



**ASOCIACIÓN CANARIA
DE NEUROPSIQUIATRÍA**

DOCUMENTO 5

**La atención a la salud mental en
Canarias en tiempos difíciles.**



Canarias, abril 2022



La atención a la salud mental en Canarias en tiempos difíciles.

El impacto de la pandemia ha hecho mella en la intensificación de los problemas sistémicos que se venían arrastrando en materia de salud mental y se han generado nuevos problemas, que requieren mayores implicaciones de las autoridades sanitarias, como ya fue requerido en los llamamientos de la ONU y la OMS, en lo que se llamó la sexta ola, la ola de la salud mental y la fatiga crónica. Así mismo, el Gobierno Español, ha considerado la Salud Mental es una prioridad reflejada en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y se contemplan, entre otras medidas, impulsar la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental, que incremente significativamente la inversión, configure un verdadero sistema integral de atención, combata la estigmatización y garantice los derechos de las personas con problemas de salud mental, con un enfoque de género y derechos humanos.

La evidencia científica actual nos señala el **impacto del COVID en la población:**

En los profesionales de la salud: Alta prevalencia de: Ansiedad (34.81%) y Depresión (34.61%) Estrés (31.72%), Insomnio (37.89%). Así como la baja prevalencia de trastorno por estrés postraumático (15.29%). **(1)**

Un metanálisis reciente informó que tanto las mujeres (OR = 1,48) como las enfermeras (OR = 1,21) tenían un mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad [(Mujeres: OR = 1,66), (Enfermera: OR = 1,36)]. Las mujeres tenían un mayor riesgo de sufrir estrés (OR = 1,59). **(2)**

La mayoría de los estudios es en población asiática, con menos estudios en población europea.

En la población general: La Depresión Mayor aumentó un 27,6% y los Trastornos de Ansiedad, un 25,6% globalmente. En los lugares donde el impacto de la pandemia fue más intenso y la movilidad



humana disminuyó, los casos de TA y DM se incrementaron en mayor medida. Las mujeres se han visto más afectadas que los hombres y las personas jóvenes más que las personas mayores. Infradiagnóstico de trastornos de salud mental durante la pandemia (3).

En los profesionales sanitarios La salud mental de los profesionales sanitarios se vió comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general. Aunque existió una amplia variabilidad de resultados, se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%) y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%) (4)

En la población infanto-juvenil: Las tasas de probables trastornos mentales han aumentado desde 2017. En 2017, uno de cada seis (16,0%) niños de 5 a 16 años de edad fueron identificados con un probable trastorno mental, aumentando uno de cada nueve (10,8%) en 2020. El aumento fue evidente tanto en niños como en niñas. La probabilidad de un trastorno mental aumentó con la edad con una diferencia notable en el género para el grupo de mayor edad (17 a 22 años); El 27,2% de las mujeres jóvenes y el 13,3% de los hombres jóvenes fueron identificados con un probable trastorno mental. Estos resultados fueron comunicados por NIH de Inglaterra en el 2020 después de la primera Ola. (5)

En la población con trastorno mental grave: “menos del 50% habían recibido programas de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades de autonomía para la vida independiente. Es decir, los habían dejado de recibir. Un 22% de las personas usuarias habituales de los servicios han pasado solas la pandemia sin compañía ni apoyo social. Entre un 20% (personas usuarias en centros ambulatorios) y un 21,4% (personas usuarias en centros residenciales) tuvo que incrementar la dosis de psicofármacos para tolerar la angustia y malestar emocional que se



incrementó exponencialmente en forma de problemas de ansiedad (54%), ausencia de actividades y apatía (47,5%), depresión (38%) y alteraciones del sueño (41%). **(6)**

Este impacto y la débil situación anterior de la que partíamos son elementos para el análisis de la situación actual que ha llevado, **por un lado**, a nivel nacional, a la exigencia al Ministerio de Sanidad de **“Un plan de acción urgente para la atención a la salud mental del país: un acuerdo para el bienestar de las personas”** con prioridades definidas y evaluables, y financiación suficiente **(7)** y **por otro**, a demandar desde hace años, **un “plan de acción para nuestra Comunidad Canaria en materia de la salud mental”**, *vistos los efectos significativos que vive y sufre la ciudadanía.*

Así mismo, la atención a la salud mental en Europa presenta serios problemas en la protección de los derechos humanos. Así lo ha puesto de manifiesto un informe conjunto de la Organización Mental Health Europe y de la Universidad de Kent-Tizard Center de Reino Unido, publicado el pasado 16 de enero. El informe, titulado "Mapping and Understanding Exclusion in Europe" (Cartografiando y comprendiendo la exclusión en Europa) evalúa la situación de los servicios de salud mental en más de 35 países europeos, prestando especial atención a las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas con trastornos mentales y los desafíos presentes en el campo de la salud mental en Europa. El uso excesivo de la reclusión, la coacción, la medicación forzada, la pérdida de derechos y la hospitalización involuntaria, son sólo algunas de las prácticas más extendidas en Europa que vulneran los derechos más básicos de estos pacientes y que constituyen un problema.

En tal sentido, este documento y esta declaración no pretenden mirar a otro lado, ni ser un canto al sol, ni guión de un motivo publicitario, sino un compromiso real y un llamamiento a las instituciones públicas y agentes sociales, a mostrar una mayor vigilancia y seguimiento de la salud mental de nuestra comunidad.



Pese a los tímidos avances, las autoridades públicas ofrecen respuestas lentas e insuficientes y muchas veces han ido por detrás de los acontecimientos de la situación actual, sin sentido estratégico ni de planificación, como para originar y cambiar en el futuro.

Teniendo en cuenta lo aquí expuesto y en consonancia con las necesidades surgidas o exacerbadas a raíz de la pandemia, parece urgente poner en marcha una serie de acciones para la mejora de la salud mental de la población. Acciones que se integran en el Plan de Acción que aquí se presenta, cuyo objetivo es facilitar la implantación. Con esta finalidad la ACN señala y reclama:

1. Que la sociedad en su conjunto y las instituciones públicas han reconocido que ***la salud mental es una prioridad en las políticas públicas***, que a pesar de estar considerada una prioridad en los Planes de Salud, y al no contar desde el 2008 de un plan efectivo, ha habido dejación histórica, que sumado al impacto de la crisis económica, el reajuste presupuestario y los efectos de la pandemia y las emergencias y los efectos a medio plazo de la erupción volcánica, nos parece razones suficientes para exigir más rapidez, compromiso, mirada más larga y operatividad en las medidas a tomar.

Para ser consecuentes con esto y vista la enorme tarea que debería abordarse, consideramos los abajo firmantes, como ya ocurrió en esta Comunidad, con la problemática de las drogodependencias, un compromiso de mayor visibilidad, y empuje de las políticas de salud mental a través de **la creación de una Dirección General de Salud Mental adscrita a la presidencia del Gobierno, u otra** área que se determine, que permita gestionar un presupuesto propio, reforzar significativamente su estructura administrativa, para facilitar su operatividad real y directa, sin dilataciones y pérdidas por las pesadas rutas establecidas en la actualidad.



Nos parece que esta medida estaría a la altura del reconocimiento de su importancia en las políticas públicas de la sanidad canaria en materia de salud mental y de una valentía con trascendencia histórica y sin vacilaciones sobre la urgencia de acometer con más agilidad y operatividad las medidas que nuestra población requiere. Daría mucha confianza en la opinión pública y sería un buen estímulo para los profesionales, familiares y usuarios que estamos cansados de las promesas y de la lentitud que se ha hecho histórica en las décadas de este siglo XXI.

2. La *transparencia de la Consejería de Sanidad en materia de salud mental en sus niveles más altos de gestión y de las decisiones estratégicas.*

En la MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL PROYECTO DE PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS 2018 – 2023 presentada por la Dirección de Programas asistenciales del SCS al Consejo Económico y Social se decía textualmente:

V. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO: El Proyecto de Plan de Salud Mental de Canarias incluye la necesidad de que durante su vigencia se realice un seguimiento de la consecución de los objetivos y acciones propuestas en el mismo, mediante evaluaciones de seguimiento con periodicidad bienal, teniendo en consideración la amplitud del Plan, el número de indicadores y los sistemas de información y otras fuentes necesarias para su obtención, así como su análisis posterior. Dichas evaluaciones de seguimiento se realizarán por una comisión de seguimiento del Plan, conformada por el equipo coordinador de éste (conformado por la Coordinación y el Equipo Técnico de Metodología y Redacción) y por profesionales de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, tanto responsables del Plan de Salud de Canarias como del Servicio de Evaluación, sin perjuicio de la posible ampliación que se estime necesaria. Con base a cada una de estas evaluaciones se elaborarán informes de seguimiento, que incluirán los resultados a partir de los indicadores, así como un análisis de estos y recomendaciones para la mejora en la consecución de los objetivos y acciones propuestas. Estos informes de seguimiento se remitirán a la Dirección General de



Programas Asistenciales, Gerencias Hospitalarias, Jefaturas de Servicio de Salud Mental hospitalarias, Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM) y a los Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC), sin perjuicio de que se pueda ampliar la remisión a otras instancias, si se estima conveniente, en función de los resultados obtenidos. En cualquier caso, estos informes tendrán un carácter transparente.

Hasta la fecha de hoy esto se ha incumplido. Esto significa que la Dirección de Programas Asistenciales, carece de total transparencia para la opinión pública canaria. Públicamente no se han presentado los informes de evaluación de cada año del Plan de Salud Mental de Canarias, vulnerando lo que se dice en el propio Plan, por lo que la opinión pública, las asociaciones científicas y las organizaciones sanitarias no podemos valorar el grado de ejecución, aunque se publicite constantemente.

Así mismo se han incumplido los estatutos del SCS, que tiene la obligación de **convocar cada año a la COMISIÓN ASESORA DE SALUD MENTAL**, donde están representadas todas las entidades. En este órgano asesor se presentan y se analizan las políticas sanitarias en salud mental. Pues bien, los gestores actuales, que ya pertenecían a la Consejería de Sanidad, en anteriores legislaturas, desde hace años, no solo durante la pandemia, sino desde épocas anteriores, no convocan este Consejo Asesor del Gobierno de Canarias en materia de políticas sanitarias, ni tan siquiera han organizado una reunión telemática, ni en los periodos menos críticos del COVID y **es hora que se convoque en los próximos meses.**

3. Que, como afirma la memoria justificativa del Plan de Salud de Canarias “sin perjuicio de la posible ampliación que se estime necesaria” **solicitamos la incorporación de asociaciones profesionales, usuarios, familiares y de expertos independientes, para que realmente se considere como su seguimiento participativo, y a la mayor brevedad posible se hagan públicos los informes evaluativos del Plan de Salud Mental de Canarias (informes bienales de evaluación) realizados**



por la Consejería de Sanidad, y se publiciten en la web institucional, para conocimiento de la ciudadanía, en beneficio de la transparencia democrática.

4. Que la administración pública cumpla la legislación (convocatoria anuales) y lo señalado en la memoria justificativa del Plan de Salud Mental de Canarias y se **convoque lo antes posible la Comisión Asesora Regional de salud mental (COMASAN), por el medio que se estime**, y en el orden del día se presente el informe bianual de evaluación del plan de salud mental de Canarias, las prioridades anuales y las acciones. En este órgano están representados los Ayuntamientos, Cabildos, asociaciones profesionales, de usuarios, de familiares y sindicatos.

5. También solicitamos que se **incorpore de manera inmediata a la comisión de evaluación del Plan de Salud Mental de Canarias, a las organizaciones de profesionales, de familiares y de usuarios, así como expertos independientes**. Ni tan siquiera los profesionales ni las familias ni los pacientes sabemos quiénes son los miembros de la comisión de evaluación y si estos forman parte del sector de la salud mental.

Asimismo se han Convocado los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial para comunicar las acciones sanitarias en la isla, pero esto es insuficiente, y reclamamos **una política consensuada regional por los directores del Planes Insulares de rehabilitación y Recuperación en materia de los trastornos mentales graves**, una vez que ha habido un desarrollo sustantivo de estos recursos sanitarios y sociales en la isla en los últimos años, y debería evaluarse su desarrollo y mejorar la calidad de su atención para que los recursos sean planificados con criterios que no favorezcan las inequidades territoriales. Ni tan siquiera se han cogido las recomendaciones de las líneas estratégicas del Plan de salud mental de Canarias en esta área y no se han consensuado unas prioridades de medio y largo alcance. La pandemia ha tenido impacto en los pacientes con trastornos mentales más graves que no disponen de sistemas institucionales de seguimiento domiciliario.



6. Otros elementos de su propuesta son **promover diferentes programas o servicios o redes para el cuidados y la atención de poblaciones significativamente vulnerables** como: una red única de atención en salud mental con inclusión de la atención a las drogodependencias, promover programas de cuidados en situación de riesgo en los traumas y abusos en la infancia, prevención de la depresión en los parados de larga duración y apoyo a las necesidades psicológicas como consecuencia de la violencias de género, y de atención a la población emigrante con necesidades de atención en materia de salud mental con líneas de colaboración activas con las organizaciones sin ánimo de lucro con experiencia acreditada.

7. En relación al plan de prevención del suicidio, nos gustaría ser realistas y contextualizarlo en su justa medida. Desconocemos su asignación económica y su distribución en las recomendaciones que señala, debería realizar acciones o programas no puntuales sino sistemáticos y orientados a los diferentes niveles de prevención, insistiendo en la teoría de los tres pasos, y acciones psicosociales no solo sanitarias dirigidas a las poblaciones de mayor de 45 años en desempleo y las personas mayores que viven solas y con depresión o enfermedades físicas invalidantes, y trabajadores sin cualificar, con una formación periódica integrada a los sanitarios y líderes locales y escolares y la comunidad. La búsqueda pro activa del riesgo silente en intervenciones y seguimientos de la población indicada, como ocurre por ejemplo en Cataluña, Avilés, o Madrid. Cualquier teléfono de detección y prevención del suicidio debería incluirse en los sistemas de emergencia del SNS, y para garantizar su eficacia con conexión con los servicios de Salud Mental territoriales.

Es urgente un sistema de vigilancia del suicidio en tiempo real. **Un sistema de vigilancia que permita ser más rápidos y precisos para monitorizar el fenómeno y conocer los métodos y lugares de riesgo, sobre los que también se debería actuar. La vigilancia actual es limitada. Así ocurre en nuestro país, donde la escasez de variables incluidas suele relegar el conocimiento de ciertos aspectos relevantes de los perfiles de riesgo a la realización de estudios**



específicos, y el retraso en la disponibilidad de los datos impide sistematizar actuaciones que requieren cierta inmediatez. Además, se ha descrito una baja fiabilidad y discrepancias entre registros. No obstante, Países como Irlanda, el Reino Unido y Australia están trabajando en el desarrollo de registros de suicidios «en tiempo real», que comienzan a posibilitar intervenciones precoces ante clusters suicidas.

Así mismo se debiera establecer un porcentaje para medir el impacto sobre las tasas de suicidio de las acciones y medidas que se establecen en el Plan de Suicidio de Canarias para reducir las tasas de suicidio en Canarias y la movilización de recursos de seguimiento de población de alto riesgo integradas en los servicios públicos de salud mental sin que signifique desvestir recursos ya vigentes. Así mismo que se constituya un observatorio de prevención del suicidio con los sectores implicados donde cada año se valore los progresos y las medidas a tomar. Así, la comunidad se implicaría en la conciencia de este fenómeno de sufrimiento social, no solo personal. Evitar la fragmentación de servicios o programas para el desarrollo de este Plan, con conexión del teléfono de suicidio con los servicios de salud mental. Y creación de una guía de criterios de seguimiento para las conductas suicidas de alto riesgo y letalidad,

8. Así mismo, el consenso de reforzar el sistema de atención a la salud mental, ha sido una constante exigencia en los medios de comunicación social, Es difícil e inexplicables poder comprender como el Ministerio de Sanidad, en la convocatoria de plazas de MIR, EIR y PIR de este año no ha generado un incremento significativo de plazas en relación al año 2020. Estas son las incoherencias de la administración pública cuando a bombo y platillo aprueba una Estrategia de Salud Mental que no se corresponde con su toma de decisiones reales.



9. Mejorar la calidad de la atención en salud mental mediante:

9.a. Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

9.b. Publicación de las ofertas de empleo público de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Salud mental que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas (incluido la incorporación al puesto de trabajo) antes del 31/12/2024 (art. 2 del RD-Ley 14/2021).

9.c. Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, en los centros sanitarios o unidades de salud mental tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.

9.d. Evaluación y adecuación de las necesidades de los recursos humanos en Salud mental, en todos los niveles asistenciales, en base a criterios de características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la oferta asistencial de la cartera de servicios y la presión asistencial en las distintas islas.

Corrección de los déficits estructurales de profesionales y recursos de acuerdo con las ratios óptimas asistenciales en todos los niveles de la atención de salud mental, y en todas las categorías profesionales y en cada una de las islas, para corregir las carencias más urgentes, las descompensaciones entre los diferentes niveles asistenciales y de profesionales, y garantizar unos ritmos de reposición aceptables en cada isla de acuerdo a sus necesidades, para garantizar una cobertura equitativa a toda la población, y con una menor carga de cobertura asistencial poblacional de los dispositivos comunitarios. Analizar la distribución de los profesionales en los diferentes niveles de atención, según el modelo



asistencial propuesto con el objetivo de conocer el balance hospital/comunidad para profundizar y hacer real y efectiva una psiquiatría comunitaria, y no balanceada hacia lo hospitalcéntrico. Mejorar las condiciones laborales y la calidad de la atención mediante la adecuación de los ratios a la población

asistida para todas las categorías profesionales (La media europea de profesionales de salud mental es de 38 cada 100.000 habitantes, y del estado español 9, dato que podríamos extrapolar a casi todas las especialidades)

9.e. Que las plantillas de los Servicios de Salud Mental estén conformadas por las diferentes categorías profesionales con sus especialidades reconocidas. Todavía se envía personal de enfermería no especializado a los servicios de hospitalización psiquiátrica, más en unos hospitales que en otros. No puede seguir con la descapitalización y la merma de calidad de los servicios con profesionales que no tienen realizada su especialidad en salud mental, como ocurre con la Enfermería en algunos hospitales públicos, y dejar que cada año que se vayan desangrando abandonando las islas profesionales en sus diversas categorías, por ofertar contratos en precario y limitados en el tiempo.

9.f. Consolidación y permanencia en el empleo. Garantizar la estabilidad de los profesionales y la promoción de su carrera profesional y la transparencia en la designación de responsabilidades de acuerdo a criterios consensuados en los servicios de salud mental.

9.g. Las infraestructuras no han avanzado como ha avanzado la ampliación de los equipos y los servicios. Acelerar las mejorar de las infraestructuras de los equipos comunitarios de salud mental y de los equipos comunitarios asertivos y los centros de rehabilitación Psicosocial para dignificar el trabajo clínico, así como, de algunos servicios de urgencia hospitalarios con la dotación de personal específico especializado en salud mental. Evitar la burocratización de los servicios fortaleciendo la presencia de personal administrativo y simplificación de los procedimientos. Los espacios son esenciales



para el trabajo de grupos, y como lugar abierto de encuentro y participación comunitaria.

9.h. Que las coordinadoras insulares de salud mental sean consejos legales de análisis, coordinación y fijación de las acciones en cada isla adscritos a las gerencias hospitalarias o a una gerencia específica para la salud mental.

9.i Garantizar espacios de formación estables que recojan la variedad de disciplinas y visiones del campo de la salud mental de acuerdo a los intereses de las políticas públicas de mejora de la calidad asistencial, el respeto a los derechos, a la ciencia basada en pruebas, a la experiencia del saber acumulado y los valores. La industria no formará parte ni figurará en los planes de formación institucionales.

9.j. Incorporar el análisis de narrativas para evaluación de los servicios, incorporando a los usuarios de los servicios y sus familiares y que sirve para construir una memoria colectiva, una guía de orientación compartida, y señalamiento de las debilidades y fortalezas.

9k. Actualización de la cartera común de servicios de salud mental, en especial en lo referente a la salud mental comunitaria y de rehabilitación y recuperación.

10. Recuperar la visión de la transversalidad como eje de resolución de las amplias necesidades a resolver en la atención a las personas con trastornos mentales. La salud mental en todas las políticas públicas. Este es uno de los ingredientes estratégicos de las políticas integradoras en los sistemas y servicios públicos de salud. En este sentido, en la red pública de atención a la salud mental se requiere:

- *Defensa del Modelo de la Cooperación integrada entre Salud Mental y Atención Primaria frente al modelo de la sustitutivo-fragmentario (Véase documento de la asociación madrileña de*



salud mental “ psicología en atención primaria, la casa por el tejado, 2021). Ni psicologizar, las emociones ni psiquiatrizar los malestares. En este sentido cabría las siguientes medidas para hacerlo efectivo:

- Establecer sistema de trabajo y cooperación sistemático entre SM y AP.
- De forma presencial, a través de la figura del Equipo Consultor. Los encuentros se realizan con una periodicidad determinada entre el Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC) referente, y el Equipo de Atención Primaria (EAP). Dichas consultas se realizan en los propios centros de salud para desempeñar entre otras las siguientes funciones:
 - a) Apoyo y supervisión de casos. Análisis de las derivaciones y seguimiento de tratamientos y planes de cuidado.
 - b) la figura de “enfermera de enlace” o “gestora de casos”, tanto en atención especializada como en atención primaria. Tratando de resumir: Ésta participa activamente en la coordinación de la continuidad de cuidados de modo que las intervenciones se desarrollen siguiendo un plan que integre las diversas necesidades del sujeto enfermo, generalmente se trata de pacientes con patología crónica y/o con pluripatología. Su misión es la de garantizar una intervención integral y continuada que incida sobre las diferentes necesidades del sujeto con dolencia y a sus cuidadores o red social de apoyo, movilizandolos recursos necesarios para tal finalidad.

Estas formas de cooperación deberán implementarse o en su caso, extenderse a todas las áreas sanitarias y al conjunto de las zonas básicas de Salud relacionadas con los Equipos de Atención Primaria de Salud y los Equipos Comunitarios de Salud Mental.

Un reforzamiento real del sistema sanitario lleva implícito una mayor inversión en la Atención Primaria, nuevos modelos de organización más integrados, mayor autonomía y capacidad de gestión por zonas



básicas, estabilidad laboral de los profesionales, refuerzos de sus programas de formación, e incentivos por el logro de objetivos. Estos ingredientes favorecen el cambio cultural y un estilo de trabajo posible para la recuperación de su sentido comunitario y preventivo.

- Cooperación entre Salud Mental, Derechos Sociales y Cabildos. Se deben superar los departamentos estancos y establecer objetivos y líneas de cooperación conjunta, que supere las llamadas telefónicas, creando:
- a.) Espacios estables y sistemáticos de cooperación para una política integral capaz de garantizar la continuidad de cuidados de los ciudadanos. Esta colaboración deberá estar reglamentada y legislada estableciéndose sus áreas, objetivos, funciones y mecanismos de cooperación. No puede dejarse a la voluntad del gobernante de turno. Salud mental, Cabildos y Derechos sociales deben ir de la mano en todos los niveles desde la legislación, la planificación, la gestión, y en la efectiva operatividad de las acciones conjuntas.
- b.) Los cuidados de los pacientes de larga duración deben ser revisados porque su objetivo no es la supervivencia sino llevar una vida digna. El modelo de atención de los cuidados de larga duración debe basarse en la atención domiciliaria con la corresponsabilidad de los servicios sanitarios y sociales públicos. El desarrollo de la ley de Servicios Sociales es más urgente que antes, para quintuplicar la presencia de trabajadores sociales entre la atención primaria, los servicios de salud mental y en los ayuntamientos. No estamos por macro centros residenciales. No será posible un modelo único para todos, la diversidad deberá ayudar a ofrecer respuestas más personalizadas.
- La atención a las personas de la tercera edad que viven solas o padecen problemas de salud mental deben prestarse especial atención por el sufrimiento que generan y su relación como población de riesgo de mayor prevalencia de suicido,



- Cooperación salud mental, salud pública, y educación. Que se extienda el programa ITP Plus o se promueva algún programa similar preventivo, enfocados en niños y adolescentes con síntomas depresivos subclínicos, eventualmente asociados a problemas de conducta o alto nivel de conflicto parental, reclutados en ambientes escolares. O bien, programas preventivos dirigidos a los hijos de padres deprimidos con un enfoque familiar. Así mismo, los programas de prevención específicos para jóvenes con factores de riesgo o síntomas se han mostrado efectivos. Los programas de atención temprana deben pilotarse desde la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad cooperar. No como ocurre en la actualidad. Los programas de gestiones de emociones, habilidades interpersonales y sociales y resolución de problema, así como la educación afectiva sexual, nos parecen esenciales en una política preventiva que parta desde la propia escuela, no de forma externa, con la cooperación de los y las profesoras y el entorno.
- Cooperación entre salud mental y los servicios de violencia género. Formar a profesionales de la salud mental en la prevención y detección precoz de la violencia de género, así como en herramientas de acompañamiento y apoyo psicológico a mujeres (e hijos/as) víctimas de violencia de género,
- Cooperación de salud mental y las organizaciones que atienden a los emigrantes. Es necesario arbitrar formas flexibles de acceso y apoyo desde los servicios de salud mental a las organizaciones de acogida y seguimiento de la población emigrante, en el ejercicio de los derechos humanos y de una sanidad realmente universal. Cuidados de salud mental en los CIT.
- Cooperación de salud mental y la administración de justicia. Ejecución de Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Hacer efectivo en la realidad de las personas el cambio de un sistema



como el hasta ahora vigente en nuestro ordenamiento jurídico, en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones.

- Reforzamiento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales del SCS. En la actualidad, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales del SCS, que deben atender a los profesionales de cuestiones que también incluyen la salud mental, están desmantelados y lo poco que hay, ocupado del Covid-19 estos dos últimos años. Los Servicios de Prevención propios, han ido dando paso a las Mutuas, cuya labor es más de fiscalización que preventiva. Los profesionales sufren síndrome del Burnout, trabajan a turnos, 365 días del año, 24 horas al día, con sobrecarga asistencial por los recortes de plantilla, existen situaciones de acoso laboral y de maltrato por parte de pacientes y usuarios que los responsabilizan de cuestiones que competen a la dirección del SCS o al propio Gobierno. Además de ello, trabajan cara a cara con el dolor humano. Por lo que reclamamos dotación de profesionales de Prevención de Riesgos Laborales y devolución a lo público de los Servicios que han hurtado las mutuas y que incluyan actividad formativa y preventiva en la atención psicosocial de los trabajadores.
- Desarrollo de los Comités de Seguridad y Salud con participaciones de los profesionales.
- Favorecer las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar. En la actualidad son nulas en el SCS y más de un 60% vive con la permanente incertidumbre vital que da el abuso de temporalidad y la precariedad en la contratación. Con todo ello, aún no se ha hecho una evaluación de los puestos de trabajo en el Servicio Canario de Salud, desde el punto de vista, no sólo de los riesgos físicos, sino también psicosociales, de hecho,



una de las especialidades de los Técnicos de P.R.L. es la Ergonomía y Psicología aplicadas.

11.- El uso de la tele digitalización aunque se ha incorporado a nuestras vidas, en el campo de la salud mental, y la atención sanitaria, de acuerdo a la evidencia científica - frente a la euforia inicial en su uso en el confinamiento- nos señala que sus diferentes formas de comunicación (llamadas telefónicas, aplicaciones móviles, videoconferencias o videollamadas, correos electrónicos, sitios web, mensajes de texto, realidad mixta y software específicos) deben ser limitadas para, según que usos, porque sabemos hoy día que las mismas no tienen un grado generalizado de aceptación y presentan problemas de inequidad.

La teleasistencia no deberá configurarse como un modelo de atención de la asistencia sanitaria ni en la atención a la salud mental. Reconocemos que es una técnica más a disposición de los Servicios, pero que nunca debe prevalecer en la actividad asistencial sobre la atención presencial. En los estudios analizados se han identificado trece barreras grupales relacionadas con la aceptación de la tecnología y adopción por parte del usuario, preocupaciones sobre la idoneidad y precisión de la evaluación subjetiva del paciente y problemas técnicos fueron las más frecuentes. Los servicios de salud y particularmente los servicios de salud mental deben limitar los criterios de uso definidos previamente, pues se requiere consentimiento informado, puede vulnerar la intimidad, no todos los usuarios la prefieren y no todas las personas cuentan con los medios e instalaciones y tiene la capacitación para el manejo adecuado de las mismas.(8)

12. Abrir los Servicios a la participación de los usuarios y sus organizaciones. En la mayoría de los países de la OCDE los usuarios de servicios de atención de salud mental participan cada vez más en los procesos compartidos de toma de decisiones en torno a su atención, incluso mediante el uso de planes de atención personal, la participación en debates y decisiones sobre cómo se ejecutan los Servicios, por ejemplo, a través de consejos de usuarios de Servicios. Los planes de atención de salud mental personal con



médicos y usuarios de Servicios que trabajan juntos para acordar decisiones de atención y tratamiento, son una forma de incorporar las preferencias y valores de los usuarios en su atención (9,10) .

12.Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada en materia de salud mental de acuerdo a las nuevas necesidades con independencia de la industria, que favorezca una visión integral de la personal lejos de modelos reduccionistas, y que estén integrado en programas de formación continua para la mejora de la calidad de las prestaciones.

Apostamos por una atención de la salud mental ágil en su gestión con respeto a los valores, la calidad y el bienestar que favorezca el ejercicio de la ciudadanía y la defensa de los derechos humanos.

Canarias a 8 de abril 2022.



1. Norhayati, M.N.; Che Yusof, R.; Azman, M.Y. Prevalence of Psychological Impacts on Healthcare Providers during COVID-19 Pandemic in Asia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9157. <https://doi.org/10.3390/ijerph1817915>
2. Ching SM, Ng KY, Lee KW, Yee A, Lim PY, Ranita H, et al. (2021) Psychological distress among healthcare providers during COVID-19 in Asia: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 16(10): e0257983. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257983>
3. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, *Lancet* 2021; 398: 1700–12
4. Juan Jesús García-Iglesias, Juan Gómez-Salgado, Jorge Martín-Pereira, Javier Fagundo-Rivera, Diego Ayuso-Murillo José Ramón Martínez-Riera y Carlos Ruiz Frutos. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94: 23 de julio 2020
5. NIH. Mental Health of Children and Young People in England, 2020 Wave 1 follow up to the 2017 survey. (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2020-wave-1-follow-up>)
6. Trastornos Mentales Graves y el impacto COVID 19. Grupo 5 Acción y Gestión Social. <https://www.grupo5.net/trastorno-mental-grave-impacto-covid19>
7. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2021; 41(139): 9-14 doi: 10.4321/S0211-573522100010000
8. Khoshrounejad F, Hamednia M, Mehrjerd A, Pichaghsaz S, Jamalirad H, Sargolzaei M, Hoseini B and Aalaei S (2021) Telehealth-Based Services During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Features and Challenges. *Front. Public Health* 9:711762. doi: 10.3389/fpubh.2021.711762.
9. Slade, M. (2017), “Implementing shared decision making in routine mental health care”, *World Psychiatry*, Vol. 16/2, pp. 146-153, <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20412>
10. Liverpool, S. et al. (2020), “A scoping review and assessment of essential elements of shared decision-making of parent-involved interventions in child and adolescent mental health”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01530-7>.