

De la reforma inconclusa a la contrarreforma en Salud Mental en Canarias.

Of the unfinished reform of the Counter-Reformation in Mental Health in the Canary Islands.

Francisco Rodríguez Pulido (*)

Profesor Titular de Psiquiatría ULL. Responsable del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife.

Resumen: Desde hace un año en cada acción de los gestores de lo público de la administración sanitaria y la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental, se va haciendo más evidente y transparente los pasos que, comienzan a emerger hacia el abandono de los principios de la psiquiatría Comunitaria y de la subjetividad y su apuesta por no continuar los procesos de reformas, sino por el inicio gradual de una contrarreforma basada en una psiquiatría hospitalaria que lleva a predominio de las tecnologías médicas, probablemente, hacia las neurociencias clínicas. Se rompe la continuidad de cuidados dejando a los cabildos -ahora como, Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS)- y los servicios sociales regionales, de forma progresiva, como antaño, ganar cada vez más hegemonía en nuestro sector en la atención a las personas con trastornos mentales severos, bajo el legal eufemismo de dependencia y discapacidad como ocurrió con los Hospitales Psiquiátricos, rompiendo la continuidad de cuidados. Esto significa el enterramiento de los CIRPAC con el nuevo decreto unilateral impuesto al sector de la salud mental a través de un defectuoso proceso de consultas en la línea contraria al espíritu y los objetivos del III Plan de Salud de Canarias (2016-2017).

Palabras claves: Reforma Psiquiátrica, Trastorno Mental Grave, Rehabilitación, Recuperación, Discapacidad, Dependencia, Canarias.

Abstracts: Since a year ago in each action of the managers of the Public Health Administration and the Regional Headquarters of the Mental Health Service have been carried out more evident and transparent steps and begin to emerge towards the abandonment of the principles of community and subjectivity psychiatry and it is commitment to not continue the processes of psychiatric reform to change by the gradual beginning of a counter-reform based on a hospital psychiatry that leads to the predominance of medical technologies, probably, to clinical neuroscience. The continuity of care is broken, leaving Cabildo (Inter-Island Council) -now as Institutes of social and socialhealth care (IASS)- and regional social services, progressively, as before, to gain more and more hegemony in our sector in the care of people with Severe Mental Illness under the legal euphemism

(*) Fundador y Responsable Equipo Comunitario Asertivo (2005-2011).



of dependency and disability like Psychiatric Hospitals, breaking the continuity of care. This means the burial of the CIRPAC with the new unilateral decree imposed on the mental health sector through a defective consultation process in line with the spirit and objectives of the III Health Plan of the Canary Islands (2016-2017).

Key Word: Reform psychiatric, Severe Mental Disorder, Recovery; Rehabilitation, Disability, Dependence, Canary.

Introducción

Al calor de la descentralización autonómica del Estado, son muchos los cambios que se producen en la estructura sanitaria de la Comunidad Canaria, en concreto, con las transferencias sanitarias y los traspasos a la Comunidad Autónoma de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Más tarde, con la aprobación de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (1), se crea el Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo configurado por diversos órganos centrales y territoriales cuya organización y funcionamiento se ha regulado por el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, siendo a través del Decreto 32/1995, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del servicio canario de la salud (2), -hoy en trámite de modificación- por el que se regula, la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAN) como órgano colegiado integrado en la misma (3).

Esta estructura compleja motivó una adecuación de las actuaciones que conformaban las funciones y composición de dicha Comisión, lo que se efectuó mediante el Decreto 193/1997, de 24 de julio (4). En consonancia con lo anterior y con los objetivos que el Plan de Salud de Canarias 1997-2001 contempla respecto a la Salud Mental (5), resultó necesario la creación de Consejos de carácter insular donde no sólo se diseñó con representación sanitaria, sino también con hay otras representaciones de otros Departamentos de la Comunidad Autónoma, de las Administraciones Locales y Asociaciones u Organizaciones cuyo ámbito de actuación se relaciona con los trastornos mentales severos. Estos Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para Enfermos Mentales (CIRPAC) (6) se conciben como órganos que permitan complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que ha-

brán de confluir para las personas con trastornos mentales severos y sus familias.

Desde 1998 hasta hoy, estos Consejos con diferentes ritmos en cada islas y diferentes niveles de participación real, han servido como dinamizador y catalizador a través de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los responsables de los PIRP, para acometer la planificación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial para la recuperación de las personas con Trastornos Mentales severos, con cobertura desde el ámbito sanitario al espacio del empleo, durante un largo periodo (1998-2007) (7,8). Los dispositivos fueron implementándose -en décadas anteriores fueron inexistente- progresivamente en estos años, se venía a cubrir un vacío en la atención de estas personas y sus familias, y mientras esto ocurría fueron dándose desarrollos legislativos nuevos, de otras administraciones estatales, regionales e insulares, que detallaremos posteriormente, y que con el tiempo van a generar una nueva situación.

Después de veinte años de la constitución del CIRPAC, la experiencia acumulada, y las numerosas iniciativas de las administraciones no sanitarias que inciden en las personas con trastornos mentales graves, han venido a justificar en estos últimos años, la demanda de la modificación del decreto de constitución de los CIRPAC, con la finalidad de recolocar este Consejo a la nueva situación, con los cambios que de facto se han ido produciendo casi sin notarlo en el transcurso de los años, que se ha hecho más evidente a partir del 2008, con la llamada crisis económica, el parón a la reforma Psiquiátrica, los nuevos cambios legislativos, y las nuevas iniciativas de la dependencia y la discapacidad, han ido deslocalizando al CIRPAC tanto desde un punto de vista legal, como institucional e incluso sociológicamente, que justifica una innovación en este ámbito, de la psiquiatría Comunitaria, para seguir empujando la reforma.

En Octubre 2016 con el nuevo gobierno autonómico sostenido por una minoría política, y con una estructura sanitaria pública, liderada por directivo de la clínicas privadas, mantienen una Jefatura Regional de Servicio en Salud Mental sin experiencia clínica ni en planificación, que en vez de, sostener el compromiso y cumplimiento al III Plan de Salud de Canarias (2016-2017) (9), comienzan en sus primeras medidas ejecutivas a dar la espalda a este y al sector, y a tomar medidas de rebajamiento de los compromisos adquiridos por el propio Parlamento de Canarias y la Junta de Gobierno autonómico. La primera medida, ha sido, comenzar difuminar el Plan de Salud Mental, en lo que denominan ahora como “Estrategia de Salud Mental” y la segunda medida, es reformar el decreto de constitución del CIRPAC. La primera, entre otras razones, con un proceder técnicamente alejado de un Plan y de la metodología participación- Acción, cómo se elaboró el III Plan de Salud (2016-2017). Y segunda medida, en la dirección contraria a lo pertinente a este nuevo contexto histórico y legal, al permitir que los recién nombrados directores de area, refuercen y encajonan estos Consejos más como órgano sanitario, cuando esto no ha sido identificado como problema por los profesionales, y se tome esta decisión sin la participación de ningún órgano colegiado de salud mental, pretendiendo en un orden del día, que no se contemplaba su aprobación sobre la marcha en una reunión interna informativa, para ganar falsamente validez a la toma de decisiones del nuevo decreto definitivo. O sea, aprobar algo sin consenso inicial ni posterior de los profesionales, familiares y usuarios y fuera de los órganos colegiados de salud mental. No tienen la legitimación del sector.

Plan de Salud Mental

En el III Plan de Salud de Canarias (2016-2017) (9) después de mucha presión, las fuerzas políticas reconocieron e incorporaron la necesidad de un Plan de Salud Mental Integral. En el desarrollo de los trabajos del III Plan de Salud, durante los años 2014-2015, participamos varios Consejos Insulares, y entre todos, se elaboró al final de los trabajos un **Informe ejecutivo sobre propuestas de acción en salud mental del III Plan de salud** opera en las siguientes prioridades:

1. Priorización de acciones transversales: se recogen aquí las iniciativas que han aparecido en al

menos 4 Áreas de Salud (incluyendo una o dos islas capitalinas) y que se consideran comunes:

- Desarrollo e impulso de los CIRPAC a todos los niveles (participación, coordinación interinstitucional, planificación y evaluación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial), adaptando su funcionamiento a la normativa y realidad social actual.
- Potenciación de la atención domiciliaria y programas de alojamiento Alternativo, integrando el Modelo Asertivo Comunitario.
- Diseñar e implementar programas de intervención temprana en las psicosis.
- Atención a los problemas de salud físicos en personas con Trastorno Mental Grave (este último priorizado por el Servicio de Salud mental de la DGPPAA).

2. Priorización de acciones por islas: Se recogían en un anexo con acciones priorizadas, objetivos, indicadores y responsables, en aquellos casos donde la información se encuentra disponible.

Con su aprobación a finales de Septiembre 2016 en el Parlamento, el III Plan de Salud (2016-2017) y sus resoluciones, recogen en la línea 4.9 el Plan de Salud Mental, como de “alta prioridad” y se establece que en el plazo de un año debería estar elaborado. Posteriormente, el nuevo gobierno, con sus gestores sanitarios, comunicaron en la COMASAN, (Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.) que lo que se iba a elaborar, no era un Plan sino una “Estrategia de Salud Mental”, como así se nos dijo a miembros de la ACN que fuimos a visitar al Consejero socialista de Sanidad. Posteriormente esto se presentó en la COMASAN, al calor del día mundial de la salud mental del 10 Octubre del 2016. Poco tiempo después, teníamos un nuevo Gobierno con otros responsables sanitarios pero la responsable de la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental, continuaba. Aún hoy no hemos recibido las actas de este órgano asesor.

Aun, lo más sorprendente para algunos, es que, pasado más de ocho meses, a pesar de su esquema de su desarrollo que se nos presentó en la COMASAN, este se ha incumplido porque se nos dijo que iría acompañado de un análisis de la situación de la salud mental en Canarias,



y aún esto se desconoce -se confunde análisis de actividad de los servicios con análisis de la situación (estructuras, procesos y resultados) de la salud mental- para el sector, ni tampoco se ha establecido unos objetivos en esta planificación. En cambio, si se presentan de forma apresurada una serie de líneas -nadie sabe cómo se han deducido que sean estas y no otras- para trabajar las Estrategia en comisiones. Esta iniciativa gubernamental regional es una adaptación documental de la Estrategia Nacional de Salud Mental, que quedó pendiente de su aprobación en diciembre del 2015 por el Consejo Interterritorial de salud, al oponerse, algunas Comunidades Autónomas.

No sabemos si por no estar presente en los desarrollos del III Plan de Salud (2016-2017), la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental, actúa como si desconociera los acuerdos de consenso en materia de salud mental, así como, las conclusiones de las I Jornadas de los responsables de la salud mental celebradas en El Hierro en el 2008, que están ahí aún en el papel. Son documento consenso. O deberían explicar porque en el desarrollo de los decretos del sistema de atención a la dependencia, no ha estado presente la Jefatura Regional del Servicio de SM realizando propuestas, cuando los actuales directivos ya formaban parte del staff de la citada Jefatura. Lo cierto es que en estos últimos dos años la salud mental ha pasado para la mayoría de las fuerzas políticas de ser el patito feo a la cenicienta, en el sentido, de que todos los grupos han reivindicado y aprobado varias proposiciones no de ley en la cámara legislativa, y las hemerotecas están inundadas de declaraciones reclamando mejoras, pero todo apunta a que esto ocurre a la vista de los resultados obtenidos desde las últimas elecciones con una finalidad básicamente de marketing político.

Técnicamente la Estrategia no es ningún plan, no hay un cronograma de ejecución, ni ficha financiera, ni comisión de seguimiento, ni se establecen mecanismos de evaluación de su grado de implementación en un periodo de tiempo determinado, y la misma careciendo, como hemos dicho, de toda visión estratégica. Probablemente se quedará como recomendaciones, pues, hasta la fecha que escribimos este artículo, no está ni previsto hacer una estimación del coste global de sus posibles acciones. Será una estrate-

gia que intentarán calzar en el modelo de salud mental comunitario, pero obedecerá más a una organización sanitaria de la oferta y la demanda, como ya lo es, y se irá moviendo, ya ocurre, hacia otro modelo. El proceso de elaboración de la Estrategia ha sido a través de consultas on line y solo está prevista una reunión cara a cara de intercambio entre los profesionales. Y a las familias y al movimiento de primera persona se les ha indicado en que comisiones es la que podían participar, no han elegido libremente su lugar. Un estilo lejos de lo comunitario y más aún de la participación-acción. Una estrategia entendida como resultado documental y no en sí misma como un proceso de cambio participativo comunitario. EL III Plan de Salud, al menos si estaba impregnado de estas maneras.

Hay mucha problemas y necesidades que están detectados desde hace años para su resolución -las actas de las coordinadoras Insulares de los servicios de salud mental aconsejó que sean solicitadas y consultadas- pueden servir de ejemplo de ineficacia y dejadez y la identificación de los problemas del modelo asistencial y de Rehabilitación no necesitan la espera de una Estrategia de Salud Mental, entre los que podríamos citar:

- Coordinación e integración de la red de drogo-dependencias en la red de salud mental como ocurre en muchas Comunidades Autónomas y recomiendan las sociedades científicas.
- Programas de detección precoz de la psicosis o de primeros episodios.
- Completar la red de atención infanto-juvenil con equipos especializados e infraestructuras hospitalarias adecuadas (hoy se incumple la legislación hospitalizando a estos grupos de edades en servicios no adecuados).
- Modificar los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria aumentando su capacidad de influencia, su transversalidad, y sus funciones de acuerdo al nuevo contexto.
- Mejorar con mayor dotación de personal e infraestructuras en urgencias (se abusa en algunos hospitales de la contención y la sedación).
- Mejorar las infraestructuras y dotación de las USMC (Unidades de Salud Mental Comunitaria).

rias): Los equipos no cuentan con espacios, suficientes para el desarrollo de sus labores Asistenciales.

- Mejorar las ratios de profesionales de acuerdo al incremento población en cada área de salud.
- Mejorar el déficit de plazas sociosanitarias y de discapacidad para las personas mayores con trastornos mentales graves.
- Superar en las gerencias la gestión en salud mental de manera anacrónica como el resto de las especialidades, cuando hay muchos dispositivos comunitarios y de recursos en la comunidad.
- Generar una estructura específica para salud mental en las gerencias de atención especializada que permitiera ir aplicando la gobernanza a través de la coordinadora funcional de atención a la salud mental de cada isla.
- Reducir el alto consumo de tranquilizantes e hipnóticos favoreciendo terapia grupal en los trastornos mentales comunes.
- Realizar los Planes de atención Individualizada, aún pendientes en muchos casos.
- Prevalecen indicadores de actividad frente indicadores de procesos y de resultado.
- Introducir en los Convenios de Colaboración entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y el Cabildo Insulares para la prestación de servicios en centros residenciales, de día y de noche a personas en situación de dependencia y, en general, a personas mayores o con discapacidad, determinadas cláusulas que garanticen la continuidad de cuidados.

Esto ocurre en un contexto de toma de decisiones donde cada vez más nuestro sector tiene menor influencia sobre las Gerencias Hospitalarias y se ve más acorralada -con su consentimiento declarado- por las presiones de los Jefes de Servicio. Ha aumentado la variabilidad de las prestaciones entre los diferentes servicios. Una gestión que está basada solo en indicadores de actividad, donde los centros más sobrecargados tienen mayor dificultad para dar una Asis-

tencia de calidad, aparece como los que mejor productividad tienen y son los que deben ser imitados, sin visión analítica sobre las prácticas y sus registros.

La atención se está organizando en torno a la oferta, y no basado en las necesidades. Mayor inequidad de las prestaciones entre las diferentes áreas de salud, empeorando la inequidad horizontal (capacidad de los servicios para ofrecer las mismas prestaciones a su población de referencia). Así mismo ha empeorado la equidad vertical: reciben más atención aquellos pacientes que menos lo necesitan (no se trabaja en torno a prioridades). Los pacientes más graves requieren atenciones complejas, prolongadas y multidisciplinarias, la infancia y la adolescencia, los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad, requieren abordajes más intensivos.

Por ello, decimos una reforma en salud mental inconclusa, a lo más que se aproxima es a una atención ambulatoria reforzada, como la hemos denominado en otros trabajos sobre la situación de la salud mental en Canarias (10). La Estrategia de Salud Mental, por su naturaleza, su metodología y su contexto y forma elaboración, no resolverá los problemas de inversión, estructurales, de gestión, de participación pendientes, ni ahondará más la brecha entre lo hospitalario y lo comunitario, entre la Clínica y la Rehabilitación, entre lo biológico y lo psicológico y social.

Realidades y Decretos

Las leyes en sus diferentes fórmulas pretenden, por un lado, o reconocer lo que ya ocurre en la realidad o bien, por otro, modificar la realidad. Por eso la preguntas centrales es esta cuestión y ambas relacionadas es ¿que pretende resolver la modificación del decreto de constitución de los CIRPAC?, y ¿cuáles son las diferentes sustantivas entre el decreto del 1998 y el del 2017? Las respuestas nos situarán en la reforma o en el contínuismo. Lo explicaremos.

Con el decreto de 1998 para la constitución del CIRPAC, sus objetivos y funciones, venía condicionado por la situación muy diversa que había que modificar. Esta situación venía condicionada por: favorecer el desarrollo del I Plan de salud



(1997-2001), una competencia sanitaria aún en los cabildos, las ONG en desarrollo y dispersas con gestión en escasos recursos básicamente talleres, por la carencia de planificación en materia de salud mental y una inversión concentrada en los hospitales psiquiátricos, sobre todo, en Tenerife. El decreto, al crear un espacio nuevo interadministrativo, permitió la superación de estas circunstancias anacrónicas. El CIRPAC y sus proyectos técnicos, los PIRP insulares, se comenzó su ejecución con un acuerdo interadministrativo (2004-2006), que posteriormente se incorporó y se ajustó al Plan de atención a la Discapacidad (2005-2008). Cada parte de la administración cumplía con unos compromisos definidos y las ONG también encontraron su fortalecimiento como gestores y ganar más coherencia en su participación en red. Se asumió que las USMC era la puerta de entrada a los espacios de rehabilitación, empleo y vivienda con apoyo.

Esto permitió, por ejemplo en Tenerife, con el respaldo de la COFUTE (Coordinadora insular de los servicios de salud mental) con unos criterios de admisión -aprobado en abril del 2004- una focalización adecuada de los recursos, genero la construcción de un modelo de red de redes con el liderazgo del SCS, unos recursos sanitarios nuevos: ECA (Equipo Comunitario Asertivo) y de rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psicosocial), de alojamiento (residencias, pisos supervisados y atención especializada en domicilio), ocupacionales (Centros Ocupacionales), y empleo territorializado (Equipos de apoyo Individualizados al empleo) y nuevos actores: como la sociedad insular de discapacidad para la integración en el empleo y la asociación de terapias creativas de canarias. Lo previsto se ejecutó en un 90% en un tiempo rápido. En este proceso, el CIRPAC y la dirección del PIRP, ejercía la intermediación, enlace y el liderazgo técnico con todos los actores implicados y este ha sido aceptado buenamente por todas las partes (7,8). Ello queda cada año regulado en los Convenio de Colaboración entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y los Cabildo Insulares para la prestación de servicios en centros residenciales, de día y de noche a personas en situación de dependencia y, en general, a personas mayores o con discapacidad (11). Posteriormente, los Cabildos a través de los IASS,

establece la gestión indirecta de los recursos con ONG y tercer sector. Los modelos de atención en cada isla para el TMG presentan diferencias en algunas islas sustantivas aunque hay también ingredientes comunes.

Esta primera etapa del CIRPAC, con su decreto, su constitución, y el desarrollo de su labor, al menos, en Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote, con un mayor impacto su presencia, represento una innovación genuina que permitió generar un espacio de encuentro entre todas las administraciones publicas de Canarias y el tercer sector para el desarrollo de una línea de trabajo común y compartida. Con nueva creación de dispositivos en la comunidad, cada una de las partes implicadas en la salud mental redefinía su posición histórica en la isla para la modernización de las políticas dirigidas a las personas con TMG y sus familias de acuerdo al modelo comunitario en salud mental. Por lo tanto, el marco jurídico del decreto facilitó un espacio de encuentro, generó un marco superador de la tradición hasta entonces, y sus efectos, evaluados en el tiempo, han sido beneficiosos para la ciudadanía.

Pasados cerca de 20 años, las condiciones actuales, donde se debe desarrollar las funciones del CIRPAC son bien distintas: el desarrollo potente del IASS (Instituto de Atención Social y Sociosanitaria) con recursos y competencias en gestión de la discapacidad y la dependencia; Los Servicios Sociales con competencia financiera en materia de dependencia, y liderazgo en el desarrollo en el sistema canario de atención a la dependencia, legislación de decreto de las prestaciones y servicios de la dependencia, ONG con estructuras estables y con gestión indirecta financiera y de múltiples dispositivos aparición de nuevos consejos insulares como el de la discapacidad y el de los servicios sociales, aparición del movimiento primera persona.

Y no sólo este escenario sociológico es diferente del de finales de la década de los noventa, sino con el pasó de estos años, han ocurrido cambios legales y situaciones nuevas tanto a nivel de todo el Estado y como en Canarias en el ámbito de la atención a las personas con trastorno mental severo, entre otras : el cierre Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria; la apertura a la modernización del hospital psiquiátrico en Tenerife aún no fina-

lizada: la vigencia y finalización del Plan de Atención a la Discapacidad (2005-2008) vinculados con los PIRP, la creación en las islas capitalinas de los Institutos Insulares de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) como un Organismo Autónomo que actúa bajo la tutela del Cabildo Insular con el fin de desarrollar la gestión de la actividad dirigida a los colectivos sociales que más apoyo necesitan: los mayores, los menores en situación de desamparo, las mujeres víctimas de violencia de género, y las personas con discapacidad (12); la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (13), que establece que la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social; el desarrollo del Reglamento del Consejo Insular de Personas con Discapacidad (BOP nº125, de 03 de septiembre de 2004, de págs. 13.150 a 13.153), un órgano nuevo donde se toman decisiones en la isla (14) sobre nuestros pacientes; se reconoce en el 2006 la Rehabilitación en la cartera básica de prestaciones de salud mental en el SNS (15).

Se legisla un derecho subjetivo de la ciudadanía con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (16) -de los cuales son beneficiarios las personas y los servicios que coordina los CIRPAC-, provee la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la participación y la colaboración de todas las Administraciones Públicas. Este Sistema garantiza un derecho subjetivo de la ciudadanía, consistente en asegurar el acceso de cualquier persona a las prestaciones y servicios que requiera en función de la situación de dependencia en que se encuentre. Esta ley ha producido un desarrollo legislativo estatal y local relativo al copago de las prestaciones y servicios, compatibilidades e incompatibilidades de las prestaciones y servicios, y está pendiente el decreto de accesibilidad, que afectan a las personas con trastornos mentales severos bajo el eufemismo de “discapacidad o dependencia, la elaboración de una cartera de

prestaciones por los servicios sociales y una nueva ley de servicios sociales, que se aprobará en estos meses.

Estos hechos han cambiado la realidad asistencial sociosanitaria, convergente con el ajuste presupuestario constitucional, la mayor presencia del IASS en el sector y elemento de referencia en la isla, y unos servicios sociales regionales con el desarrollo de la ley de dependencia y unos decretos de copago, incompatibilidades de las prestaciones y servicios y de accesibilidad (aún pendiente), han ido generando otros espacios de toma de decisiones como los consejos insular de discapacidad o consejo de los servicios sociales donde se deciden asuntos bajo las etiquetas de “discapacidad” o “dependientes” que afectan a nuestro sector y para nada se la ha solicitado la opinión al CIRPAC o la dirección del PIRP (Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial) pese haberse solicitado a los Responsables de Salud Mental un papel activo en todos estos desarrollos en estos años, pues con otros nombres (discapacidad, dependencia) se decidían asuntos que nos afectan. Este hecho, insisto fue transmitido reiteradamente a la Jefatura Regional de Salud Mental desde el 2008 hasta la actualidad solicitando unas políticas transversales desde las diferentes carteras del Gobierno hacia la salud mental. Por ejemplo en la actualidad se está elaborando la nueva ley de servicios sociales, y recientemente se había constituido una comisión técnica sobre la cartera de servicios y prestaciones en los servicios sociales, y ni tan siquiera los CIRPAC ni tan siquiera invitados.

En este sentido hemos venido solicitado la modificación del decreto de constitución del CIRPAC y sus funciones para reubicar este consejo en las estructura de poder local donde se toman las decisiones. Y ahora esta tarea se ha convertido en una prioridad gubernamental, y es más que una oportunidad, si las cosas se hicieran bien y en la dirección correcta. Ahora bien, ¿lo que se legislara es lo que necesitamos?, ¿cuál es problema principal de los CIRPAC? ¿Tenemos un problema de funcionamiento o de encaje? Las respuestas a estas preguntas es el aspecto central del análisis y del debate y tendrá que reflejarse necesariamente en lo legislado para permitir que en la próxima década podamos resolver los amplios problemas y necesidades que aún tenemos. Por



eso los órganos de participación reflejan la posibilidad de la transversalidad de las políticas, más aun en cumplimiento del artículo 20 de la ley General de Sanidad (LGS) y los derechos de las personas con discapacidad según la Convención Internacional respaldada por nuestro gobierno nacional o, en caso contrario, realmente se convierte en naves que vagan por un océano sin dirección a la espera de no se sabe qué. El problema de los CIRPAC no es un problema de relaciones con el Servicio Canario de Salud (SCS), que se puede mejorar, el “como” se profundiza en su desarrollo legislativo propio y “cómo” se influye en aquellos otros marcos legislativos que afectan a nuestros pacientes que hoy son competencias de otras administraciones, siendo necesario la colaboración interadministrativa para hacer posible las políticas públicas en esta materia, tal como establece el III Plan de Salud de Canarias en las líneas de colaboración 1.1 y 1.2.

El nuevo decreto del CIRPAC

En Febrero de 2016 tuvo lugar una reunión en Gran Canaria con los directores del PIRP, los responsables de salud mental, por aquel entonces, y la Dirección de Programas Asistenciales, ambos gestores no son los, actuales. En la misma, los responsables del PIRP de Tenerife y de otras islas con Lanzarote, se presentaron propuestas más, reformistas por escrito pero no consensuada con los otros responsables y, desde la administración no hubo respuesta alguna.

En Agosto, con un cambio de responsables del Servicio de Salud Mental Regional (JRSM), -nunca se reunió con los directores del PIRP- después de la aprobación en el Parlamento del III Plan de salud y sus resoluciones, la Secretaria General técnica del SCS con conocimiento de los responsables en salud mental, envió a los Directores de Área una propuesta de modificación de decreto del CIRPAC, no llegando a todos los directores de PIRP, el borrador por cauces oficiales. Los responsables del PIRP volvieron a enviar a la dirección de Área otras propuestas sobre el nuevo borrador, que había sufrido escasas modificaciones, para que se incorpore a este nuevo proceso, pero si haber nuevamente una propuesta consensuada entre todos. En septiembre hubo una nueva reunión de directores de área con la secretaria general técnica y se genera una nueva

versión, que está lejos de las propuestas presentadas por Lanzarote y Tenerife. Antes estas actuaciones nada transparentes, solicitamos una nueva reunión con la Dirección de programas asistenciales que nos permita consensuar entre todos un decreto con la mayor transparencia posible y que técnicamente de una respuesta adecuada a los nuevos tiempos. Luego, cesaron a los gestores sanitarios y se nombró un nuevo Consejero de Sanidad y continuó la responsable del Servicio de Salud Mental Regional, con nuevos responsables políticos.

Después de un año, sin hablar del asunto en ninguno de los órganos de salud mental, aparece sobre la mesa a finales mayo del 2017 un nuevo decreto que se presenta como definitivo, y se convoca una reunión donde en el orden del día no figura la aprobación del nuevo decreto, y rezaba así “Presentación del análisis de las alegaciones recibidas al Decreto que regulariza los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.)”, y no había más puntos a tratar. Ni tan siquiera las formas se respetaron, Al comienzo de la reunión se nos advierte por la DPAA que, es una reunión para aprobación del nuevo decreto. Solicitamos levantar acta y que la reunión no puede ser decisoria ya que en el orden del día no figura la aprobación del decreto, por lo que entendía, que tenía un carácter informativo. Advertimos del nulo respeto a las formas. Todo está atado, cuando los directores de área de salud recién llegados a sus cargos de las islas avalan el nuevo decreto -Lanzarote, Fuerteventura y Tenerife solicitaron mayor tiempo de reflexión-, y no se ha producido la reunión de consenso de los directores del PIRP, ni se observa disponibilidad por los gestores de actuar con mesura en un asunto tan complejo, más aún, cuando los gestores no han tenido contacto con esta problemática ni tan siquiera los responsables de salud mental ha tenido contacto asistencial ni ha estado en los debates previos.

En la presentación de la secretaria general técnica, queda bien reflejada la posición de la administración sanitaria al enfatizar en varias ocasiones que; el CIRPAC es un órgano sanitario; el nuevo decreto es continuista y no reformador, e insiste que la función del Consejo es coordinar los recursos sanitarios y sociales de la isla. El responsables el PIRP de Tenerife se muestra claramente

contrario al nuevo decreto, y el director del PIRP de Lanzarote (no está nombrado, le sustituye jefe de servicio) expresan su decepción, mientras que Gran Canaria, La Gomera, El Hierro y La Palma se alinean con las posiciones de la administración, mientras que el director de área de Fuerteventura sostiene que tiene que consultarlo con el futuro responsable del PIRP de la isla, no había nadie nombrado en estas fechas. Los Directores de Área de Lanzarote y Fuerteventura se muestran prudentes solicitando más tiempo para consultas a sus técnicos, y la Dirección de Área de Tenerife, sigue la misma línea con menos fervor. El resto de las Direcciones de Área, sin ningún pudor, avalan la propuesta que está en la mesa. Es lamentable que un cuestión de naturaleza, se impregnen por parte de los gestores, en una dinámica de mayorías o minorías, este es otro de los modos del presente.

Pues bien de publicarse el nuevo decreto en su redacción actual viene a significar la ruptura de consenso que se comenzó con las transferencias sanitarias, dejar las decisiones en salud mental en manos de otros gestores e impedir que los profesionales entendidos en la materia puedan reunirse llegar a un consenso, y que, el conocimiento, la opinión cualitativa y la experiencia sea infravalorada y las promesas que se realizan en la COMASAN y en las Coordinadoras insulares de Salud Mental, no tengan ningún vínculo de compromiso para las autoridades. Es otro rasgo del presente, lejos de las diferencias.

Estas modificaciones si se producen y si se publicarán en el BOC, se hará con el respaldo de gestores que no tienen experiencia en el campo de la salud mental. Ha sucedido con el conocimiento proactivo de los gestores sanitarios actuales, y algunos Jefes de servicios a través de sus gerencias hospitalarias, que ha participado en esta decisión. Tampoco han sido consultadas las ONG del sector de la salud mental de familiares y primera personas, -de hecho algunas las que se enteraron de forma no oficial enviaron sus quejas a la dirección de Programas Asistenciales y a las Direcciones de Área- a pesar de formar parte de los CIRPAC y meses antes estas aunque han solicitado información al respecto, se les negaba la existencia de un borrador que, posteriormente se aprobó en una reunión por videoconferencia y a las que no fueron ni invitados. O sea, el cambio del decreto se realiza de espaldas

a los profesionales, familiares y del movimiento primera persona, ni se aprovecha la oportunidad para analizar con las otras administraciones y ONG, que han acompañado este proceso durante años, para incorporar sus visiones actuales y por parte de los servicios sanitarios, realizarles recomendaciones de modificaciones de sus propias legislaciones en la que se las personas beneficiarias fueran las etiquetadas como TMG con discapacidad y/o dependencia.

Para los profesionales que llevamos muchos años en esta labor, en relación a las personas con TMG ha ocurrido que: a) la toma de decisiones para las personas con TMG está también en otros lugares no sanitarios, b) los problemas tienen carácter transversal afectan a diferentes áreas gubernamentales y niveles administrativos, c) escaso reconocimiento legal del CIRPAC en otros departamentos o órganos de la administración pública cuyas decisiones afectan a nuestros pacientes, d) nuevos desarrollos normativos autonómicos basados en la ley de autonomía y dependencia que afecta a nuestro pacientes.

Por lo tanto, en el proceso de revisión del decreto original, estos aspectos tendrían que formar parte del análisis y la reflexión, para con las administraciones que forman parte del CIRPAC resolver conjuntamente estas “relaciones de poder institucional” y volver a recolocar y mejorar la eficacia del CIRPAC como consejo de cooperación y colaboración para favorecer su visibilidad en las políticas transversales de la administración pública dirigidas a la recuperación de las personas con TMG y sus familias, y corregir “estar fuera de lo que viene decidiéndose” en otros departamentos gubernamentales, como ha ocurrido en el desarrollo del sistema canario de atención a la dependencia y sus decretos que lo conforman o en los decretos de los trabajos de la nueva ley de servicios sociales.

Los contenidos que pretenden aprobarse con el nuevo decreto, -ni siquiera en sus funciones se recoge reforzar o complementar los Planes de Salud, o los Planes Insulares de Área- para nada van en la exigencia de las necesidades de reforma que son necesaria para profundizar en la reforma de la atención psiquiátrica, sino en la dirección de la contrarreforma, o sea, somete más al CIRPAC al espacio sanitario, cuando en su esencia y su sentido en su creación, los CIRPAC, pretenden



ocupar un espacio sociosanitaria de participación interadministrativa y de organización ONS, y para nada acomete los cambios para una mayor transversalidad, para que este órgano en el tiempo presente, pueda seguir siendo una pieza clave -que hemos visto en los últimos 15 años- que ejerciera mayor influencia y presencia hacia los lugares y órganos donde hoy se deciden las cuestiones de las personas con trastornos mentales severos (consejos insulares y regionales de discapacidad, o de dependencia o de servicios sociales). La modificación que se aprobada e impuesta al sector para nada ayudará a cambiar la situación de “florero del CIRPAC actual”, lo cual, seguiremos en la ineficacia. Es más aunque las ONG de familias y usuarios nombres a sus representantes en el CIRPAC, estos en última instancia serán “designados” por el Consejero de Sanidad, significa una intromisión en la autonomía de las organizaciones de la sociedad civil. Las asociaciones científicas no se tampoco se recoge su participación en estos Consejos, cuando hoy, hay asociaciones con secciones especializadas en la materia u organizaciones específicas de Rehabilitación.

Tal como queda el nuevo decreto anunciamos que dicho maquillaje no resuelve su contradicción básica, sino la empeora, y hemos perdido una oportunidad histórica de adaptar dicho órganos a los cambios legislativos, y significa en la práctica su enterramiento efectivo. La ACN ya advirtió hace meses la importancia de estas decisiones y que esto podía suceder y de lo que venía ocurriendo (17, 18, 19, 20). A algunos el tiempo pedirá responsabilidades.

Es más, en lo relativo a la figura de la dirección del PIRP, el nuevo decreto o reglamento recoge que deber ser personal del SCS, desoyendo otras posiciones de los profesionales del sector, que sugieren también abrirlo, a profesionales especialistas con amplia experiencia en el ámbito de la recuperación, porque se entendía que esta debería ser una figura con una capacidad de liderazgo más abierto a todos aquellos con responsabilidad en el campo de las personas con trastornos mentales severos, en un órgano con intereses diversos, y con múltiples administraciones y sociedad civil implicadas. Por ejemplo, en la comunidad de Madrid, la organización de los recursos de alojamiento y Rehabilitación, recae en los Servicios Sociales, en profesionales con reconocido presti-

gio no forman parte de la estructura Sanitaria. Y curiosamente la única Dirección Insular de Directores del PIRP afectada por este fusilamiento en forma de nuevo decreto, es la de Tenerife, quién como un claro exponente del espíritu reformador y con ejemplos que han dignificado la asistencia de la salud mental de Canarias, y especialmente en Tenerife, en el ámbito de la recuperación, y más aún en los últimos años, en los órganos oficiales, como la COMASAN Y la COFUTE, ha presentado diferentes iniciativas para seguir mejorar y profundizando en la reforma, y nos anunciaba lo que podría ocurrir. Pueden solicitarse sus actas a los Secretarios de estos organismos.

Que cada uno saque sus lecturas, Cerrar los ojos en estas circunstancias es permitir estos estilos de trabajo y procedimientos están lejos están lejos del espíritu de comunidad, que hay levantar desde la propia casa para luego perder transmitirlo fuera, y si este aspecto es relevante, lo jerárquico como criterio de planificación, se aleja de la “comunidad de todos” a “comunidad de unos cuantos”, las organizaciones de familiares y de primera persona se les ha deja fuera de este proceso, así como, a otras administraciones.

Lo cierto que hoy por hoy visto lo que deciden y como lo deciden, podemos concluir, -si bien en el 2012 la ACN anunciaba que la salud mental en Canarias no tenía rumbo, y la necesidad de un cambio (21)- el rumbo que se ha iniciado es hacia la CONTRAREFORMA PSIQUIÁTRICA y, anunciamos que progresivamente los servicios comunitarios de rehabilitación probablemente quedarán bajo la visión hospitalocéntrica y hacia nuevas formas de reinstitucionalismo en sus prácticas, con debilitamiento del modelo construido y diferenciado entre las islas, raquítics e ineficaces. Órganos de participación, rompiendo la redes construidas en las últimas tres décadas, e instaurando un estilo para nada conocido en la construcción de los procesos comunitarios, que el marketing revestirá como participativo. En este sentido, lo más grave, es que solo en su mente paralela, piensan falsamente que han resuelto la contradicción principal que sufre nuestro sector para seguir profundizando en la reforma psiquiatría, y la decisión tomada conscientemente, les ha convertido en los sepultureros de la reforma psiquiatría en Canarias. Se comienza a romper el modelo de psiquiatría comunitaria y de la sub-

jetividad y ha comenzado un nuevo periodo, que con los años se irá haciendo más emergente, para centrarse en su dominio de la tecnología basado en el cientifismo de la genética, farmacológica y neurológica, donde la neurociencias será la reina y las terapéuticas físicas predominantes.

Hoy más que nunca una psiquiatría crítica, adquiere más importancia, como ha ocurrido en otras épocas de la locura y su consenso social. El que firma el presente artículo ya lo había anunciado, no ahora con este escrito y una vez los hechos han ocurrido, sino anteriormente en los escritos presentados hace meses en la COFUTE (Coordinadora insular de los servicios de salud mental) y en los informes de la ACN (Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental).

Conclusión

Desde hace un año desde en cada acción de los nuevos gestores de lo público que viene reali-

zando la administración sanitaria y la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental es cada vez más evidente y transparente los pasos que, se ofrecen para el abandono de lo psiquiatría Comunitaria de la subjetividad y la apuesta por una psiquiatría hospitalaria basada en las tecnologías médicas, probablemente, hacia las neurociencias clínicas, dejando a los cabildos de forma progresiva, -ahora Institutos de atención social y sanitaria- ganar cada vez más hegemonía en nuestro sector, en la atención las personas con trastornos mentales severos, bajo el eufemismo de dependencia y discapacidad como ocurrió con los Hospitales Psiquiátricos, con un alto riesgo de reinstitucionalización. Esto es lo significa el enterramiento de los CIRPAC con el nuevo decreto unilateral impuesto al sector de la salud mental, en la línea contraria al espíritu y los objetivos del III Plan de Salud de Canarias (2016-2017).

Agradecimientos

A todos aquellos hombres y mujeres de bien que un día soñaron que otra realidad era posible en la salud mental y que, sabíamos y sentimos que nuestras vidas, -una vez compartida con otros esta esperanza-, sería al menos algo mejor que antes. Y en vez de estar en el mutismo o de simplemente hablar elegimos de forma libre ir andando.

Contacto

Francisco Rodríguez Pulido • fpulido15@yahoo.es • 609 116 523

Campus Ciencias de la Salud. Carretera General La Cuesta S/N • 38075 La Laguna • Tenerife

Bibliografía

- (1) Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC Núm 96; Viernes 5 Agosto 1994: 5501 p
- (2) Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud. BOC Núm 32; miércoles 15 de marzo 1995; 1640 p
- (3) Orden Interdepartamental 111993, de 19 de mayo, de la Comisión interdepartamental para la Reforma Administrativa, por la que se regula la creación y funcionamiento de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental. BOC de Núm. 72; viernes 4 de junio de 1993, 3228 p.
- (4) Decreto 193/1997, 24 julio, por el que se modifica el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad y Consumo.

- (5) Decreto 3/1997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. BOC Núm 41, lunes 31 de marzo 1997; 3302 p.
- (6) Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales. BOC Núm 75, Viernes 19 Junio 1998; 6362 p.
- (7) Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes. Presente y perspectivas de futuro. Cabildo Insular de Tenerife, Fundación Salud y Universidad, 2010.
- (8) Rodríguez Pulido F. La autonomía para el logro del empleo ordinario de las personas con trastornos mentales graves. Simpromi. Cabildo Insular de Tenerife. 2010.
- (9) Plan de Salud Canarias (2016-2017). Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias Servicio Canario de la Salud. Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional. Noviembre 2016. ISBN 978-84-16878-04-8.
- (10) Metálogos: Canarias. Entrevista a Francisco Rodríguez Pulido R. *Norte de salud mental*, 2017, vol. XIV, no 56: 126-134
- (11) Resolución de 23 de junio de 2015, por la que se ordena la publicación del Convenio de Colaboración entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y el Cabildo Insular de Tenerife para la prestación de servicios en centros residenciales, de día y de noche a personas en situación de dependencia y, en general, a personas mayores o con discapacidad. BOC Núm 126;
- (12) Decreto 197/2002, de 20 de diciembre, de traspaso de servicios, medios personales y recursos al Cabildo Insular de Tenerife para el ejercicio de competencias transferidas en materia de servicios sociales especializados a personas mayores y minusválidos. BOC Nº 021. Viernes 31 de Enero de 2003 - 179.
- (13) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE Núm 128 Jueves 29 mayo 2003 20567p
- (14) Reglamento del Consejo Insular de Personas con Discapacidad. BOP nº125, de 03 de Septiembre de 2004, de págs.13.150 a 13.153.
- (15) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006, páginas 32650 a 32679.
- (16) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE Núm. 299; viernes 15 diciembre 2006; 44142 pp.
- (17) 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, 2017, vol. XIV, no 56: 135-138.
- (18) 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.
- (19) La ACN y la modificación del decreto de constitución del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para las personas con Trastorno Mental Grave. Junta Directiva Canarias a 14 de Octubre del 2016. <http://www.ascane.org/docs/LaACNyCIRPAC5.pdf>.
- (20) Documento 3 La Salud Mental en Canarias y la aplicación de la ley de la dependencia. Noviembre 2011. <http://www.ascane.org/docs/pdf>.
- (21) Salud Mental sin Rumbo: necesitamos un cambio, ACN-FEAFES canarias, Canarias, Diciembre 2012. www.ascane.org/docs/pdf

• Recibido: 4/6/2017.

• Aceptado: 28/6/2017.