectores de profesionales y sindicatos y las ONG en esta isla y el cambio de la política sanitaria del cabildo Insular al comienzo de la segunda década de los noventa. En las hemerotecas pueden encontrarse información al respecto, que no se cita en el PSMC. Parece como si hubiese decidido hacer borrón y cuenta nueva por su cuenta, simplificando lo complejo, sin contar *de verdad* con la opinión de todas las partes interesadas, y transmitiendo que ahora comienza todo.

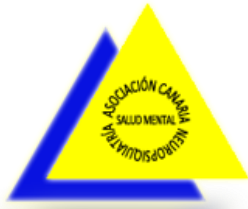
EL PSMC aunque también reconoce el papel de los profesionales, la transformación la atribuye a no sabemos que se quiere decir con optimismo". Las razones para la transformación se basaba en la sociología americana sobre que nos decía sobre los HP (instituciones totales"), la Psiquiatría de sector, la comunidad terapéutica y la relaciones interpersonales de Sullivan y la psiquiatra democrática de Basaglia con la ley 180 ("ciudadanía y libertad"), así como. la Declaración de Alma/Ata en atención primaria. De estas referencias de las que se nutres nuestra reforma Psiquiatría en nuestra comunidad y en el mundo. Nos parece que estas valoraciones de la redacción del PSMC sobran y denotan falta de rigor. Y en cambio para nada sobran lo señalado porque forma parte del acervo común del sector, y que ni se citan, esperamos que no sean por desconocimiento.

Es significativo que al definir el PSMC lo que incluye un Plan según la OMS se dice textualmente que "Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades" (OMS, 2006)". Los propios redactores del plan en una amnesia lectora y de comprensión, para nada señalan en el PSMC los plazos de ejecución de las acciones, sus compromisos ejecutivos ordenados temporalmente, y menos aún, los recursos humanos, financieros y de infraestructuras, que acompañarán la viabilidad de este PSMC.

No se dispuso de un conjunto de buenas prácticas sobre las líneas de trabajo, pero desgraciadamente ni lo aportado se ajusta a la definición de buenas prácticas, ni se ha seguido un procedimiento adecuado y conocido para recogerlas ni se dan datos sobre su validez (del propio Ministerio véase "Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud, Subdirección General de Calidad y Cohesión, MSSSI 2014).

### **Modelo Comunitario**

La Estrategia Nacional de Salud Mental fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en diciembre de 2006. Desde entonces el Ministerio ha promovido dos evaluaciones, en 2009 y en 2015, sobre el grado de implementación de los objetivos de la Estrategia, mediante cuestionarios dirigidos a las Consejerías Autonómicas de Salud, así como dos actualizaciones basadas en los resultados de dichas evaluaciones.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Esperábamos que el PSMC que se nos propone, se nos informara de estas evaluaciones en nuestra comunidad lo cual no se produce, y después de tantos años de implementación del modelo comunitario de atención a la salud mental en nuestras islas, se nos presentará una evaluación del grado de implementación del Modelo en relación a sus principios. Una reflexión fundamentada debería preguntarse hasta qué punto nuestra comunidad ha sido fiel al mantenimiento del Modelo Comunitario y si existen diferencias interinsulares en su aplicación, solo hay una afirmativa retórica de apuesta por el modelo comunitario, lo cual a la fecha actual de vigencia, es insuficiente para ofrecer un diagnóstico de la situación. Al mismo tiempo, en tanto que entre 2007 y 2014 tuvo lugar una grave recesión económica en nuestro país y en nuestra comunidad, es inevitable preguntarse si la recesión y las políticas de austeridad posteriores que tan gravemente afectaron a los servicios sanitarios pudieron mermar también la implementación del Modelo. De esto no se realiza ninguna mención en el Plan de Salud Mental propuesto. Esperábamos la evaluación de cada uno de los principios del modelo comunitario, lo cual nos permitirá también para fijar, valorar las debilidades y fortalezas del mismo. Haber evaluado los principios de Autonomía, Continuidad, Accesibilidad, Comprensividad, Equidad, Recuperación Personal, Responsabilización y Calidad. Pero tampoco vemos voluntad de hacerlo ya que en sus objetivos y acciones no se le considera. Lo cual proponemos que se realice de forma inmediata.

La AEN para el conjunto del país ha realizado dicha evaluación (Revista AEN, Enero-Junio. 2018) características más positivas del modelo fueron las que se implementaron en la década de los 80, relacionadas con la accesibilidad, la continuidad de la atención y la comprensividad, muchas de las cuales se implementaron gracias al desarrollo del SNS, mientras que las carencias más importantes fueron la ralentización del desarrollo de determinados servicios, como la atención infanto-juvenil y la patología dual, y en general todo tipo de innovación, así como la ausencia de una visión de salud pública, la mala gestión y la falta de un sistema adecuado para rendir cuentas.

Habría mucho que hacer, y en el borrador de PSMC apenas se contempla una valoración de ejecución de los principios del modelo comunitario.

### **Factores Protectores de la Salud Mental**

Las políticas que favorecen la salud mental de nuestra comunidad, no solo es a través de acciones sobre el sistema sanitario. Las políticas de salud pública en salud mental en todas las políticas gubernamentales, es esencial, en un PSMC que aspire a una visión que incida en los determinantes sociales, económicos y culturales sobre la salud mental. Visión de la que carece y para nada se refleja en el PSMC propuesto. Un mayor peso en la focalización del PSMC hacia las poblaciones vulnerables nos parece esencial debido a la situación de la población canaria. Necesitamos un PSMC dirigido a la promoción y prevención de la salud.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Además los tres factores Socioeconómicos, determinantes de la salud, que tienen conexión directa con las políticas sobre discapacidad, en concreto los referidos al empleo, el abandono escolar y la pobreza, como se mencionan como objetos prioritarios en el III Plan de Salud en las condiciones de vida y en Estrategia Española sobre Discapacidad (2012-2020) desde un punto de vista de transversalidad (“mainstreaming” en terminología UE), considerándose las acciones específicas llevadas a cabo en el ámbito de las personas con discapacidad como esenciales para coadyuvar a la consecución de los objetivos de la Estrategia Europea 2020, así como, para afianzar los derechos ciudadanos de las personas con discapacidad. Y esperamos que en la Estrategia de discapacidad de Canarias no se excluyan los asuntos sanitarios, como recoge la Estrategia Europea.

### **Naturaleza del Plan**

Es un Plan que se dirige exclusivamente a la parte sanitaria de la red. Un verdadero Plan de Salud Mental tiene que tener una vocación de transversalidad. Hubiera sido deseable, diseñar un plan conjunto con la parte de la red que depende de la Consejería de Políticas Sociales, Empleo, Educación, Justicia y Vivienda y la FECAM y la FECAI. Un PSMC que en vez de estar formulado en términos de “vamos” se formula en términos de “haremos”. La importancia de la transversalidad en el desarrollo de este Plan está más referida hacia la propia red de salud mental y la atención primaria, que a las líneas colaborativas que ya establecía el III Plan de Salud que había que desarrollar conjuntamente en el PSMC. La presencia de las agencias citadas no limita a tener algún representante en una de las líneas estratégicas, pero si era de esperar, en una concepción biopsicosocial un plan de actuación y unos compromisos conjuntos de todas las administraciones que tienen que decir algo en las políticas públicas en salud mental. Deberá ser, no solo el interdepartamental en salud mental y atención primaria, sino intersectorial implicando mucho más a otras consejerías como la de Justicia (hay que hablar de los ingresos involuntarios, de las incapacitaciones, de la atención en prisiones, de los centros de menores por ejemplo), Políticas Sociales (revisión de los decretos del SAAD) estrategia de dependencia inclusiva, hay que mejorar las garantías de las tutelas, garantizar los cuidados de los pacientes mayores o los menores...), y los Cabildos, con sus competencias en discapacidad, gestión de la dependencia y planes socio sanatorios.

Un Plan se define y elabora a partir de un análisis de la situación y de las necesidades que de ella se desprende de la realidad asistencial, demográfica y social de nuestra comunidad. Cuando se presentó en primer esbozo en la Comisión. Asesora Regional de salud Mental en el 2016 ya se nos presentó las líneas de trabajo sin análisis previo, al parecer, después de consultar múltiples planes de salud mental de otras comunidades. Además se nos dijo que se estaba haciendo un análisis de la situación de la salud mental



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

con una serie de expertos y que en unos meses sería debatido y presentado a los profesionales. Nunca ocurrió tal cosa. En el borrador que se nos presenta sólo hay un acumulo de tablas sin un pensamiento analítico y reflexivo que acompañe al volumen de información aportada. Adormecer la reflexión con número y números sin un análisis sobre que se nos dice en positivo y en negativo, para desde ahí, articular y apuntar el rumbo de la asistencia pública en salud mental en Canarias. Pero esta síntesis no se aporta. Se apabulla con datos sin análisis, será para que no se lea, dicen la mayoría de los profesionales. Existen, algunos diseñados por la propia OMS y que se han aplicado en alguna otra Comunidad Autónoma para poder analizar las debilidades y fortalezas de la atención.

Que se retrasase el Plan por hacer un adecuado análisis no hubiera implicado que se paralizaran algunos cambios con la ejecución inmediata de algunas medidas ni tampoco que se pudiera invertir en nuevas acciones.

Un plan que se dice participativo implica que los distintos interlocutores participen desde el inicio en el análisis de las necesidades y en el diseño de las líneas estratégicas. La participación se ha entendido simplemente como aportación de sugerencias.

### Objetivos y Actividades

Teóricamente como el PSMC se declara que asume Plan Europeo de Salud Mental (2013-2020) debería girar su articulación y construcción entorno a los pilares del Pacto Europeo. Se debería garantizar a través de este instrumento de planificación y de control globalmente en cada línea estratégica que los indicadores sirvan para la monitorización de estos objetivos.

Hay una total indefinición de los objetivos estratégicos del PLAN, mientras que en cada línea estratégica se establecen objetivos y acciones con más o menos intensidad, sin priorizar ni temporalidad.

Para la ACN los objetivos del PSMC estarían en la línea de:

- Cualquier persona tiene la misma oportunidad de conseguir un adecuado nivel de bienestar mental a lo largo de su vida, especialmente los que están en situación de vulnerabilidad o de riesgo.
- Los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental deben ser plenamente valorados, respetados y promovidos.
- Los servicios de salud mental deben ser accesibles, competentes y asequibles, disponibles para la comunidad y ajustados a sus necesidades específicas.





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

- Las personas tienen derecho a un tratamiento digno, eficaz y que garantice su seguridad.
- Los sistemas de salud deben proporcionar una adecuada atención de la salud física y mental a todos los ciudadanos.
- Los sistemas de salud mental deben trabajar en colaboración con otros sectores en todo el proceso de planificación, gestión, y toma decisiones compartidas.
- Las directrices políticas en salud mental y su implementación deben desarrollarse a partir de un adecuado conocimiento.

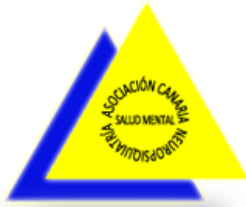
Se pide opinión tarde y mal, aportando un vasto arsenal de tablas y gráficos, sin análisis de los mismos y no se transmite de forma analítica que es lo que se nos desea comunicar. Asimismo sin una metas y objetivos a conseguir con el conjunto de las acciones para corregir el diagnóstico de la situación que no se aporta. Lo cual nos indica que se carece de una visión global y menos aún transformadora, de la atención vigente, sino ajustar mejor lo que se hace, sin mover la asistencia hacia las nuevas necesidades, Se intenta corregir lo que no se ha hecho durante décadas pero no se coje el paso de la modernidad.

Así pues como se carece de objetivos globales, coherentes e integrados con capacidad de mover la atención hacia los lugares de mayor inequidad y menor calidad, decimos que estamos antes una estrategia más que ante un Plan de Salud, y si valoramos los Objetivos y Actividades observamos que aunque la estructura de la presentación de capítulo IV de Objetivos y Acciones guarda un formato común, la organización y la metodología utilizada por cada grupo no parece haberse integrado en un momento de síntesis global del documento, perdiendo coherencia interna, a pesar de que no se cuestiona la cualificación de las personas participantes. Este aspecto hace que, a nuestro juicio, pierda eficacia y complica su comprensión y efectividad.

Las actividades (Operaciones/acciones), tal y como están planteadas para cada objetivo específico, constituyen una lista de propuestas no priorizadas, sino probablemente, fruto de las aportaciones en forma de tormenta de ideas más o menos consensuadas en los grupos de trabajo, dirigidas para desarrollar el objetivo correspondiente. No parece que se haya utilizado una metodología para la priorización de los problemas que han sido escogidos, ni de la formulación de las actividades o acciones en función de su capacidad potencial de impacto tal y como se ha planteado en las Conferencias Insulares de Salud, o utilizando otras metodologías adecuadas, orientadas por la condición necesaria de la eficacia potencial de las mismas.

Integrar las actividades propuestas en los objetivos específicos de las Líneas Estratégicas en los ámbitos territoriales y funcionales correspondientes y, particularmente





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

en los Planes Insulares de Salud, tal y como establece el III Plan de Salud de Canarias 2016-2017 en su epígrafe 7.2. Ello puede implicar su inclusión como parte de los PIRPS o en los planes de acción de las Unidades de Salud Mental Comunitarias en el contexto de sus contratos programas –PGCs. Esto que es trascendental debido a la gestión hospitalocéntrica de un modelo comunitario -que ni se plantea su conveniencia actual de esta forma de gestión-no se tiene en cuenta.

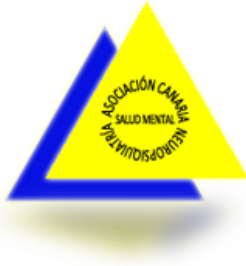
### Las Líneas Estratégicas

Las líneas Estratégicas del PSMC nacieron no desde un análisis y diagnóstico de la situación de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en las islas, sino la DGPS presentó las mismas en la Comisión Asesora Regional de Salud Mental, al parecer después de consultar numerosos Planes de Salud Mental de otras comunidades, como si los desarrollos, las particularidades de la asistencia y los ritmos de implementación fuesen los mismos y con idénticas necesidades.

De los cerca de 600 profesionales de la asistencia pública en salud mental solo un muy reducido número participaron en la decisión y configuración de estas líneas estratégicas .

La ACN considera que unas líneas de trabajo más ajustada a nuestra realidad, están en relación a la seguridad de los usuarios , la defensa activa de los derechos humanos en la salud mental y su monitorización (prioridad mundial según la OMS), la innovación y gestión de los servicios, la calidad de los procesos asistenciales, las condiciones de trabajo de los profesionales, ajustar las ratios asistenciales por categoría, analizar su distribución en los niveles asistenciales, y su relación a la población (Nos da una imagen del modelo y detectamos las necesidades de acuerdo a la orientación global del modelo asistencial), los psicofármacos y su prescripción y vigilancia de los efectos sobre la salud física,, la democratización de la red asistencial (órgano de toma de decisiones y su impacto en las gerencias), la cartera de los servicios clínicos y de rehabilitación, entre otros y la transversalidad interinstitucional e intersectorial desde la cogestión.

Para la ACN en la gestión pública se destaca, la necesidad de profesionales con una formación acreditada en todos los niveles incluso en los directivos sanitarios, la necesidad de reforzar los recursos y ampliar y mejorar la estabilidad de la plantilla, mayor tiempo en consulta, sesiones psicoterapéuticas con la frecuencia necesaria y citas periódicas y publicitadas para un adecuado seguimiento por la ciudadanía. Asimismo, señalamos la importancia de mejorar las competencias y los recursos profesionales, especialmente en las áreas dedicadas a la atención a la salud mental infantil y adolescente. También se plantea formar a otros perfiles de profesionales de salud, especialmente AP, y la cogestión intersectorial con educación, servicios sociales, drogodependencias, mayores, de forma estable y reglamentada, no a golpe de la presión de la demanda de cada área.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Después de tantos años de los gestores en el Servicio Regional de Salud Mental y su ámbito de influencia, aún no comprendemos como en esté PSMC no incorporará ya propuesta concretas para ejecutar y hacerlas viables en la agenda de trabajo para continuar con la reforma de la asistencia Psiquiatría. Desde hace más de una década de ausencia de una gestión eficaz- hay abundante literatura sobre lo que han trabajado en las líneas y comisiones de trabajo, basta mirar, otros planes de salud mental de otros territorios nacionales o si se prefiere las propias revisiones Cochrane o Guías terapéuticas del SNS o Guías Autonómicas de prevención del suicidio, - que ni se citan- o Guías del NICE- vemos que lo abordado en la comisiones de las líneas estratégicas forman una sumatoria no encadenada con contradicciones en su interior.

En otro orden de cosas, se confunde cronicidad con trastorno mental grave y trastorno mental grave con trastornos Neuropsiquiátricos y trastornos mentales orgánicos con trastornos mentales graves funcionales. Se introduce confusión al incluir en los trastornos mentales graves a los trastornos de personalidad, cuando estos tipos de trastornos requieren de una atención específica diferenciada a los otros trastornos mentales graves. Y además la relación entre consumo de drogas y los trastornos psiquiátricos se reduce al trastorno mental grave, cuando en los consumos de sustancias psicoactivas es más prevalente los trastornos de personalidad asociados, y los programas preventivos. Todo ellos se incluyen en subprogramas del TMG. Asimismo, se incluye en la última línea de trabajo, la acción de "la apertura de una debate para definir el espacio socio sanitario", lo cual indica la falta de integración de lo trabajado con otras líneas, y lo que es más preocupante, el vacío conceptual de la concepción de la teoría de sistemas en todo el enfoque del plan de salud mental de canarias. Si al final del PSMC se plantea que hay que definir el espacio socio sanitario es que el PSMC navega sin rumbo sobre el lugar que se debe sostener y ocupar.

### **CONTENIDOS**

Más del 90 acciones pero se superponen unas a las otras e incluso en un momento determinado no se sabe bajo qué criterio se dará prioridad a unas y a otras. Destacamos algunos contenidos que debieran ser revisados, pero que indican forma de concebir la asistencia psiquiátrica pública, y al sujeto con su locura.

### **Trastorno Mental Grave**

En el PSMC se alude que se ha utilizado en su definición la CIÉ-10 y se incluyen los trastornos de personalidad. Al consultar las Guías Clínicas sobre trastorno mental grave (GPC, 2009) resulta que reconocen que existen diversas formas de definir el trastorno mental grave. En esta GPC se ha utilizado la de mayor consenso en la bibliografía (9, 10,11,12,13) que contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

(cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada. Se incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastornos delirantes persistentes (F22)

Trastornos delirantes inducidos (F24)

Trastornos esquizoafectivos (F25)

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Trastorno bipolar (F31.x) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Pero precisamente en el PSMC se incluye los trastornos de personalidad que no se recogen en los estudios clásicos de TMG, ni en la práctica clínica rehabilitadora habitual, solo en alguna nosología psiquiátrica al uso, cuando la relación más consensuada por grupos de expertos es la que señalamos. Sea como fuese, los trastornos de personalidad, requieren de profesionales con experiencia especializada en estos trastornos, y con un alineamiento de dispositivos a disposición para la continuidad de cuidados. Incluir estos trastornos de personalidad en el trastorno mental grave, si se toma esta decisión, conllevaría tal como se configura en el PSMC, desvestir un santo para vestir a otros, sino se corresponde con aumento de la plantilla de profesionales para esa labor de alta intensidad.

Cada grupo de población requiere enfoques y procedimientos adecuados.

### - CIRPAC. Modificación de Decreto

Entendemos que se ha introducido en el Plan el nuevo decreto porque el proceso de su elaboración y redacción fue algo más que irregular y que puede consultarse (14) como ocurrió la confección de la versión que se presenta en el PSMC. Es un nuevo intento de legitimar sus actos sin contar como se llegó a este texto, descontextualizando la toma de decisiones.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

### Antecedentes

El decreto vigente es de 1997 y después de más de veinte años es más que necesaria su modificación para adaptarlo y responder a las nuevas necesidades y demandas. Es un órgano socio sanitario con participación de administraciones Regional, Insular y local y las organizaciones de familiar, usuarios y profesionales. La dirección técnica es responsabilidad de los directores del Plan Insular de Rehabilitación Social que son nombrados por el Consejo entre profesionales de cualificado prestigiado en el ámbito de los trastornos mentales Graves

### Redacción actual propuesta

Se cambia en carácter socio sanitario de los CIRPAC al vincularlos más al SCS (visión asistencialista para problemas crónicos y pérdida de interlocución con otras administraciones). El CIRPAC sería visualizado no como un órgano de todas las administraciones participantes sino como un órgano sanitario más. Además en la redacción actual, en la cual se exige que el Director del PIRP sea personal del SCS no lo consideramos que sea necesario pues restringe la posibilidad de disponer de profesionales reconocidos. En la redacción actual, que no ocurría en la. Anterior, solo afectaría al Director del PIRP de Tenerife, que no está vinculado al SCS, cuya labor en estos años ha sido reconocida por la sociedad isleña y con reconocimiento a nivel nacional e internacional.

Es más la modificación actual no ha sido debatida en los propios CIRPAC. Se presenta la modificación del decreto del CIRPAC sin una reflexión de lo que se pretende resolver con ello, no siendo una propuesta consensuada por parte de los Directores del PIRP Insulares (había tres propuestas en la mesa). Se ha incumplido lo comprometido en la última Comisión Asesora Regional de Salud Mental de acometer una reforma con un borrador de consenso entre los técnicos.

Para configurar este borrador se estableció un proceso rápido y sin apenas debate entre los directores del PIRP a la propuesta institucional, y se nos presenta un contenido que encierra más a los CIRPAC en la atención sanitaria, y cuyas funciones no acomete las necesidades ni presentes ni futuras, por aquellos, que han sido, protagonistas estos años y cuya experiencia no se ha recibido.

De nuevo se busca la legitimación a hurtadillas falseando los procesos. Una discusión abierta y transparente capaz de diseñar una estrategia de futuro y el papel de estos Consejos, y que el propio proceso de discusión de todos sus protagonistas sirviera para impulsar un nuevo horizonte. La ACN ha desarrollado con mayor profundidad la



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

contextualización de los CIRPAC, en un documento titulado “Profundizar en la reforma de la asistencia pública en salud mental un tiempo nuevo: Los CIRPAC y los nuevos retos para las políticas públicas dirigidas a las personas con trastorno mental grave”. (<http://www.ascane.org/pages/documentos.html>).

Desde hace un año se remitió a la Consejería y a todas las fuerzas políticas del parlamento Canario, De mantenerse la actual redacción de modificación, ojalá estemos equivocados, es condenar al citado Consejo al testimonialismo, significando una contrarreforma en la reforma psiquiátrica en Canarias. No obstante no renunciamos a seguir insistiendo, con las siguientes propuestas que se detallan a continuación.

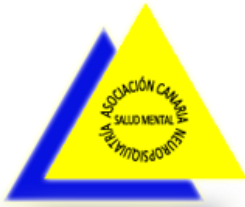
### Propuesta alternativa

- Abrir un proceso de discusión en los propios CIRPAC para debatir y analizar su futuro y consensuar una propuesta Unitaria e integradora. Esto se realizará en un plazo de tres meses. Puede considerarse como propuesta en el PSMC y aplazar su aprobación en la redacción actual.
- Redefinir sus funciones en el contexto de la aparición de los decretos de la ley de dependencia y los Consejos Insulares de Discapacidad.
- Modificar el nombramiento de los Director del PIRP por el SCS en el sentido que. Cualquiera de las administraciones participantes y las organizaciones podrán proponer a un Candidato para esta responsabilidad con reconocimiento y prestigio reconocido y su nombramiento será sometido al Consejo.
- Retirar el nuevo decreto del PSMC.

### Conducta Suicida

A pesar de que nuestra comunidad dispone de estudios del suicidio consumado y de intentos de autolisis con series temporales amplias, referidos a la población Insular, realizados en los últimos veinte años del siglo XX los mismos no se citan ni se toman como referencia para posibles comparaciones evolutivas del fenómeno en nuestra población, Parece ser que el fenómeno de la conducta suicida se comenzó a estudiar a partir del 2009, y además se recurre a la información del INE cuando se ha evidenciado su infraregistro y, en relación a las autolesiones o tentativas de suicidio no se aporta ninguna información a pesar del RECAP y que su medición estaba incorporada al mismo y a los Planes de Salud anteriores. A pesar de tener una tasa de suicidio por encima de la media Nacional, que se ha incrementado en dos puntos en el siglo XXI, y está entre las más altas entre las primeras cinco comunidades, se intenta maquillar la situación al afirmar que España y Canarias está por debajo de las tasas Europeas.





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

No se ofrecen tasas y perfil de riesgo tentativas de suicidio y de repetidores de nuestro país, para dimensionar este problema de salud pública, y hacer programas de prevención más ajustados a los grupos de riesgo. Y se desconoce, los datos disponibles al respecto de estudios realizados en nuestras islas en la década de los noventa que fueron financiados por la FUNCIS.

Tampoco se señala como podría mejorarse en nuestra comunidad disponer información en tiempo real para que la información del INE fuera más útil para las políticas de vigilancia epidemiológica, ni del papel de las nuevas tecnologías en sistemas complejos de información donde participan numerosos agentes. Digamos que un buen programa preventivo comienza con un adecuado conocimiento de la magnitud del problema tanto del suicidio consumado, las tentativas de suicidio, y de las tentativas de repetición, así como, una correcta evaluación interna y externa. El estudio de las series temporales, las tendencias del fenómeno y su relación con factores genéticos, sociales, psicosociales y clínicos pueden hacer posible la construcción de modelos predictivos del suicidio.

En el documento, ni se citan las Guías Clínicas vigentes desde hace años para la prevención del Prevención del Suicidio de Madrid y Galicia, ni las acciones preventivas desarrolladas en un área de Barcelona y Murcia principalmente, si bien ninguna comunidad autónoma ha implementado un Plan general de Prevención de suicidio de implantación completa, señalando que, el único Plan de ámbito nacional que lo aborda es en el seno de Instituciones Penitenciarias, pero no comenta cual han sido sus aportaciones de este ámbito a la prevención del suicidio. Asimismo ni quiere reclamar al Consejo Interterritorial de la Salud un Plan de Prevención del Suicidio, en la OMS y en la resolución de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados que aprobó (12/32014), por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias.

En este punto vemos que aunque el PSMC se reclama de documentos de la OMS, en este punto no se, señala a la OMS en su 66 Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- en la cual la prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, donde se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los países. El documento no reclama para nuestra comunidad, incorporarse a esta estrategia. Ni tampoco recoge ni proponen indicadores que midan el progreso de las acciones, que pueden incluir los siguientes:

- Reducción porcentual de la tasa de suicidio;
- Número de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados;





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

- Disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio.

El PSMC no articula " una respuesta integral que priorice a los grupos más vulnerables y de alto riesgo".

### La atención infanto-Juvenil

En Andalucía, Murcia y Navarra disponen de un Plan específico de Salud Mental Infanto-Juvenil, si bien, del año 2006. Tal y como señala el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de nuestra comunidad, un elemento clave en cualquier política sanitaria de prevención e intervención es la salud Mental de la infancia y la adolescencia. 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.

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". Esto debe reflejarse en la práctica clínica y en la formación y selección del equipo de Salud Mental que atienda a los niños y jóvenes, que deberán ser especialistas en la materia, ya que se requieren conocimientos y habilidades diferentes de las que se necesitan para atender la población adulta. Así mismo, cobra vital importancia la necesidad de trabajar de modo interdisciplinar con los distintos profesionales de los distintos ámbitos de la vida del niño. La asistencia en salud mental infanto-juvenil está articulada básicamente en: Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ), Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UIBIJ) y Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto-Juvenil. Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil constituyen el eje en el que se articula la asistencia en salud mental para la población menor de 18 años. Estas unidades están constituidas por diversos profesionales que han recibido una formación específica en el abordaje y manejo de los problemas de salud mental que se presentan en la infancia y adolescencia.

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,



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

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 población infanto-juvenil para las características y necesidades del paciente pero no adecuadas para su edad (Unidades de Hospitalización Breve de adultos).

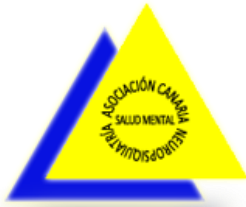
Esta situación, además de la permanencia de los dispositivos comunitarios en Unidades de adultos, implica problemas que van más allá de la calidad en la atención e intervención, refiriéndonos a problemas éticos y legales, que se incumplen. Parece claro, que el desarrollo de la red de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 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 la especialidad infanto-juvenil, 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, debe constituir una acción también prioritaria, en aras al desarrollo e implementación de las necesidades comentadas.

El PSMC debe establecer con claridad su prioridad en este ámbito, entre otros, y aún la atención temprana sigue sin resolverse.

### **Estigma**

En el documento se habla del estigma, cuando el primero de todos es el diagnóstico. Dentro del estigma no se habla de cómo deben estar constituidas las unidades, más aún las de hospitalización, que son estructuras de poder muy jerarquizadas para lograr un objetivo: El orden y la quietud de los hospitalizados. La adherencia (obligatoriedad de los tratamientos) es moneda común. No se habla nunca del poder institucional y su influencia favorecedora del abandono ("Neurosis institucional", Burton), en las antípodas de lo que serían los objetivos a lograr. El estigma fundamental, (siguiendo un dime cómo lo tratas tú para tratarlo igual), lo crean la psiquiatría y la psicología, en la medida que su quehacer es mejorar la vida de otro, en este caso, trastornado. No deja de ser una práctica compasiva



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

hacia aquél que se acoge a las normas sociales, mientras que usa toda su artillería pesada ante aquel que precisamente lucha contra el estigma.

La mejor manera de romper las barreras en con el trabajo colaborativo, las decisiones compartidas, voluntades anticipadas. Y la promoción del promotor de salud mental para incorporar a los equipos de salud mental por lo que está figura laboral sea contemplada en la RPT del SCS y se establezcan los procedimientos para la certificación de la capacitación correspondiente por Sanidad, Servicios Sociales, Empleo y Universidades.

### **Participación de los profesionales en coordinadoras insulares,**

Por un lado, como vimos se nos propone una regulación del CIRPAC que aumentará su ineficacia (véase por islas la periodicidad de las reuniones y quienes son los que asisten). y por otro lado, no se regula los órganos insulares de coordinación sanitaria de salud mental dentro de la estructura de la toma de decisiones. Así desaparece la figura participativa, implantada en Gran Canaria, de la Coordinación de los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental. Allí estaban representados todos los dispositivos y todos los estamentos. Ahora, en una versión descafeinada, se han desdibujado las funciones de tener capacidad de decisión en temas fundamentales. Ahora, tal y como están diseñadas, parecen responder a una norma-tipo “les ordeno que se pongan de acuerdo”. Por lo que cada dispositivo deberá realizar su propia coordinación con cualquier otro dispositivo. Con esto no se va a seguir una línea participativa, sino que la decisión última quedara exclusivamente en manos de los jefes de servicio. A pesar de haberlo denunciado muchos de nosotros, de diversas formas y en distintos ámbitos, el modelo hospitalocéntrico implantado por fuerza mayor, supone dar un paso atrás. Y en Tenerife, véase y repásese las actas de los órganos citados para que vean las continuas quejas de los profesionales que no se resuelven con el PSMC. En países europeos se inician experiencias en las que llama la atención la disminución de las camas de hospitalización y la consiguiente pérdida de peso específico de las jefaturas hospitalarias y tomas de decisiones compartidas con los usuarios.

Por lo que proponemos la regulación de las coordinadoras insulares dentro del marco de los órganos del SCS como órganos de máximo consenso y participación de la red comunitaria de salud mental. Serán presididas por las Gerencias de área de forma alternativa. Y esto debe ser incorporado al organigrama del funcionamiento del SCS que se encuentra en revisión, Abordar esto de forma transparente hará que no se diluyan entre los gestores, ganaría más influencia el sector, y se oficializa lo oficioso.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

### Derechos humanos

A pesar de los informes de violación de los derechos humanos en algunos servicios hospitalarios de las islas, cuyos gerentes cuentan con informe detallado de los mismos, la preocupación y su control en el PSMC es raquítico. Continuamente han venido ocurriendo -y hay un alto riesgo de que la cosa no cambie-, el incumplimiento, en las actuaciones de las unidades, de lo que marca la ley: infracciones que van desde las contenciones mecánicas sin control judicial, prácticas tildadas de verdadera tortura (OMS) camuflada en el “se hace por el bien del paciente” hasta el desamparo legal en el que queda el paciente que ingresa involuntariamente, incluida la ausencia de un letrado que le asista. Exactamente pasa lo mismo con el TAI (tratamiento ambulatorio involuntario): los pacientes son conducidas a la fuerza a las unidades para recibir allí el tratamiento: en cualquier caso se les considera culpables de no hacerlo o impedidos por su discapacidad para decidir sobre si lo acepta o no.

Los historiales clínicos y el uso de los diagnósticos, más allá del ámbito estrictamente clínico, debería siempre constar con una autorización expresa del paciente. Autorización expresa y no consentimiento informado. Debería crearse la figura legal del defensor del paciente psiquiátrico.

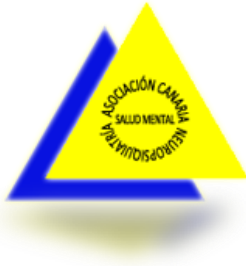
Una de las mayores sociedades científicas de psiquiatría, hablaba ya en 2014 de la disminución de la esperanza de vida en unos 15 años. Se hacen oídos sordos a los indicadores que apuntan como causa a los psicofármacos (ver abundante bibliografía actual: (Healy, Goetze, Withaker, Moncrieff, Timimi...y hasta Allen Frances).

Se habla más de los DD.HH de los trabajadores de la SM que de la de los pacientes psiquiátricos.

### Atención a la patología Dual

En la redacción de esta parte hay sesgos evidentes. Al parecer se desconoce la existencia del III Plan Canario de Drogodependencias de Canarias, y la existencia en otras Comunidades Autónomas (Navarra, Valencia,..) de una red única de atención a la salud Mental y las Drogodependencias. Estos modelos integrados no forman parte del PSMC para la patología dual.

En el PSMC no se reconoce que se trabajará en esta dirección integradora y unificadora de ambas redes, ni se explica con qué incremento de plantilla se llevará a cabo los programas y Subprogramas que se proponen. Se sigue girando sobre lo detectado hace años. Ni tampoco como se incorpora las “unidades ambulatorias” de drogodependencias en este proceso de integración. Se retrocede de acuerdo a las recomendaciones científicas.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

### Evaluación y Seguimiento

#### Indicadores

Es un plan demasiado extenso, poco práctico o realista con actividades formuladas en general desde el criterio de lo que se “debería hacer”, propio de un plan normativo, salvo algunas de las estrategias en el que el análisis DAFO es excepcional y no se sabe bien los criterios de toma de decisiones.

A diferencia del Plan de Salud de Canarias que utiliza un enfoque estratégico y situacional en el que el planteamiento se realiza desde lo que se “puede hacer” o se “puede dejar de hacer para hacer” (Desde el momento de las Conferencias de Salud y en el espacio de los órganos de dirección colegiados y de participación) desde la posición del que planifica y gestiona en el plan en el nivel, centro o unidad operacional de gestión respectiva. Un ejemplo de este planteamiento de lo que se “debe hacer” pero sin proporcionar la herramienta y metodología necesaria para su operativización, es la Línea Estratégica 10 de coordinación intra e interinstitucional, con sus 6 ámbitos: el socio-sanitario; salud mental y justicia; Atención Primaria; los dispositivos de la Red de Salud Mental; la red de Atención a las Drogodependencias y la coordinación con “otras especialidades médicas”. El Plan de Salud de Canarias si proporciona el marco para situar las actividades correspondientes (Particularmente las Líneas de Actuación del Área de Impacto 4 y las Líneas de Colaboración con el espacio Sociosanitario; Corporaciones Locales; Educación; organizaciones de pacientes; universidades etc, a través de los Consejos de Salud, de Dirección o CIRPACs, entre otros), así como la metodología ( Línea de Actuación 4.2; 4.4 ; 4.5; Línea de Colaboración 1.2, o 3.3 y el epígrafe 7.2. del Plan, como ejemplos. En la Línea de Actuación 2.1., se establece la necesidad de potenciar dichos espacios estructurantes de coordinación intra e interinstitucional.

Las 12 Líneas Estratégicas del Plan de Salud Mental y su sistema de indicadores no están alineados al Plan de Salud, cuando debe ser la guía o referencia para los planes del Plan de Salud.

A modo de ejemplo, el anexo II.3 del Plan de Salud de Canarias (Salud mental en el Modelo de Gestión de Enfermedades crónicas) y referido en el Área de Impacto 4.1, indica la relación de estrategias de salud mental con las Áreas de Impacto y de Colaboración que se corresponderían con los dos grandes problemas priorizados, la Atención a las personas con Trastornos Mentales graves (Pacientes crónicos y que producen discapacidad) y la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Pero claramente, cuando el Plan de Salud Mental plantea la formación, investigación, promoción y prevención o coordinación, así como la colaboración con otras entidades, organizaciones



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

etc., son las Áreas de Impacto nº 8, 7, 1, 4 o todas las Áreas de Colaboración las que marcan las directrices para luego concretar en operaciones. Estas operaciones son las propuestas de actividades del plan de Salud Mental, como las que se plantean en las Conferencias Insulares de Salud a nivel de cada isla, las que deben y/ o pueden tomarse en consideración.

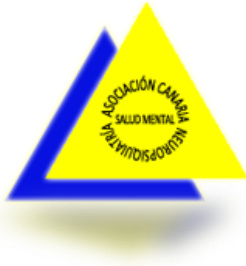
Tampoco su sistema de indicadores se alinea a los del Plan de Salud que establece criterios claros para poder comparar entre sí los diferentes Planes de Acción derivados de un Plan de Salud marco, como es el de Canarias, tal y como están agrupados en el Anexo V de *Indicadores de evaluación de la situación del salud y del sistema sanitario en Canarias*. En este anexo, se establecen los siguiente criterios con algunos ejemplos de indicadores que también, en algunos casos, son propuestos en el Plan de Salud Mental, pero agregados de manera poco eficaz si se quisieran utilizar como sistema de soporte de decisiones más centrado en la monitorización de resultados en salud o en desempeño, y que deben ser susceptibles de poder ser enriquecidos y mejorado por los que se puedan proponen para el Plan de Salud Mental:

- A.- Determinantes de la salud: Ambientales; Socioeconómicos y demográficos; estilos de vida.
- B.- Condiciones de salud de la población:
  - B1.- Morbilidad:
  - B2.- Estado funcional
  - B3.-Bienestar.
  - B4.-Mortalidad
- C.- Sistema de salud: gestión y estructura.
  - C1.- Financiación
  - C2.-Recursos
- D.- Sistema de salud: Desempeño de los servicios
  - D1.- Efectividad, eficiencia.
  - D2.- Acceso.
  - D3.- Aceptabilidad.
  - D4.- Continuidad, adecuación y seguridad.
  - D5.- Participación, transparencia y buen gobierno.

Por cierto el nº de camas de UCYR en Gran Canaria son ochenta y siete y no noventa, el error sigue reiterándose.

En el PSMC debe darse prioridad no solo a los indicadores de actividad, como se recoge en la mayoría de los datos presentados, En nuestro ámbito los indicadores de estructura y resultados son esenciales, Es nada comprensible como en ningún lugar aparece la dotación del nº adecuado de recursos según las recomendaciones del Observatorio de la





## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

S. M. en nuestro país. Ratio profesionales/población y de plazas clínicas y de rehabilitación. Esperamos que se incorpore en el PSMC definitivo.

### **Evaluación y Seguimiento**

La evaluación se realizará cada año por una comisión de seguimiento que determinará la DGP y se ampliará según se estime

La ACN propone una comisión ejecutiva tal como se recoge en el PSMC con la incorporación de una representación de la Gerencias, de las direcciones de Área, y de la FECAM Y FECAI y una comisión Evaluativa formada por una representación de la comisión ejecutiva y de las organizaciones de los usuarios, profesionales y de las familias.

Este plan es un compromiso con la ciudadanía por lo tanto aquellos responsables institucionales con competencia en la toma de decisiones deben formar parte activa en su ejecución, así como, las organizaciones implicadas por su corresponsabilidad con la implementación y la evaluación anual y del periodo.

Nos parece insuficiente en su formulación actual para mover los siguientes elementos capaces para mejorar la atención que reciben los ciudadanos

### **Prioridades y temporalización.**

La priorización de las acciones de la Estrategia, incluso la reducción de su número, y el desarrollo de recomendaciones concretas para su desarrollo, tal como se ha pretendido con estos documentos, es una cuestión importante y, desde nuestro punto de vista, necesaria. Y precisamente por su trascendencia debería de haberse adoptado en el PSMC un criterio o procedimiento de priorización de los objetivos riguroso y sistemático, con un ritmo que hubiese permitido la reflexión serena y la consulta a todas las partes implicadas, dando además la oportunidad de debate con todos los agentes implicados.

Este Plan de Salud Mental (PSMC) no establece prioridades ni establece criterios para ordenar las recomendaciones, y menos aún, temporaliza las acciones en los años de vigencia del Plan. Lo cual significa una ausencia de compromiso en su ejecución por parte de la Consejería de Sanidad. La temporalización es indefinida, hasta tal punto que aun teniendo detectadas necesidades evidentes por ejemplo plazas para personas mayores de 55 años con TMG y con la vigencia del II plan sociosanitario de Canarias en estos años, el PSMC ni tan siquiera se compromete a decir cuántas plazas para TMG se van incorporar a este Plan, Todo queda abierto sin compromisos.



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

La ACN propone que en el PSMC se incorpore y se defina, tras lo expuesto en los apartados anteriores, una áreas de mejoras y prioridades con las que se compromete este Plan, según los criterios de gravedad, prevalencia, e impacto. Asimismo se debería establecer fechas de ejecución a todas las estrategias de coordinación, o programas que pueden llevarse a cabo sin incremento de recursos, o al menos estas, junto a la prioridad por importancia y necesidad, en fechas a más corto plazo. Por ejemplo en la atención infanto Juvenil nos parece urgente el 1,3 y 5, y el 5. Al menos en el PSMC debería recoger una escala de priorización similar a las determinaciones del Plan de Salud en dos niveles de alcance: las Normas de Aplicación Directa (NAD) y Normas Directivas (ND) que se consideran vinculantes.

### **Bibliografía**

Llama la atención que en las referencias bibliográficas de cada uno de los capítulos correspondientes a las 10 Líneas Estratégicas, no se mencionan las Conferencias Insulares de Salud y solo en algunas ocasiones se hace referencia al Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Esto podría estar poniendo de manifiesto que los/las profesionales del SCS que intervinieron no tenían la indicación de utilizarlo como referencia marco para el Plan de Salud Mental, y por tanto, del incumplimiento de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, tanto en la época del PSOE como de CC en el gobierno de la Consejería de Sanidad, desde el año 2016, a pesar de la indicación de la Resolución del Parlamento del Plan de Salud 19 y 20, que instaba a la realización de un plan de comunicación del Plan, de las Conferencias de Salud y de la formación de los profesionales sobre el mismo.

La ACN en definitiva respaldaría un PSMC que apueste por:

**Un modelo comunitario centrado en las personas no en los servicios, ni en las Enfermedades, y si en la atención en el domicilio.**

La Atención Centrada en la Persona- sitúa en un primer plano las preferencias e intereses de la persona, ya que entendemos que sólo así podemos acompañarlo y darle soporte en la (re)construcción de su proyecto vital. Muchas de las personas con sufrimiento mental, llevan consigo un largo recorrido marcado por la fragilidad de los vínculos, la soledad o la discontinuidad asistencial entre otros aspectos. Además de las diferentes situaciones carenciales nombradas, algunas de estas personas presentan diferentes factores de complejidad cómo: situaciones económicas deficitarias que limitan la cobertura de necesidades básicas, consumo de tóxicos, personas que han estado tuteladas por la



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

administración hasta la mayoría de edad, personas con trastorno de conducta y alta desestabilización psiquiátrica...entre otros.

Entendemos este cambio cómo un camino de largo recorrido, a menudo años, que no puede darse sin una mirada centrada en las capacidades, deseo y voluntad de las personas para las que trabajamos, conscientes a través de nuestra práctica y experiencia profesional que muchas veces esa mirada que la persona ha recibido por parte de profesionales, familiares y sociedad en general se ha centrado principalmente en sus dificultades o más genéricamente en aquello que no encaja. Un modelo de grado en la persona se concreta en diferentes modalidades de apoyo individualizadas para garantizar una intervención integral que favorezca la recuperación de la autonomía personal.

**Reconvertir en modelo comunitario orientado a la estabilización orientarlo progresivamente hacia la recuperación personal. Refocalizar implica que el personal entienda los objetivos de recuperación personal y respalde plenamente su logro. En estos procesos de cambio los sistemas de salud mental se encaminan a ello.**

Esto conlleva refocalizar el trabajo de la red de salud mental en su conjunto, en un periodo factible, de conformación de nuevos profesionales con enorme entusiasmo para facilitar este proceso. Siguiendo al NIH nos encaminamos hacia la formulación colaborativa entre profesionales y usuarios, con respeto a las preferencias y deseos de los usuarios, donde se promueva la Autogestión del Bienestar a través de El fomento de los Grupos de Ayuda Mutua y la incorporación a los equipos del promotor de la salud mental y con una vigilancia como recomienda actualmente la OMS de los Derechos de los usuarios Salud Mental.

**Un modelo comunitario es un modelo abierto ínter sectorial en todos sus ámbitos de decisiones**

Un modelo comunitario de la atención de la salud mental debe consistir en un cuidadoso equilibrio entre la atención hospitalaria y comunitaria, y la mayoría de la atención se debe brindar en las casas de las personas o cerca de ellas. El crecimiento de plazas hospitalarias en el nivel que se tienen que realizarse con una justificación adecuada sin romper la apuesta por atención cercana y horizontal basada en diferentes modalidades de modelos de intervención en el domicilio.

El porcentaje de personas con enfermedades mentales que reciben tratamiento (cobertura) debe evaluarse y reevaluarse periódicamente, a nivel nacional y regional, para poner a disposición datos confiables y actualizados, que se utilizarán como base para programas específicos para poder aumentar progresivamente la cobertura de acuerdo a las necesidades detectadas y a las demandas, Las necesidades de las poblaciones



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

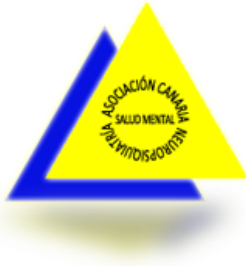
vulnerables tienen que ser abordado intersectorialmente en todas las partes del proceso de cuidados.

Deben establecerse proyectos específicos para aumentar la calidad de la atención médica general para las personas con trastornos mentales, en colaboración con los servicios de atención primaria. Falta un programa regional para alcanzar este objetivo, junto con el monitoreo para evaluar el progreso. Esto es esencial porque las personas con TMG tienen una esperanza de vida 10-20 años menos que la población general y las conductas de suicidio también reducen la esperanza de vida en nuestra comunidad.

A pesar de que exige una buena colaboración con las asociaciones de familias de usuarios de servicios de salud mental, y esta colaboración se menciona explícitamente en algunos planes de salud mental. Sin embargo, aún falta una política regional claramente definida y coordinada en esta dirección desde el ámbito sanitario con participación en todos los órganos de decisiones y planificación, así como, de las organizaciones de profesionales:

### Bibliografía

1. ACN. Cambio de rumbo asistencia psiquiátrica, <http://www.ascane.org/pages/documentos.html>
2. ACN. Profundizar en la reforma de la asistencia pública en salud mental un tiempo nuevo: Los CIRPAC y los nuevos retos para las políticas públicas dirigidas a las personas con trastorno mental grave. <http://www.ascane.org/pages/documentos.html>
3. ACN. Prioridades y Posición de la ACN ante la política sanitaria en salud mental de la Consejería de Sanidad Norte de salud mental, 2016, vol. XIV, no 55: 120-123.
4. ACN. La ACN y el decreto de especialidad de enfermería en salud mental. <http://www.ascane.org/pages/documentos.html>
5. ACN. Posición de la ACN ante la presentación del plan de salud mental en la comisión asesora regional de salud mental del gobierno de Canarias por la consejería de sanidad. NORTE de salud mental 56.: 135-138. Enero 2017
6. ACN. La posición de la ACN en relación a la atención a la salud mental infantil Juvenil y a la futura ley de atención temprana en la infancia. <http://www.ascane.org/pages/documentos.htm>



## Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,  
Miembro de la World Federation for the Mental Health,  
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

7. ACN. Prioridades para ser incorporadas a la Estrategia de la Discapacidad de Canarias en relación a la Recuperación de las personas con discapacidad por TMG. Presentadas, en la Comisión de Discapacidad en el Parlamento de Canarias el 27 de Noviembre del 2017 por el Dr. Francisco Rodríguez Pulido, Presidente en funciones ACN. Revista. Norte Salud Mental Julio, 2018.
8. I Jornadas de Responsables de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Canarias. 17 y 18 de Marzo 2009. isla del Hierro.
9. GPC, Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Graves. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009.
10. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry. 1990; 147(12):1602-8.
11. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
12. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuadernos Técnicos, n. 6.
13. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
14. Rodríguez Pulido F. De la reforma inconclusa a la contrarreforma en Salud Mental en Canarias. Norte de salud mental, 2017, vol. XV, no 57: 63-74

En Canarias a 21 de Mayo de 2018

Junta Directiva ACN

Fdo. Dr. Francisco Rodríguez Pulido