



**SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA
INFORME ESPECIAL A LES CORTS VALENCIANES**

**Atenció residencial a persones amb problemes de
salut mental a la Comunitat Valenciana**

MARÇ, 2016

INFORME ESPECIAL

**ATENCIÓ RESIDENCIAL A PERSONES
AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT VALENCIANA**

Edita: SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Depòsit Legal: A 149-2016

Disseny i maquetació: TÁBULA

Imprimeix: Quinta impresión

ÍNDIX GENERAL

Sigles utilitzades en l'Informe	07
Nota aclaridora	08
1 Introducció. Antecedents i justificació de l'Informe	09
2 Objectiu de l'Informe	20
3 Metodologia emprada en l'elaboració de l'Informe	24
4 Marc competencial i coordinació sociosanitària	28
4.1 Administració autonòmica	28
4.2 Diputacions provincials	42
5. Tipologia de recursos residencials de caràcter sociosanitari	45
5.1 Introducció	45
5.2. Els centres específics per a persones amb malaltia mental crònica (CEEM)..	52
5.3. Centres de tipologia mixta	54
5.4. Centre d'atenció residencial per a persones amb discapacitat en situació de dependència (CARPD)	55
6. Perfil dels usuaris dels CEEM	60
6.1. Diagnòstics més freqüents	60
6.2. Grau de discapacitat	61
6.3. Grau de dependència	61
6.4. Incapacitació judicial i tutela	62
6.5. Temps d'ingrés	64
7. L'ingrés en centre residencial	65
8. La intervenció rehabilitadora i d'inserció sociolaboral	71
9. Cobertura sanitària i farmacèutica	73
9.1. Cobertura sanitària	73
9.2. Cobertura farmacèutica	77
10. La participació econòmica dels usuaris en el cost del servei	85
10.1. Regulació en l'àmbit de la Comunitat Valenciana prèvia a l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència	85
10.2. Regulació estatal de la participació en el cost del servei i el càlcul de la capacitat econòmica dels beneficiaris després de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència	86

10.3. Regulació en l'àmbit de la Comunitat Valenciana després de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència	87
10.3.1. Participació econòmica en el cost del servei i càlcul de la capacitat econòmica a la Comunitat Valenciana per a persones dependents	87
10.3.2. Participació econòmica en el cost del servei i càlcul de la capacitat econòmica a la Comunitat Valenciana per a persones no dependents	88
10.4. Regulació autonòmica després de l'entrada en vigor, l'1 de gener de 2015, de la Llei 7/2014, de 22 de desembre	90

11. Hospital psiquiàtric dependent de l'Administració penitenciària

94

12. CONCLUSIONS

96

12.1. Respecte de la planificació general, el marc competencial i la coordinació socio sanitària	96
12.1.1. Manca de planificació en matèria de salut mental	96
12.1.2. Deficient coordinació socio sanitària	96
12.1.3. Deficient coordinació en matèria de cobertura d'atenció psiquiàtrica	97
12.1.4. Zonificació dels recursos	97
12.1.5. Procediment de presa de decisió	97
12.1.6. Falta d'homogeneïtat quant al paper de les diputacions provincials...	97
12.2. Quant a la tipologia de recursos residencials	97
12.2.1. Dispersió normativa que afecta els processos d'autorització de centres residencials	97
12.2.2. Insuficient definició dels centres de tipologia mixta	98
12.3. Els centres d'atenció residencial per a persones amb discapacitat en situació de dependència (CARPD) afegixen complexitat a la falta de definició i provisionalitat que afecta els centres residencials d'atenció a persones amb problemes de salut mental	98
12.4. El Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo manca de les preceptives autoritzacions administratives per al funcionament de les unitats d'hospitalització de mitjana estada (Conselleria de Sanitat) i de les unitats de rehabilitació i atenció a discapacitats (Conselleria de Sanitat)	99
12.5. Respecte del perfil dels usuaris i el seu reconeixement de grau de discapacitat i dependència	99
12.5.1. Diagnòstic més freqüent: esquizofrènia. Notable absència de diagnòstics de patologia dual (salut mental-toxicomanies)	99

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

12.5.2. Reconeixement de grau de discapacitat en l'interval comprés entre el 65% i el 74%	100
12.5.3. Un 36,2% de les persones ateses en els centres visitats no tenen reconeixement de grau de dependència	100
12.5.4. Situació especial de les persones ateses en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo d'Alacant	100
12.5.5. Perllongats processos d'internament	100
12.5.6. Els internaments no voluntaris requereixen més control i, sobretot, un contrast superior a l'hora de ser prorrogats	101
12.5.7. La majoritària declaració d'incapacitació judicial total de les persones ateses en els centres visitats i l'exercici de la tutela com a càrrec preferent contravé el que hi ha disposat en la Convenció de Drets de les Persones amb Discapacitat i la Instrucció de la Fiscalia General de l'Estat	101
12.5.8. Necessitat de més control i exhaustivitat de l'exercici de la tutela per part de la Generalitat	102
12.6. Sobre la intervenció rehabilitadora i la inserció sociolaboral dels usuaris	102
12.6.1. Absència d'un disseny d'intervenció que permeta tractaments integrals de les persones amb problemes de salut mental ingressades en els centres	102
12.6.2. Absència de documents base que permeten l'elaboració de protocols i programes d'intervenció que han de ser posats en funcionament en els centres	102
12.7. Respecte de la cobertura sanitària i farmacèutica	103
12.7.1. Deficient dotació de personal en les USM	103
12.7.2. Falta d'especialització en salut mental del personal d'infermeria i dels educadors	103
12.7.3. Progressiva acreditació com a psicòlegs clínics dels professionals de psicologia que presten servicis en els centres residencials	104
12.7.4. Heterogeneïtat en l'aplicació del copagament farmacèutic	104
12.8. Respecte de la participació econòmica de les persones usuàries en el cost del servici	104
12.8.1. Des de l'1 de gener de 2014 s'establix el copagament per a persones discapacitades ateses en recursos residencials (entre d'altres). Este règim de copagament incidix molt negativament en els processos de rehabilitació i inserció de les persones usuàries, i a més provoca el seu empobriment	104
12.8.2. La presentació per part de la Conselleria de Benestar Social d'un recurs de cassació davant el Tribunal Suprem, contra la resolució del Tribunal	

Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana, que declara la íntegra nul·litat de ple dret del Decret 113/2013, de 2 d'agost, demora una possible devolució del preu públic percebut per l'Administració autonòmica durant l'exercici 2014	105
12.8.3. Heterogeneïtat en la forma d'aplicació de la participació econòmica en el cost del servei residencial	105
12.9. Participació i coordinació	106

13. RECOMANACIONS 107

ANNEX I: VISITA AL DEPARTAMENT DE SALUT D'ELDA 111

I. Visita a la Unitat de Salut Mental d'Elda	111
II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica d'Elda ...	114

ANNEX II: VISITA AL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA MARINA BAIXA 121

I. Visita a la Unitat de Salut Mental Marina Baixa	121
II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica de Benidorm	123

ANNEX III: VISITA AL DEPARTAMENT DE SALUT DE GANDIA 129

I. Visita a la Unitat de Salut Mental del Departament de Salut Mental de Gandia ...	129
II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica de Montdúver-Barx	131

ANNEX IV: VISITA AL DEPARTAMENT DE SALUT DE LLÍRIA 137

I. Visita a la Unitat de Salut Mental de l'Hospital Arnau de Vilanova	137
II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica de Bétera	142

ANNEX V: REUNIÓ AMB RESPONSABLES DE FEAFES/AFEMA 149

ANNEX VI: VISITA AL COMPLEX SOCIOASSISTENCIAL DOCTOR ESQUERDO 151

ANNEX VII: VISITA AL DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLÓ 159

I. Visita a l'Hospital Provincial de Castelló	159
II. Visita realitzada al Centre Específic per a Malalts Mentals Crònics Gran Via (Castelló)	162

ANNEX VIII: MEMÒRIA 2014. MECANISME NACIONAL DE PREVENCIÓ DE LA TORTURA (MNP). DEFENSORA DEL POBLE. ESTABLIMENTS RESIDENCIALS QUE PRESTEN SERVICIS DE CARÀCTER SANITARI, SOCIAL I/O REHABILITADOR 168

SIGLES UTILITZADES EN L'INFORME

CCAA	Comunitats autònomes
CARPD	Centre d'Atenció Residencial a Persones en Situació de Dependència
CD	Centre de Dia
CE	Constitució espanyola
CEEM	Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica
CRIS	Centre de Rehabilitació i Inserció Social
EACV	Estatut d'Autonomia de la Comunitat Valenciana
HD	Hospital de Dia
RAF	Règim d'aportació farmacèutica
UCA	Unitat de Conductes Addictives
UHP	Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica
USMA	Unitat de Salut Mental d'Adults
USMIA	Unitat de Salut Mental Infantil-Adolescents
UTA	Unitat de Trastorns Alimentaris

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

NOTA ACLARIDORA

El present Informe es va redactar prèviament al canvi produït en l'estructura organitzativa del Consell.

Des del juliol de 2015, les competències atribuïdes a la Conselleria de Benestar Social, en matèria d'assistència social a persones amb malaltia mental crònica, han estat assignades a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

En l'Informe fem referència a competències que assumia la Conselleria de Benestar Social i que, actualment, corresponen a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

De la mateixa manera, cal entendre que les competències de l'antiga Conselleria de Sanitat corresponen ara a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

INTRODUCCIÓ. ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ DE L'INFORME

01

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

08 / 09

Des de la posada en marxa del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana l'any 1993, els problemes relacionats amb la salut mental i la situació de les persones que la tenen, com també la dels seus familiars, han estat una preocupació constant d'esta institució.

Efectivament, l'any 1994 el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana va elaborar un primer estudi sobre la problemàtica de la salut mental a la Comunitat Valenciana.

Aquell Informe tenia com a objectiu adaptar a la nostra comunitat autònoma el que havia dut a terme el Defensor del Poble. Les conclusions de l'Informe de 1994 van ser presentades en les IX Jornades de Coordinació de Defensors del Poble, que van tenir lloc a Alacant (octubre de 1994), amb el títol: *La salut mental i l'assistència psiquiàtrica*.

D'altra banda, a l'octubre de 1995 l'oficina del Síndic de Greuges presenta en les X Jornades de Defensors del Poble, dutes a terme a Barcelona (octubre de 1995), la comunicació titulada: "Las familias de los enfermos mentales en la reforma psiquiátrica valenciana".

L'any 2000 se signa a la seu del Síndic de Greuges el Protocol d'Internament de la Ciutat d'Alacant. Es tractava del primer protocol d'estes característiques que s'elaborava a la Comunitat Valenciana. El Síndic va ser l'encarregat de complir-lo i custodiar-lo.

Va ser l'any 2003 quan el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana va elaborar l'*Informe especial a les Corts Valencianes sobre la situació de les persones que tenen malalties mentals i dels seus familiars*. Este Informe s'estructura en tres parts:

- La primera, dirigida a analitzar l'evolució de l'assistència pública en matèria de salut mental.
- La segona, que presentava els recursos existents amb referència a l'any 2002.
- La tercera, que estava destinada a l'anàlisi de problemes concrets de les persones afectades, com també de les seues famílies.

L'Informe especial de 2003, que va tenir una gran repercussió entre els col·lectius afectats, concloïa amb 32 recomanacions dirigides a les administracions implicades: la Conselleria de Sanitat, la Conselleria de Benestar Social i les diputacions provincials.

Una vegada transcorreguts nou anys des de la publicació de l'Informe, la institució inicia, l'any 2012, una queixa d'ofici (la núm. 1201100) a fi d'avaluar el grau de compliment de les recomanacions que va efectuar el Síndic de Greuges en l'Informe Especial de 2003.

El resultat de l'informe, quant al grau de compliment de les recomanacions efectuades, és el següent:

CONSELLERIA DE SANITAT	
RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
PRIMERA. Que, de conformitat amb el que disposa el Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica de la Comunitat Valenciana (PDSM), s'amplien progressivament les plantilles de personal de les unitats, en proporció al nombre i les característiques que puguen presentar els nuclis poblacionals.	INCOMPLIDA Si bé s'hi ha produït un increment de plantilla, en termes absoluts, el creixement de la població amb cobertura d'assistència sanitària ha generat una disminució en la taxa de professionals per nombre d'habitants.

<p>SEGONA. Que s'atenga a la situació material de les diverses unitats i, en particular, a les unitats II i III de Castelló (Àrea 2), Paterna (Àrea 5), Mislata i Manises (Àrea 6), Torrent (Àrea 8), la Ribera i Sueca (Àrea 10), Dénia (Àrea 12), Alcoi (Àrea 14), Benidorm (Àrea 15), Sant Joan i Alacant Centre (Àrea 16), Villena (Àrea 17), Florida-Babel i Ciutat Jardí (Àrea 18).</p>	<p>PARCIALMENT COMPLIDA No s'aporta informació sobre Manises i Mislata. Es continuen detectant importants deficiències a Alcoi, Alacant-centre, Sant Joan, Florida-Babel i Ciutat Jardí.</p>
<p>TERCERA. Que, de conformitat amb el que hi ha previst en el PDSM, es potencie l'atenció domiciliària i l'articulació de programes dirigits a persones que tenen malaltia mental i no mantenen contacte amb el sistema sanitari.</p>	<p>PARCIALMENT COMPLIDA Baix grau d'implantació, al voltant del 50% de les USM i UHP.</p>
<p>QUARTA. Que s'adapten les unitats d'hospitalització als mínims de llits previstos en el PDSM i s'atenga a la situació concreta de les unitats de Vinaròs, Sagunt, Hospital Arnau, la Ribera, Gandia, Alcoi, la Vila Joiosa, Elx i Baix Segura.</p>	<p>INCOMPLIDA MODIFICABLE Seria recomanable revisar criteris teòrics (estàndards) en els quals es basa esta Recomanació, com també analitzar les raons que justifiquen la variabilitat en les taxes d'ocupació.</p>
<p>CINQUENA. Que s'elaboren uns criteris mínims d'espai i disseny de les unitats d'aguts, als quals hagen d'ajustar-se les noves unitats que es constrüesquen, particularment en les àrees on no existix encara unitat d'hospitalització, i als quals, en la mesura de les seues possibilitats, hagen d'adaptar-se les ja existents.</p>	<p>INCOMPLIDA No es respon a esta Recomanació ni consta, per altres informants, que s'haja complit o estiga en procés de complir-se.</p>
<p>SISENA. Que, per part de la Comissió de Consentiment Informat descrita en l'article 14 de la nostra Llei 1/2003, es revisen i s'actualitzen les matèries referents a l'aplicació del consentiment informat en matèria de tractaments per salut mental, en particular allò concernent a la teràpia electroconvulsiva i la psicocirurgia.</p>	<p>INCOMPLIDA No es respon a esta Recomanació ni consta, per altres informants, que s'haja complit o estiga en procés de complir-se.</p>

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

<p>SETENA. Que es garantisca la disponibilitat de la teràpia electroconvulsiva en totes les unitats d'aguts de la Comunitat Autònoma.</p>	<p>INCOMPLIDA MODIFICABLE Si bé la Recomanació ha estat incomplida, entenem que és aconsellable revisar les necessitats reals que la justifiquen, i compartim l'argumentació aportada per la Conselleria de Sanitat.</p>
<p>VUITENA. Que, mentre no hi haja regulació sobre la psicocirurgia, es designe una unitat de referència i es confeccione un protocol que incloga la supervisió d'un organisme independent, diferenciat del metge que haja de practicar la intervenció, de conformitat amb les recomanacions internacionals.</p>	<p>INCOMPLIDA No es respon a esta Recomanació ni consta, per altres informants, que s'haja complert o estiga en procés de complir-se.</p>
<p>NOVENA. Que s'estudie i s'elabore un sistema estadístic que permeta fer un seguiment de les circumstàncies en què s'efectuen i es duen a terme els sistemes de contenció i d'aïllament en les unitats d'aguts, a fi de facilitar la transparència sobre este polèmic assumpte i fer avaluacions de control.</p>	<p>INCOMPLIDA No responen a esta Recomanació ni consta, per part d'altres informants, que s'haja complert o que estiga en procés de fer-ho.</p>
<p>DESENA. Que, de conformitat amb les previsions del PDSM, es cree la xarxa d'hospitals de dia.</p>	<p>PARCIALMENT COMPLIDA Davant les deficiències observades en el funcionament d'alguns hospitals de dia, pot ser aconsellable comprovar si estos s'ajusten als objectius per als quals van ser creats.</p>
<p>ONZENA. Que, de conformitat amb el que disposa el Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica de la Comunitat Valenciana (PDSM), s'amplien progressivament les plantilles de personal de les unitats, a fi de poder atendre dignament la població.</p>	<p>COMPLIDA És destacable l'impuls a les unitats de salut mental de la infància i l'adolescència (USMI-A).</p>

DOTZENA. Que, progressivament, es milloren els mitjans materials de les unitats i s'elimine la provisionalitat de les unitats situades a Castelló (núm. 2), Diputació Provincial de València (Museu) i Elx.	COMPLIDA Convé millorar les dependències de la USMI-A núm. 2 de Castelló.
TRETZENA. Que, mitjançant un procés de consultes amb els professionals i les associacions implicades, i la revisió dels models implantats per altres comunitats autònomes, s'estudie la creació d'una unitat d'hospitalització infantojuvenil que complisca els mínims exigibles.	COMPLIDA Si bé és cert que, no solament s'ha creat una unitat hospitalària infantojuvenil, sinó tres, convé tornar a avaluar les necessitats actuals i adequar els mitjans que tenen estes unitats hospitalàries.
CATORZENA. Que, de la mateixa manera que en els hospitals de dia d'adults, s'estudien les necessitats en matèria d'hospitalització de dia infantojuvenil.	INCOMPLIDA No consta que s'hagen estudiat les necessitats d'hospitals de dia infantojuvenils ni la seua creació.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

12 / 13

CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL	
RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
QUINZENA. Que s'impulsi el desenvolupament reglamentari de les disposicions sobre habitatges tutelats a fi de crear una xarxa mínima, prou flexible, que permeta l'atenció a persones que tenen malaltia mental amb diversos graus de deterioració, i que s'impulsen campanyes de sensibilització i informació a la societat sobre la necessitat i utilitat d'este tipus de recursos.	PARCIALMENT COMPLIDA S'ha aprovat la normativa reguladora d'habitatges tutelats. No obstant això, la "xarxa mínima" a la qual fa referència la Recomanació amb prou faenes arriba a un 15.8% de les necessitats que hi calen.
SETZENA. Que es procure que, per cada CEEM, existisca un habitatge pont que permeta un procés adequat i àgil de desinstitucionalització, sense pèrdua de les subvencions, fins a l'accés a allotjaments menys restrictius.	INCOMPLIDA La Recomanació no ha estat complida, tant pel que fa a la falta d'habitatges tutelats vinculats als CEEM, com a elements de transició o quant al trasllat de pacients ingressats en la Unitat de Mitjana-Llarga Estada de Castelló a altres tipus de recursos residencials.

<p>DESSETENA. Que s'impulsi el desenvolupament reglamentari dels centres de rehabilitació i integració social, de manera que permeten una adaptació als recursos no homologats que facilite la seua supervivència fins a la seua millora o substitució per uns altres amb més mitjans. Que, en particular, s'atenga a la situació dels programes situats en els nuclis rurals, de manera que pugui cobrir-se un mínim de servicis, i a la situació concreta dels centres de rehabilitació de la Ribera i Aldaia</p>	<p>INCOMPLIDA No s'ha efectuat el desenvolupament reglamentari referit en la Recomanació.</p>
<p>DIVUITENA. Que s'efectue un registre de casos i es valore la necessitat d'elaborar una guia sobre la utilització dels mitjans de contenció en els centres residencials, de manera anàloga als que s'han desenvolupat en altres comunitats autònomes.</p>	<p>INCOMPLIDA No es respon a esta Recomanació ni consta, per altres informants, que s'haja complert o estiga en procés de complir-se.</p>
<p>DINOVENA. Que s'estudie la possibilitat de subvencionar o facilitar la contractació d'una assegurança de responsabilitat civil, que cobrisca la responsabilitat derivada de l'exercici de la tutela a les persones designades per a exercir-la.</p>	<p>INCOMPLIDA No es respon a esta Recomanació ni consta, per altres informants, que s'haja complert o estiga en procés de complir-se.</p>
<p>VINTENA. Que s'estudie l'estat actual de la nostra Comissió Valenciana de Tutelles i Defensa Judicial d'Incapacitats i la seua adaptació a les noves demandes socials, en línia amb les actuacions realitzades per altres comunitats autònomes, i que s'impulsi la creació d'entitats tutelars, de conformitat amb el que hi ha previst en l'article 43 de la Llei 11/2003.</p>	<p>INCOMPLIDA La Conselleria comunica que «S'està en fase d'estudi de la creació de les institucions pertinents». No obstant això, consta l'aprovació del Decret 136/2011, de 30 de setembre, del Consell, amb el qual donaria compliment parcial a esta Recomanació.</p>

CONSELLERIES DE SANITAT I BENESTAR SOCIAL

RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
<p>VINT-I-UNENA. Que s'actualitzen i es milloren els servicis d'obtenció de dades i estadística que permeten oferir un sistema integrat, a fi de proporcionar una visió global i avaluar l'eficàcia dels diversos dispositius de salut mental.</p>	<p>INCOMPLIDA No consta l'existència d'una eina informàtica que permeta l'obtenció de dades i estadístiques dirigides a proporcionar una visió global i avaluar l'eficàcia dels diversos dispositius de salut mental.</p>
<p>VINT-I-DOSENA. Que hi haja més integració dels recursos i, en particular, que es definisca l'estatut del personal sanitari de la xarxa pública en els centres específics per a persones amb malaltia mental crònica.</p>	<p>INCOMPLIDA No s'ha produït una integració de recursos ni s'ha definit com a estatutari el personal sanitari que depèn d'esta Conselleria.</p>
<p>VINT-I-TRESENA. Que, de conformitat amb el que hi ha previst en el PDSM (Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica), es potencie l'adequada preparació dels curadors sense estatus professional amb l'adequada formació teòrica i pràctica, i es facilite informació als curadors/es sobre els seus drets.</p>	<p>PARCIALMENT COMPLIDA S'informa que s'estan realitzant cursos de curadors no professionals, però no s'aporta el seu grau d'implantació ni la seua freqüència.</p>
<p>VINT-I-QUATRENA. Que s'impulsen les ajudes i els servicis de respir per a familiars, mitjançant un ampli ventall de possibilitats de respir temporal que permeten una cura alternativa d'acord amb les necessitats.</p>	<p>PARCIALMENT COMPLIDA Es respon que "s'impulsa anualment el finançament de programes específics de respir familiar" però no s'aporta informació quantitativa que permeta avaluar el grau de compliment.</p>
<p>VINT-I-CINQUENA. Que, de conformitat amb les recomanacions del Comitè de Ministres del Consell d'Europa núm. R (2000) 5, de 24 de febrer, i R (97) 17 de 30 de setembre, es procuren mecanismes per a facilitar el dret dels sectors afectats a participar en els processos de decisió que afecten les cures sanitàries en matèria de salut mental.</p>	<p>COMPLIDA La Recomanació es troba recollida en la Llei 11/2003, de 10 d'abril, de la Generalitat, sobre l'Estatut de les Persones amb Discapacitat, com també en l'Ordre de 26 de setembre de 2005, del conseller de Sanitat, del Consell Assessor de Salut Mental de la Comunitat Valenciana.</p>

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL A PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL A LA COMUNITAT VALENCIANA

<p>VINT-I-SISENA. Que s'impulsi la negociació d'un protocol d'urgències en salut mental amb l'Administració de Justícia i les Forces i Cossos de Seguretat, que establisca les pautes mínimes i la preparació necessària per a la seua realització i permeta distingir els supòsits d'intervenció, en línia amb el que es va signar el 5 d'octubre de 2000 a la ciutat d'Alacant.</p>	<p>COMPLIDA</p> <p>Recomanació que realment sols afecta la Conselleria de Sanitat i ha estat adoptada mitjançant l'aprovació d'un protocol d'actuació per a casos d'ingressos involuntaris.</p>
<p>VINT-I-SETENA. Que, en aquells casos d'incapacitat legal de l'afectat i la necessitat d'aplicació de tractaments obligatoris a la Comunitat, s'impulsi la negociació de protocols amb l'Administració de Justícia amb la finalitat següent:</p> <ul style="list-style-type: none">- Establir els requisits mínims de comunicació per part de les autoritats sanitàries i la intervenció adequada dels familiars als efectes de l'article 757 núm. 3, LEC.- Establir el contingut mínim dels programes de tractament i rehabilitació en comunitat que caldrà adjuntar a estes comunicacions.- Concretar els requeriments mínims que ha de revestir l'autorització.- Establir les modalitats d'execució i les fórmules d'aplicació.- Elaborar una estadística de casos que siga respectuosa amb les exigències de confidencialitat i permeta la confecció d'un instrument adequat per a la millora dels servicis i de les intervencions.	<p>INCOMPLIDA</p> <p>La Conselleria de Benestar Social indica que «s'estan estudiant i s'estan requerint els informes necessaris», però no especifica més informació sobre este tema.</p>

CONSELLERIA D'ECONOMIA, TURISME, INDÚSTRIA I OCUPACIÓ

RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
VINT-I-VUITENA. Que s'impulsi el compliment de les normes sobre: integració i ocupació de persones amb minusvalidesa; la reserva d'ocupació; les modalitats d'ocupació, com també de l'ocupació amb suport i els enclavaments protegits; la sensibilització social sobre les possibilitats laborals de les persones amb discapacitat; l'impuls del paper dels servicis d'intermediació i de formació; i que s'atenga a les especials dificultats del col·lectiu de les persones que tenen malaltia mental mitjançant un adequat estudi que incloga mètodes d'avaluació estadística.	PARCIALMENT COMPLIDA Si bé la Conselleria aporta informació sobre diverses convocatòries de subvencions, el seu caràcter genèric impossibilita conèixer el grau exacte de compliment de la Recomanació vint-i-vuitena.

RÀDIO TELEVISIÓ VALENCIANA

RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
VINT-I-NOVENA. Que, de conformitat amb els principis que inspiren la seua creació, d'acord amb la Llei 7/1984 i la Recomanació núm. R (97) 21, de 30 d'octubre, del Comitè de Ministres del Consell d'Europa sobre els mitjans i la promoció d'una cultura de tolerància, s'adopten, com a Codi de Conducta, les normes recollides en la <i>Guia d'Estil sobre Salut Mental i Mitjans de Comunicació</i> de la Confederació Espanyola d'Agrupacions de Familiars i Malalts Mentals (FEAFES).	COMPLIDA RTVV va adoptar la <i>Guia d'Estil sobre Salut Mental i Mitjans de Comunicació</i> de FEAFES, i amb això va complir la Recomanació vint-i-novena.

DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA

RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
TRENTENA. Que s'estudie el possible ús dels espais lliures de l'Hospital Psiquiàtric Pare Jofré de Bétera a fi que siguin gradualment coberts per altres servicis públics no destinats a salut mental, i es faça una adequada gestió del sòl públic i de les estructures que hi ha. I, si hi ha beneficis, que redunden en els pressupostos destinats a salut mental.	COMPLIDA La Diputació de València ha complit amb exactitud la Recomanació trentena.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

18 / 19

DIPUTACIÓ D'ALACANT	
RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
TRENTA-UNENA. Que es tanque l'antic Sanatori Psiquiàtric Provincial, avui Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, mitjançant un procés transparent, consensuat amb els treballadors del centre i les associacions afectades, i que es reinvertisca el patrimoni immobiliari resultant en la creació de recursos residencials, allotjaments alternatius a la institucionalització i servicis de rehabilitació psicosocial. Que, fins que es traslladen els interns, es mantinguen els graus actuals de cura i allotjament dispensats pel centre.	COMPLIDA La Diputació d'Alacant està complint la Recomanació trenta-unena en les diverses fases que comporta.

AJUNTAMENT DE VALÈNCIA	
RECOMANACIÓ INFORME 2003	GRAU DE COMPLIMENT I OBSERVACIONS
TRENTA-DOSENA. Que, en la mesura que siga possible, es milloren les condicions materials del Centre de Rehabilitació Biopsicosocial de Museu, el local del qual va ser cedit per l'Ajuntament esmentat.	NO ESCAU Entenem que esta Recomanació no escau actualment, ja que el servici que es presta en els locals als quals fa referència no depèn de l'Ajuntament de València, sinó de la Conselleria de Sanitat.

A totes estes actuacions d'ofici cal afegir les queixes sobre esta matèria que, a instàncies de part, es dirigixen al Síndic de Greuges. El nombre d'estes queixes augmenta cada any.

Finalment, volem dir que al mes de novembre de 2014 la Defensora del Poble va demanar la col·laboració del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, a fi que tècnics d'esta institució acompanyaren el personal comissionat per la Defensora del Poble al Centre de Tipologia Mixta La Morenica, de Villena (Alacant). Esta visita s'emmarcava dins de les activitats previstes com a Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura.

Si bé el nucli de la visita realitzada era l'atenció residencial a les persones amb malaltia mental, en aquell centre són atesos (perquè és de tipologia mixta) altres col·lectius (persones majors, persones amb discapacitat física i psíquica).

La visita realitzada i la informació obtinguda —tant visual com documental—, a més de les reunions mantingudes amb els responsables del centre, justifiquen l'obertura de la queixa d'ofici núm. 1500030, que és l'origen d'este Informe.

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

20 / 21

El Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica, respecte dels CEEM, remarca «(...) el caràcter obert d'estos centres. No són hospitals psiquiàtrics ni unitats de guarda i custòdia». Es tracta d'evitar que els CEEM esdevinguen petits «manicomis» en què la funció de custòdia acaba sent la seua característica principal.

No obstant això, de la visita realitzada al novembre de 2014 al CEEM de Villena (dins de l'acompanyament realitzat al personal comissionat per la Defensora del Poble) destaquem una sèrie de qüestions que ens semblen especialment rellevants.

Primera. L'actuació de l'Administració de justícia

Respecte de l'autorització judicial d'ingrés, com que és un centre per a atenció a pacients amb problemàtica de salut mental (psiquiàtrica), necessiten una autorització judicial per a ingressar-hi. Solament aquells pacients que hi ingressen per pròpia voluntat i no estan incapacitats podrien no necessitar-la.

En revisar els expedients es va comprovar que algunes persones ingressades no disposaven de la corresponent autorització judicial, o que la que tenien no estava actualitzada.

Era igualment destacable l'ús de la sol·licitud d'ingrés urgent (una comunicació al jutjat després que s'hi haguera fet l'ingrés), en alguns casos en què escauria la sol·licitud d'ingrés ordinari. Semblava que l'ús de l'ingrés per urgència, que hauria de ser excepcional, podia esdevenir el procediment ordinari.

D'altra banda, respecte de la vigilància i el seguiment judicial dels internaments, vam comprovar en llegir alguns expedients que no s'havia revisat semestralment (tal com indica la pròpia autorització judicial) l'evolució del pacient i la conveniència de prosseguir l'internament.

Segona. Situació de les persones tutelades per la Comissió Valenciana de Tuteles

El nombre de persones ateses en el centre que estan sota tutela o curatela de l'Administració pública era nombrós (concretament, pujava a 85 persones).

El seguiment personalitzat de l'evolució del cas, per part de la Comissió Valenciana de Tuteles, era pràcticament inexistent i es limitava a algunes telefonades, remissió d'informes, etc. En pocs casos les persones tutelades havien estat visitades o informades per part de la Comissió esmentada.

Tercera. Temps d'estada de les persones ingressades

Un nombre important de persones estaven ingressades en el centre des de l'any 2001. En alguns casos es tractava de persones joves (entre 40–45 anys), i no hi havia pronòstic d'alta a curt o mitjà termini.

Si bé és cert que alguns d'estos pacients tenien un difícil procés d'inserció social, no és menys cert que existien casos en els quals l'alta no es podia produir perquè no hi havia recursos suficients de tipus ambulatori o similar en la xarxa social i sanitària.

Fins i tot en els casos l'estada dels quals es preveia de llarga durada, els professionals entrevistats consideraven que seria convenient que pogueren residir en recursos més normalitzats (habitatges tutelats, miniresidències, etc.), a fi d'evitar les conseqüències negatives de la institucionalització perllongada.

Quarta. Tractament psiquiàtric

Tot i que es tractava d'un centre de tipologia mixta, referent a l'atenció residencial de persones amb problemes de salut mental, el centre estava considerat Centre Especialitzat de Malalts Mentals (CEEM).

En estos casos, correspon a la Conselleria de Benestar Social registrar i autoritzar este tipus de centres, com també gestionar o, si escau, finançar estos centres.

Com que es tracta d'un centre d'atenció i de reinserció social, l'atenció psiquiàtrica ha de ser prestada per les unitats de salut mental (USM) del departament sanitari corresponent (Conselleria de Sanitat).

Per este motiu, en la plantilla de personal del centre no es preveu la contractació de metge psiquiatre.

Segons els professionals del centre, l'atenció psiquiàtrica des de la Unitat de Salut Mental és pràcticament inexistent i es reduïx al control farmacològic, ja que les visites a alguns pacients poden tenir una periodicitat semestral o fins i tot anual.

Davant este dèficit d'atenció psiquiàtrica, l'entitat propietària del centre havia contractat els servicis d'un psiquiatre que actuava com a consultor dues vegades la setmana.

Malgrat esta mesura, l'atenció psiquiàtrica a les persones ateses en el centre és clarament deficitària.

Cinquena. Dotació de personal

La Conselleria de Benestar Social va determinar, per Ordre de 3 de febrer de 1997, la plantilla de personal que havien de tenir els CEEM.

Posteriorment, per Ordre de 9 de maig de 2006, va establir una plantilla mínima per a un centre de 40 places.

El compliment de l'Ordre s'ha demorat per als centres que ja estaven en funcionament, primer 5 anys, posteriorment 7 anys, fins a arribar a l'actualitat que s'ajorna la moratòria fins a 9 anys (maig de 2015).

Posteriorment s'ha publicat una Ordre de plantilles mínimes per a centres de persones dependents que podria incidir en allò que s'ha dit en este apartat, tot i que cal tenir en compte que no totes les persones que tenen malaltia mental són valorades com a persones dependents.

Tot això comporta que en el centre existisca una plantilla de personal d'atenció directa limitada, fet que dificulta una atenció personalitzada suficient, malgrat els esforços del personal que presta els seus servicis en el centre.

Algunes dades de la visita corroboren esta afirmació, com ara el fet que, en la visita feta als grups residencials a les 15.00 h del dia 24 de novembre, els pacients es trobaven sense supervisió de cap professional, suposadament perquè era l'hora del canvi de torn (per descomptat, este fet és imputable igualment a deficiències organitzatives), o que el nombre d'activitats programades acolliren grups molt nombrosos (15-16 pacients) i foren insuficients (2-3 activitats al llarg del matí).

Sisena. Població atesa de perfil molt dispar

En la visita comprovarem que el perfil d'usuaris que hi ha és molt dispar, de manera que hi coexistixen persones d'edat avançada amb persones molt més joves.

Així mateix, hi ha disparitat de tipologia i severitat de problemàtiques ateses (esquizo-frènies, trastorns de personalitat, trastorn bipolar, etc.) i en els últims temps una prevalença d'ingressos de persones joves amb patologia dual (malaltia mental-consum de tòxics). La diversitat de perfils comporta diferents necessitats d'atenció i, per tant, una àmplia gamma d'intervencions que difícilment són assolibles amb plantilles ajustades.

Davant de tot això anterior, l'objectiu del present treball és elaborar un informe sobre l'atenció que reben les persones amb malaltia mental en els centres específics per a persones amb malaltia mental crònica (d'ara endavant CEEM) de la Comunitat Valenciana, tant en els públics, com en els de gestió integral o privats.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

METODOLOGIA EMPRADA EN L'ELABORACIÓ DE L'INFORME

03

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

24 / 25

Hi hem aplicat quatre línies d'actuació:

1. Revisió dels antecedents existents en la institució del Síndic de Greuges als quals hem fet referència en el punt primer.
2. Revisió de les queixes a instància de part que presenten al Síndic els usuaris dels CEEM, els seus familiars i els professionals.
3. Peticions d'informe fetes a les administracions implicades.
4. Visites als CEEM i les unitats de salut mental, com també emplenament d'una sèrie de qüestionaris.

Els antecedents que constaven en esta institució, als quals ens hem referit en el punt primer, eren els següents:

- *Estudi sobre la problemàtica de la salut mental a la Comunitat Valenciana* de 1994.
- *L'Informe especial a les Corts Valencianes sobre la situació de les persones que tenen malaltia mental i dels seus familiars* de 2003.

- Els resultats de la queixa d'ofici núm. 1201100, relativa al grau de compliment de les 23 recomanacions que va fer el Síndic de Greuges en l'Informe especial de 2003.

D'altra banda, comptàvem amb les queixes individuals que la ciutadania presenta al Síndic de Greuges, unes queixes de les quals donem compte en els informes que presentem anualment a Les Corts. No hi ha dubte que les diverses problemàtiques que s'hi analitzen han servit per a conèixer, des d'una altra perspectiva, moltes de les qüestions que ací s'examinen des d'un punt de vista general.

Així mateix, atés que la salut mental és una competència compartida entre la Conselleria de Sanitat i la de Benestar Social, la tramitació i instrucció d'este Informe obligava a interactuar amb les dues.

Concretament, a la Conselleria de Sanitat sol·licitàvem informe sobre la vigència del Pla de Salut Mental de la Comunitat Valenciana, com també de la seua modificació.

En este punt, la Conselleria de Sanitat ens informa que el Pla Director de Salut Mental vigent era el de 2001, si bé en totes les entrevistes mantingudes se'ns comunica que s'estava treballant en un nou pla de salut mental.

Per la seua banda, la Conselleria de Benestar Social ens indicava que hi havia 28 CEEM situats a la Comunitat Valenciana, cinc dels quals eren de gestió integral i els 23 restants de gestió privada, en què els pacients eren atesos a través de prestacions econòmiques individualitzades (PEI) o prestacions vinculades al servici (PVS). El nombre de places ocupades en el moment de l'Informe pujava a 1.235.

En este sentit, davant la impossibilitat de visitar i entrevistar-nos amb els responsables de tots els CEEM, des del Síndic de Greuges es va decidir aplicar els criteris de selecció següents:

Primer. Visitar els CEEM, tant els de modalitat específica (solament atenen persones amb malaltia mental), com els de tipologia mixta (atenen persones amb malaltia mental i altres col·lectius com ara tercera edat, discapacitats, etc.).

Segon. Visitar centres de gestió integral (de titularitat pública però gestió privada) i de gestió privada, atés que no hi ha centres públics a la nostra Comunitat Autònoma.

Tercer. Visitar CEEM de les tres províncies de la Comunitat Valenciana.

Quart. Donar prioritat a aquells CEEM que estigueren prop dels centres hospitalaris en els quals se situaren els responsables de salut mental de la Conselleria de Sanitat que presten l'assistència psiquiàtrica als usuaris del CEEM, atés que també visitaríem els responsables sanitaris.

Cinqué. En tots els casos ens posaríem prèviament en contacte amb els responsables dels CEEM i de les unitats de salut mental (Conselleria de Sanitat) que atenen els residents en aquells, a fi de concretar la visita amb tots dos el mateix dia, si fóra possible.

Sisé. A les reunions i visites acudirien sempre dos tècnics del Síndic de Greuges, un de l'Àrea de Benestar Social i un altre de l'Àrea Sanitària.

Seguint estos criteris, vam mantenir entrevista amb els responsables sanitaris de la salut mental (sovint acompanyats de personal facultatiu, infermeria i treballadors socials) dels següents departaments de salut:

11/02/2015 Departament 18 (Elda)
18/02/2015 Departament 16 (la Vila Joiosa)
25/02/2015 Departament 12 (Gandia)
04/03/2015 Departament 6 (València-Arnau de Vilanova-Llíria)
22/04/2015 Departament 2-3 (de Castelló).

Després de fer estes visites, els mateixos dies vam mantenir reunions i vam visitar els CEEM següents:

CEEM d'Elda (gestió integral)
CEEM de Benidorm (gestió integral)
CEEM de Montdúver a Barx (gestió privada)
CEEM de Bétera (gestió integral)
CEEM de Gran Via de Castelló (gestió integral).

A les visites a estos CEEM cal afegir la visita efectuada al novembre de 2014 a la Residència Mixta-Centre Geriàtric La Morenica (Villena), de gestió privada.

Així mateix, per les seues característiques específiques, vam visitar el 25 de març de 2015 el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo (Sant Joan d'Alacant), que depén de la Diputació Provincial d'Alacant, on vam mantenir entrevistes amb el personal responsable d'este centre.

Finalment, volem indicar que el 13/03/2015 vam mantenir una reunió de treball a la seu del Síndic de Greuges a Alacant amb representants de l'Associació de Familiars de Malalts Mentals d'Alacant (AFEMA).

Els resultats i les conclusions de totes les visites dutes a terme apareixen reflectits al llarg del present Informe.

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

4.1. Administració autonòmica

Els reglaments orgànics i funcionals de la Conselleria de Sanitat i la Conselleria de Benestar Social delimiten les competències que els corresponen en matèria d'atenció a persones amb problemes de malaltia mental.

Així, el Decret 103/2015, de 7 de juliol, del Consell, pel qual s'establix l'estructura orgànica bàsica de la Presidència i de les conselleries de la Generalitat, atribueix a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública competències en matèria de salut mental, i a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives competències en matèria d'assistència social a persones amb malaltia mental crònica.

El Decret 156/2015, de 18 de setembre, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic i Funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, estableix en l'article 7.4 que:

(...) la Direcció General d'Assistència Sanitària assumix les funcions en matèria de coordinació de salut mental a què correspon la coordinació de l'actuació de les unitats de salut mental que tenen com a prestació bàsica l'atenció integral al pacient, impulsar la integració dels pacients amb patologia mental, gestionar i planificar els servicis i programes de salut mental, impulsar, proposar i coordinar l'estratègia integrada en

salut mental de la Comunitat Valenciana, com també fer el seguiment de les accions previstes, el seguiment i l'avaluació dels indicadors d'activitat dels centres d'atenció als pacients de salut mental.

El Decret 152/2015, de 18 de setembre, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic i Funcional de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, assigna a la Secretaria Autònoma de Servicis Socials i Autonomia Personal —Direcció General de Diversitat Funcional— les competències de:

(...) proposta, programació i execució de polítiques generals en matèria d'atenció a les persones amb discapacitat; de promoció de l'autonomia personal, com també la coordinació de centres propis, assistència social a persones amb malaltia mental crònica i equipament de centres.

Esta distribució competencial, juntament amb l'augment de la complexitat dels casos que han de ser atesos, tant des del sistema sanitari com des del sistema d'atenció social, fa més necessària encara si és possible la coordinació sociosanitària, una matèria que l'Administració autonòmica està intentant regular i posar en funcionament des de 1995.

Efectivament, l'Acord de 16 de maig de 1995, del Govern valencià, en matèria sociosanitària (DOGV de 27 de juny de 1995), va delimitar com a àrees d'actuació prioritària en l'àmbit sociosanitari les següents:

- a) L'atenció a persones majors que tenen compromesa la seua autonomia per a les activitats de la vida diària.
- b) L'atenció a persones amb discapacitat que necessiten servicis de detecció i atenció precoç, rehabilitació i recuperació professional o atenció especialitzada.
- c) L'atenció a persones amb trastorns addictius, des de la prevenció fins a la reinserció.
- d) L'atenció a col·lectius en situació de risc social (menors, joves, dones, etc.).
- e) L'atenció a persones amb problemes de salut que tenen compromesa la seua autonomia, com a alternativa a l'internament.

Pel que fa a l'assistència a persones amb problemes de salut mental, s'establia el següent:

Acord IV

Punt 9. L'assistència en salut mental que requerisquen les persones ateses en centres sociosanitaris i de servicis socials haurà de ser prestada per la unitat de salut mental de l'àrea. L'entrada en el circuit assistencial s'articularà a través de l'atenció primària de salut. Per al desenvolupament de les accions sociosanitàries, es coordinarà el personal de tots dos sistemes, a fi que es puguen ajustar els programes conjunts.

Punt 10. En el cas de les persones amb problemes crònics de salut mental i mancances socials o familiars, la unitat de salut mental de l'àrea haurà de prestar sempre l'atenció psiquiàtrica necessària (diagnòstic, tractament i rehabilitació), i haurà d'assumir l'hospitalització en les situacions clínicament indicades.

L'allotjament, convivència, potenciació i recuperació d'habilitats laborals-ocupacionals i de reinserció social, tot i que es programaran conjuntament, seran a càrrec del sistema de servicis socials, i es treballarà per a assolir una integració tan satisfactòria com siga possible de les persones amb problemes de salut mental en la comunitat, d'acord amb el seu grau d'autonomia.

Tots dos sistemes hauran de desenvolupar, per a la prestació d'esta atenció, els dispositius sociosanitaris necessaris, segons la distribució competencial esmentada en el paràgraf anterior.

La Comissió Territorial per a la Programació Conjunta de les Actuacions Sociosanitàries valorarà les intervencions oportunes entre sistemes, segons les condicions personals de cada usuari.

De la mateixa manera, l'Acord en matèria sociosanitària de 1995 preveia que, per tal de garantir la necessària coordinació institucional, es creara una comissió mixta sociosanitària. Igualment, determinava que les conselleries competents en matèria sanitària i de benestar social havien d'elaborar, amb caràcter prioritari, procediments de coordinació sociosanitària en diverses matèries, entre els quals es preveia l'atenció sociosanitària a persones amb problemes de salut mental.

La Llei 5/1997, de 25 de juny, de la Generalitat Valenciana, per la qual es regula el Sistema de Servicis Socials en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, considera, com a sector específic d'atenció des de l'àmbit dels servicis socials especialitzats, el de les persones amb discapacitat (física, psíquica, sensorial, paràlisi cerebral o malaltia mental).

La Llei de servicis socials esmentada diu expressament en l'article 21:

Art. 21.3. La Generalitat, a través dels organismes que gestionen els servicis socials i la sanitat, haurà de fomentar una àrea de servicis sociosanitaris per a atendre aquelles persones afectades per discapacitats que, a més de mesures socials, necessiten atenció sanitària.

Art. 21.5. Caldrà parar esment especial en el context sociosanitari dels malalts mentals. Per a ells caldrà articular una xarxa assistencial en què els recursos sanitaris i socials es combinen atenent a les seues múltiples necessitats des d'una perspectiva global. En particular, tal com recullen els articles següents d'esta mateixa Llei, caldrà considerar els centres d'atenció sanitària amb instal·lacions que donen resposta a les necessitats psicosocials específiques d'este conjunt de persones.

Quant als equipaments, apareix reflectit en la Llei de servicis socials el següent:

Article 33.2. En coordinació amb la Conselleria de Sanitat, la Conselleria de Benestar Social haurà d'aportar els centres i equipaments previstos en el Pla de Salut Mental de la Comunitat Valenciana.

La Llei 8/1987, de 4 de desembre, per la qual es crea el Servici Valencià de Salut, que va entrar en vigor l'1 de gener de 1988, és el punt de partida de la situació actual. Esta Llei adscriu funcionalment a la Conselleria de Sanitat tots els servicis i funcions en matèria de salut mental que fins llavors pertanyien a ajuntaments i diputacions, i estableix un termini de tres anys per a la realització de transferències, tot això d'acord amb la Llei general de sanitat.

Pel que fa a este aspecte, volem fer referència a les normes desenvolupades a l'empara de la citada Llei 8/1987, de 4 de desembre:

- El Decret 132/1996, de 7 de juliol, del Govern valencià, pel qual s'assignen competències respecte dels malalts mentals entre la Conselleria de Sanitat i la de Benestar Social, assenyala que els malalts mentals crònics generen necessitats tant socials com sanitàries i que ambdós tipus de necessitats han de ser ateses per les diverses conselleries de manera coordinada, mitjançant la creació de recursos sociosanitaris específics.

Posteriorment, el 13 de febrer de 1997, es publica l'Ordre que recull la catalogació i les característiques tècniques d'estructures específiques, rehabilitadores i residencials per a malalts mentals crònics.

- El Reial decret 63/1995, de 20 de gener, sobre ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut, determina que:

(...) l'atenció i assistència especialitzada comprendrà (...) l'atenció a la salut mental i l'assistència psiquiàtrica, que inclou el seguiment clínic, la psicofarmacoteràpia i les psicoteràpies individuals, de grup o familiars i, si escau, l'hospitalització (...) (que inclou l'assistència mèdica per a processos aguts, reagudització de processos crònics o realització de tractaments o procediments diagnòstics que així ho aconsellen).

- El Decret 81/1998, de 4 de juny, que definix i estructura els recursos dirigits a la salut mental i l'assistència psiquiàtrica, determina que la Conselleria de Sanitat assegura l'assistència sanitària a tots aquells malalts que presenten patologia aguda, subaguda o crònica de salut mental, i és competència de la Conselleria de Benestar Social la rehabilitació, reinserció, allotjament, etc. dels malalts mentals crònics amb deficient suport familiar i social.

Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica de la Comunitat Valenciana, publicat conjuntament per les conselleries de Sanitat i Benestar Social l'any 2001

L'elaboració d'este Pla es basava en un estudi inicial de la situació de la salut mental i l'assistència psiquiàtrica a la Comunitat Valenciana, i revisava la normativa legal de la qual es desprén que:

(...) la rehabilitació psiquiàtrica és part indissoluble de l'atenció psiquiàtrica i salut mental. Per això, l'Administració es compromet a crear i mantenir una xarxa de dispositius diversificats i complementaris de caràcter socioassistencial, amb la finalitat de proveir estructures organitzatives, humanes i materials necessàries per a garantir el manteniment del malalt a la seua Comunitat d'origen. Això implica la necessitat que la Generalitat Valenciana promoga la creació d'una xarxa assistencial integral i integrada, formada per dispositius tant sanitaris com socials, i que permeta l'adaptació d'esta xarxa sociosanitària a les necessitats, canviants i dinàmiques, dels malalts mentals.

Els recursos assistencials que van ser establits en el Pla Director de Salut Mental (2001) i la seua assignació a les conselleries competents en la matèria són els següents:

1. Conselleria de Sanitat

- Unitats de salut mental
- Unitats d'hospitalització psiquiàtrica (UHP)

- Hospital de dia
- Unitats de mitjana estada (UME)
- Unitats de salut mental infantil i de l'adolescència (USMI o USMI-A)
- Programa d'atenció domiciliària i suport familiar
- Programa contra l'estigmatització i discriminació com a conseqüència de l'esquizofrènia
- Dispositius per a l'atenció a drogodependències (inclòs l'alcoholisme)
- Dispositius per a l'atenció a trastorns del comportament alimentari.

2. Conselleria de Benestar Social (recursos socio-sanitaris)

- Centre de dia
- Centre de Rehabilitació i Integració Social per a malalts mentals crònics (CRIS)
- Habitatges propis amb suport domiciliari
- Pensions supervisades
- Cases de transició
- Habitatges tutelats
- Unitats residencials específiques (CEEM)
- Programa d'atenció a persones sense sostre.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

32 / 33

Es destaca respecte dels recursos socio-sanitaris que tenen caràcter obert i que no són hospitals psiquiàtrics ni unitats de guàrdia i custòdia.

Segons informació de la Conselleria de Sanitat, el Pla Director de Salut Mental de 2001 es troba actualment en revisió, a fi d'elaborar un nou pla adaptat a l'Estratègia de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut la vigència de la qual, convé recordar-ho, va ser establida per al període 2009-2013¹.

L'Estratègia de Salut Mental va ser aprovada pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut al desembre de 2006. El Comitè de Seguiment i Avaluació, constituït al seu si, va avaluar el document inicial amb les dades facilitades per les comunitats autònomes i el mateix Ministeri de Sanitat i Política Social. Esta avaluació va finalitzar al març 2009 i incorporava suggeriments de canvis, anul·lacions o incorporacions de nous objectius i recomanacions, i va ser publicada l'any 2011.

L'actualització de l'Estratègia de Salut Mental (2009-2013) inclou:

1. Dada extreta de l'informe emès per la Conselleria de Sanitat en la queixa 201318295.

- Nova evidència científica disponible des de l'aprovació de l'Estratègia
- Anàlisi dels resultats de l'avaluació
- Exemples de bones pràctiques
- Redefinició i proposta de nous objectius i recomanacions
- Indicadors d'avaluació.

L'Estratègia de Salut Mental desenvolupa cinc línies estratègiques d'actuació:

- Promoció de la Salut Mental de la població, prevenció de la malaltia mental i eradicació de l'estigma associat a les persones amb trastorn mental
- Atenció als trastorns mentals
- Coordinació intrainstitucional i interinstitucional
- Formació del personal sanitari
- Recerca en salut mental.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Seguidament reflectim les recomanacions contingudes en cadascuna de les línies estratègiques, ja que entenem que les comunitats autònomes les han de tenir en compte a fi de contrastar-ne alguna amb les dades recollides en el present Informe.

De les recomanacions contingudes en la **Línia Estratègica 1. Promoció de la salut mental de la població, prevenció de la malaltia mental i eradicació de l'estigma associat a les persones amb trastorn mental**, destaquem:

1. Les intervencions de promoció de la salut mental es dirigiran a grups específics de població i formaran part de les estratègies d'acció de l'atenció primària, especialitzada i salut pública. Estes actuacions integraran un pla específic o estaran integrades en els plans de promoció de la salut o en els de salut mental de les comunitats autònomes.
2. Es recomanen intervencions d'efectivitat provada i orientades a millorar la resiliència, com ara l'afrontament de l'estrés, la recerca de suport social, l'aprenentatge de tècniques de solució de problemes, l'augment de l'autoestima i el desenvolupament d'habilitats socials, entre d'altres.
3. En les intervencions dirigides a representants institucionals s'assenyalarà el paper central de la salut mental com a generadora de benestar i productivitat, i la importància de la interacció de l'hàbitat (ecologia urbana), l'educació (capital humà), les possibilitats de participació ciutadana (capital social), les relacions igualitàries de gènere i els determinants psicosocials de gènere amb la salut

mental de la població, com també les conseqüències socioeconòmiques negatives derivades d'ignorar-les.

4. El Ministeri de Sanitat i Política Social i les comunitats autònomes desenvoluparan intervencions dirigides als mitjans de comunicació per a implicar-los en la promoció de la salut mental.

De les recomanacions contingudes en la **Línia Estratègica 2. Atenció als trastorns mentals**, destaquem:

1. La Cartera de Servicis del Sistema Nacional de Salut és un document genèric que defineix les funcions de l'atenció primària i especialitzada en l'atenció a la salut mental. Es recomana que les comunitats autònomes, en el marc de les seues competències, la desenvolupen de forma concreta i específica.
2. Totes les persones pacients diagnosticades de trastorn mental greu han de tenir la possibilitat de ser incloses precoçment en un programa de rehabilitació.
3. Es recomana millorar l'accés a tots els dispositius o programes terapèutics i rehabilitadors, tant en població adulta com infantojuvenil, en les estructures territorials sanitàries. Estos dispositius hauran de tenir en compte les diferències sociofamiliars de dones i homes.
4. Es proposen dos tipus de plans d'atenció individualitzada: el Pla Integrat d'Atenció per als Pacients amb Trastorn Mental Greu i l'Acord terapèutic per als pacients amb trastorn mental comú. Es recomanen formes organitzatives orientades a millorar la continuïtat de l'assistència de les persones amb trastorn mental greu, reduir el nombre d'hospitalitzacions i millorar el seu funcionament social i qualitat de vida. Es proposen dos models de referència: el «tractament assertiu comunitari» i els «programes de continuïtat de cures».
5. Es recomana la protocol·lització dels següents processos d'atenció: trastorn mental comú de l'adult, trastorn mental greu de l'adult (tenint en compte l'aspecte de gènere, atés que és més elevat el nombre de dones que tenen trastorns mentals i superior el nombre d'homes que se suïciden), trastorn mental greu de l'edat avançada, trastorn mental greu de la personalitat, trastorn mental comú en la infància i adolescència, trastorn mental greu infantojuvenil i trastorn generalitzat del desenvolupament.

6. Cada comunitat autònoma implantarà guies de pràctica clínica dels trastorns mentals més greus i prevalents. Es recomanen les guies de pràctica clínica o altres eines basades en l'evidència i que hagen incorporat la perspectiva de gènere.
7. Proporcionar, de manera continuada, informació científica sobre utilitat, efectivitat i cost-eficiència dels medicaments als professionals sanitaris i pacients.
8. Es recomana introduir elements d'anàlisi i de monitoratge per a controlar la variabilitat en la prescripció segons el sexe.
9. Les comunitats valoraran, implantaran i avaluaran, si escau, experiències de gestió per processos o vies clíniques.
10. S'adoptaran mesures per a millorar la competència transcultural de les institucions i dels professionals encarregats de l'atenció a la salut mental.
11. La unitat, centre o servei de salut mental és responsable del procés terapèutic de les persones amb malaltia mental. Han d'estar formats per equips multidisciplinaris dotats amb un nombre suficient de psiquiatres, psicòlegs clínics, infermers, treballadors socials, auxiliars, auxiliars de suport domiciliari i tots aquells altres (terapeuta ocupacional, educador social o similars) que recomanen les millors pràctiques disponibles. Estos equips hauran d'oferir una atenció integral tenint en compte la naturalesa biopsicosocial de la salut, la diversitat de les persones i els requeriments específics del pacient i del seu entorn de convivència, per a garantir els tractaments menys restrictius possibles amb implicació de la persona que té malaltia mental en les decisions i facilitant la col·laboració dels seus curadors informals quan n'hi haja.

Pel que fa a la contenció involuntària, es plantegen com a objectius per a les comunitats autònomes «definir o actualitzar un protocol per al trasllat i l'hospitalització involuntària», com també «regular mitjançant protocols els procediments per a la contenció física, el tractament involuntari de pacients hospitalitzats i qualsevol mesura restrictiva dins del que hi ha previst en l'ordenament jurídic actual».

A estos objectius s'afegixen les recomanacions següents:

1. El protocol s'elaborarà amb la col·laboració de tots els agents potencialment implicats en els procediments d'hospitalització involuntària: professionals de la salut mental i del dret, policia, transport sanitari i associacions de familiars, usuàries i usuaris.

2. A més del protocol, s'elaborarà una versió operativa «via d'hospitalització involuntària» d'aplicació individual, en què es registraran cadascun dels passos, els temps, els noms i les signatures dels agents implicats.
3. Així mateix, s'elaboraran protocols i vies per a aplicar a pacients que requerisquen contenció física i tractament involuntari durant l'hospitalització.
4. Els protocols s'ajustaran a la legislació vigent i hauran de preveure el principi de la mínima restricció necessària, el respecte i la dignitat de les persones amb trastorn mental, tot evitant l'estigmatització i posant especial èmfasi en l'agilitat i la reactivitat del procediment.
5. Caldrà desenvolupar un model de consentiment informat per als familiars davant situacions assistencials que impliquen adoptar les anteriors mesures restrictives, segons el que hi ha establert en els articles 8 i 9 de la Llei d'autonomia del pacient.

De les recomanacions contingudes en la **Línia Estratègica 3. Coordinació intrainsitucional i interinstitucional**, destaquem les següents:

1. Les comunitats autònomes desenvoluparan i potenciaran els aspectes previstos en la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
2. Es recomana, dins de les competències de les comunitats autònomes i d'acord amb la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, crear una comissió de coordinació interdepartamental entre les conselleries de Sanitat, Servicis Socials, Treball, Educació, Habitatge, Justícia, Economia i Hisenda, com també amb el Ministeri de l'Interior i d'altres que pogueren estar implicades, per a: 1) integrar les polítiques en salut mental, i 2) assessorar en l'elaboració del Pla de Salut Mental autonòmic.
3. Dissenyar, implantar i avaluar un model de coordinació amb servicis socials, Educació i Justícia que garantisca la continuïtat de les cures dels xiquets i xiquetes i adolescents en tractament.
4. Dissenyar, implantar i avaluar un model de coordinació amb atenció primària i servicis socials que garantisca la continuïtat de les cures de la població d'edat avançada en el seu medi residencial, a l'empara del que hi ha establert en la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

5. Crear mecanismes de coordinació en l'àmbit de la comunitat autònoma per a garantir l'atenció integrada a la problemàtica de les drogodependències dins de la salut mental.
6. Dissenyar, implantar i avaluar un model de coordinació amb institucions penitencials i centres d'acolliment i residencials.
7. En cas de concertació i/o compra de servicis, s'hauran d'establir criteris de qualitat i avaluació, coordinació i integració amb l'estructura organitzativa d'atenció a la salut mental de la comunitat autònoma.

En esta mateixa Línia Estratègica i en relació amb l'objectiu de «potenciar la participació de les persones que tenen trastorns mentals i dels seus familiars i professionals en el sistema sanitari públic de la seua comunitat autònoma», destaquem les recomanacions següents:

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

38 / 39

1. En els òrgans consultius i d'assessorament relacionats amb la salut mental, es comptarà amb representants de les associacions de professionals de la salut mental.
2. En els òrgans consultius i d'assessorament relacionats amb la salut mental, es comptarà amb representants de les associacions d'usuaris i familiars de persones amb trastorn mental.
3. Perquè la participació de les associacions d'usuaris i familiars siga efectiva és necessari que es reforce la seua continuïtat i independència. Per a això, es donarà suport a les associacions representatives que puguen actuar com a interlocutores en les qüestions que els concernixen en matèria de salut mental.
4. S'establiran mecanismes de suport i assessorament a les associacions de familiars i persones amb trastorns mentals, perquè puguen exercir amb eficàcia funcions de suport mutu, lluita contra l'estigma i defensa dels seus drets

De les recomanacions contingudes en la **Línia Estratègica 4. Formació del personal sanitari**, destaquem les següents:

1. Es recomana que les comunitats autònomes incloguen la titulació d'Especialista en Infermeria en Salut Mental com a requisit per a la incorporació d'estos professionals als dispositius i recursos de salut mental.

2. Ampliar esta formació al personal d'atenció primària que treballa en institucions penitenciàries.
3. El Ministeri de Sanitat i Consum, a través dels seus òrgans competents juntament amb les comunitats autònomes, revisarà els perfils professionals necessaris per als futurs especialistes, els criteris d'acreditació de les unitats docents i el model docent en general. Tot això amb la finalitat d'alinejar la formació d'especialistes amb les necessitats de la població segons el model comunitari.
4. Revisar l'actual model de les especialitats de Psiquiatria i Psicologia Clínica per a incloure-hi com a àrees de capacitació preferent: psiquiatria i psicologia en la infància i adolescència, psicologia de la salut, psicoteràpia, psicogeriatria, psiquiatria i psicologia forense i addiccions.
5. El desenvolupament del Pla de Formació Continuada es basarà en els principis següents:
 - a. Caldrà centrar-se en problemes que hagen de ser detectats i resolts pels professionals implicats, tenint en compte la morbiditat i la demanda de la població.
 - b. Caldrà basar-se en una anàlisi de les necessitats formatives de tots els professionals implicats per a atendre estos trastorns.
 - c. S'haurà de promoure la formació continuada mitjançant reunions conjuntes dels professionals d'atenció primària i els equips de salut mental.
 - d. Prioritzar activitats d'aprenentatge participatiu en petits grups, com ara tallers, sessions clíniques i sessions de supervisió de casos, i incorporar-hi les «millors pràctiques disponibles».
 - e. Els programes de formació hauran de tenir en compte mesures de conciliació laboral i familiar.
 - f. Es consideraran les necessitats emergents i específiques en salut mental de la població de cada àrea sanitària (p. ex., diversitat cultural, desigualtats i factors determinants de gènere, violència de gènere, immigració, etc.).

Finalment, i respecte de les recomanacions contingudes en la **Línia Estratègica 5. Investigació en salut mental**, destaquem les següents:

1. Les comunitats autònomes han de prioritzar, en el seu àmbit territorial, les línies de recerca en salut mental segons les necessitats de la població. Es fomentarà la inclusió de la perspectiva de gènere en totes les línies de recerca.
2. S'han d'impulsar i recolzar projectes de recerca-acció que impliquen el caràcter multidisciplinari i la coordinació entre diverses àrees sanitàries d'una mateixa comunitat autònoma.
3. Cal millorar la formació d'investigadors en tècniques bàsiques i aplicades de recerca en salut mental.
4. Cal establir un marc laboral estable per als investigadors en salut mental.
5. Les comunitats autònomes han de prioritzar en les seues convocatòries l'àrea temàtica sobre salut mental i gènere, a fi de promoure l'estudi de les condicions de treball que puguen facilitar l'aparició de trastorns mentals, especialment entre les dones.

Deixem ja el contingut de l'Estratègia de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut, i passem a referir-nos tot seguit a l'òrgan de coordinació interinstitucional que en matèria de salut mental s'ha constituït a la Comunitat Valenciana. Cal fer referència al Consell Assessor de Salut Mental de la Comunitat Valenciana, creat per l'Ordre de 26 de setembre de 2005, del conseller de Sanitat (DOGV 04.10.2005).

Es tracta d'un òrgan col·legiat de caràcter permanent i consultiu, que depén de la Conselleria de Sanitat, adscrit orgànicament al director gerent de l'Agència Valenciana de Salut, per a orientar l'Administració en les polítiques i actuacions en matèria de salut mental.

Entre les seues funcions té encomanat «informar preceptivament l'avantprojecte del Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica i les seues revisions i modificacions».

El Consell està compost per directors generals de la Conselleria de Sanitat, directors generals amb competències en matèria de drogodependències (Sanitat), integració social del discapacitat (Benestar Social), professionals de reconegut prestigi, representants d'associacions, representants de societats científiques i col·legis professionals, representants de diputacions i representant d'associacions de consumidors i usuaris de la Comunitat Valenciana.

En este punt, per part de la Diputació Provincial d'Alacant se'ns indica que no han sigut convocats a cap reunió d'este Consell.

Destaquem, igualment, la constitució de la Comissió Valenciana de Tuteles i Defensa Judicial de Persones Majors amb Facultats i Capacitat Limitada (Decret 136/2011, de 30 de setembre, del Consell —DOCV 04.10.2011).

Es tracta d'un òrgan de caràcter interdepartamental, sense personalitat jurídica pròpia, adscrit a la conselleria competent en matèria de benestar social, encarregat de salvaguardar els drets de les persones subjectes a càrrecs tutelars per la Generalitat i de coordinar els recursos públics i privats disponibles, per a un exercici correcte dels càrrecs tutelars que siguen assignats pels òrgans judicials de la Comunitat Valenciana, respecte de persones majors d'edat que hi residixen.

Entre les seues funcions destaquem les següents:

1. Coordinar els recursos existents de les diverses administracions públiques i departaments implicats, amb la finalitat d'assolir més aprofitament i eficàcia en la utilització d'estos.
2. Instar les diverses institucions, organismes o entitats a crear nous recursos en cas de posar-se de manifest la insuficiència dels existents o que s'hi identifiquen necessitats no cobertes pels servicis ja creats.
3. Instar els òrgans competents perquè formalitzen protocols o convenis de col·laboració amb institucions públiques o privades per al compliment de les seues finalitats.
4. Promoure el desenvolupament normatiu en les matèries relacionades amb l'objecte del present Decret, com també la participació ciutadana en els termes previstos en la Llei 11/2008, de 3 de juliol, de la Generalitat, de participació ciutadana de la Comunitat Valenciana, i en la seua normativa de desenvolupament.

De la Comissió formen part: representants de l'administració competent en matèria de família, dependència, discapacitat (Benestar Social); representant de la Conselleria de Justícia; representant de l'administració competent en matèria sanitària, salut mental i drogodependències (Sanitat); representant de l'administració competent en matèria d'economia, indústria i comerç; i els titulars de les direccions territorials de Benestar Social.

4.2. Diputacions provincials

Finalment, en este punt de l'Informe cal destacar les competències que, en la matèria que ens ocupa, continuen assumint les **diputacions provincials** actualment.

Com s'ha dit anteriorment, la Llei 8/1997, de 4 de desembre, per la qual es crea el Servei Valencià de Salut (en vigor des de l'1 de gener de 1988), adscribia funcionalment a la Conselleria de Sanitat tots els servicis i funcions que en matèria de salut mental pertanyien als ajuntaments i a les diputacions provincials.

Esta adscripció funcional s'ha realitzat parcialment, la qual cosa afegix més complexitat a l'organització i el funcionament dels servicis de salut mental a la Comunitat Valenciana.

Es comprova que la Diputació d'Alacant manté la competència sobre el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo per a l'estudi i el tractament de la cronicitat mental. El personal d'este centre continua depenent de la Diputació d'Alacant i els ingressos dels usuaris d'una comissió interna de valoració del propi centre.

En l'actualitat, en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo són ateses 151 persones en diverses unitats les competències de les quals tindrien atribuïdes tant la Conselleria de Sanitat com la Conselleria de Benestar Social.

Estes unitats són:

- Unitat de mitjana estada, la competència funcional de la qual hauria d'haver estat atribuïda a la Conselleria de Sanitat.
- Unitat de rehabilitació, la competència funcional de la qual hauria d'haver estat atribuïda a la Conselleria de Benestar Social.
- Centre de dia, que disposa de 20 places, encara que, des del propi centre se'ns indicava que en l'actualitat atén 34 pacients.
- Residència de discapacitats psíquics, la competència funcional de la qual hauria d'haver estat atribuïda a la Conselleria de Benestar Social.
- Residència de psicogeriatría, la competència funcional de la qual hauria d'haver estat atribuïda a la Conselleria de Benestar Social.

Actualment, la Diputació d'Alacant ha construït un nou edifici on seran traslladats part dels pacients atesos. Este nou centre es troba en procés d'acreditació com a Centre Específic de Malalts Mentals (CEEM) per part de la Conselleria de Benestar Social.

Respecte de les competències que en l'actualitat manté la Diputació de València en la matèria que ens ocupa, cal indicar que es limita a una Unitat de Pacients Molt Cronificats situada en el Complex Sociosanitari de Bétera. En visites que va realitzar personal d'esta institució s'hi va poder comprovar que la majoria del personal que prestava servicis en els centres que depenen de la Diputació de València segueixen prestant-los en centres dependents de la Conselleria de Sanitat (per exemple, en la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica de l'Hospital Arnau de Vilanova).

La situació a la província de Castelló té característiques substancialment diferents. En esta província s'ha constituït el Consorci Hospitalari Provincial de Castelló, en el qual participen la Generalitat Valenciana i la Diputació Provincial de Castelló (Estatuts del Consorci disposats per Resolució de 22 d'abril de 2013-DOCV de 28.08.2013). La seu del Consorci és l'Hospital Provincial de Castelló. L'objecte del Consorci és la prestació de l'assistència i servicis sanitaris, sociosanitaris, socials i de desenvolupament del coneixement, com també la participació en programes de promoció de la salut, prevenció de malalties i rehabilitació.

Com a finalitat específica del Consorci està l'atenció especialitzada en règim extrahospitalari i en règim hospitalari, i en particular la gestió de l'Hospital Provincial de Castelló vertebrat com a hospital complementari dotat de tres instituts clínics:

- Institut Oncològic de Castelló
- Institut de Salut Mental de Castelló
- Institut Oftalmològic J.M. Menezo.

L'Institut de Salut Mental de Castelló gestiona els dispositius següents:

- Unitat d'hospitalització de breu estada (UHB)
- Unitat d'hospitalització de mitjana estada (UHME)
- Unitat d'hospitalització infantojuvenil
- Centre de Llarga Estada Vall d'Alba.

La dispersió competencial en matèria de salut mental afegix complexitat a la perseguida creació d'un sistema sociosanitari coordinat. Així, en les diverses visites realitzades per tècnics del Síndic de Greuges, tant a unitats de salut mental (Conse-

l·leria de Sanitat) com a CEEM (Conselleria de Benestar Social), els professionals identifiquen esta qüestió com un dels majors problemes amb els quals es troben actualment.

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

5.1. Introducció

En l'àmbit de l'Administració sanitària, hem de partir de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, que establia que els centres i establiments sanitaris de qualsevol nivell, categoria o titularitat necessitaran autorització administrativa per a la seua instal·lació i funcionament, com també per a les modificacions que efectuen en la seua estructura i règim inicial. Així mateix, preveia l'existència d'un catàleg i registre general de centres, servicis i establiments sanitaris.

D'altra banda, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, determina les garanties mínimes de seguretat i qualitat que hauran de ser exigides per part de les comunitats autònomes per a l'autorització de l'obertura i posada en funcionament dels centres, servicis i establiments sanitaris en el seu respectiu àmbit territorial, i disposa que el registre general de centres, servicis i establiments sanitaris del Ministeri amb competències sanitàries tindrà caràcter públic i es nodrirà de les dades proporcionades per les comunitats autònomes.

La Llei 16/2003, de 28 de maig, en el seu article 27.3 estableix que mitjançant reial decret es determinaran, amb caràcter bàsic, les garanties mínimes de seguretat que, acordades al si del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, hauran de ser exigides per a la regulació i l'autorització, per part de les comunitats autònomes,

de l'obertura i la posada en funcionament, en el seu respectiu àmbit territorial, dels centres, servicis i establiments sanitaris.

El Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, pel qual s'establixen les bases generals sobre autorització de centres, servicis i establiments sanitaris, en el seu annex I classifica la tipologia de centres sanitaris, entre els quals es troben els hospitals de mitjana i llarga estada, hospitals de salut mental i tractament de toxicomanies (amb internament) i els centres de salut mental (sense internament), hospital de dia, teràpia ocupacional, atenció sanitària domiciliària, psiquiatria, psicologia clínica, atenció sanitària a drogo-dependents (servicis sanitaris integrats en una organització no sanitària). Igualment, en el seu annex II definix estos centres, unitats assistencials i establiments sanitaris.

El citat Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, estableix en l'article 3.4 el següent:

Les comunitats autònomes regularan els procediments per a l'autorització de la instal·lació, el funcionament, la modificació o el tancament dels centres, servicis i establiments sanitaris situats en el seu àmbit territorial, els quals hauran d'ajustar-se al que disposa la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.

Cada comunitat autònoma especificarà, respecte de cada tipus de procediment, els tràmits i la documentació que haurà de ser aportada pels sol·licitants per a verificar el compliment dels requisits exigits d'acord amb la normativa vigent.

Finalment, hem de fer referència al que hi ha previst en el Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'establix la cartera de servicis comuns del SNS i el procediment per a la seua actualització, que en el seu annex II, punt 8, sota el títol: «Atenció a la salut mental en coordinació amb els servicis d'atenció especialitzada», inclou:

- 8.1. Activitats de prevenció i promoció, consell i suport per al manteniment de la salut mental en les diverses etapes del cicle vital.
- 8.2. Detecció, diagnòstic i tractament de trastorns adaptatius, per ansietat i depressius, amb derivació als servicis de salut mental en cas de ser superada la capacitat de resolució del nivell d'atenció primària.
- 8.3. Detecció de conductes addictives, trastorns del comportament i d'altres trastorns mentals, i de reaguditzacions en trastorns ja coneguts i, si escau, la seua derivació als servicis de salut mental.

- 8.4. Detecció de psicopatologies de la infància/adolescència, inclosos els trastorns de conducta en general i alimentària en particular, i derivació si escau al servici especialitzat corresponent.
- 8.5. Seguiment de manera coordinada amb els servicis de salut mental i servicis socials de les persones amb trastorn mental greu i perllongat.

En l'àmbit territorial i competencial de la Comunitat Valenciana es va aprovar el Decret 176/2004, de 24 de setembre, del Consell, sobre autorització sanitària i registre autonòmic de centres, servicis i establiments sanitaris, i en l'article 5.1 establia que els procediments per a les autoritzacions sanitàries d'instal·lació, funcionament, modificació o tancament segons el tipus de centre, servici o establiment sanitari hauran d'establir-se reglamentàriament. En este sentit, la llavors Conselleria de Sanitat va regular, a través de l'Ordre de 18 d'abril de 2005, els procediments d'autorització sanitària de centres i servicis sanitaris en l'àmbit territorial de la Comunitat valenciana.

Cal esmentar, en l'àmbit sanitari valencià, el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen les autoritzacions sanitàries i s'actualitzen, es creen i s'organitzen els registres d'ordenació sanitària de la Conselleria de Sanitat.

El Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica de la Comunitat Valenciana de 2001 es referix en el seu apartat 5 a l'organització i les funcions dels recursos assistencials, concretament a les plantilles i funcions de les unitats de salut mental (USM), unitats d'hospitalització psiquiàtrica (UHP), hospital de dia (HD), unitat de mitjana estada (UME) i a les unitats de salut mental d'infància i adolescència(USMI-A).

UNITATS DE SALUT MENTAL

L'equip de salut mental

L'equip de salut mental està compost per professionals de:

- psiquiatria
- psicologia
- ATS/DUE
- auxiliar d'infermeria
- treball social
- auxiliar administratiu/va.

UNITATS D'HOSPITALITZACIÓ PSIQUIÀTRICA

La Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica es defineix com una unitat d'hospitalització per a tractaments intensius en règim d'atenció continuada (24 hores al dia), amb dotació de personal especialitzat i amb un temps d'estada mitjana breu. L'estada mitjana, en línies generals, se situa actualment entre els 15 i els 21 dies, encara que s'adapta a les necessitats assistencials.

Nombre de llits

Una proporció adequada de llits d'UHP en una població determinada és entre 12-15 llits per 100.000 habitants, i s'han d'adaptar a les necessitats assistencials.

El nombre de llits en cada unitat no podrà ser inferior a 12 ni superior a 30, i és recomanable que no sobrepasse el 10% dels llits totals de l'hospital.

Personal

La dotació de professionals serà adequada a l'activitat del servei i estarà integrada, com a mínim, per especialistes en:

- psiquiatria
- psicologia
- ATS/DUE amb formació específica
- auxiliar d'infermeria
- coordinació amb especialistes de treball social de l'hospital.

El personal facultatiu de la Unitat dependrà de la persona encarregada de la coordinació de salut mental de l'àrea i esta podrà designar un dels metges especialistes en psiquiatria com a responsable/coordinador de la UHP, que dedicarà el 25% del temps a tasques de gestió i coordinació.

HOSPITAL DE DIA (HD)

Es tracta d'un dispositiu sanitari que presta assistència sanitària intensiva, dirigida a malalts amb patologia severa, en règim d'hospitalització parcial, com també a aquells pacients que no necessiten, en un determinat moment, ingrés a temps total, però que no són susceptibles d'èxits terapèutics adequats en tractament ambulatori, per molt complet i sofisticat que este pugua ser. Cal diferenciar-los dels centres de dia i d'altres unitats amb objectius concrets de readaptació social i/o laboral, però sense pretensió terapèutica.

Recomanacions per a la composició de l'equip:

- 1 professional de psiquiatria
- 1 professional de psicologia, amb dedicació parcial o total
- 1 ATS amb experiència en salut mental
- 1 professional de treball social, amb dedicació parcial
- 2 auxiliars d'infermeria
- 1 monitor/a ocupacional.

UNITATS DE MITJANA ESTADA (UME)

Estan destinades a l'atenció d'aquelles persones que necessiten, en un moment determinat de l'evolució de la seua malaltia, una hospitalització psiquiàtrica, i pot ocórrer que les seues necessitats assistencials no troben un marc adequat al si d'una UHP d'un hospital general. Les raons d'esta falta de marc adaptat a les necessitats del pacient són variades. Algunes obeeixen a motius estructurals, ja que el pacient psiquiàtric no és un pacient enllitat i requerix espais amplis, a més d'una important intervenció rehabilitadora, específica, per a evitar la seua cronificació.

En resum, estos centres atendran a tota la població que complisca els criteris següents:

1. Necessitar un ingrés hospitalari.
2. Presentar una patologia psiquiàtrica que requerisca cures sanitàries hospitalàries perllongades en el temps i que excedisca les possibilitats de les unitats d'hospitalització psiquiàtrica de patologies agudes.
3. Necessitar intervencions terapèutiques, de tipus biològic, psicoterapèutic, psicosocial o rehabilitador que no puguen ser aplicades en el context extrahospitalari.
4. Que el seu ingrés en esta unitat haja estat indicat per un psiquiatre de la xarxa pública valenciana de salut mental.
5. Que el seu ingrés haja estat valorat i acceptat formalment pel responsable mèdic de la UME.

Característiques físiques i estructurals

- Haurà de disposar dels espais, instal·lacions i subministraments necessaris per a dur a terme les funcions que deriven dels seus objectius.
- Que estiguen ubicats, preferentment, en medi urbà, i hauran d'estar estructurats en un mòdul o en diversos, amb capacitat cadascun per a 20-30 malalts. Els diversos mòduls prestaran diferents possibilitats d'internament (règim tancat, règim semiobert, règim obert).
- Cada mòdul haurà de disposar d'un espai per a control d'infermeria, clínica i manteniment.
- El mòdul de caràcter tancat haurà de disposar d'espais de sala d'estar-menjador i jocs.
- Els altres mòduls disposaran d'accés a les següents zones comunes: pati o zona enjardinada, sala d'estar, menjador, sala de jocs i sala d'estar amb familiars.
- Disposarà de sales per a intervencions de grup i es podrà aprofitar per a esta finalitat algun dels espais abans descrits.
- Amb la finalitat de realitzar la seua activitat rehabilitadora haurà de disposar de tallers de laborteràpia i un petit gimnàs.
- Les activitats de rehabilitació es realitzaran de manera escalonada per a aprofitar al màxim les instal·lacions. Per això, part de les instal·lacions seran utilitzades com a hospital de dia per als malalts en procés més avançat d'integració sociofamiliar.
- Mesures de seguretat generals, previstes en la legislació vigent, i específiques.

Criteris per a un equip bàsic

- 1 professional de psiquiatria coordinador
- 1 professional de psiquiatria cada 15 llits
- 1 professional de psicologia cada 20 llits
- 1 professional de treball social cada 40 llits

- suficient personal d'infermeria i auxiliar per a dur a terme les seues funcions
- quan calga, l'atenció continuada específica podrà ser duta a terme per tots els especialistes de les àrees a què atén.

En l'àmbit dels servicis socials, la Llei 5/1989, de 6 de juliol, de servicis socials, de la Comunitat Valenciana, va ser desenvolupada per l'Ordre de 9 d'abril de 1990 sobre registre, autorització i acreditació dels servicis socials que estableix els requisits que han de complir centre i servicis de servicis socials per a poder ser autoritzats i acreditats. L'autorització de centres i servicis és definida com l'acte mitjançant el qual la Generalitat Valenciana reconeix que un centre o servici reuneix els requisits i les condicions necessàries per a poder garantir als seus destinataris la qualitat en les prestacions i una assistència adequada. Mitjançant l'acreditació, la Generalitat Valenciana reconeix que un centre o servici, prèviament autoritzat, és idoni per a integrar-se en el sistema públic dels servicis socials.

La vigent Llei de servicis socials de la Comunitat Valenciana (Llei 5/1997, de 25 de juny, de la Generalitat) va regular, exclusivament, l'autorització de centres i servicis sempre que complisquen els requisits establits reglamentàriament per Decret del Govern valencià.

En matèria d'atenció residencial a persones amb malaltia mental crònica, fins a l'emissió del present Informe s'han produït modificacions a la normativa prèvia (de desenvolupament de la Llei de servicis socials de 1989), i no s'ha redactat decret de desenvolupament en matèria d'autorització conforme al que disposa la Llei de servicis socials de 1997.

L'Ordre de 3 de febrer de 1997, de la Conselleria de Treball i Assumptes Socials (DOGV 13.02.1997. Correcció d'errors 24.02.1997) va modificar l'Ordre de 9 d'abril de 1990 abans citada, i hi va incorporar els nous servicis que s'han de prestar a persones amb malaltia mental crònica a la Comunitat Valenciana.

Els servicis regulats en la citada Ordre van ser:

- Centre de rehabilitació i integració social per a malalts mentals crònics(CRIS)
- Centre de dia per a malalts mentals crònics
- Centre específic per a persones amb malaltia mental crònica (CEEM).

En el present Informe abordarem, exclusivament, els servicis residencials i en concret els CEEM.

■ 5.2. Els centres específics per a persones amb malaltia mental crònica (CEEM)

Els CEEM són definits com:

Servici residencial comunitari obert i flexible, destinat a malalts mentals crònics que no requerisquen hospitalització. La residència treballarà sempre des d'una perspectiva de rehabilitació i enfocarà la seua actuació cap a la millora de l'autonomia personal i social dels residents, i recolzarà la seua normalització i integració comunitària.

Els CEEM preveuen tres tipus d'estada:

- Curta: des d'un cap de setmana fins a un mes aproximadament (alleugerir sobre-càrrega familiar).
- Mitjana: des d'un mes fins a un any aproximadament (facilitar i/o preparar inserció social i familiar).
- Indefinida. Llarga: més d'un any (millorar el grau d'autonomia personal i social). Prevenir la indigència dels malalts sense suport social ni familiar. Assegurar un nivell de qualitat de vida digne).

Els beneficiaris d'estos centres són adults entre 18 i 65 anys (excepcionalment majors de 65 anys segons el que es disposa en l'Ordre de 9 de maig de 2006, de la Conselleria de Benestar Social), afectats per malalties mentals cròniques amb dèficits o discapacitats en el seu funcionament psicosocial que els impeditx o dificulta cobrir autònomament les seues necessitats d'allotjament i suport, sempre que no requerisquen hospitalització.

Els CEEM estaran coordinats amb centres de salut, CRIS, centres de dia i equips de servicis socials generals.

En allò referent a la coordinació amb els centres de salut mental, tots els usuaris atesos en el CEEM han d'estar en tractament en estos centres, que seran els encarregats de proporcionar-los l'atenció i el seguiment psiquiàtric. Les prestacions mèdiques de qualsevol altre tipus de malaltia i la cura de la seua salut en general serà responsabilitat del sistema públic de salut.

L'Ordre de 3 de febrer de 1997 va regular les condicions d'habitabilitat que havien de reunir els CEEM per a poder ser autoritzat el seu funcionament, i va establir la seua capacitat entre 20-40 usuaris.

La plantilla de personal establida per als CEEM inicialment va ser la següent:

- 1 persona professional de la psicologia per a fer funcions de direcció i a jornada completa.
- 1 persona professional terapeuta ocupacional a jornada completa.
- 10 persones monitores-educadores, distribuïdes en torns de matí, vesprada i nit.
- 1 persona per a les funcions d'auxiliar administratiu a jornada completa.
- 2 persones per a funcions auxiliars domèstiques (suport, neteja, bugaderia i cuina) a jornada completa.

L'Ordre de 9 de maig de 2006, de la Conselleria de Benestar Social (DOCV 10.05.2006) va modificar l'Ordre de 3 de febrer de 1997 quant als requisits d'habitabilitat i de personal dels CEEM i altres recursos destinats a l'atenció a les persones amb malaltia mental.

Tant les condicions d'habitabilitat com el personal està previst per a un centre de 40 places. La plantilla mínima d'atenció directa per a un centre amb 40 places ha d'estar formada per:

- 1 persona encarregada de la direcció (professional de psicologia).
- 1 persona professional de medicina general a mitja jornada.
- 1 persona professional de la psicologia.
- 5 persones amb Diplomatura en Infermeria/ATS (torns de matí/vesprada/nit).
- 1 persona professional de treball social.
- 1 persona terapeuta ocupacional o tècnic/a superior d'integració social.
- 6 persones educadores/monitores.

- 6 persones curadores (torns de matí/vesprada/nit).
- 5 zeladors/es que s'encarreguen de la vigilància i tasques de contenció (torns de matí/vesprada/nit).
- Servicis generals de gestió, administració, neteja, bugaderia, manteniment, menjador, cuina amb mitjans propis o externs, que asseguren la seua adequació al nombre de places i una correcta prestació del servici.

Per als centres que estaven ja funcionant en la data d'entrada de l'Ordre de 9 de maig de 2006, se'ls dóna un termini de cinc anys per a adequar-se al contingut de l'Ordre, tant en matèria d'habitabilitat com de personal (disposició transitòria primera). No obstant això, durant el referit termini «(...) els centres hauran de garantir, amb la seua plantilla o amb mitjans externs, que el personal és adequat i suficient per a proporcionar una atenció integral als usuaris, i especialment quant a l'assistència facultativa, sanitària i de vigilància».

El termini d'adequació a la nova normativa (cinc anys) ha estat prorrogat dues vegades. La primera per l'Ordre 3/2011, de 28 d'abril, de la Conselleria de Benestar Social, que estableix: «Els centres que, a l'entrada en vigor d'esta norma, estiguen autoritzats o hagen sol·licitat la corresponent autorització, hauran d'adequar-se al que es disposa en esta Ordre en el termini màxim de set anys des de l'inici de la seua vigència» (maig de 2006).

La segona pròrroga es realitza a partir de la publicació de l'Ordre 11/2013, de 24 de juny, de la Conselleria de Benestar Social, que estableix:

Els centres que, a l'entrada en vigor d'esta norma, estiguen autoritzats o hagen sol·licitat la corresponent autorització, hauran d'adequar-se al que es disposa en esta Ordre en el termini màxim de set anys des de l'inici de la seua vigència. De manera excepcional, els centres específics per a malalts mentals crònics (CEEM) que estigueren autoritzats amb anterioritat a l'entrada en vigor de l'Ordre de 9 de maig de 2006, de la Conselleria de Benestar Social, podran adequar-se al que es disposa en esta Ordre en matèria de personal en el termini màxim de nou anys des de l'inici de la seua vigència.

5.3. Centres de tipologia mixta

Respecte de l'autorització de centres de tipologia mixta, l'Ordre de 9 de maig de 2006, de la Conselleria de Benestar Social, en la seua disposició addicional segona estableix el següent:

Segona

1. Podrà ser autoritzat el funcionament de centres de tipologia mixta o d'altres centres per a persones amb discapacitat o amb malaltia mental crònica diferents als que s'han exposat en la present Ordre, sempre que es justifique la necessitat de la seua creació, els servicis que prestaran, la població destinatària, els programes que es desenvoluparan, com també els recursos personals i materials necessaris per a l'adequada prestació dels servicis previstos en estos. Per a això, hauran de presentar la documentació corresponent per a la seua autorització en els termes establits en la normativa vigent.
2. En el cas de centres de tipologia mixta o altres centres situats en el mateix edifici o conjunt residencial, els usuaris dels quals puguen accedir als seus servicis i espais comuns, hauran de disposar de capacitat suficient en estos servicis i espais per a l'ús compartit de tots els usuaris, com també dels mitjans personals i materials necessaris per a això, en els termes regulats en la normativa en vigor.
3. Per a l'autorització d'estos centres, prèvia proposta tècnica de la Direcció Territorial de Benestar Social corresponent, es recaptarà informe de les direccions generals afectades i de la Inspecció de Servicis Socials si escau.

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

54 / 55

5.4. Centre d'atenció residencial per a persones amb discapacitat en situació de dependència (CARPD)

L'Ordre 1/2010, de 18 de febrer, de la Conselleria de Benestar Social (DOCV. 25.02.2010 i amb entrada en vigor als deu dies de la seua publicació), de modificació de l'Ordre de 9 d'abril de 1990, de la Conselleria de Treball i Seguretat Social, per la qual es desenvolupa el Decret 40/1990, de 26 de febrer, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registre, autorització i acreditació dels servicis socials a la Comunitat Valenciana, per a adaptar la tipologia de centres a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència i a la Directiva 2006/123/CE del Parlament Europeu i del Consell de 12 de desembre de 2006, relativa als servicis en el mercat interior, estableix les condicions per a la concessió d'autoritzacions a dues noves tipologies de centres:

- Centres d'atenció diürna per a persones amb discapacitat en situació de dependència
- Centres d'atenció residencial per a persones amb discapacitat en situació de dependència.

Definix els centres d'atenció residencial com:

(...) centres destinats a servir d'habitatge comú a persones amb discapacitat que tinguen reconeguda la situació de dependència en qualsevol dels seus graus i nivells, a les quals les seues necessitats de suport, la seua situació intel·lectual o mental, afegida a la seua situació sociofamiliar, dificulten la seua integració i permanència en el seu ambient familiar i comunitari, i els oferix els suports necessaris i assistència integral en totes les activitats bàsiques de la vida diària.

Establix la capacitat màxima en 40 places per mòdul i poden comptar amb un nombre total d'usuaris que no supere els 120, amb independència del nombre de mòduls.

Les ràtios de personal s'han d'adequar al que hi ha establert en la Resolució de 2 de desembre de 2008, de la Secretaria d'Estat de Política Social, Famílies i Atenció a la Dependència i a la Discapacitat, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, sobre criteris comuns d'acreditació per a garantir la qualitat dels centres i servicis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (BOE de 17.12.2008).

D'acord amb el que disposa l'Acord citat anteriorment, correspon a les comunitats autònomes l'acreditació de centres, servicis i entitats que actuen en l'àmbit de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència. L'acreditació de centres, servicis i entitats implica la garantia del compliment dels requisits i estàndards de qualitat que establisquen les administracions competents i, entre altres qüestions, l'actualització del Registre de Centres i Servicis existents a la Comunitat Valenciana.

Són objecte d'acreditació tant els centres, servicis i entitats privades concertades (i és requisit per a formar part de la xarxa de centres i servicis del Sistema per a l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència), com els centres, servicis i entitats privades no concertades (i és requisit perquè les persones dependents ateses en estos puguen percebre prestacions econòmiques vinculades al servici).

La ràtio de personal exigible, segons l'Acord publicat per Resolució de 2 de desembre de 2008, és la següent:

- Residència per a persones amb discapacitat intel·lectual de grau II 0,60
- Residència per a persones amb discapacitat intel·lectual de grau III 0,63

(Prenem com a referència la ràtio per a residències per a persones amb discapacitat intel·lectual, atés que no han estat reflectits en el referit Acord els criteris per a establir ràtios per a residències en les quals són ateses persones amb problemes de malaltia mental.)

Les ràtios s'apliquen en cada centre en relació proporcional amb el seu nombre d'usuaris, valorats amb el respectiu grau de dependència. L'exigència de les ràtios ressenyades s'efectuarà de manera progressiva fins a assolir al desembre de 2015 la ràtio que s'acorde pel Consell Territorial en 2012.

En la data de la redacció del present Informe no ha estat publicat l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència previst per a 2012 i pel qual s'haurien d'haver actualitzat les ràtios de personal exigibles per a l'acreditació de centres a partir de desembre de 2015.

Durant la tramitació d'una queixa per part d'esta institució, vam sol·licitar un informe a la Conselleria de Benestar Social perquè ens indicara la relació de CEEM i centres residencials que conformen la xarxa pública per a l'atenció a persones amb discapacitat en situació de dependència de la Comunitat Valenciana. La Conselleria informa el següent:

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

56 / 57

CENTRE	PROVÍNCIA	NRE. DE PLACES	TIPUS DE GESTIÓ
CEEM BENIDORM	ALACANT	40	Gestió integral
CEEM ELDA	ALACANT	36	Gestió integral
CARPD XÀBIA BELLA	ALACANT	35	Privat
Residència Mixta Centre Geriàtric La Morenica	ALACANT	120	Privat
CARPD La Saleta Calp	ALACANT	40	Privat
CARPD Videsalud II	ALACANT	120	Privat
CARPD ASIGER Sant Vicent	ALACANT	60	Privat
CEEM Albocàsser	CASTELLÓ	27	Gestió integral
Residència per a Malalts Mentals Crònics Gran Via	CASTELLÓ	40	Gestió integral
Residència de Malalts Mentals de Bétera	VALÈNCIA	80	Gestió integral
CEEM Fundació Santos Andrés i Santiago	VALÈNCIA	39	Subvenció
Residència Mixta Montdúver (mòdul)	VALÈNCIA	80	Privat

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Residència Mixta GERISAN	VALÈNCIA	56	Privat
Residència Mixta (mòdul) San Lorenzo de Brindis	VALÈNCIA	100	Privat
Residència Mixta (mòdul) MONTEARSE	VALÈNCIA	34	Privat
CARPD El Balcó de la Safor	VALÈNCIA	99	Privat
CARPD Buendía	VALÈNCIA	22	Privat
CARPD Vistabella Calicanto	VALÈNCIA	82	Privat
CARPD CEEM La Torre	VALÈNCIA	37	Privat
Centre Assistencial Abadía	VALÈNCIA	42	Privat
CARPD La Rascanya	VALÈNCIA	25	Privat
CEEM Camp de Túria	VALÈNCIA	54	Privat
CARPD CEEM Cumbres de Calicanto	VALÈNCIA	48	Privat
CARPD CEEM Roger de Lauria	VALÈNCIA	40	Privat
CARPD CEEM Ciudad Jardín	VALÈNCIA	40	Privat
CARPD CEEM Mentalia Puerto	VALÈNCIA	48	Privat
CARPD CEEM Abadía Turia	VALÈNCIA	20	Privat
CARPD CEEM Xeraco	VALÈNCIA	40	Privat

58 / 59

Segons la informació rebuda, en l'actualitat hi ha quatre centres d'atenció a persones amb malaltia mental, situats a Alcoi, Elx, Xàtiva i Sant Joan d'Alacant, pendents d'obertura.

Els tres primers són de titularitat municipal i es troben pendents tant d'equipament com de determinar la manera de gestió. La Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives va publicar l'Ordre 3/2015, de 14 d'agost, de la vicepresidenta del Consell i consellera d'Igualtat i Polítiques Inclusives, per la qual s'aproven les bases reguladores i es convoquen ajudes per a finançar projectes d'inversió en equipament i reforma de centres d'atenció a persones amb discapacitat i amb malaltia mental crònica per a l'any 2015, a la qual podran acollir-se estos centres.

La titular del quart centre és la Diputació Provincial d'Alacant. El centre ha estat equipat amb pressupost d'esta institució provincial i es troba pendent d'obtenir la corresponent autorització de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, per a la seua posada en funcionament.

En relació amb els habitatges tutelats, el Decret 182/2006, d'1 de desembre, del Consell, va establir les condicions i els requisits específics per a l'autorització dels

habitatges tutelats per a persones amb discapacitat o amb malaltia mental crònica. Es definixen els habitatges tutelats com a llars funcionals de dimensions reduïdes, adequades al nombre i les característiques dels usuaris i inserides en l'entorn comunitari, en què conviuen de forma estable en el temps un grup homogeni de persones amb discapacitat física, intel·lectual o malaltia mental crònica o trastorn mental greu, amb necessitats de suport intermitent o limitat, en règim de funcionament parcialment autogestionat.

La plantilla mínima establida per a un habitatge tutelat per a persones amb malaltia mental crònica o trastorn mental greu és la següent:

- a) Habitatge assistit: 5,5 educadors/es o el seu equivalent en jornada laboral.
- b) Habitatge supervisat (4-5 places): 2 educadors/es o el seu equivalent en jornada laboral.
- c) Habitatge supervisat (6-7 places): 3,5 educadors/es o el seu equivalent en jornada laboral.

Segons informe de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives rebut el 16 de novembre de 2015, el nombre d'habitatges tutelats que conformen la xarxa pública de la Comunitat Valenciana puja a 36. D'estos habitatges, 11 estan situats a la província d'Alacant, 4 a la província de Castelló i 21 a la província de València. El nombre total de places d'estos habitatges tutelats puja a 197.

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

60 / 61

Respecte del perfil dels usuaris dels CEEM visitats, hem volgut centrar-nos en els aspectes següents:

6.1. Diagnòstics més freqüents

La majoria de persones usuàries dels centres visitats estan diagnosticades d'esquizofrènia en els seus diferents tipus (paranoide, residual, indiferenciada, hebefrènica, etc.).

Algunes persones usuàries tenen associades discapacitat mental o politoxicomania.

Altres diagnòstics que s'hi presenten amb relativa freqüència són: trastorn bipolar, trastorns de la personalitat, trastorns obsessius compulsius, trastorns límits de la personalitat, etc.).

En el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, tot i que continua sent majoritari el diagnòstic d'esquizofrènia, destaca el nombre d'usuaris amb diagnòstic de retard mental.

Patologia	Nombre de pacients amb patologia	Percentatge
Demències	3	1,94%
Dependència de tòxics	29	18,71%
Depressions	3	1,94%
Esquizofrènia	101	65,16%
Esquizoafectiu	17	10,97%
Retard mental	53	34,19%
Altres	46	29,68%

Quadre de patologia mental de persones usuàries del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

60 / 61

6.2. Grau de discapacitat

Les persones usuàries dels centres visitats i que disposen de reconeixement de grau de discapacitat (majoritari, excepció feta de la situació del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo) han estat valorades:

- Amb un grau igual o superior al 75% 22% dels casos
- Amb un grau entre el 65% i el 74% 74% dels casos
- Amb un grau entre el 33% i el 64% 4% dels casos.

Són poques les persones usuàries a qui no els ha estat reconegut un grau de discapacitat o que es troben en procés d'això.

Convé destacar que, de les 151 persones usuàries del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, 68 no tenen grau de discapacitat reconegut. Segons la informació del centre, els motius d'això són: que no se n'ha sol·licitat el reconeixement o s'ha sol·licitat i no tenen resposta.

6.3. Grau de dependència

De les 428 persones usuàries ateses en els centres visitats, 273 tenien reconegut un grau de dependència.

D'estes, 52 casos han estat reconeguts com a grans dependents (G 3); 165 casos tenen reconeixement de dependència severa (G2) i 56 de dependència moderada (G1).

En la resta de casos les sol·licituds es troben en tràmit i pendents de resolució, llevat de 72 casos (persones usuàries del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo) en què no s'ha demanat la valoració de dependència.

6.4. Incapacitació judicial i tutela

De les 428 persones usuàries ateses en els centres visitats, 312 han estat declarades judicialment incapaces, de les quals 298 amb incapacitació total i 14 per incapacitació parcial.

Els càrrecs tutelars de les persones declarades incapaces judicialment són exercits en 196 casos pels seus familiars i 116 càrrecs tutelars han estat assumits per la Generalitat.

Hem de detenir-nos en este apartat, atesa la seua importància.

La Convenció sobre Drets de les Persones amb Discapacitat, aprovada a Nova York el 13 de desembre de 2006, l'Instrument de ratificació de la qual per part d'Espanya va ser publicat en el BOE del dia 21 d'abril de 2008 i que va entrar en vigor el 3 de maig de 2008, adequa la regulació dels procediments de determinació de la capacitat de les persones i abandona l'anomenat model mèdic o rehabilitador.

L'article 12 de la Convenció afirma que:

Les persones amb discapacitat tenen dret al reconeixement de la seua personalitat jurídica en igualtat de condicions amb les altres, i cal assegurar que en totes les mesures relatives a l'exercici de la capacitat jurídica es proporcionen les salvaguardes adequades i efectives per a impedir abusos, de conformitat amb el dret internacional en matèria de drets humans. Estes salvaguardes asseguraran que les mesures relatives a l'exercici de la capacitat jurídica respecten els drets, la voluntat i les preferències de les persones, que no hi haja conflicte d'interessos ni influència indeguda, que siguen proporcionals i adaptades a les circumstàncies de les persones, que s'apliquen durant el termini més curt possible i que estiguen subjectes a exàmens periòdics per part d'una autoritat o un òrgan judicial independent i imparcial. Les salvaguardes hauran de ser proporcionals al grau en què estes mesures afecten els drets i interessos de les persones.

Resta, així, establert un canvi de model i s'adopta l'anomenat:

model social de discapacitat, en el qual, les persones que resulten afectades per la modificació de la seua capacitat han de disposar dels suports o de l'assistència necessària per a la presa de decisions concretes, **de tal manera que no siguen privades de la seua capacitat de manera absoluta.**

La Sentència del Tribunal Constitucional 174/2002, de 9 d'octubre, s'expressa respecte del dret a la personalitat jurídica de l'ésser humà i respecte de la incapacitació diu textualment: «La incapacitació total només s'haurà d'adoptar quan siga necessari per a assegurar l'adequada protecció de la persona del malalt mental permanent, però haurà de determinar l'extensió i els límits de la mesura, i haurà de ser sempre revisable».

La Fiscalia General de l'Estat va emetre la Instrucció núm. 3/2010 sobre la necessària fonamentació individualitzada de les mesures de protecció o suport en els procediments sobre determinació de la capacitat de les persones. En la conclusió tercera de la citada Instrucció es diu:

La curatela constituïx en l'actualitat un instrument adequat per a donar les respostes exigides per la Convenció a les situacions de modificació de la capacitat de la persona, atés que la persona curadora no suplix la voluntat de les persones amb discapacitat, sinó que complementa les seues limitacions en aquells actes que haja de realitzar la persona la capacitat de la qual és modificada, i que estiguen especificats en la sentència, en la qual, fins i tot es poden conferir a la persona curadora funcions d'administració ordinària de determinats aspectes del patrimoni de la persona assistida, i mantenir, però, les seues facultats per a executar els altres actes d'esta naturalesa per ella mateixa.

No obstant això es comprova que, de manera molt majoritària, per a les persones residents en centres i que es troben sota la protecció de la Generalitat, després d'haver estat declarada la seua incapacitat jurídica, el càrrec exercit és la tutela i no la curatela.

A tall d'exemple, es reflectixen les dades aportades per la Fiscalia Provincial d'Alacant, referides als partits judicials d'Alacant, Sant Vicent del Raspeig, Elda i Novelda. **De les 118 persones ingressades en centres i la tutela de les quals és exercida per la Generalitat, 104 estan tutelades i 14 curatelades.**

■ 6.5. Temps d'ingrés

En relació amb el temps d'ingrés, no es poden fer càlculs globals, atés que la posada en funcionament dels centres és molt dispar.

Tanmateix, cal destacar que la mobilitat dels usuaris dels centres residencials per a malalts mentals és molt baixa.

Els internaments es perllonguen durant molts anys i les baixes per millorança o rehabilitació són escasses.

Són destacables els casos de persones ateses en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo (el centre amb més temps en funcionament) que porten ingressades des de 1952, i un total de 68 persones que van ser ingressades abans de l'any 1999.

Com s'ha pogut comprovar en l'apartat anterior, la majoria d'ingressos en els CEEM tenen caràcter no voluntari, atés que les persones afectades han estat, majoritàriament, declarades incapaces judicialment o tenen greument afectada la seua capacitat per a poder decidir per si mateixes.

L'ingrés no voluntari amb motiu de trastorn psíquic està regulat en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil.

763.1. L'internament amb motiu de trastorn psíquic d'una persona que no estiga en condicions de decidir-ho per ella mateixa, encara que estiga sotmesa a la pàtria potestat o la tutela, requerirà autorització judicial, que serà recaptada pel tribunal del lloc on residisca la persona afectada per l'internament.

L'autorització haurà de ser prèvia a este internament llevat que per raons d'urgència feren necessària la immediata adopció de la mesura. En este cas, el responsable del centre en què s'haguera produït l'internament haurà de donar-ne compte al tribunal competent al més aviat possible i, en tot cas, dins del termini de vint-i-quatre hores, a l'efecte que s'efectue la preceptiva ratificació d'esta mesura, que haurà de fer-se en el termini màxim de setanta-dues hores des que l'internament arribe a coneixement del tribunal.

Els incisos als paràgrafs primer i segon del 763.1 de la LEC han estat declarats inconstitucionals per Sentència del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de desembre (Sala Ple), amb l'efecte establert en el fonament jurídic 3.

Sentència del Tribunal Constitucional 132/2010. Fonament jurídic 3.

L'aplicació de la citada doctrina al present cas ens porta a declarar la inconstitucionalitat d'aquells incisos dels paràgrafs primer i segon de l'article 763.1 de la Llei 1/2000, de 7 de gener, que possibiliten la decisió d'internament no voluntari per raó de trastorn psíquic, doncs, tot i que constitutiva d'una privació de llibertat, esta mesura només es pot regular mitjançant llei orgànica.

Este és el cas del primer incís del paràgraf primer de l'assenyalat article 763.1 LEC, segons el qual «l'internament, amb motiu de trastorn psíquic, d'una persona que no estiga en condicions de decidir-ho per si mateixa, encara que estiga sotmesa a la pàtria potestat o a tutela, requerirà autorització judicial», com també del primer incís del paràgraf segon del mateix article que estableix «l'autorització serà prèvia a este internament, llevat que raons d'urgència feren necessària la immediata adopció de la mesura».

Certament, en tots dos casos ens trobem davant uns preceptes inclosos en una llei ordinària i dotats efectivament d'este caràcter que, no obstant això, regula una matèria que, d'acord amb la doctrina establida en la STC 129/1999, FJ 2, és matèria reservada a llei orgànica (articles 17.1 i 81.1 CE), de manera que vulneren l'article 81.2 CE.

A esta declaració d'inconstitucionalitat no ha de unir-se en este cas la declaració de nul·litat, ja que esta última crearia un buit en l'ordenament jurídic no desitjable, màximament quan no s'ha qüestionat el seu contingut material. D'altra banda, com recordem en l'abans al·ludida Sentència del dia d'avui en la qüestió d'inconstitucionalitat núm. 4511-1999, (FJ 4), la possibilitat de no vincular inconstitucionalitat i nul·litat ha estat reconeguda per la nostra jurisprudència.

Estem, doncs, en presència d'una vulneració de la Constitució que només el legislador pot remeiar; raó per la qual resulta obligat instar-lo perquè, com més prompte millor, regule la mesura d'internament no voluntari amb motiu de trastorn psíquic mitjançant llei orgànica.

No obstant esta declaració d'inconstitucionalitat i el fet que s'haja instat el poder legislatiu perquè regule la mesura d'internament no voluntari amb motiu de trastorn psíquic mitjançant llei orgànica —que, recordem, va ser publicada en el BOE de 5 de gener de 2011— no ha donat lloc, fins avui, a l'elaboració de la citada llei orgànica.

Sobre este tema, la defensora del poble en l'*Informe del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura* (2014) es pronuncia de la manera següent:

312. Des dels seus inicis, el Defensor del Poble ha constatat una absència de regulació que garantira suficientment els drets fonamentals dels pacients interns en centres de salut mental de naturalesa sanitària o social, i regulara les eventuals restriccions per a la protecció de la seua vida, salut o integritat física. La reforma legislativa s'ha fet encara més necessària si és possible després de la Sentència del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de desembre, que va declarar la inconstitucionalitat de dos incisos de l'apartat primer de l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil, que preveu l'internament no voluntari per raó de trastorn psíquic, en considerar que esta mesura, constitutiva d'una privació de la llibertat personal, no es podia fer per llei ordinària, sinó que requeria rang de llei orgànica.

Cal elaborar un projecte de llei orgànica que regule els internaments efectuats a l'empara de la legislació civil i adapte la regulació a la Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, de 13 de desembre de 2006, i de les Observacions del Comitè de Nacions Unides dels Drets de les Persones amb Discapacitat en el seu informe inicial d'Espanya (CRPD/C/ESP/1).

313. Pel que fa a l'internament no voluntari en centres residencials de persones majors, les llacunes jurídiques existents han donat lloc al fet que tant administracions com jutges i fiscals apliquen criteris contradictoris. Mentre no es produïska la referida reforma legislativa, el criteri és que el règim de garanties que es preveu actualment en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil ha de fer-se extensiu a les persones majors que ingressen en centres residencials quan estes no es troben en condicions de prestar lliurement el seu consentiment a l'ingrés.

314. D'esta manera, en qualsevol cas de falta d'autonomia d'una persona per a donar el seu consentiment a l'internament en un centre, hauria d'instar-se el procediment previst en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil per a l'internament no voluntari. Amb caràcter general, la sol·licitud s'ha d'instar per la via ordinària amb caràcter previ a l'ingrés, per part d'aquells familiars o tutors que tinguen coneixement de la situació de necessitat d'internament i absència d'autonomia.

315. Quan s'advertisca una situació d'urgència que requerisca l'ingrés immediat en el centre, hauran de complir-se les exigències previstes en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil i desenvolupades per la Sentència del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de juliol, en particular, que l'internament estarà únicament justificat en cas de trastorn

psíquic greu i si hi concorre una situació d'urgència o necessitat immediata d'intervenció mèdica, i que la mesura d'internament no solament siga convenient, sinó que complisca els requisits de necessitat (que no puga adoptar-se una altra mesura alternativa menys lesiva) i proporcionalitat (en relació amb la finalitat que pretén).

316. La comunicació de l'internament involuntari de caràcter urgent a l'autoritat judicial competent haurà de produir-se al més aviat possible i, com a màxim, dins del termini de vint-i-quatre hores des de l'ingrés, a l'efecte que es duga a terme la preceptiva ratificació d'esta mesura. Esta comunicació hauria d'incloure almenys informació sobre els següents aspectes: dia i hora exacta de l'internament; circumstàncies de l'internament; informe mèdic que acredite el trastorn psíquic justificant de l'internament immediat, amb motivació de la necessitat i proporcionalitat de la mesura i, si escau, l'evolució del seu estat de salut mental; i durada previsible de la mesura.

320. Quan l'ingrés es produïx voluntàriament i posteriorment l'interessat manifesta el seu canvi de criteri respecte de la voluntarietat de l'internament, caldrà la concurrència dels requisits de l'article 763.1 de la Llei d'enjudiciament civil per a poder mantenir l'internament, i començarà a córrer el termini de 24 hores per a comunicar-ho a l'òrgan judicial (FJ 5c de la citada STC 141/2012). A més, seria convenient que en la comunicació s'expressara l'evolució de l'estat de salut mental de l'afectat des del seu ingrés, i les raons que van motivar el canvi d'internament voluntari a involuntari.

Igualment, haurien de comunicar-se al Ministeri Fiscal tots els casos de deterioració cognitiva significativa, a fi que esta autoritat valore la necessitat d'iniciar un procediment d'incapacitació o de requerir l'autorització judicial d'internament no voluntari per trastorn sobrevingut.

321. Una vegada transcorregut el termini de setanta-dues hores en el qual l'autoritat judicial ha de resoldre sense que s'haja emés la ratificació de la mesura, els centres no tenen cap empara legal per a mantenir l'afectat internat amb caràcter forçós.

D'això caldria donar trasllat a l'autoritat judicial competent, al Ministeri Fiscal i, si escau, al representant legal de l'interessat. En esta situació, si l'intern manifesta la seua voluntat d'abandonar el centre, podrà fer-ho si signa l'alta residencial voluntària.

Com s'ha pogut comprovar de les dades reflectides en l'apartat sis d'este Informe, els ingressos de les persones usuàries de CEEM es perllonguen durant anys. Les autoritzacions judicials per a l'ingrés no voluntari solen establir la periodicitat de sis mesos per a ser revisades.

En les visites efectuades es comprova que els centres remetent als jutjats que van acordar l'ingrés no voluntari una sol·licitud de pròrroga tot complint amb els terminis legalment establits (sis mesos). A les sol·licituds de pròrroga acompanyen informes d'evolució de l'usuari. Este informe està elaborat pels professionals del propi centre.

Com a norma general, els jutjats emeten interlocutòria judicial en la qual s'autoritza la pròrroga de l'internament no voluntari per un període de sis mesos, encara que hem trobat casos en què no consta resolució judicial expressa de la pròrroga sol·licitada.

No obstant el compliment d'este procediment judicial, es constata que este manca d'un contrast d'opinions professionals, és a dir, l'únic informe que fonamenta la decisió judicial és l'emés pel centre, i no hi ha valoració de professionals externs al centre (metge forense, facultatiu designat pel jutge, diferent i independent del centre), i és indispensable, de la mateixa manera, prendre audiència a la persona a la qual afecta la mesura.

En este sentit, s'ha pronunciat la Fiscalia General de l'Estat en el *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006*, segons les conclusions de les Jornades de Fiscals Especialistes en la Protecció de Persones amb Discapacitat (Alcalá de Henares, 20 i 21 de setembre de 2010).

La conclusió 55 del citat *Manual de buenas prácticas* diu expressament:

Contingut del control periòdic dels ingressos no voluntaris.

Reduir el control de la continuació o no de l'ingrés no voluntari a la recepció dels informes de part emesos pels facultatius de la residència o centre en què s'ha practicat l'ingrés, no està d'acord amb el que exigix la importància i intensitat del dret que es limita, ni la Convenció. Per això, en el control periòdic de la mesura d'ingrés no voluntari, sempre que siga possible s'haurà de comprovar: a) L'audiència a la persona a qui afecta la mesura, si la seua situació ho permetera, b) Els informes dels facultatius que atenen la persona ingressada, c) L'informe del metge forense o d'un facultatiu designat pel jutge, distint i independent del centre o residència.

En este mateix sentit s'ha pronunciat la Defensora del Poble en l'Informe ja referit sobre *Memoria del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura 2014*.

Si tornem a les informacions obtingudes en les visites efectuades, s'hi comprova que algunes persones usuàries dels CEEM van prestar voluntarietat inicial per a ingressar-hi, tot i que posteriorment l'agreujament del trastorn que va motivar l'ingrés i la seua progressiva pèrdua de condicions per a poder decidir per si mateixa transformen l'ingrés de voluntari en involuntari.

Referent a això, tant el Ministeri Fiscal com la Defensora del Poble s'hi han pronunciat i han indicat que en esta situació cal actuar d'acord amb el que hi ha establert en l'article 763 de la LEC, i l'autorització d'ingrés no voluntari correspon al jutge del lloc en què s'ubique la residència, centre o pis tutelat en el qual estiga ingressat (Conclusió núm. 45 del *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006* i Recomanació núm. 319 de la *Memoria del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura 2014*).

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

L'absència d'una llei orgànica que regule l'internament no voluntari no impedisca que, a escala autonòmica, i com a desenvolupament de les competències atribuïdes a la Generalitat, es pugui regular un procediment en el qual s'extremen les mesures per a complir els preceptes i les recomanacions recollits en este apartat de l'Informe, i donar més seguretat jurídica als procediments d'ingrés no voluntari de les persones amb discapacitat.

L'Ordre de 3 de febrer de 1997 de la Conselleria de Treball i Assumptes Socials, per la qual es modifica l'Ordre de 9 d'abril de 1990 (DOGV núm. 1.291) sobre registre, autorització i acreditació dels servicis socials de la Comunitat Valenciana, amb la finalitat d'atendre els nous servicis que es prestaran a malalts mentals crònics a la Comunitat Valenciana, va establir, per als CEEM, les funcions següents:

- Atendre urgències familiars o socials
- Separació preventiva de l'ambient familiar
- Facilitar la transició de l'hospital a la comunitat després de les recaigudes
- Preparació per a opcions de vida i allotjament més autònomes i normalitzades.

Quant a les prestacions que havien de garantir els CEEM van establir les següents:

- Allotjament
- Manutenció
- Suport de l'autonomia personal i social
- Suport a la integració social
- Orientació i suport a les famílies.

Igualment hauran de disposar dels protocols i programes següents:

- Protocol d'avaluació social i funcional
- Programes d'intervenció
- Entrenament en habilitats d'autocura
- Entrenament en habilitats de la vida diària
- Psicoeducació i promoció d'estils de vida saludables
- Activitats d'oci i temps lliure
- Intervenció familiar.

De la mateixa manera, s'hi estableix com a criteri d'intervenció la necessitat que l'atenció dispensada en este tipus de dispositius ha de ser individualitzada. Amb esta finalitat s'intervindrà sobre els problemes i les necessitats concretes de cada usuari, que es determinaran després de l'avaluació psicosocial, la qual servirà de base per a establir el Programa Individualitzat de Rehabilitació (PIR). A partir del Programa Individualitzat de Rehabilitació s'establirà tota la intervenció posterior.

La intervenció ha d'estar orientada a l'assoliment d'objectius específics i operatius, per la qual cosa ha d'estar guiada per la determinació d'objectius adequadament definits i temporalment planificats.

En tot cas ha de ser susceptible d'avaluació i avaluada de manera contínua. Així, les intervencions han d'utilitzar en la mesura que siga possible instruments i estratègies que permeten la determinació abans de la intervenció (línia-base) i durant la intervenció.

9.1. Cobertura sanitària

El primer nivell d'atenció sanitària als problemes de salut mental es produïx en l'atenció primària, a través de les unitats de salut mental d'adults (d'ara endavant USM) i unitats de salut mental infantil i adolescent (d'ara endavant USMIA).

A escala sanitària, els CEEM estan situats dins d'un dels 24 departaments de salut de la Conselleria de Sanitat i, en conseqüència, la seua atenció ambulatoria es presta en una de les seues USM.

Abans d'abordar l'atenció sanitària que reben els usuaris dels CEEM i el resultat de les entrevistes realitzades amb els responsables de la salut mental dels departaments de salut visitats, ens agradaria fer una sèrie de reflexions.

El Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica (d'ara endavant PDSM) de 2001 establia, per a una ràtio de població de 100.000 habitants, la següent **plantilla** de les unitats de salut mental d'adults:

- 7 professionals de psiquiatria
- 6 professionals de psicologia
- 6.5 professionals d'infermeria
- 2.5 professionals de treball social.

El Pla Director no preveia auxiliars d'infermeria ni auxiliars administratius. En alguns departaments s'havien incorporat estes categories professionals.

En la majoria de departaments visitats observem que el nombre de llocs de les quatre categories (psiquiatria, psicologia, infermeria i treball social) es presenta molt ajustat respecte de les necessitats inicialment previstes pel PDSM. En el cas de professionals d'infermeria i treball social, en alguns departaments no s'arribava ni als mínims previstos.

D'altra banda, la falta d'auxiliars administratius fa que siguen infermers o infermeres qui duen a terme estes tasques, de manera que han de reduir les seues pròpies funcions.

En este sentit, caldria recordar la recomanació primera de l'Informe especial de 2003 relativa a l'augment de recursos humans en les USM.

Els professionals d'infermeria entrevistats manifestaven la necessitat que els infermers/es que presten servicis en salut mental tinguen l'especialitat corresponent. En este sentit, es referien a la necessitat que la Borsa d'Ocupació Temporal de l'Agència Valenciana de Salut tinga present esta especialitat. Esta demanda és coincident amb la recomanació continguda en l'Estratègia Nacional de Salut Mental.

Els professionals també feien referència a la necessitat de potenciar l'atenció domiciliària en salut mental, si bé indicaven que esta, de conformitat amb el PDSM, és una prestació pròpia de les USM.

En este punt hem de ressaltar la importància de les unitats d'hospitalització a domicili (UHD), que és un altre tipus de prestació en el domicili del pacient, si bé des de l'hospital (no des de la USM).

L'existència d'UHD és heterogènia, per això cal implementar la recomanació tercera de l'Informe Especial de 2003, relativa a la potenciació de l'atenció domiciliària i l'articulació de programes dirigits a persones que tenen malaltia mental i no mantenen contacte amb el sistema sanitari.

Quant a les unitats d'hospitalització psiquiàtrica (UHP), la majoria d'hospitals disposa d'este recurs, llevat dels hospitals de Manises i Requena.

D'altra banda, els professionals de l'Arnau de Vilanova advertien que el trasllat d'esta Unitat a Lliria i la seua conseqüent desaparició de l'Arnau podria tenir efectes negatius,

ja que, segons el seu parer, l'extensió geogràfica del Departament de Salut núm. 6 fa necessari el manteniment de dues UHP.

El nombre de llits en les UHP per cada 100.000 habitants previst en el PDSM «no haurà de ser inferior a 12 ni superior a 30, i és recomanable que no sobrepassi el 10% dels llits totals de l'Hospital». De les visites efectuades es despenia:

- Departaments 2-3 (Castelló).....necessitat: 72 llits
- Departament 6 (Arnau)..... 16 llits.....necessitat: 38 llits
- Departament 12 (Gandia)..... 9 llits.....necessitat: 23 llits
- Departament 16 (la Vila Joiosa) 14 llits.....necessitat: 23 llits
- Departament 18 (Elda)..... 18 llits.....necessitat: 24 llits.

Les dades indiquen que esta taxa es troba molt allunyada de la prevista en el PDSM de 2001.

Interessaria recordar la recomanació quarta de l'Informe especial del Síndic de Greuges de 2003, relativa a l'adaptació de les UHP als mínims de llits previstos en el PDSM.

En relació amb els hospitals de dia, el PDSM els defineix com:

Un dispositiu sanitari que presta assistència sanitària intensiva, dirigida a malalts amb patologia severa, en règim d'hospitalització parcial, com també a aquells pacients que no necessiten, en un determinat moment, ingrés a temps total, però que no són susceptibles d'assoliments terapèutics adequats en tractament ambulatori, per molt complet i sofisticat que este puga ser.

En este punt el PDSM advertix que no s'ha de confondre l'hospital de dia amb els centres de dia o altres unitats amb objectius concrets de readaptació social i/o laboral, però sense pretensió terapèutica.

Quant a això, els responsables de l'Arnau de Vilanova i de la Vila Joiosa ens indicaven que no comptaven amb este recurs.

Volem remarcar la recomanació desena de l'Informe especial de 2003 relativa al fet que «de conformitat amb les previsions del PSDM, es cree la xarxa d'hospitals de dia».

L'augment d'unitats o de recursos per a atendre patologia dual és una demanda de tots els professionals entrevistats.

Finalment, una altra qüestió que preocupava els professionals de la província d'Alacant era la necessitat de coordinar-se amb el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, que depén de la Diputació Provincial d'Alacant. Els professionals advertien que no estan clars quins són els criteris d'ingrés, ni els perfils dels pacients.

Respecte de l'assistència sanitària als CEEM, és prestada pels professionals de la USM en la qual estiga situat el centre. Això comporta una important càrrega assistencial per als professionals de la USM. Sobre esta qüestió és significatiu el cas del Departament de Salut 12, que té tres CEEM (Barx, Xeraco i Balcó de la Safor).

En alguns CEEM compten amb un psiquiatre contractat per part de l'empresa concessionària de la prestació de servici. Ací cal aclarir que, ni l'Ordre de 3 de febrer de 1997, ni la de 9 de maig de 2006, establixen com a obligada la figura del psiquiatre com a plantilla del CEEM. Tenint en compte el perfil dels pacients ingressats, entenem que ha de ser una qüestió que cal valorar.

No obstant això anterior, llevat d'alguns casos de facultatiu de sistema públic contractat pel concessionari, el sistema assistencial majoritari és desplaçar en grups els usuaris a la USM.

Finalment, els professionals entrevistats remarquen la necessitat de protocol·litzar la coordinació sociosanitària en el departament de salut de manera que hi participen tots els agents implicats: sanitat, servicis socials, ajuntament, CEEM, CRIS, familiars. Moltes d'estes comissions funcionen per iniciativa dels professionals.

En molts casos no existix una interrelació entre els professionals sanitaris i els del CEEM.

També cal destacar la problemàtica que sorgix en el cas d'usuaris dels CEEM, estrangers no regularitzats que manquen de cobertura sanitària pública, tot això malgrat ser tutelats de l'Administració. Pot resultar il·lustratiu el cas del CEEM de Bétera, en el qual els seus professionals destacaven les següents problemàtiques sobre este tema:

- Per a poder rebre assistència sanitària han de ser inclosos en el Programa Valencià de Protecció de la Salut. Mentre es resol la sol·licitud d'inclusió en este programa, un procediment que de vegades es dilata diversos mesos per causes burocràtiques, no es poden sol·licitar ni interconsultes a especialistes, ni proves complementàries, ni analítiques. Això últim amb l'agreuja que les vegades que la persona ingressa en el CEEM sense haver estat inclosa en este programa prèviament, fet habitual ateses

les seues circumstàncies, no es pot fer l'anàlítica d'ingrés i fins i tot es desconeix de vegades durant diversos mesos si la persona té determinades patologies, incloses les infectocontagioses que podrien repercutir en altres persones usuàries del centre.

- Si bé la Unitat Tècnica de Tuteles està exercint diligentment la seua labor i intentant que se'ls concedisca un permís de residència per causes extraordinàries, estos intents estan sent infructuosos fins a hores d'ara, generalment perquè manquen de passaport i també han sigut estèrils els intents per a aconseguir-lo. El fet de mancar de permís de residència i document identificatiu minva en gran manera les seues possibilitats d'evolucionar en el seu procés de rehabilitació i integració en la comunitat (accés a prestacions econòmiques, com ara la pensió no contributiva per invalidesa, recursos de caràcter formatiu, laboral i fins i tot d'oci) i, en definitiva, trunca les seues possibilitats de desenvolupament personal i d'assolir un nivell de qualitat de vida satisfactori.

El Decret Llei 3/2015, de 24 de juliol, del Consell, pel qual es regula l'accés universal a l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana, garanteix l'atenció sanitària de conformitat amb l'article 1.1 a aquelles persones estrangeres no registrades ni autoritzades com a residents a Espanya i amb residència efectiva a la Comunitat Valenciana, que no tinguen la condició d'assegurades ni de beneficiàries del sistema nacional de salut previst en l'article 3.5 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, i que no puguen exportar el dret a cobertura sanitària en el Sistema Nacional de Salut des dels seus països d'origen, ni existisca un tercer obligat a pagament.

El Govern de la nació va presentar, davant el Tribunal Constitucional, un recurs contra el citat decret llei, ja que considerava que implica una extralimitació de competències. El Tribunal Constitucional ha admés a tràmit el recurs, fet que comporta la suspensió de la disposició recorreguda per un període no superior a cinc mesos.

9.2. Cobertura farmacèutica

Els usuaris dels CEEM tenen coberta la prestació farmacèutica a través de la xarxa pública. Igual que indicàvem a la fi de l'apartat anterior, cal destacar la situació de les persones estrangeres que no tenen documentació i no disposen de cobertura farmacèutica.

Els CEEM de gestió integral visitats compten amb una petita farmàcia que és dotada des de la farmàcia de la Conselleria de Benestar Social (així, als CEEM d'Elda i Benidorm

els subministren els medicaments des de la farmàcia de la Residència La Florida, el CEEM de Gran Via a Castelló des de la Residència El Pinar). Per este motiu els usuaris dels CEEM de gestió integral no han d'aportar copagament farmacèutic. Tan sols pagarien l'aportació que els corresponga d'aquells medicaments que hagen d'adquirir en altres farmàcies diferents de la pública, d'acord amb la legislació vigent.

En els centres de gestió privada s'adquirixen els medicaments que prèviament han sigut prescrits pel facultatiu corresponent (psiquiatre, metge de família, etc.). La compra dels medicaments es fa en una oficina de farmàcia. En alguns centres s'adquirix tota la medicació en una mateixa farmàcia. Una vegada la setmana, els responsables del centre es desplacen a la farmàcia i porten el SIP dels pacients, com també els tractaments prescrits. La farmàcia s'ocupa de preparar la medicació i, posteriorment, els professionals del CEEM la recullen i la porten al centre. Una vegada rebuda, es col·loca en caixetins individualitzats per a cada usuari. **En estos centres els usuaris han de cobrir el copagament farmacèutic.**

Els CEEM tenen en plantilla un metge que no està connectat amb el programa Abucasis de la Conselleria de Sanitat, per la qual cosa no pot expedir receptes del sistema sanitari públic. Només en els centres en els quals el metge psiquiatre que presta servicis és funcionari de la Generalitat tenen accés a l'aplicació Abucasis.

No obstant això, en algun centre visitat (Centre Mixt La Morenica de titularitat privada) els metges generalistes sí que tenen accés a l'aplicació Abucasis.

S'ha de fer esment exprés de la situació dels usuaris del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, que depén de la Diputació d'Alacant, ja que tenen coberta la prestació farmacèutica de manera totalment gratuïta.

Tenint en compte tot això anterior, es deduïx que a la Comunitat Valenciana no hi ha unitat quant al criteri de copagament farmacèutic aplicable a les persones amb problemes de salut mental, i segons el tipus de centre en què hom és atés hi haurà contribució econòmica o no.

Per acabar, hem de referir-nos a les conseqüències que ha comportat la supressió del paràgraf segon de l'article 16 de la Llei 11/2003, de 10 d'abril, Estatut de les Persones amb Discapacitat, per al col·lectiu de malalts mentals. El referit precepte establia el següent:

La Generalitat garantirà el finançament gratuït per als productes inclosos en la prestació farmacèutica, el catàleg ortoprotètic i ajudes tècniques als pacients menors de 18 anys amb discapacitat diagnosticada amb un grau de minusvalidesa igual o superior al

33%, i serà extensible esta prestació als majors de 18 anys diagnosticats amb grau de minusvalidesa igual o superior al 65%.

La Llei de la Generalitat 10/2012, de 21 desembre, de mesures fiscals, de gestió administrativa i financera, i d'organització de la Generalitat (DOCV de 27/12/2012), en el seu article 160 va derogar el citat paràgraf segon de l'art. 16 de la Llei 11/2003.

La derogació va implicar un important canvi en l'aportació farmacèutica, productes ortoprotètics i ajudes tècniques per a les persones amb discapacitat de la Comunitat Valenciana a partir de l'1/02/2013 (data en què es va fer operativa la modificació).

En este sentit, el Reial decret llei 16/2012, en el seu article 4, incloïa un nou article 94 bis (Aportació dels usuaris i els seus beneficiaris en la prestació farmacèutica ambulatoria) en la Llei estatal 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, que establia el següent:

1. Estaran exempts d'aportació els usuaris i els seus beneficiaris que pertanguen a una de les categories següents:
 - a) Afectats de síndrome tòxica i persones amb discapacitat en els supòsits previstos en la seua normativa específica.
 - b) Persones perceptores de rendes d'integració social.
 - c) Persones perceptores de pensions no contributives.
 - d) Aturats que han perdut el dret a percebre el subsidi de desocupació mentre subsistisca la seua situació.
 - e) Persones amb tractaments derivats d'accident de treball i malaltia professional.

Amb motiu de la tramitació de les queixes 1302131 i acumulades, vam tenir l'oportunitat de determinar a qui es referia l'apartat 8, lletra a) de l'article 94 bis, quan declarava exemptes "les persones discapacitades en els supòsits previstos en la seua normativa específica". Aquella vegada, de les actuacions enteníem que els col·lectius exempts eren els següents:

Primer. Les persones discapacitades per la Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'integració social dels minusvàlids (d'ara endavant, LISMI). Els subsidis o prestacions econòmics

ques i socials de la LISMI estan destinats a persones discapacitades que, atés que no exercixen cap activitat laboral, estan fora del camp d'aplicació de la Seguretat Social.

La LISMI establia que tot espanyol amb discapacitat reconeguda superior al 33% i en els termes en esta previstos té dret a la gratuïtat dels medicaments.

El Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seua inclusió social (que deroga la LISMI), manté en el seu art. 9.3 la gratuïtat de la dispensació del col·lectiu que regula.

Segon. Els pensionistes del Fons d'Assistència Social (d'ara endavant FAS). En ser aprovada la Llei 26/1990, de 20 de desembre, de prestacions no contributives, les FAS van ser suprimides en 1992 i actualment estan pròximes a ser extingides.

Tercer. Els titulars de prestacions no contributives (d'ara endavant PNC). Les PNC estan gestionades per les comunitats autònomes, el propi RDL 16/2012 declara l'exempció d'este col·lectiu. En este cas, no és la discapacitat el que és rellevant, sinó el fet de ser titular d'una PNC.

En este punt, hem constatat que moltes persones discapacitades majors de 18 anys amb 65% de discapacitat (que tenen dret a una PNC) no la sol·liciten perquè no és compatible amb la «prestació familiar per fill a càrrec», en què no opera l'exempció. Efectivament, la percepció de les assignacions econòmiques per fill discapacitat a càrrec major de 18 anys és incompatible amb la condició, per part del fill, de pensionista de jubilació o invalidesa en la modalitat no contributiva i amb la condició de beneficiari de les pensions assistencials regulades en la Llei 45/1960, de 21 de juliol, o dels subsidis de garantia d'ingressos mínims i d'ajuda per tercera persona, establits en la Llei 13/1982, de 7 d'abril.

En estos supòsits, els interessats hauran d'exercir l'opció en favor d'alguna de les prestacions declarades incompatibles.

Quart. Aturats discapacitats sense subsidi de desocupació.

Cinqué. Afectats de la síndrome tòxica.

Ens referíem també, en el cas dels menors, a la Llei 8/2008, dels drets de salut de xiquets i adolescents, que en el seu article 20 (drets específics dels xiquets i adolescents amb discapacitat i malalts crònics) establia: «La Generalitat assumirà gratuï-

tament la prestació farmacèutica dels menors amb un grau de minusvalidesa igual o superior al 33%». La Llei 8/2008 ha estat derogada per la Llei 10/2014.

A la resta de persones amb discapacitat, els serà aplicada la normativa general (no la normativa específica), és a dir, el criteri de la renda.

Així mateix, destacàvem la redacció que l'art. 129, de la Llei 10/2012, ha donat a l'art. 12, apartat 3, de Llei 6/2008, de 2 de juny, d'assegurament sanitari del sistema sanitari públic de la Comunitat Valenciana:

La Generalitat garantirà el dret d'accés i assumirà la despesa dels productes inclosos en la prestació farmacèutica, el catàleg ortoprotètic i ajudes tècniques als menors de 18 anys residents a la Comunitat Valenciana que es troben sota la tutela de les administracions públiques.

Esta última norma no es referix exclusivament a menors discapacitats, sinó a aquells que es troben tutelats per l'Administració valenciana (discapacitats o no).

En definitiva, llevat que es troben en els supòsits previstos en «les normes específiques», que els declara exempts i en les quals fixa límits a la seua aportació, les persones discapacitades de la Comunitat Valenciana, a partir de l'1 de febrer de 2013, han d'abonar els seus medicaments atenent al seu nivell de renda (estan subjectes al que s'ha denominat règim general de copagament farmacèutic).

Considerem, però, que l'aplicació rigorosa de l'element o criteri de la renda pot atemptar contra el principi d'igualtat, ja que causaria enormes perjudicis al col·lectiu de persones discapacitades i a les seues famílies.

En este sentit, la despesa i les quantitats que ha de pagar una persona discapacitada i les seues famílies en medicaments o productes ortoprotètics, sovint, té una enorme repercussió en les economies de les famílies. Unes conseqüències econòmiques que no es produeixen en altres famílies amb el mateix nivell de renda, però que no tenen una persona discapacitada.

En les queixes presentades davant el Síndic de Greuges hem conegut situacions que podem qualificar de dramàtiques, com ara famílies que no poden afrontar el pagament dels medicaments ni dels productes ortoprotètics, tot això malgrat el seu nivell de renda. En este sentit, no resulta ociós recordar que una de les màximes del dret és que la igualtat s'aconsegueix tractant de manera desigual els qui no són iguals.

Considerem que l'Administració sanitària ha de valorar cada cas de manera individual. En este punt, entenem que els treballadors/es socials exercixen un paper fonamental, tant d'atenció primària, com d'atenció especialitzada. Estos professionals, en coordinació amb els responsables socials dels ajuntaments i de la conselleria competent en matèria de servicis socials, poden conèixer la situació socioeconòmica de la persona discapacitada i la seua família.

Esta valoració permetria conèixer la situació real i actualitzada dels ingressos de la unitat familiar, fills a càrrec, cost de les medicines, patologies, etc. Haurà de ser la Conselleria de Sanitat o, en defecte d'això, la competent en matèria de Benestar Social, aquella que articule el sistema o protocol d'actuació perquè, a la vista del que han informat els treballadors socials i altres actuacions que jutgen oportunes, valore la possibilitat de mantenir la gratuïtat de les prestacions farmacèutiques, ortoprotètiques i ajudes tècniques en els casos acreditats de necessitat.

No hem d'oblidar que la Llei 11/2003, sobre l'Estatut de les Persones amb Discapacitat, va ser dictada en l'àmbit competencial previst en l'article 148.1.20 de la Constitució espanyola i segons plasma l'actual article 49.24 de l'Estatut d'Autonomia Valenciana (antic 31.24), pel qual s'assumia la competència exclusiva en matèria de servicis socials.

En estos termes, la disposició transitòria quarta de la Llei 6/2008, d'assegurament sanitari valencià, s'ha d'aplicar a persones sense recursos econòmics suficients. Per això resulta important estudiar cas per cas estes situacions, quan es tracta de persones discapacitades. La citada disposició estableix el següent:

Durant un màxim de dos anys, des de l'entrada en vigor d'esta Llei, la Conselleria de Sanitat reconeixerà transitòriament les prestacions sanitàries a les persones que estiguen acreditades en la modalitat d'assegurament regulada en l'article 8.1.b, amb les mateixes característiques que les proporcionades pel règim general de Seguretat Social als pensionistes.

Una vegada transcorregut el termini màxim de dos anys, estes persones tindran l'assistència sanitària prevista en el Reial decret 1.088/1999, de 8 de setembre, pel qual s'estén la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients.

Este termini s'estableix per a facilitar la incorporació de les persones que estiguen en situació de risc de pobresa i exclusió, a les ajudes socials a les quals poden tenir accés per a la continuació dels tractaments farmacològics prescrits.

La supressió del paràgraf segon de l'art. 16 de la Llei 11/2003 guanya més importància si tenim en compte que s'han adoptat altres mesures que afecten greument la situació socioeconòmica del col·lectiu de persones discapacitades i, per tant, el seu dret a accedir als recursos en igualtat de condicions. Des del Síndic de Greuges hem tingut l'oportunitat, a través de les queixes presentades per la ciutadania valenciana, de veure algunes d'estes mesures:

- La no-consideració del 33% de discapacitat com a criteri puntuable en l'accés a beques de transport escolar i l'exigència d'una discapacitat superior a este percentatge.
- El recent Decret 113/2013, de 2 d'agost, del Consell, pel qual s'establixen el règim i les quanties dels preus públics que s'han de percebre en l'àmbit dels servicis socials, que ha deixat sense efecte la no-aplicació del preu públic per al col·lectiu de persones de discapacitat, en vigor des de 1995.
- La disminució de les ajudes dirigides a la promoció de l'ocupació i la inserció laboral.
- Les demores en els pagaments a entitats públiques i privades que gestionen centres, programes i servicis d'atenció a persones amb discapacitat.

De la mateixa manera, cal destacar les demores i la reducció de prestacions rebudes per persones amb discapacitat que, al seu torn, han sigut valorades com a persones dependents:

- Eliminació del 15% de finançament propi de la Generalitat a l'aplicació de la Llei de dependència.
- Les reduccions en les prestacions que estaven rebent persones amb discapacitat que, alhora, eren beneficiàries de la prestació per a cures en l'entorn familiar i suport a curador no professional, després d'haver sigut valorades com a persones dependents.

Finalment, cal destacar la Convenció Internacional sobre Drets de les Persones amb Discapacitat, aprovada en data 13/12/2006 (signada i ratificada per Espanya en data 3/05/2008), que en el seu article 5, punt 4, establix el següent: «No es consideraran discriminatòries, en virtut de la present Convenció, les mesures específiques que siguen necessàries per a accedir o assolir la igualtat de fet de les persones amb discapacitat».

En els mateixos termes, l'article 13.2, de l'Estatut d'Autonomia de la Comunitat Valenciana (Llei orgànica 1/2006, de 10 d'abril), estableix:

La Generalitat procurarà a les persones afectades de discapacitat la seua integració mitjançant una política d'igualtat d'oportunitats a través de mesures d'acció positiva, i garantirà l'accessibilitat espacial de les instal·lacions, edificis i servicis públics.

Com també l'article 45 de la Llei 4/2012, de 15 d'octubre, per la qual s'aprova la Carta de Drets Socials de la Comunitat Valenciana, que assenjala quant a les prestacions per a les persones afectades de discapacitat el següent:

La Generalitat establirà mesures econòmiques, socials o d'altres necessàries per a aquelles persones amb algun tipus de discapacitat que contribuïsqen a fomentar la seua autonomia personal, la seua integració socioprofessional i la seua participació en la vida social de la comunitat.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

84 / 85

Cal entendre que la Convenció Internacional, el nostre vigent Estatut d'Autonomia i la Carta de Drets Socials de la Comunitat Valenciana consideren adequades les mesures d'acció positiva que les administracions públiques pogueren dur a terme sobre el col·lectiu de persones amb discapacitat, tot això a fi d'assolir la igualtat de fet, salvant les diferències de tot tipus que pogueren presentar les persones amb discapacitat pel mer fet de ser-ho.

LA PARTICIPACIÓ ECONÒMICA DELS USUARIS EN EL COST DEL SERVICI

10

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

84 / 85

En relació amb la participació econòmica dels beneficiaris (persones amb discapacitat/malaltia mental) en el cost dels servicis s'ha de tenir en compte:

10.1. Regulació en l'àmbit de la Comunitat Valenciana prèvia a l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

El Decret 23/1993, de 8 de febrer, del Govern valencià, va regular els preus públics corresponents als centres i servicis de l'Institut Valencià de Servicis Socials. Les residències, centres de dia i centres ocupacionals per a persones amb discapacitat estaven inclosos en la tipologia de centres que eren afectats per allò establert en el Decret referit.

Per Decret 103/1995, de 16 de maig, del Govern valencià, es va acordar la suspensió provisional de la vigència de la part segona (preus públics per als centres de discapacitats) de l'annex del Decret 23/1993, de 8 de febrer. Esta suspensió va estar en vigor fins a l'entrada en vigor del Decret 113/2013, de 2 d'agost, i la seua aplicació va ser efectiva a partir de l'1 de gener de 2014.

10.2. Regulació estatal de la participació en el cost del servei i el càlcul de la capacitat econòmica dels beneficiaris després de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, va establir que els beneficiaris de les prestacions de dependència participarien en el seu finançament, segons el tipus i cost del servei, i la seua capacitat econòmica. (art. 33.1)

De la mateixa manera establia esta Llei que el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència fixaria els criteris per a l'aplicació de la participació dels beneficiaris en el cost de les prestacions i que estos serien desenvolupats en els convenis amb les comunitats autònomes (art. 33.3).

Finalment s'hi establíx que «cap ciutadà restarà fora de la cobertura del Sistema per no disposar de recursos econòmics».

Per Resolució de 2 de desembre de 2008, de la Secretaria d'Estat de Política Social, Famílies i Atenció a la Dependència i la Discapacitat, es va publicar l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, sobre determinació de la capacitat econòmica del beneficiari i els criteris de participació d'este en les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (BOE de 17/12/2008).

La resolució indicada en el punt anterior va ser recorreguda (Recurs 90/2009) pel Comitè Espanyol de Representants de Persones amb Discapacitat (CERMI), davant la Sala Contenciosa Administrativa (secció tercera) de l'Audiència Nacional.

La DECISIÓN de la Sentència de l'Audiència Nacional, datada el 25 de febrer de 2011, va declarar la NUL·LITAT d'este Acord en l'aspecte particular relatiu a les previsions que conté sobre els criteris de participació econòmica del beneficiari en les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència.

La NUL·LITAT de l'Acord es basa en la consideració de la Sala que:

(...) la decisió consistent a adoptar els criteris de participació del beneficiari en el cost dels serveis constitueix, materialment, una disposició general, de manera que forçosament resulta aplicable el criteri jurisprudencial reiterat (veg., per totes, Sentència de

la Sala Tercera del Tribunal Suprem de 13 de novembre de 2000, dictada en el recurs núm.513/98), segons el qual el tràmit mitjançant el qual s'elabora i s'aprova una disposició general constituïx un procediment especial, previst per l'article 105, apartat 1, de la Constitució i regulat amb caràcter general en l'article 24 de la Llei 50/1997, alhora que un límit formal a l'exercici de la potestat reglamentària, d'esta manera la seua observança té, per tant, un caràcter *ad solemnitatem*, de manera que la seua omisió o el seu defectuós compliment, traduït en un oblit transcendent per a la finalitat al fet a què tendix la seua exigència, arrossega la nul·litat de la disposició que es dicte.

Posteriorment a la DECISIÓ de l'Audiència Nacional, per Resolució del 13 de juliol de 2012, de la Secretària d'Estat de Servicis Socials i Igualtat, es va publicar l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència per a la millora del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, que regula novament els criteris i continguts sobre capacitat econòmica i participació del beneficiari en el cost de les prestacions per a l'autonomia i atenció a la dependència.

10.3. Regulació en l'àmbit de la Comunitat Valenciana després de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

Amb caràcter introductorri hem d'indicar que, després de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, l'accés als servicis a què es referix el present Informe i, per tant, la seua participació econòmica en el seu cost, és regulat sobre la base de dos marcs legals de referència que afectarien persones dependents i persones no dependents.

10.3.1. Participació econòmica en el cost del servici i càlcul de la capacitat econòmica a la Comunitat Valenciana per a persones dependents

L'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència, i les modificacions legislatives introduïdes a escala estatal, en concret el que disposa el Reial decret llei 20/2012, de mesures per a garantir l'estabilitat pressupostària i de foment de la competitivitat, i la Resolució de 13 de juliol de 2012, de la Secretaria d'Estat de Servicis Socials i Igualtat, per la qual es publica l'Acord del 10 de juliol de 2012 del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, donen lloc, a escala autonòmica, a la publicació de l'Ordre 21/2012, de 25 d'octubre, de la Conselleria de Justícia i Benestar Social, per la qual es regulen els requisits i les condicions d'accés al programa d'atenció a les persones i les seues famílies en el marc del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència.

L'Ordre 21/2012, de 25 d'octubre, va regular, en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, els criteris mínims de participació econòmica del beneficiari en els costos dels servicis (atenció residencial, centres de dia i de nit, teleassistència i ajuda a domicili).

Posteriorment, l'Ordre 34/2014, de 22 de desembre, de la Conselleria de Benestar Social, modifica el que disposa l'Ordre 21/2012, de 25 d'octubre, referent a la matèria que ens ocupa (DOCV 31.12.2014). L'entrada en vigor de la citada Ordre s'establix per a l'endemà de la seua publicació, és a dir, l'1 de gener de 2015.

Tant l'Ordre 21/2012, de 25 d'octubre, com l'Ordre 34/2014, de 22 de desembre, fixen les regles per a valorar la capacitat econòmica dels beneficiaris a l'efecte d'establir la seua participació econòmica en el cost del servici «mentre no es determine reglamentàriament per l'Administració General de l'Estat» (disposició addicional primera.2).

10.3.2. Participació econòmica en el cost del servici i càlcul de la capacitat econòmica a la Comunitat Valenciana per a persones no dependents

Com s'ha indicat anteriorment, el preu públic que havien d'abonar les persones amb discapacitat/malaltia mental que foren beneficiàries dels servicis als quals fa referència este Informe, es mantenia suspès des de l'any 1995.

Per tant, en els servicis indicats s'atenien persones amb discapacitat/malaltia mental valorades com a dependents que participaven econòmicament en el cost del servici, d'acord amb el que hi ha establert en el seu corresponent Programa Individual d'Atenció (PIA) i en aplicació del que disposa l'Ordre 21/2012, de 25 d'octubre.

Tanmateix, en els mateixos servicis eren ateses persones discapacitades no valorades com a dependents i que no tenien establida la seua participació econòmica en el cost del servici, encara que sí que contribuïen al seu manteniment amb el pagament de quantitats econòmiques en altres conceptes.

El Decret 113/2013, de 2 d'agost, del Consell, establí el règim i les quanties dels preus públics que cal percebre en l'àmbit dels servicis socials i implanta un model de participació econòmica aplicable a les persones amb discapacitat/malaltia mental que no han estat valorades com a dependents, en el supòsit d'accedir a alguns dels servicis del Sistema per a l'Autonomia.

Com ja s'ha dit, el Decret 113/2013, de 2 d'agost, deroga el Decret 23/1993, de 8 de febrer, del Consell, pel qual es regulaven els preus públics corresponents a centres i servicis de l'Institut Valencià de Servicis Socials, i el Decret 103/1995, de 16 de maig

del Consell, pel qual s'acorda la suspensió provisional de la vigència de la part segona (preus públics per als centres de persones amb discapacitat) de l'annex del citat Decret 23/1993, de 8 de febrer.

Contra el Decret 113/2013, de 2 d'agost, del Consell, tant la Federació d'Associacions de Familiars de Persones amb Malaltia Mental (FEAFES-CV), com el Comité Espanyol de Representants de Persones amb Discapacitat (CERMI-CV), van presentar sengles recursos contenciosos administratius davant el Tribunal Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana.

En sentències núm. 3429/2014 i núm. 4088/14 de la secció tercera de la Sala Contenciosa Administrativa del Tribunal Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana es van estimar els recursos presentats «tot declarant la íntegra nul·litat de ple dret del Decret impugnat».

La Sentència del Tribunal Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana, emesa en la Sentència núm. 3429/2014, ha estat RECORREGUDA EN CASSACIÓ per la Generalitat davant la Sala Tercera del Tribunal Suprem, un recurs que NO HA ESTAT RESOLT fins avui.

El CERMI-CV va sol·licitar complementació de la Sentència 3429/2014, d'1 d'octubre de 2014, perquè considerava que en esta resolució no s'havia resolt la sol·licitud de devolució als usuaris afectats de l'import recaptat per la Generalitat Valenciana des de l'entrada en vigor del Decret 113/2013, de 2 d'agost, amb els seus interessos legals des de la notificació de cada resolució individual que exigia el copagament.

La Sala del TSJ VA ACORDAR «desestimar la sol·licitud de complementació de la sentència 3429/2014».

No obstant això, esta desestimació es produïx, segons el TSJ:

(...) en pretendre estendre l'àmbit del procés i afectar altres actuacions administratives no revisades, actes administratius que corresponen a altres organismes autonòmics, amb la qual cosa es vulnera el marc competencial que correspon a la sala i secció del TSJ.

A allò que acabem de dir, la secció tercera de la Sala Contenciosa Administrativa del TSJ afegix:

(...) sense perjudici del dret dels afectats a iniciar les accions que consideren convenients en cas d'haver abonat el preu públics practicat sota la cobertura del Decret 113/2013,

ja que la seua nul·litat obri jurídicament la via per a la sol·licitud de devolució dels ingressos esdevinguts indeguts o, subsidiàriament, a exigir responsabilitat patrimonial de l'Administració de la Generalitat Valenciana.

10.4. Regulació autonòmica després de l'entrada en vigor, l'1 de gener de 2015, de la Llei 7/2014, de 22 de desembre

La Llei 7/2014, de 22 de desembre, de mesures fiscals, de gestió administrativa i financera i d'organització de la Generalitat (DOCV de 29/12/2014) modifica el cap. XI, Taxes en matèria de benestar social, del text refós de la Llei de taxes de la Generalitat, aprovat per Decret legislatiu 1/2005, de 25 de febrer, incloent-hi les taxes per la prestació de servicis d'atenció social —atenció residencial, centre de dia i de nit, habitatge tutelat.

Contra esta modificació de la Llei de taxes de la Generalitat s'ha interposat recurs d'inconstitucionalitat davant el Tribunal Constitucional.

De la mateixa manera, es va presentar queixa davant la Defensora del Poble que va donar lloc a l'expedient núm. 15005016. La Defensora del Poble diu en la seua decisió sobre el referit expedient: «La norma ha sigut objecte d'estudi amb motiu de les peticions de recurs d'inconstitucionalitat rebudes en esta institució, que no ha evidenciat problemes de constitucionalitat».

No obstant això, l'anàlisi realitzada per la Defensora del Poble «ha permés detectar circumstàncies en les quals resultaria oportú prevenir situacions especialment oneroses per a les persones usuàries de servicis d'atenció social i els membres de la seua unitat familiar», i per això ha decidit realitzar les recomanacions següents:

1. Incloure en la norma la referència al fet que, si el resultat de les fórmules aplicades és negatiu, el subjecte passiu està exempt de l'obligació del pagament de la taxa.
2. Per als casos de contribuents amb cònjuge o parella de fet, reduir la quota de la taxa, amb la finalitat que la persona no usuària dispose d'ingressos almenys iguals a l'IPREM.
3. Excloure del còmput de rendes del cònjuge o parella de fet i, si escau, dels altres membres de la unitat familiar que es tinguen en consideració per a la determinació de la renda de la persona usuària, les ajudes, subvencions, prestacions, pensions o

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

qualsevol altre ingrés d'origen públic o privat que estos reben per raó de la seua situació de discapacitat o dependència, com aquells que són citats, a títol il·lustratiu, en la consideració V de la present recomanació.

En la pràctica, l'aprovació de la modificació de la Llei de taxes, quant a benestar social, ha implicat una modificació substancial en la forma de cobrament, que ja ha motivat la presentació de queixes davant el Síndic de Greuges.

Com ja s'ha indicat, durant l'any 2014 s'ha aplicat, en els centres en què són ateses persones amb discapacitat/tercera edat, el que disposa el Decret 113/2013, de 2 d'agost, del Consell, sobre el règim i les quanties dels preus públics que cal percebre en l'àmbit dels servicis socials.

Malgrat la declaració d'íntegra nul·litat del Decret, resolta per decisió de la secció tercera de la Sala Contenciosa Administrativa del TSJ-CV, de data 1 d'octubre de 2014, la Conselleria de Benestar Social ha continuat aplicant el seu contingut i carregant als usuaris el preu públic corresponent. Esta decisió de la Conselleria està motivada pel fet que la decisió del TSJ no ha adquirit fermesa, atés que, contra aquella ha presentat recurs de cassació davant el Tribunal Suprem.

En data recent, la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives ens informa que ha desistit de continuar amb el recurs presentat, per la qual cosa, una vegada publicat este desistiment en el DOCV, adquirirà fermesa la decisió del TSJ.

Respecte de la possibilitat que siguen retornades les quantitats cobrades a les persones dependents en els exercicis 2013 a 2015, la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives ha anunciat públicament la seua intenció d'estudiar rescabalar, d'ofici, les persones dependents afectades.

La meritació del preu públic establert per part dels usuaris s'ha fet de manera molt desigual. El Síndic de Greuges s'ha assabentat que algunes associacions s'han negat a fer efectives (a cobrar) les resolucions en què es fixava el preu públic.

Igualment cal destacar que, en els centres de gestió privada, les entitats responsables rebien directament la quantia fixada en preu públic a cada usuari, la qual cosa implicava un mínim de liquiditat econòmica que permetia afrontar pagaments que, a causa de la demora amb què fa els pagaments de subvencions i contractes la Conselleria, no podrien haver sigut fet efectius (salari, seguretat social, proveïdors, etc.).

A partir de l'1 de gener de 2015, les taxes aplicades a les persones usuàries de centres són cobrades directament per la Conselleria corresponent, per la qual cosa, si no s'agilita la forma de pagament de subvencions i contractes, el problema de demores en els pagaments es podria aguditzar.

En les visites efectuades pels tècnics del Síndic de Greuges s'han pogut comprovar les diferents formes d'aplicació efectiva del cobrament de les quantitats que cada usuari de centres d'atenció a persones amb problemes de salut mental havia d'aportar com a participació econòmica en el cost del servei (copagament any 2014).

Si fem referència al contingut d'este informe, convé recordar que els centres en els quals són ateses persones amb problemes de salut tenen tres fórmules diferents de gestió:

- Centres de gestió integral: centre públic amb gestió privada.
- Centres privats: la propietat de l'immoble i la gestió és privada.
- Centre subvencionat (un únic centre): propietat de l'immoble privada i rep subvenció de part del cost real del servei.

En els centres de gestió integral, la Conselleria de Benestar Social delegava el cobrament del copagament en les entitats que gestionaven el centre. Així, les entitats facturaven mensualment la dotzena part de la quantia anual que per contracte havia estat assignada per a la gestió del centre. En la mateixa factura descomptaven la part corresponent al copagament de les persones usuàries i la Conselleria liquidava la diferència entre ambdues quantitats.

Així, l'entitat gestora assumix directament el risc dels impagaments del preu públic esmentat. Algunes entitats han arribat a acumular en 2014 un impagament pròxim als 45.000 euros.

Segons informació de responsables dels centres, a la província de València, la Direcció Territorial de Benestar Social ha establert un sistema de liquidació del deute i l'ha fraccionat en mensualitats.

A la província de Castelló, segons les informacions recollides, estan estudiant esta possibilitat, i a la província d'Alacant sembla que no es troba la fórmula de compensació del deute assumit per les entitats.

En els centres privats, el pagament de la plaça es fa a través de prestacions vinculades al servei (persones dependents) o prestacions econòmiques individualitzades. El centre estableix un cost del servei atenent al cost de referència establert per la Conselleria de Benestar Social.

Per a l'any 2014, el cost de referència per al Servei d'Atenció Residencial per a Persones amb Discapacitat va ser establert per la Conselleria en 2.100 euros/persona/mes —25.200 euros/persona/any— (Resolució de 9 de desembre de 2013. DOCV 31.01.2014. Correcció d'errors DOCV. 23.04.2014).

Els usuaris i/o les seues famílies han d'afrontar les diferències econòmiques existents entre el preu aprovat per la Conselleria de Benestar Social i la seua capacitat econòmica, comptant l'ajuda de Conselleria (PVS o PEI) i la pensió o altres ingressos de què puguen disposar.

Un exemple: una persona usuària d'un centre a qui li haja estat aprovada una PEI de 954,28 euros/mes i que a més cobra una prestació no contributiva de 380 euros, ha d'aportar al centre la quantitat de 1.005 euros. El cost del servei aprovat per a este centre per la Conselleria puja a 2.130 euros/mes. La diferència entre el cost de referència (2.130 euros) i l'aportació de l'usuari (1.005 euros) ha de ser coberta pel propi usuari o per la seua família.

Hem de fer esment, igual que en el punt anterior, de la situació especial en la qual es troben les persones ateses en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo. Segons la informació dels responsables del centre, els seus usuaris estan exempts de participació econòmica en el cost del servei, de manera que reiterem la falta d'unitat de criteri també en matèria de copagament.

La valoració general dels professionals dels centres visitats és que l'aplicació del sistema de copagament produïx empobriment, no solament de les persones amb malaltia mental, sinó també dels seus familiars, i fa difícil dur a terme els programes de rehabilitació traçats amb anterioritat a la seua aplicació (2013).

Sovint, l'aplicació del copagament ha comportat que les persones usuàries dels centres hagen abandonat el recurs per la impossibilitat de pagar-lo. És per això que s'ha obert una queixa en el Síndic de Greuges (la núm. 201409894).

HOSPITAL PSIQUIÀTRIC DEPENDENT DE L'ADMINISTRACIÓ PENITENCIÀRIA

11

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

94 / 95

Des del gener de 1984, l'Hospital Psiquiàtric Penitenciari d'Alacant (HPPA) s'ocupa de l'assistència psiquiàtrica penitenciària del conjunt del territori nacional, llevat d'Extremadura, Andalusia, Canàries, Ceuta i Melilla (atesos per l'Hospital Psiquiàtric Penitenciari de Sevilla), com també de la població penitenciària femenina del total del territori nacional, excepció feta de Catalunya, que té transferides les competències en esta matèria.

Les persones ateses en l'HPPA són empadronades a la ciutat d'Alacant des del moment en què hi ingressen, a l'efecte de poder ser beneficiàries de totes les prestacions a les quals tenen dret.

En alguns casos, les persones ateses són tutelades per la Generalitat Valenciana, independentment de la seua localitat d'origen.

Una vegada complida la mesura de seguretat imposada judicialment, algunes d'estes persones necessiten continuar sent ateses en centres específics de salut mental, fins i tot en alguns casos en centres d'atenció a persones majors.

Este fet requerix una coordinació intensa entre els equips tècnics de l'HPPA i els equips tècnics de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

El Síndic de Greuges, amb motiu de les XXVII Jornades de Coordinació de Defensors del Poble, dutes a terme al juny de 2012, relatives a la Protecció de les Persones amb Malaltia Mental, va aportar un informe referit a esta matèria dins del taller: "Tractament penal, processal i penitenciari del malalt mental".

Les conclusions de les Jornades poden ser consultades en l'adreça electrònica següent:

http://www.elsindic.com/documentos/379_Taller%20I%20Tratamiento%20penal%20procesal%20y%20penitenciario%20del%20enfermo%20mental1.pdf

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

12.1. Respecte de la planificació general, el marc competencial i la coordinació sociosanitària

12.1.1. Manca de planificació en matèria de salut mental

El Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica de la Comunitat Valenciana, publicat en 2001, es troba actualment en revisió a fi d'elaborar un nou pla que s'adapte a l'Estratègia de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut, la vigència de la qual va ser establida per al període 2009–2013.

Esta manca de planificació impeditx establir objectius en l'àmbit de la salut mental, mesures per a assolir-los, i determinar indicadors d'avaluació de processos i resultats.

12.1.2. Deficient coordinació sociosanitària

L'actual distribució de competències entre la Conselleria de Sanitat i la Conselleria de Benestar Social ha afegit complexitat a aquella que ja comporta la coordinació de recursos sanitaris i socials.

En l'elaboració del present Informe s'ha comprovat la percepció negativa que tenen els professionals respecte d'esta «bicefàlia» i la demanda d'un únic òrgan que s'encarregue de la salut mental a la Comunitat Valenciana.

Hi ha una peremptòria necessitat de crear una estructura única responsable que garantisca l'eficàcia en l'organització i la gestió dels recursos.

12.1.3. Deficient coordinació en matèria de cobertura d'atenció psiquiàtrica

D'acord amb la normativa actual, la Conselleria de Sanitat ha d'assegurar l'assistència sanitària a tots els malalts que presenten patologia aguda, subaguda o crònica de salut mental.

L'atenció psiquiàtrica de les persones usuàries dels CEEM ha de ser prestada des de la USM-A de la zona en la qual estiga situat el centre.

La deficient dotació de psiquiatres en les USM-A (Conselleria de Sanitat) ha provocat que en molts CEEM es contracten psiquiatres que atenguen els usuaris, sense menyscar que estos estiguen donats d'alta com a pacients de la USM-A de zona. Esta contractació és a càrrec de les entitats que gestionen el centre.

12.1.4. Zonificació dels recursos

La disposició geogràfica dels recursos socio-sanitaris i en concret dels CEEM no dona resposta a les actuals necessitats dels departaments sanitaris, i obliga que els pacients atesos en estos centres hagen de desplaçar-se dels seus entorns habituals, amb el consegüent augment de dificultat dels processos de rehabilitació i inserció en el seu medi.

12.1.5. Procediment de presa de decisió

Hi destaca la necessitat de revisar els procediments de presa de decisions i potenciar la presa de decisions per òrgans col·legiats d'àmbit territorial.

12.1.6. Falta d'homogeneïtat quant al paper de les diputacions provincials

Després de la creació del Servei Valencià de Salut en 1997, tots els servicis i funcions que en matèria de salut mental corresponien a ajuntaments i diputacions haurien d'haver estat assumits per la Conselleria de Sanitat.

No obstant això, hem comprovat que les diputacions provincials continuen mantenint uns nivells competencials molt elevats en matèria de salut mental. Este paper preponderant té lloc sobretot a Castelló i a Alacant, encara que mantenen diferències substancials quant a la seua organització i atribucions.

12.2. Quant a la tipologia de recursos residencials

12.2.1. Dispersió normativa que afecta els processos d'autorització de centres residencials

Comprovem que la normativa que afecta l'autorització de CEEM va ser modificada en 2006 i es va ajornar el seu compliment quant a condicions d'habitabilitat i dotació

de personal fins a tres vegades. L'últim ajornament ha complit la seua vigència al juny de 2015, per la qual cosa, actualment tots els CEEM s'haurien d'haver ajustat a les condicions esmentades abans.

Simultàniament apareixen regulats uns altres dos tipus de centres: centres mixtos i centres d'atenció residencial per a persones amb discapacitat en situació de dependència, fet que afegix més confusió, si és possible, a la normativa que regula el funcionament, les dotacions d'habitabilitat i el personal dels centres que atenen persones amb problemes de salut mental.

12.2.2. Insuficient definició dels centres de tipologia mixta

Els centres de tipologia mixta van ser regulats l'any 2006, però no s'han concretat, ni les condicions d'habitabilitat, ni la seua dotació de plantilla.

De la mateixa manera, no s'han determinat els tipus de col·lectius que podrien ser atesos en estos centres i s'ha exigit una proposta tècnica de les direccions territorials, l'informe de les direccions generals afectades i, si escau, de la inspecció de servicis.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

98 / 99

12.3. Els centres d'atenció residencial per a persones amb discapacitat en situació de dependència (CARPD) afegixen complexitat a la falta de definició i provisionalitat que afecta els centres residencials d'atenció a persones amb problemes de salut mental

La regulació d'esta modalitat de centres (Ordre 1/2010, de 18 de febrer) incorpora una nova modalitat en la qual poden ser ateses persones amb problemes de salut mental. Són centres en els quals poden ser ateses persones dependents, encara que els perfils de persones ateses en els CEEM o en els centres mixtos han sigut reconeguts com a tals.

Els CARPD incorporen algunes qüestions que es contradiuen amb la normativa dels CEEM. La més destacable afecta la tipologia i dotació de personal, ja que en els CARPD no es defineix el tipus de professionals que han de conformar la plantilla del centre i la ràtio establida és inferior a l'establida per a CEEM. Finalment, cal recordar que les ràtios establides per als CARPD es troben en vigor fins al desembre de 2015, per la qual cosa, el fet de no redactar una nova normativa hi afegiria més dispersió i provisionalitat.

12.4. El Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo manca de les preceptives autoritzacions administratives per al funcionament de les unitats d'hospitalització de mitjana estada (Conselleria de Sanitat) i de les unitats de rehabilitació i atenció a discapacitats (Conselleria de Sanitat)

En el present Informe volem remarcar la falta d'autorització administrativa de funcionament de totes les unitats del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, dependent de la Diputació d'Alacant.

Els professionals consultats ens informen que s'ha sol·licitat autorització de funcionament com a CEEM per al nou edifici al qual està previst traslladar les persones que actualment són ateses en les unitats de rehabilitació. La sol·licitud es troba en tràmit sense resolució. Fins avui, no s'ha produït el trasllat d'usuaris a les noves instal·lacions.

Està previst el trasllat de les persones usuàries de les unitats de rehabilitació que actualment ocupen les instal·lacions de l'antic Hospital Psiquiàtric a l'edifici que actualment ocupen usuaris de CEEM, unes instal·lacions que, com hem dit, no disposen de l'autorització administrativa corresponent.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

98 / 99

12.5. Respecte del perfil dels usuaris i el seu reconeixement de grau de discapacitat i dependència

12.5.1. Diagnòstic més freqüent: esquizofrènia. Notable absència de diagnòstics de patologia dual (salut mental-toxicomanies)

Tot i que els professionals dels centres visitats indiquen que hi ha una excessiva diversitat de problemàtiques ateses, hi hem comprovat que les persones usuàries de centres residencials per a persones amb problemes de salut mental estan diagnosticades, sobretot, d'esquizofrènia en les seues diferents modalitats.

Crida l'atenció el reduït nombre de persones ateses en estos centres amb un diagnòstic de patologia dual. La majoria de professionals de les USM-A visitades (Conselleria de Sanitat) identifiquen esta problemàtica com a emergent i denuncien la falta de recursos específics. De la mateixa manera, els professionals dels centres residencials (Conselleria de Benestar Social) expressen la gran dificultat que tenen per a atendre estes persones des de programes/recursos no específics.

12.5.2. *Reconeixement de grau de discapacitat en l'interval comprés entre el 65% i el 74%*

Una vegada revisades les dades de les persones ateses en els centres visitats, es comprova que un 74% de casos tenen reconeixement de discapacitat comprés entre el 65% i el 74%.

Este grau de discapacitat dóna dret a la percepció de la prestació no contributiva, sempre que es complisca amb els requisits exigits de renda.

12.5.3. *Un 36,2% de les persones ateses en els centres visitats no tenen reconeixement de grau de dependència*

La valoració de dependència obtinguda majoritàriament (60,5%) és un grau II (dependència severa), seguida del grau III (gran dependent) en el 19,04%, i del grau I (dependència moderada) en el 19,06% dels casos revisats.

Els motius pels quals les persones no tenen una valoració de dependència són diversos: l'expedient es troba en tràmit, s'ha efectuat la petició però no ha conclòs, no ha estat valorada com a persona dependent, etc.).

12.5.4. *Situació especial de les persones ateses en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo d'Alacant*

Cal fer un esment especial de la situació de les persones ateses en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, dependent de la Diputació Provincial d'Alacant.

De les 151 persones usuàries d'este centre, 68 no disposen del reconeixement de grau de discapacitat, ja siga perquè no l'han sol·licitat, ja siga perquè no ha estat resolt. El mateix ocorre amb 72 casos que no disposen de reconeixement de situació de dependència.

12.5.5. *Perllongats processos d'internament*

Els processos d'internament de les persones ingressades en els centres visitats són molt llargs, i ens trobem amb el fet que hi ha molt poques altes dels centres motivades per evolució positiva del tractament, que deriven en una tornada al domicili o el trasllat a un recurs més normalitzat. Es tracta d'uns recursos que van ser creats amb una finalitat d'estada temporal (recursos de pas) i han esdevingut recursos d'estada definitiva (recurs de destinació).

Els professionals consultats vinculen estos llargs processos d'institucionalització, tant a l'absència de recursos previs a l'internament (dotació suficient USM-A, baixa inten-

sitat de tractaments terapèutics i reducció dràstica de programa de suport familiar), com a l'absència de recursos suficients d'allotjaments supervisats que garantisquen més normalització de la vida de les persones usuàries. Esta absència d'estructures de menor supervisió impossibilita una autonomia dels usuaris que els permeta la seua inserció social.

12.5.6. Els internaments no voluntaris requerixen més control i, sobretot, un contrast superior a l'hora de ser prorrogats

L'ingrés no voluntari en un establiment de salut mental necessita la preceptiva autorització judicial.

En molts casos es comprova que s'ha utilitzat el procediment d'urgència (ingressar en el centre i comunicar-ho al jutjat dins de les 24h següents), encara que els ingressos foren programats.

Malgrat que les resolucions judicials de primer ingrés existixen en tots els casos, és destacable que les pròrrogues d'estos ingressos s'han sol·licitat dins del període legalment establert (normalment 6 mesos), però en alguns casos no existix resolució judicial expressa.

Per acabar, cal remarcar que les pròrrogues dels internaments es plantegen exclusivament sobre la base dels informes dels professionals dels centres, i que no hi ha cap contrast amb altres informes emesos per professionals externs.

12.5.7. La majoritària declaració d'incapacitació judicial total de les persones ateses en els centres visitats i l'exercici de la tutela com a càrrec preferent contravé el que hi ha disposat en la Convenció de Drets de les Persones amb Discapacitat i la Instrucció de la Fiscalia General de l'Estat

Dels 428 casos atesos en els centres visitats, el 72,9% han estat declarats incapaços judicialment i, d'estos, el 95,5% amb incapacitació total.

Estes dades contravenen el que disposa la Convenció sobre Drets de la Persones amb Discapacitat (2006), que assumix el model social de la discapacitat que advoca per garantir, a les persones amb discapacitat, un sistema de suports per a la presa de decisions i no la privació de la seua capacitat de manera absoluta.

De la mateixa manera, el fet que el càrrec tutelar exercit siga el de la tutela contravé la Instrucció emesa per la Fiscalia General de l'Estat (2010), que aconsella, d'acord amb la Convenció, que el càrrec tutelar que s'exercisca majoritàriament siga la curatela, atés que este és l'instrument que respon més adequadament a les exigències de la Convenció.

12.5.8. *Necessitat de més control i exhaustivitat de l'exercici de la tutela per part de la Generalitat*

Els professionals consultats destaquen que hi ha un contacte permanent amb els professionals encarregats de l'exercici de la tutela, una vegada que ha estat assumida per la Generalitat.

No obstant esta bona comunicació i coordinació, és remarcable la necessitat que hi haja un coneixement directe dels casos i que les persones tutelades coneguen i identifiquen els responsables de la seua tutela.

La comunicació i el seguiment es fan sobre la base dels informes semestrals i de les possibles incidències que pogueren existir en cada cas.

12.6. Sobre la intervenció rehabilitadora i la inserció sociolaboral dels usuaris

12.6.1. *Absència d'un disseny d'intervenció que permeta tractaments integrals de les persones amb problemes de salut mental ingressades en els centres*

Si bé els professionals dels centres elaboren el Pla Individualitzat de Rehabilitació (PIR) i les revisions semestrals corresponents, tant en la seua elaboració com en la seua execució influïx en gran manera la falta de recursos previs a l'internament, com ara aquells que, durant l'internament, poden servir per a promoure l'autonomia personal de les persones ateses.

Així mateix, i com ja hem comentat, l'absència de recursos d'allotjament més normalitzadors (habitatges supervisats, tutelats, etc.) és vinculada al fet dels llargs internaments i de la mínima mobilitat de places en els centres.

L'absència d'estos recursos incidirà, a curt i mitjà termini, en la necessitat de creació de noves places d'internaments, la qual cosa resulta sens dubte inadequada, tant des del punt de vista del tractament dels pacients, com des del punt de vista econòmic.

12.6.2. *Absència de documents base que permeten l'elaboració de protocols i programes d'intervenció que han de ser posats en funcionament en els centres*

La Conselleria de Benestar Social no ha elaborat documents base que permeten una unificació dels criteris mínims que han de preveure els protocols i programes d'obligat compliment en els centres.

Això comporta que cada entitat que gestiona els centres pot disposar de protocols i programes d'intervenció amb la mateixa denominació que els exigits normativament, però amb continguts diferents.

No es tracta de bloquejar l'autonomia i l'estil d'intervenció de cada entitat, però sí que sembla necessari establir els mínims que l'Administració autonòmica considera indispensables per a garantir l'adequada atenció a les persones usuàries.

12.7. Respecte de la cobertura sanitària i farmacèutica

12.7.1. Deficient dotació de personal en les USM

Totes les USM visitades tenen un nombre de professionals inferior al que hi ha previst en el Pla Director de Salut Mental i Atenció Psiquiàtrica, el qual, cal recordar-ho, va ser elaborat en 2001.

La insuficiència de recursos de personal ha obligat les entitats que gestionen els centres a la contractació dels servicis de psiquiatres. Sovint, els psiquiatres contractats són de la plantilla de les USM (Conselleria de Sanitat).

12.7.2. Falta d'especialització en salut mental del personal d'infermeria i dels educadors

S'hi comprova la falta d'especialització en salut mental del personal d'infermeria (ATS i DUE). Hem de destacar que els professionals s'estan formant per iniciativa pròpia. En alguns centres esta formació és promoguda per les entitats gestores.

Alguns responsables de les USM ens indiquen que la cobertura de places d'infermeria dels servicis públics de salut mental no exigix l'especialització.

S'hi comprova que el nombre de places oferides per a la formació d'especialistes en infermeria de salut mental (EIR) resulta insuficient per a donar respostes a les necessitats d'especialització. En este sentit, pot resultar il·lustratiu que en l'oferta de places de formació pel sistema de residència per a l'exercici 2014/15, publicada en el BOE del 17 de setembre de 2014, el nombre màxim de places d'infermeria especialista en salut mental per a la Comunitat Valenciana era d'11.

Així mateix, també podem comprovar que hi ha una manca de formació especialitzada dels treballadors socials que exercixen funcions en centres i servicis en què són ateses persones amb problemes de salut mental.

Quant als educadors i treballadors socials, cal remarcar que ni tan sols s'exigix que el personal que ocupa estos llocs tinga formació específica d'educador social especialitzat, per la qual cosa molt menys disposen de formació especialitzada en salut mental.

12.7.3. *Progressiva acreditació com a psicòlegs clínics dels professionals de psicologia que presten servicis en els centres residencials*

S'hi comprova que els professionals de psicologia que presten servicis en els centres residencials estan obtenint, progressivament, la seua acreditació com a psicòlegs clínics, però no hi ha obligació de disposar d'esta acreditació per a accedir a estos llocs.

12.7.4. *Heterogeneïtat en l'aplicació del copagament farmacèutic*

El copagament farmacèutic s'aplica o no depenent de la modalitat de centre en el qual siga atesa la persona.

Així, en els centres de gestió integral (públics de gestió privada) els productes farmacèutics s'expedixen des d'una farmàcia pública situada en un centre públic (normalment residència de tercera edat) i, per tant, no s'hi aplica el copagament farmacèutic.

Si la persona és atesa en un centre privat, la farmàcia és dispensada per un establiment farmacèutic privat, per la qual cosa els és aplicable el copagament farmacèutic.

En el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, els productes farmacèutics són dispensats des de la farmàcia de l'Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant i, per tant, estan exempts de copagament farmacèutic.

12.8. Respecte de la participació econòmica de les persones usuàries en el cost del servici

12.8.1. *Des de l'1 de gener de 2014 s'establix el copagament per a persones discapacitades ateses en recursos residencials (entre d'altres). Este règim de copagament incidix molt negativament en els processos de rehabilitació i inserció de les persones usuàries, i a més provoca el seu empobriment*

A partir de l'1 de gener de 2014 es va establir la participació econòmica en el cost del servici per a les persones usuàries de servicis residencials per a persones amb problemes de salut mental. A esta participació, se li va donar forma de preu públic fins al 31 de desembre de 2014, i va esdevenir taxa a partir de l'1 de gener de 2015.

L'aplicació del preu públic a les persones usuàries d'estos centres es trobava derogada des de 1995, i es va posar en funcionament sense el consens amb les entitats de defensa dels drets de les persones amb discapacitat, amb l'argumentació d'homogeneïtzar la situació respecte de les persones dependents.

L'aplicació del copagament en el sector de la discapacitat, a més de representar una forta confrontació judicial entre entitats en defensa dels drets de les persones amb discapacitat i malaltia mental i l'Administració autonòmica, ha implicat l'empobriment objectiu d'estes i la dificultat per a donar continuïtat als programes de rehabilitació que, sovint, tenien programades activitats (formals i no formals) que eren a càrrec dels diners disponibles de les persones usuàries.

La disminució dels diners disponibles ha afectat les famílies de les persones usuàries, atés que, sovint, han de ser cobertes a càrrec seu les despeses ordinàries com ara perruqueria, compra de roba i calcer, etc. S'arriba a l'extrem de considerar estes despeses com a despeses extraordinàries.

12.8.2. *La presentació per part de la Conselleria de Benestar Social d'un recurs de cassació davant el Tribunal Suprem, contra la resolució del Tribunal Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana, que declara la íntegra nul·litat de ple dret del Decret 113/2013, de 2 d'agost, demora una possible devolució del preu públic percebut per l'Administració autonòmica durant l'exercici 2014*

La Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives ha desistit de continuar amb el recurs presentat, per la qual cosa, una vegada publicat este desistiment en el DOCV adquirirà fermesa la decisió del TSJ.

Respecte de la possibilitat que siguen retornades les quantitats cobrades a les persones dependents en els exercicis 2013 a 2015, la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives ha anunciat públicament la seua intenció d'estudiar rescabalar, d'ofici, les persones dependents afectades.

12.8.3. *Heterogeneïtat en la forma d'aplicació de la participació econòmica en el cost del servici residencial*

De la mateixa manera que en el copagament farmacèutic, l'aplicació del copagament residencial s'aplica de forma diferencial segons la modalitat de centre en què siga atesa la persona.

Si és atesa en un centre de gestió integral, s'aplica el copagament conformement a la fórmula legalment establida i el cost de la plaça fixat per l'Administració.

Cal destacar que, durant 2014, els responsables de cobrar les quantitats corresponents al copagament eren les entitats mateixes, per la qual cosa eren detretes de les factures mensuals, i el dèficit per un possible impagament restava a càrrec de les entitats. La compensació d'estos dèficits assumits per estes entitats s'ha aplicat de manera diferent en cada Direcció Territorial de la Conselleria de Benestar Social.

En els centres privats les persones usuàries perceben una prestació individualitzada d'acolliment residencial o una prestació vinculada al servei, però de la diferència existent entre el cost del servei fixat pel centre i autoritzat per l'Administració autonòmica i la prestació rebuda s'han de fer càrrec els familiars. S'hi detecta que, en alguns dels centres visitats, la Direcció Territorial de la Conselleria de Benestar Social hi ha remés l'usuari perquè siga atés, però no ha resolt ni l'ingrés ni la corresponent prestació, per la qual cosa, les entitats privades gestores del centre no han percebut cap ajuda durant l'any 2014.

Finalment, i com en el cas del copagament farmacèutic, en el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo de la Diputació d'Alacant les persones usuàries estan exemptes de tot pagament en concepte de participació en el cost del servei.

Es considera necessari unificar la repercussió econòmica en el cost del servei, independentment del tipus de centre (públic, gestió integral, subvencionat, privat) i del tipus de prestació que reba la persona usuària (PEI, PVS, etc.). Una possible fórmula per a donar resposta a esta necessitat seria establir concerts amb les entitats que gestionen els centres, i evitar així discriminacions econòmiques que afecten tant les persones usuàries com els centres mateixos.

12.9. Participació i coordinació

S'hi comprova la baixa activitat del Consell Assessor de Salut Mental de la Comunitat Valenciana. Les persones professionals participants en este estudi indiquen la necessitat de dinamitzar este òrgan col·legiat de caràcter permanent i consultiu, i fins i tot de revisar la seua composició, funcions i funcionament.

Igualment, s'hi comprova la baixa activitat de la Comissió Valenciana de Tuteles i Defensa Judicial de Persones Majors amb Facultats i Capacitat Limitada, com a òrgan de caràcter interdepartamental encarregat de la salvaguarda dels drets de les persones sotmeses a càrrecs tutelars per la Generalitat, i la coordinació dels recursos públics i privats disponibles, per a un exercici correcte dels càrrecs tutelars que siguen assignats pels òrgans col·legiats de la Comunitat Valenciana, respecte de persones majors d'edat que hi residixen.

PRIMERA. Elaborar el pla director de salut mental basat en l'avaluació actualitzada del que es troba en vigor actualment, l'Estratègia de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut i el Projecte de pla que actualment tenia en procés la Conselleria de Sanitat.

SEGONA. Assignar a un sol òrgan administratiu la planificació i l'execució de les polítiques integrals de salut mental des d'una perspectiva sociosanitària.

TERCERA. Elaborar protocols que asseguren la coordinació sociosanitària en els processos de presa de decisions en matèria de salut mental.

QUARTA. Ampliar les plantilles de psiquiatres en les unitats de salut mental, adequar-les al pla director de nova creació i basar-les en les recomanacions que han elaborat organismes internacionals sobre ràtios de personal.

CINQUENA. Ampliar les plantilles de psicòlegs clínics en les unitats de salut mental, adequar-les al pla director de nova creació i basar-les en les recomanacions que han elaborat organismes internacionals sobre ràtios de personal.

SISENA. Ampliar les places d'especialització en infermeria de salut mental (EIR) i garantir la cobertura dels llocs per personal amb especialitat en esta matèria.

SETENA. Reforçar les plantilles del personal esmentat abans en aquelles unitats de salut mental a què corresponga l'atenció a persones usuàries ingressades en centres residencials d'atenció a persones amb problemes de salut mental.

VUITENA. Adscriure a l'Administració autonòmica funcions, centres i servicis gestionats per les diputacions provincials, i integrar-los en el sistema públic de salut mental de la Comunitat Valenciana.

NOVENA. Elaborar una norma única i actualitzada que regule les condicions que han de complir els programes, centres i servicis en els quals són ateses persones amb problemes de salut mental, tant pel que fa a les condicions d'habitabilitat com a les plantilles de personal.

Així mateix, resulta indispensable la correcta distribució geogràfica dels recursos autoritzats d'acord amb la norma indicada i atenent a les necessitats dels departaments sanitaris.

DESENA. Elaborar documents base que establisquen continguts mínims dels programes i protocols que hagen de ser implantats en els centres i servicis en els quals són ateses persones amb problemes de salut mental, i determinar el personal responsable de la seua aplicació en cada departament sanitari.

ONZENA. Iniciar el procés d'autorització de tots aquells centres (públics/privats) en què són ateses persones amb problemes de salut mental.

DOTZENA. Revisar i adequar a la nova normativa de les autoritzacions administratives concedides a centres (públics i privats) pertanyents tant a l'àmbit sanitari com al social, en els quals són ateses persones amb problemes de salut mental.

TRETZENA. Crear una xarxa de recursos específics (d'àmbit comunitari i residencials) per a atendre problemes de patologia dual.

CATORZENA. Tramitar urgentment els certificats de grau de discapacitat a favor de persones usuàries de centres residencials de salut mental que es troben en tràmit o que no s'hagen iniciat.

QUINZENA. Tramitar urgentment els certificats de grau de dependència a favor de persones usuàries de centres residencials de salut mental que es troben en tràmit o que no s'hagen iniciat.

SETZENA. Promoure la revisió dels barems actualment utilitzats per a la valoració de grau de discapacitat i dependència en la seua aplicació a persones amb problemes de salut mental. Avançar en la implantació d'un barem específic per a persones amb problemes de salut mental.

DESSETENA. Potenciar mesures d'àmbit comunitari (ajuda a domicili, centres de dia, centres de rehabilitació i inserció social) i d'atenció residencial normalitzada (habitatges tutelats, habitatges supervisats) que permeten demorar l'ingrés en centres residencials i facilitar la seua eixida, tot evitant processos d'institucionalització perllongada.

DIVUITENA. Revisar la situació de les persones amb llargs processos d'internament i promoure mesures alternatives a això.

DINOVENA. Establir protocols d'ingrés no voluntari, limitar els processos d'urgència als casos que realment ho requerisquen i evitar que allò extraordinari (ingrés per urgència) esdevinga ordinari.

VINTENA. Incloure en els protocols d'ingressos no voluntaris mecanismes de contrast previs a la promoció de les pròrrogues de les corresponents autoritzacions judicials.

VINT-I-UNENA. Promoure davant el Ministeri Fiscal la revisió de les incapacitacions judicials de les persones que es troben ingressades en els centres sota la tutela de la Generalitat. Especialment en aquells casos d'incapacitació total, estudiar la seua possible modificació a una situació d'incapacitació parcial i la curatela com a càrrec més adequat per al respecte dels seus drets.

VINT-I-DOSENA. Revisar l'organització i la dotació de personal de les unitats de tutela de les direccions territorials, a fi de garantir adequadament el correcte exercici del càrrec tutelar assumit per la Generalitat, tant referent al procés de rehabilitació i reinserció de la persona usuària com a l'administració dels seus béns.

VINT-I-TRESENA. Unificar criteris en l'aplicació del copagament farmacèutic i garantir, en tot cas, la gratuïtat dels productes inclosos en la prestació farmacèutica, el catàleg ortoprotètic i les ajudes tècniques a les persones menors de 18 anys amb un grau de discapacitat reconegut igual o superior al 33%, i a les persones majors de 18 anys amb un grau de discapacitat reconegut igual o superior al 65%.

VINT-I-QUATRENA. Configurar una xarxa pública de recursos residencials en la qual es preveja la relació entre l'Administració pública i les entitats privades, a través del concert de places.

VINT-I-CINQUENA. Deixar sense efecte les resolucions de participació econòmica de l'usuari en el cost del servei i retornar progressivament les quanties percebudes per la Generalitat, tot aplicant el Decret 113/2013, de 2 d'agost.

VINT-I-SISENA. Compensar les persones afectades per la meritació de taxes des de l'1 de gener de 2015 i no efectuar la regulació autonòmica de la participació econòmica de l'usuari en el cost del servei, fins que no existisca una normativa estatal que ho regule.

VINT-I-SETENA. Potenciar la formació contínua de totes les persones professionals que intervenen en l'atenció a persones amb problemes de salut mental (àmbit sanitari, social, judicial, policial), com també fomentar la recerca en matèria de salut mental en estreta col·laboració amb les universitats.

VINT-I-VUITENA. Garantir la participació en la planificació, l'avaluació i el procés de presa de decisions, tant dels col·lectius afectats i els seus representants, com de les entitats que gestionen recursos en els quals són atesos.

VINT-I-NOVENA. Fomentar les accions i mesures positives que garantisquen el dret a la igualtat del col·lectiu de persones amb discapacitat d'acord amb la Convenció Internacional sobre Drets de les Persones amb Discapacitat, el nostre vigent Estatut d'Autonomia i la Carta de Drets Socials de la Comunitat Valenciana.

TRENTENA. Impulsar el funcionament dels actuals òrgans consultius (Consell Assessor de Salut Mental de la Comunitat Valenciana i Comissió Valenciana de Tuteles i Defensa Judicial de Persones Majors amb Facultat i Capacitat Limitada) i, si escau, revisar-ne la normativa reguladora.

TRENTA-UNENA. En relació amb les persones a qui se'ls ha imposat la mesura de seguretat i estan sent ateses en centres penitenciaris ordinaris o hospital psiquiàtric penitenciar, s'ha de millorar la coordinació entre les comunitats autònomes d'origen (el seu lloc de procedència) i la Comunitat Valenciana (comunitat de destinació on es complix la pena o mesura i són posades en llibertat), a través de convenis, protocols o altres mecanismes.

Així mateix, s'han de reforçar els protocols d'actuació entre els servicis socials post-penitenciaris i els servicis socials de la Comunitat Valenciana, una vegada conculsa la seua estada en el centre penitenciar, tenint en compte la necessària transició del món penitenciar al món en llibertat.

ANNEX

VISITA AL DEPARTAMENT DE
SALUT D'ELDA

I

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

110 / 111

I. Visita a la Unitat de Salut Mental d'Elda

Nom

Unitat de Salut Mental d'Adults d'Elda

Data de la visita

11 de febrer de 2015

Persona responsable

Coordinadora de Salut Mental del Departament de Salut d'Elda.

Telèfon corporatiu

649 293 974

Ubicació

Hospital General Universitari d'Elda-Verge de la Salut

Telèfon i adreça electrònica

966 989 000/ 966 975 068/ 660 984 295

Departament de Salut

Elda

Població de cobertura del Departament

192.000 habitants aproximadament

Plantilla de la USM

Segons el Pla Director 2001 Per 100.000 habitants (total població)	Plantilla actual 192.000 habitants aprox.
7 Psiquiatria (13,4)	Elda 2 CEEM de Elda Villena 2 CEEM de La Morenica Petrer 1 Monòver 1 (2 dies la setmana) Novelda 1 Total 6 + 1 (dos dies la setmana)
6 Psicologia (11,5)	Elda 1 Villena 1 Novelda 1 Petrer i Monòver ... 1 Total 4
6,5 DUE/ATS (12,5)	Elda 1 Villena 1 Novelda 1 Petrer i Monòver ... 1 Total 4
---- Auxiliar d'infermeria	No n'hi ha
2,5 Treball social (4,8)	1 per a tot el Departament
---- Auxiliar administratiu	No n'hi ha

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

La plantilla existent actualment és clarament deficitària, ja que no assolix el nombre de professionals previstos en el Pla Director de Salut Mental de 2001 per a una població de 100.000 habitants i, a més, la població del Departament duplica esta xifra.

Una observació realitzada pels professionals és que el fet que no hi haja auxiliar administratiu sobrecarrega de funcions administratives el personal d'infermeria i agreuja encara més si és possible el dèficit de personal.

Altres servicis de salut mental del Departament

- UHP: 15 llits, 2 psiquiatres i 1 psicòleg a mitja jornada.
- Hospital de dia: 1 psiquiatre, 1 psicòleg a mitja jornada i 1 infermera.
- USMI-A: 1 psiquiatre i 1 psiquiatra a mitja jornada; 1 psicòleg; 1 infermera; 1 treballador social i 1 auxiliar administratiu (població infantil del Departament: 35.000).
- Programa primers episodis psicòtics (des de la UHP però en règim ambulatori).

Atenció a pacients del CEEM d'Elda

- Els pacients baixen a la USM.
- Hi ha pacients que no requereixen atenció en el CEEM (tercera edat i discapacitats) i no són revisats des de la USM.

Coordinació amb professionals del CEEM d'Elda

- Reunions trimestrals.
- No hi ha hagut augment de plantilla després de l'obertura del CEEM, fet que comporta una sobrecàrrega de treball.
- Coordinació sociosanitària (departament sanitari/servicis socials municipals/ servicis socials autonòmics, etc.).
- S'està creant (per iniciativa dels professionals) una comissió sociosanitària de departament amb participació d'USM/ CEEM/ CRIS/ associacions de familiars/ equips socials de base, unitats de conductes addictives.
- Com a objectius generals d'esta comissió s'han marcat:
 - coordinar, d'una manera més efectiva, els diversos recursos de les diverses institucions que intervenen en el trastorn mental greu.
 - Adequar el perfil d'ingressos a les prestacions que es poden donar des de cadascun dels recursos.
 - Millorar la fluïdesa en els trasllats entre recursos.

Observacions fetes pels professionals

- Necessitat de coordinació amb el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo (que depén de la Diputació d'Alacant). És l'únic recurs de mitjana estada. No tenen clar quin perfil de pacients s'hi atén.
- No hi ha un criteri definitiu de derivació a la Unitat Polivalent Doctor Esquerdo.
- Caldria gestionar un acord entre professionals i institucions d'ambdós recursos per a poder utilitzar d'una manera equitativa i tècnica este recurs de la província d'Alacant.
- No tenen unitat de psicogeriatría.
- Necessitat d'habitages tutelats i d'altres recursos de mitjana estada que faci-

ten l'eixida de la UHP. De vegades, la manca d'este tipus de recursos perllonga innecessàriament l'estada dels pacients en la UHP (hospital d'aguts), amb els perjudicis que això pot causar.

- Necessitat de recursos en patologia dual. S'hi destaca, igualment, la falta de recursos específics per al tractament de pacients amb patologia dual (drogodependències/malaltia mental).
- L'atenció a la salut mental i les addiccions no estan coordinades, hi calen programes de patologia dual i efectuar una coordinació funcional entre els dispositius de salut mental de la Conselleria i les UCA (els primers depenen d'atenció especialitzada i els segons d'atenció primària). Consideren que l'atenció a la persona drogodependent hauria d'estar dins de la salut mental, tal com ja passa en moltes comunitats autònomes i en l'àmbit internacional.
- La rehabilitació del malalt mental és molt deficitària, hi caldrien més recursos i més variats que estigueren integrats en la Comunitat, accessibles als pacients i familiars, com també amb un nombre xicotet de places per a tractaments més individualitzats.

II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica d'Elda

Nom

CEEM i Centre de Dia d'Elda

Tipologia

CEEM

Titularitat

Pública

Gestió

Privada

Entitat que gestiona el centre

Associació Domus

Relació contractual amb l'Administració

Gestió integral

Data d'inici i de fi del contracte

Data d'inici: 16 de gener de 2010. Contracte de 4 anys que finalitzava el 31 de desembre de 2013. Primera pròrroga d'un any, fins al 31 de desembre de 2014. Segona pròrroga de set mesos, fins al 31 de juliol de 2015.

Telèfon i adreça electrònica

615 545 828 / direccion_ceemelda@gva.es

Nombre de places autoritzades

40 de residència (36 contractades) i 20 de centre de dia (40 autoritzades).

Grau d'ocupació

100%

Personal. Ordre d'autorització a què s'acull l'actual plantilla

- Ordre d'11/2013, de 24 de juny (termini de 9 anys des de la vigència de l'Ordre de 9 de maig de 2006).
- Ordre de 3/2011, de 28 d'abril (termini de 7 anys des de la vigència de l'Ordre de 9 de maig de 2006).
- Ordre de 9 de maig de 2006, entrada en vigor 11/05/2006 i donava un termini de cinc anys per a adequar les plantilles.
- Ordre de 3 de febrer de 1997.

Segons l'Ordre de 9 de maig de 2006 (40 places)	Plantilla actual (jornada)	
	CEEM	C. de DIA
1 Direcció (psicologia)	1	el del CEEM
1 Medicina general (1/2 jornada)	1,5	
1 Psicologia	1,5	1
5 DUE	5	
1 Treball social	1,5	1,5
1 Terapeuta ocupacional o tècnic/a superior en integració social		1
6 Educadors/monitors	10	3
6 Curadors/es	2	
5 Zeladors/es	5	
Servicis generals de gestió, administració, neteja, bugaderia, manteniment, menjador i cuina.	1,5 cuina 1 manteniment 3 aux. domèstics 1 aux. adv.	0,5 cuina 1 aux. servicis

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

114 / 115

Altres professionals (professionals contractats per l'entitat, no previstos en l'Ordre i considerats necessaris): cap figura professional.

Relació general de persones ateses (s'hi adjunta relació): actualment 35 residents en CEEM.

De 35 residents, 33 tenen grau i nivell de dependència reconegut i 2 estan pendents de rebre resolució:

Grau i nivell de dependència	Nombre d'usuaris
G III N 2	1
G III N1	4
G II	1
G II N 2	2
G II N 1	12
G I N 2	6
G I N 1	6
G I	1

De 35 persones usuàries, 32 tenen reconegut grau de discapacitat:

Grau de discapacitat	Nombre d'usuaris
Menor del 33%	0
Del 33% al 64%	2
65% o superior	30

De 35 persones usuàries, 20 han estat declarades incapaces, 15 de les quals amb incapacitat total i 5 amb incapacitat parcial. Una es troba actualment en tràmit.

El càrrec tutelar al qual estan subjectes és:

- 15 tuteles
- 5 curateles.

Els càrrecs tutelars són exercits per:

- familiars (pares, mares, germans, etc.) en 13 casos
- Comissió Valenciana de Tuteles en 7 casos.

Autoritzacions judicials d'ingrés

Tots els ingressos disposen de l'autorització judicial pertinent.

Procediment d'ingrés

- La iniciativa partix d'un familiar o propparent, d'una denúncia, de l'equip base o d'una ordre judicial dirigida a la Direcció Territorial de Benestar Social.
- La Direcció Territorial estudia l'expedient a través de la comissió de valoració. La direcció del centre participa en la comissió i avalua l'oportunitat de l'ingrés segons el perfil i la puntuació de la Direcció Territorial.
- Resolució d'ingrés de la DT.
- Prioritat a persones dependents.

Cobertura sanitària

Totes les persones ingressades tenen cobertura sanitària pública, llevat d'una persona que és estrangera no documentada, està en situació d'entrada irregular i no té cobertura sanitària.

Cobertura farmacèutica

- Assortix la farmàcia de la Conselleria, situada en la Residència de Tercera Edat La Florida.
- Exemció de copagament. Tan sols s'aplica copagament a aquells fàrmacs que s'han d'adquirir en altres farmàcies diferents de la pública.
- No tenen connexió al programa Abucasis (aplicació de la Conselleria de Sanitat).
- El metge no pot expedir receptes del Sistema Públic de Salut.

Coordinació amb unitat de salut mental

- Prescriu el tractament farmacològic.
- Revisió per psiquiatres de la USM d'Elda. Els pacients es desplacen a la USM. Els psiquiatres no visiten el centre.
- Han constituït una comissió sociosanitària del departament (a iniciativa dels professionals). Esta comissió ja va ser constituïda anteriorment i va deixar de funcionar (per risc de no tenir suport institucional a causa del reglament).
- Visiten les persones internes cada dos o tres mesos, i alguna cada sis mesos.
- Des del centre es considera que seria més àgil que els psiquiatres es desplaçaren al CEEM.

Coordinació amb servicis socials municipals

- Participen en la Comissió Mixta de Coordinació Sociosanitària.
- Zonificació en dos (província d'Alacant) CEEM Benidorm i Elda.

- Coordinació quan es produïx l'ingrés i quan hi ha una proposta de baixa en el centre. Durant l'estada hi ha poca coordinació amb ajuntaments de residència.
- Empadronen els residents a la localitat d'Elda: resulta operatiu a l'efecte de targeta sanitària, jutjats, etc.

Coordinació amb servicis socials autonòmics

- A través de la Secció de Discapacitats i la Unitat de Salut Mental.
- Coordinació telefònica. Comunicació fluïda.
- Remissió d'informes semestrals.
- Visites presencials del personal tècnic de la Direcció Territorial, amb periodicitat semestral.
- Inspecció de servicis (Conselleria de Benestar Social): hi van fer l'última visita en 2010.

Coordinació amb la Unitat de Tuteles

Es coordinen amb la treballadora social. Hi fan visites 3 o 4 vegades l'any. Dupliquen informes semestrals d'evolució.

Coordinació amb els jutjats

- Autorització judicial d'ingrés. En el moment de l'ingrés, l'autorització ve del jutge i el forense. Les pròrrogues d'ingrés se sol·liciten des del centre, prèvia finalització de l'autorització d'ingrés.
- El centre remet, semestralment, informes de seguiment.
- De 35 persones internes, 2 no tenen autorització judicial, però està en procés.
- Revisió semestral de les autoritzacions judicials. Són prorrogades semestralment.

Coordinació amb el Ministeri Fiscal

- Visiten el centre, com a mínim, una vegada l'any.
- No hi consta acta de la visita.
- Supervisen el funcionament del centre i també l'expedient de cada intern.

Règim de participació econòmica en el cost del servici

- El PIA no concreta el cost del servici.
- Fins a 2013 no s'hi aportava cap quantitat.
- A partir de l'1 de gener de 2014, la Direcció Territorial emet resolució de copagament d'acord amb la normativa autonòmica. Han seguit cobrant fins al 31 de desembre de 2014.

L'entitat cobra a l'usuari. L'entitat factura a l'Administració, esta descompta a l'entitat la part que ja ha cobrat i l'entitat assumix l'impagament que es puga produir.

- En el cas del CEEM d'Elda, els impagaments de 2014 pujaven a 45.000 euros.
- El copagament està produint un empobriment general de la població atesa. Este fet dificulta en gran manera els programes d'inserció. Es tracta de població jove sense opció d'uns mínims de disponibilitat econòmica, fet que afecta la seua rehabilitació (roba, calcer, programes alternatius com ara eixides a habitatges llogats per ells mateixos com a procés d'autonomia, etc.).
 - L'aplicació del copagament ha produït reducció d'activitats realitzades en el centre.
 - De 35 persones internes, 34 estan afectades pel copagament. Solament una persona n'està exempta. A les 34 persones internes subjectes a copagament, els resta un disponible de 100/110 euros al mes.

PRESTACIONS

Inclores en el plec

- Allotjament.
- Alimentació.
- Tractament integral.

Excloses

- Perruqueria i podologia.
- Acompanyaments mèdics ordinaris.
- Viatges excepcionals.
- Roba i calcer.
- Tabac, eixides d'oci com ara cinema, museus, etc.

Programa de rehabilitació

Una vegada ingressa en el centre

- PIR: Pla Individualitzat de Rehabilitació.
- Cada centre té el seu model. Està orientat en els criteris de bones pràctiques elaborats per la Conselleria de Benestar Social.
- Revisió del PIR amb periodicitat semestral.
- Projecte general de funcionament. Memòria i resta de documents programàtics que es presenten en el concurs.
- Els usuaris s'organitzen en 4 grups segons la capacitat. Fan activitats a l'interior del centre (psicomotricitat, jardineria, educació en salut, esport, psicoeducació, cuina, etc.) i també externes (hort urbà, futbet, Camí de Sant Jaume, excursions, etc.).

- Horari estructurat d'activitats amb periodicitat setmanal.
- En la línia d'assolir més normalització de les persones ateses i segons la seua capacitat, algunes de les persones usuàries fan activitats formatives en recursos normalitzats fora del centre (EPA, estudis universitaris, hort urbà).
- S'hi dóna una especial importància a la intervenció rehabilitadora des de les activitats de vida quotidiana (organització domèstica, higiene personal i d'instal·lacions, etc.).
- Cal destacar l'organització d'un grup de residents que utilitzen el taller de cuina per a elaborar el seu menjar diari (inclou compra de material, elaboració de menjar, menjador per al propi grup, rentat de vaixel·la, etc.).

Observacions

Respecte de la tipologia de centres, se'ns indica que molts CEEM que van iniciar la seua activitat com a tals han modificat la seua tipologia i han passat a ser denominats "centre específic d'atenció a persones discapacitades en situació de dependència" (segons criteris de la normativa estatal).

ANNEX

VISITA AL DEPARTAMENT DE
SALUT DE LA MARINA BAIXA

II

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

120 / 121

I. Visita a la Unitat de Salut Mental Marina Baixa

Nom

Unitat de Salut Mental

Data de la visita

18/02/2015

Persona responsable

Coordinador de Salut Mental del Departament de Salut de la Marina Baixa

Professionals amb qui es manté entrevista

Psiquiatres, treballadors socials i infermeres

Ubicació

Hospital Marina Baixa (la Vila Joiosa)

Telèfon

966 859 800

Departament

Departament de Salut de la Marina Baixa

Població de cobertura del Departament

185.000 habitants aproximadament

Plantilla de la USM

Segons el Pla Director 2001 Per 100.000 habitants (total població)	Plantilla actual 185.000 aprox.
7 Psiquiatria (13)	HOSPITAL 3 (UHP) USM Benidorm 3 (CEEM de Benidorm) USM la Vila Joiosa 2 USM Altea 1 USM l'Alfàs-la Nucia 1 USM Callosa 1 USMI-A la Vila Joiosa+ USMI-A Callosa 2 USMI-A Cala de Benidorm 2 Total 10 + 2 en USMI-A
6 Psicologia (11,1)	HOSPITAL 1 (compartit) USM Benidorm 2 USM la Vila Joiosa 1 USM Altea i USM de l'Alfàs del Pi, Callosa 2 (compartit) USMI-A 1 Total 6 + 1 compartit
6,5 DUE/ATS (12)	HOSPITAL 5 USM 3 UMI-A 1 Total 9
Auxiliar d'infermeria	HOSPITAL 6
2,5 Treball social (4,6)	HOSPITAL 2 (+ 1 en la USMI-A)
Auxiliar administratiu	HOSPITAL 1 USM Benidorm 1 Total 2

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

La plantilla que hi ha actualment és clarament deficitària, ja que no arriba al nombre de professionals previstos en el Pla Director de Salut Mental de 2001 per a una població de 100.000 habitants, i la població del Departament duplica esta xifra.

Altres servicis de salut mental del Departament

- UHP: 14 llits, 3 psiquiatres i 1 psicòleg compartit.
- No-hospitalització USMI-A: ingressos en Hospital d'Orihuela, referència a escala provincial.

Atenció a pacients del CEEM de Benidorm

Els pacients acudixen a la USM de Benidorm.

Coordinació sociosanitària

- No existix una coordinació amb els servicis municipals, llevat de casos puntuals.

Observacions realitzades per les professionals

- Necessitat de coordinació amb el Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo (que depén de la Diputació). És l'únic recurs de mitjana estada.
- Remarquen la falta d'hospital de dia (d'adults i infantil), es tracta d'un recurs fonamental a mig camí entre l'ingrés d'aguts en l'hospital i la derivació a CEEM.
- Instaurar eines de coordinació entre els agents implicats a través de protocols o reglaments. Es tractaria de crear una coordinació «obligatòria». Potenciar una figura de referència.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

122 / 123

II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica de Benidorm

Nom

CEEM de Benidorm

Tipologia

CEEM

Titularitat

Pública. Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana

Gestió

Privada

Entitat que gestiona el centre

Eulen Servicios Sociosanitarios, S.A.

Relació contractual amb l'Administració

Pròrroga fins al 31/07/2015

Data d'inici i fi del contracte

04/03/2010 al 31/12/2013

Telèfons i adreça electrònica

966 809 516/ 677 921 667; direccion@ceembenidorm.eulensociosanitarios.com

Adreça del Centre

Av. Ciutat Real, 4. 03503, Benidorm

Nre. de places autoritzades

Residència 40; centre de dia 20; CRIS 70

Grau d'ocupació

100%

Personal

33 treballadors (31 per plec de condicions més dos de millora; 1 auxiliar administratiu i 1 cuiner)

Ordre d'autorització a la qual s'acull l'actual plantilla

- Ordre 9 de maig de 2006.
- Ordre 11/2013, de 24 de juny (termini de 9 anys des de la vigència de l'Ordre de 9 de maig de 2006).
- Ordre 3/2011, de 28 d'abril (termini de 7 anys des de vigència de l'ordre 9 de maig de 2006).
- Ordre 9 de maig de 2006, entrada en vigor 11/05/2006 i donava un termini de cinc anys per a adequar-hi les plantilles.
- Ordre 3 de febrer de 1997.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

124 / 125

Segons l'Ordre de 9 de maig de 2006 (40 places)	Plantilla actual
1 Direcció (psicologia)	1 Director (psicòleg)
1 Medicina general (1/2 jornada)	1 Medicina general (1/2 jornada)
1 Psicologia	1 Psicòleg/òloga
5 DUE	5 DUE
1 Treball social	1 Treballador/a social (1/2 jornada). Compartit amb centre de dia.
1 Terapeuta ocupacional o tècnic/a superior en integració social	1 Terapeuta ocupacional (1/2 jornada)

6 Educadors/monitors	12 Educadors/es. Tot i que estan contractats com a Batxiller Superior, en la pràctica tenen titulació de grau mitjà o superior universitari.
6 curadors/es	-
5 Zeladors/es	5 Zeladors/es
Servicis generals de gestió, administració, neteja, bugaderia, manteniment, menjador i cuina.	1 administratiu, 2 aux. serv. grals. (neteja), 2 oficials de 2a de serv. grals (cuina), 1 aux. serv. grals. (manteniment) (alguns compartits amb CRIS/Centre de Dia Benidorm).

Altres professionals (professionals contractats per l'entitat, no previstos en l'Ordre i considerats necessaris): 0.

Informació referida a usuaris del centre

Diagnòstics de les persones residents

- El 90% de les persones ateses en el centre han estat diagnosticades d'esquizofrènia en els seus diferents tipus (residual, indiferenciada, paranoide, etc.).
- La resta de diagnòstics corresponen a trastorn bipolar (2 casos) trastorn mental orgànic i trastorn afectiu de tipus ansiós.

Grau de discapacitat	Nombre de persones
Igual o superior al 75%	3
Igual o superior al 65%	35
Igual o superior al 33%	1 (grau del 55%)
Sense grau de discapacitat reconegut	1
TOTAL	40

Comentari. Totes les persones, llevat d'una, tenen reconegut grau de discapacitat. El 87,5% tenen reconegut un grau igual o superior al 65% i inferior al 75%. Tan sols en un cas és inferior al 65% i en el 7,5% és igual o superior al 75%.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

126 / 127

Grau de dependència	Nombre de persones
GRAU 3	
GRAU 3 NIVELL 2	2
GRAU 3 NIVELL 1	2
GRAU 2	1
GRAU 2 NIVELL 2	5
GRAU 2 NIVELL 1	12
GRAU 1	
GRAU 1 NIVELL 2	9
GRAU 1 NIVELL 1	8
VALORADA COM NO DEPENDENT	
SOL·LICITADA SENSE RESOLUCIÓ	
NO SOL·LICITADA	
EN TRÀMIT	
Altres situacions	1 No té assignat grau de dependència.
TOTAL	40

Comentari. Totes les persones, llevat d'una, tenen reconegut grau de dependència.

- 10% Gran dependència.
- 45% Dependència severa.
- 42,5% Dependència moderada.

Incapacitació	Nombre de persones
TOTAL	27
PARCIAL	3
EN TRÀMIT	2
Nre. total de persones amb incapacitacions.	32

CÀRREC TUTELAR EXERCIT PER LA GENERALITAT: 16

Data d'ingrés	Nombre de persones
2015	1
2014	3
2013	1
2012	2
2011	4
2010	4
2009	3
2008	3
2007	3
2006	3
2005	13
Entre 2000 i 2004	
Anterior a 1999	
TOTAL	40

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

126 / 127

Comentari. La data d'obertura del CEEM va ser l'any 2005. Els ingressos s'hi van fer progressivament i, per això, es pot deduir, segons les dades indicades, que la mobilitat d'usuaris (baixes per efectivitat de tractament, noves altes, etc.) ha estat molt reduïda. A esta dada cal vincular, segons el parer dels professionals del centre, que hi ha un nombre molt limitat de places disponibles en recursos residencials intermedis, tipus habitatge tutelat.

Relació de persones tutelades (apareixen en el llistat general) en què s'indique:

- **Última visita del jutjat.** No s'hi han registrat visites del jutjat, perquè normalment és el resident qui es desplaça al jutjat corresponent, acompanyat d'un professional del centre.
- **Última visita del Ministeri Fiscal.** Es va fer una visita des de Fiscalia (Àrea Benidorm-Dénia) al CEEM Benidorm en 2014. En esta visita es va revisar la situació de tots els residents.
- **Última visita de la Conselleria de Benestar Social.** No es fan visites al centre des de la Unitat de Tuteles de la Direcció Territorial de Benestar Social d'Alacant.

La direcció del centre es desplaça de manera periòdica a la Unitat de Malalts Mentals de la Direcció Territorial de Benestar Social d'Alacant.

Procediment d'ingrés

- Resolució administrativa d'ingrés.
Tots els residents hi ingressen després de resolució administrativa de la Direcció Territorial de Benestar Social d'Alacant, ja siga per PIA dependència o per discapacitat, etc.
- Autorització judicial d'ingrés. Tots, llevat d'una resident que hi va ingressar de manera voluntària, prèvia resolució de la Direcció Territorial de Benestar Social.
- Ingress voluntari (contracte privat). Totes les places són públiques.
- Fórmula de pagament de l'estada (PVS/ PEI/ taxa, etc.). Places gratuïtes, amb aplicació del copagament (2014)/taxa (2015).

Cobertura sanitària. Pública, Centre d'Atenció Primària Racó de Loix (Benidorm), Centre d'Especialitats Foietes (Benidorm) i hospital de referència, l'Hospital Marina Baixa (la Vila Joiosa).

Cobertura farmacèutica. Servici de farmàcia La Florida, Conselleria de Benestar Social.

Coordinació amb la unitat de salut mental

- S'assistix a les visites en la USM juntament amb els residents.
- Es proporciona informació verbal i per escrit del funcionament del pacient, dependent també de la disposició del psiquiatre en qüestió.

Coordinació amb els servicis socials municipals

Es manté coordinació permanent amb la treballadora social del centre i els servicis socials municipals.

Coordinació amb els servicis socials autonòmics

Contacte permanent i comissions periòdiques entre la direcció del centre i la Unitat de Malalts Mentals de la Direcció Territorial de Benestar Social d'Alacant.

Coordinació amb els jutjats

La treballadora social del CEEM està en contacte amb els diversos jutjats de procedència dels residents.

VISITA AL DEPARTAMENT
DE SALUT DE GANDIA

III

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

128 / 129

I. Visita a la Unitat de Salut Mental del Departament de Salut Mental de Gandia

Nom

Unitat de Salut Mental

Data de la visita

25/02/2015

Persona responsable

Coordinador de Salut Mental del Departament

Departament

Departament de Salut de Gandia (comarques de la Safor i la Vall d'Albaida).

Professionals amb qui es manté entrevista

Psiquiatre

Ubicació

Hospital de Francesc de Borja (Gandia)

Telèfon

962 959 200

Població de cobertura del Departament

187.000 habitants aproximadament.

Plantilla de Salut Mental

Segons el Pla Director 2001 Per 100.000 habitants (total població)	Plantilla actual 187.000 aprox.
7 Psiquiatria (13,1)	9 (inclòs el coordinador)
6 Psicologia (11,2)	5
6,5 DUE/ATS (12,2)	6
---- Auxiliar d'infermeria	3 (tasques mixtes de rehabilitació i suport a consultes externes)
2,5 Treball social (4,7)	1
---- Auxiliar administratiu	2

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

130 / 131

Comptem amb un terapeuta ocupacional.

La plantilla que hi ha actualment és clarament deficitària, ja que no arriba al nombre de professionals previstos en el Pla Director de Salut Mental de 2001 per a una població de 100.000 habitants, i la població del Departament duplica esta xifra.

Composició del Departament

- Dos USM a Gandia.
- USM a Oliva.
- USM a Tavernes de la Valldigna.
- USM-I a Gandia.

Altres servicis de salut mental del Departament.

- UHP: amb 9 llits.
- Hospital de dia en el propi hospital: previst per a 6 llits, però en l'actualitat tenen 11 pacients.
- Recursos mixtos de rehabilitació gestionats pel col·lectiu Obertament.
- Unitat domiciliària.
- CRIS i centre de dia.
- Comissió de rehabilitació (rehabilitació adscrita a Benestar Social i residències privades).
- Unitat de tractament de primers episodis psicòtics (TPEP).
- Unitat de trastorns de la personalitat (trastorn límit de la personalitat).

- Unitat de trastorn de conducta alimentària.
- Comissió de drogodependència integrada per salut mental, Unitat de Conductes Addictives (UCA), UA, recursos dependents de la Mancomunitat de la Safor, com també els dependents de l'Ajuntament de Gandia.

Atenció a pacients del CEEM de Montdúver (Barx)

El psiquiatre del CEEM (contractat pel Grup Castillo) passa consulta en el mateix centre. No hi ha desplaçament dels pacients.

Coordinació amb professionals del CEEM de Barx

El psiquiatre del CEEM (contractat pel Grup Castillo) passa consulta en el mateix centre.

Coordinació socio sanitària

- Existix una comissió denominada «de rehabilitació» que agrupa salut mental, associacions de malalts (familiars), CRIS, CEEM, etc.
- Destaca que els dijous a les 8.30 h s'hi impartix un curs de formació i integració en salut mental (estan en la XII edició). És un punt de trobada entre professionals del sector.

Observacions realitzades pels professionals

1. Cal que hi haja protocols de derivació des d'atenció primària.
2. En el departament de salut hi ha tres CEEM: Montdúver (Barx), Xeraco i Balcó de la Safor. Excessiva càrrega assistencial.
3. Necessitat d'una direcció general socio sanitària adscrita a Sanitat que coordine tots els recursos.
4. Hipermedicació dels pacients dels CEEM.
5. Patologia dual sense recursos.
6. Ens indica l'existència d'un esborrany de Pla de Salut Mental.

II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica de Montdúver-Barx

Nom

Centre Socio sanitari Montdúver-Barx

Tipologia

Centre Mixt

Titularitat

Privada

Gestió

Privada

Entitat que gestiona el Centre

Clínica Geriàtrica El Castillo, S.A.

Relació contractual amb l'Administració

Residents tutelats per l'Administració i altres usuaris amb ajudes i prestacions nominals.

Adreça del centre

C/ Tossal, 10, Urb. La Drova, Barx, 46758 (València)

Nombre de places autoritzades (residència)

80

Grau d'ocupació

99%

Personal. Ordre d'autorització a què s'acull l'actual plantilla

- Ordre 11/2013, de 24 de juny (termini de 9 anys des de la vigència de l'Ordre de 9 de maig de 2006).
- Ordre 3/2011, de 28 abril (termini de 7 anys des de la vigència de l'Ordre 9 de maig de 2006).
- Ordre 9 de maig de 2006, entra en vigor l'11/05/2006 i donava un termini de cinc anys per a adequar les plantilles.
- Ordre 3 de febrer de 1997.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

132 / 133

Segons l'Ordre 9 de maig de 2006 (40 places)	Plantilla actual TOTAL Malalts mentals/tercera edat
1 Direcció (psicologia)	1 Directora (psicòloga)
1 Medicina general (1/2 jornada)	1,5 Medicina general
1 Psicologia	1,75 Psicologia
5 DUE	6,5 DUE
1 Treball social	1 Treballador social
1 Terapeuta ocupacional o tècnic/a superior en integració social	2 Terapeuta ocupacional
6 Educadors/monitors	40 Auxiliars

6 Curadors/es	
5 Zeladors/es	9 Zeladors/curadors
Servicis generals de gestió, administració, neteja, bugaderia, manteniment, menjador i cuina.	24,90 jornades

Altres professionals. Professionals contractats per l'entitat, no previstos en l'Ordre i considerats necessaris

- 0.30 psiquiatre (1- 2 dies la setmana)

Perfil d'usuaris

Diagnòstics més freqüents

- Un 67,4 % de les persones ateses en el centre estan diagnosticades d'esquizofrènia en els seus diversos tipus (residual, paranoide, indiferenciada, catatònica, etc.).
- El 32,6% restant té diagnòstics de trastorns de personalitat (límit, histriònic, esquizoafectiu, esquizoide, antisocial, trastorn obsessiu compulsiu, mixt, etc.).

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

132 / 133

Grau de discapacitat	Nombre de persones
Igual o superior al 75%	30
Igual o superior al 65%	44
Igual o superior al 33%	2
Sense grau de discapacitat reconegut*	4
TOTAL	80

Grau de dependència	Nombre de persones
GRAU 3	10
GRAU 3 NIVELL 2	
GRAU 3 NIVELL 1	
GRAU 2	49
GRAU 2 NIVELL 2	
GRAU 2 NIVELL 1	
GRAU 1	7

GRAU 1 NIVELL 2	
GRAU 1 NIVELL 1	
VALORADA COM NO DEPENDENT	0
SOL·LICITADA SENSE RESOLUCIÓ	13
NO SOL·LICITADA	0
EN TRÀMIT	1
Altres situacions	
TOTAL	80

Incapacitació	Nombre de persones
TOTAL	74
PARCIAL	4
EN TRÀMIT	2

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

134 / 135

CÀRREC TUTELAR EXERCIT PER LA GENERALITAT	36
CÀRREC TUTELAR EXERCIT PER FAMILIARS	42

Data d'ingrés	Nombre de persones
2015	7
2014	10
2013	6
2012	11
2011	2
2010	8
2009	3
2008	15
2007	5
2006	4
2005	3
Entre 2000 i 2004	6
Anterior a 1999	0
TOTAL	80

Procediment d'ingrés

Per resolució administrativa de la Conselleria de Benestar Social.

En els casos d'ingrés no voluntari es recull la pertinent autorització judicial.

Coordinació amb la unitat de salut mental

- Com que té la consideració de centre sociosanitari, el metge té accés a l'Abucasis i pot prescriure fàrmacs amb recepta pública. Alguns medicaments poden ser prescrits pel metge generalista.
- El psiquiatre que atén el centre és el coordinador de salut mental del departament de salut.
- Els pacients són atesos en el propi centre, no van a la USM.
- Només van a la USM en el primer ingrés.
- Són atesos en UHP quan hi ha casos d'urgència.

Dispensació farmacèutica

- Està considerat centre sociosanitari, i per això disposa de farmàcia pròpia.
- Els medicaments s'adquireixen, prèvia prescripció facultativa, en una farmàcia privada de Gandia. Una vegada la setmana, els responsables del centre es desplacen a la farmàcia i porten el SIP dels usuaris, com també les receptes dels tractaments prescrits. La farmàcia s'ocupa de preparar la medicació i posteriorment la recullen i la porten al centre. Una vegada rebuda, es col·loca en un caixetí individualitzat per a cada usuari. ELS USUARIS HAN DE COBRIR EL COPAGAMENT FARMACÈUTIC.

Coordinació amb servicis socials municipals

- La majoria de pacients estan empadronats a Barx.
- Coordinació amb l'Ajuntament de Barx i el de Gandia.
- La coordinació amb els ajuntaments de referència familiar no s'impliquen en el procés de rehabilitació.
- Coordinació amb el CRIS, amb les associacions de familiars de Gandia.

Coordinació amb servicis socials autonòmics

- Ingrés: prestació vinculada al servici concedida i posterior ingrés.
- PEI d'urgència, amb pressupost i disponibilitat de plaça previs.
- La supervisió de la Direcció Territorial es limita als tutelats per la Generalitat.
- Informes semestrals a la Direcció Territorial d'Alacant, però en la Direcció Territorial de València no ho demanen.
- No hi ha hagut visites de la Direcció Territorial des de fa almenys tres anys. L'any passat hi va haver inspecció de servicis.
- PIR i REPIR.

- Motius de baixa: trasllats a altres centres; majors de 65 anys passen a tercera edat, excepcionalment hi ha baixes per rehabilitació o tornada al domicili familiar (tres en vuit anys).
- Les famílies mostren por davant la tornada. Són famílies que han patit molt abans de l'ingrés.
- Desconeixen si es presenta rendició de comptes davant el jutjat.

Coordinació amb els jutjats

Els jutges no hi fan visites.

Coordinació amb el Ministeri Fiscal

Els fiscals hi fan visita anualment.

El centre participa tant en els cursos (dijous) del departament de salut com en la comissió de coordinació.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Han iniciat estudi sobre potomania (beure aigua de manera compulsiva) juntament amb els altres tres CEEM del departament (Xeraco/Ador).

Dificultat per a integrar-los en recursos normalitzats, per exemple formació en EPA, assistència a formació en tallers, etc.

Habitatges tutelats. Dificultat de trasllat de CEEM a habitatge. Manca de places. No hi ha resposta a les sol·licituds realitzades a la Direcció Territorial, i després no sol·liciten plaça per falta de disponibilitat.

ANNEX

VISITA AL DEPARTAMENT DE
SALUT DE LLÍRIA

IV

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

136 / 137

I. Visita a la Unitat de Salut Mental de l'Hospital Arnau de Vilanova

Nom

Salut Mental Hospital Arnau de Vilanova

Persona responsable

Psiquiatre coordinador

Professionals que participen en l'entrevista

Coordinador, supervisora infermeria, psicòloga clínica USM, treballadora social d'USM Lliria.

Ubicació

Hospital Arnau de Vilanova

Telèfon

961 976 000

Departament sanitari

Arnau de Vilanova

Població de cobertura del Departament

330.000 aproximadament.

Plantilla de la USM

Segons el Pla Director 2001 Per 100.000 habitants (total població)	Plantilla actual
7 Psiquiatria (23,1)	Hospital 3 + 1 cap de servici USM1 (Burjassot) 3,5 USM2 (Godella) 3,5 USM3 (La Coma) 1 USM4 (Paterna) 3 USM5 (Llíria) 4 USMI-A (Paterna) 2 TOTAL 20 + 1 coordinador
6 Psicologia (19,8)	Hospital 0 USM 1 2 USM 2 1,5 USM 3 0,5 USM 4 2 USM 5 2 USMI-A 2 TOTAL 10
6,5 DUE/ATS (21,5)	Hospital 7 + 1 coordinadora USM 1 2,5 USM 2 1 USM 3 1 USM 4 1,5 USM 5 1 USMI-A 1 TOTAL 15 + 1 coordinadora
---- Auxiliar d'infermeria (no previst)	Hospital 11 auxiliars USM 8 (3 vacants) USM 2 3 USM 3 0 USM 4 2 (1 vacant) USM 5 3 USMI-A 0 TOTAL 27 (4 vacants)

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

2,5 Treball social (8,3)	Hospital 1 treballador social no específic per a salut mental (desintoxicació hospitalària) USM 1 1 USM 2 1 USM 3 1 USM 4 1 USM 5 1 USMI-A 1 TOTAL 7 (1 no específic)
----- Auxiliar administratiu (no previst)	Hospital 0 USM 1 1 (administratiu) USM 2 1 USM 3 0 USM 4 0 USM 5 1 USMI-A 1 TOTAL 4

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

138 / 139

Ràtio de personal/població. Adaptació a les ràtios previstes en el Pla Director

De les dades anteriors es desprén que:

- La plantilla de psiquiatria està ajustada a la prevista en el Pla Director.
- La plantilla de psicologia està molt per sota de la prevista en el Pla Director.
- La plantilla de treball social està adaptada a la prevista en Pla Director.
- La plantilla de DUES/ATS està molt per sota de la prevista en el Pla Director.
- S'hi han incorporat figures professionals no previstes en el Pla Director (auxiliars d'infermeria i auxiliars administratius).

Altres recursos sanitaris (salut mental)

- En tots els hospitals, llevat de Manises i Requena, disposen d'UHP.
- La UHP de l'Hospital Arnau de Vilanova és mal utilitzada per a casos d'urgència, quan hi ha situacions de necessitat de respir familiar (situació d'hospitalitzacions de familiars, etc.).
- Supressió de la UHP que es trasllada a l'Hospital de Lliria (no hi estan d'acord, ja que consideren que s'hauria de mantenir en els dos hospitals). Destaquen el

fet que no es pren en consideració la gran extensió geogràfica del Departament. Passarien de disposar dels 16 llits actuals a 18 amb capacitat de 24 que tindran en l'Hospital de Lliria.

- UHP infantil únicament a l'Hospital La Fe, inclosos trastorns alimentaris.
- Unitat de Llarga Estada de Bétera (20-25 pacients). Depèn de la Diputació de València.

Atenció a pacients del CEEM de Bétera

- Inicialment Sanitat prestava atenció psiquiàtrica en el propi CEEM. En l'actualitat els pacients són atesos en la USM que els correspon per zona.
- Els pacients del CEEM es desplacen a la USM per grups i amb periodicitat setmanal.

Coordinació sociosanitària

Estan en procés de constitució d'una comissió de coordinació sociosanitària, la qual consideren indispensable. Opinen que esta constitució hauria d'estar reglamentada i, amb això, es podria evitar el funcionament actual, que depèn totalment de la voluntat dels professionals.

Altres recursos del Departament

- CEEM Rascanya a la Pobla de Vallbona
- CEEM Abadia a Olocau
- Centre Mixt Villar del Arzobispo Las Suertes
- CEEM La Saleta a Bétera
- CEEM de Bétera
- Habitatge tutelat a Rascanya
- Habitatge tutelat Lliria (Podem)
- Habitatge tutelat València.

Procediment d'ingrés en CEEM

- Els professionals entrevistats destaquen que, sovint, l'ingrés en CEEM està condicionat al fet que la Conselleria n'assumeixca la tutela. Per a això es requereix la prèvia incapacitació, una qüestió amb la qual els professionals mostren la seua disconformitat (abús del la utilització del procés d'incapacitació).
- Llista d'espera de cinc anys.
- Recursos no zonificats.
- Desaparició d'informe social per a aconseguir la PEI.
- Les PEI s'atorga, quasi exclusivament, a les persones tutelades per la Conselleria. Limitació pressupostària.

- El barem de dependència no és adequat per a salut mental (hi ha capacitat però no voluntarietat).
- El sistema de la dependència ha absorbit el sistema de servicis socials.
- Psiquiatria comunitària. Bones pràctiques a Zamora coordinació sanitat/servicis socials. Psiquiatria comunitària. També Andalusia.

Problemàtiques que destaquen els professionals

- Dificultat de treball amb jutges. Tuteles.
- La manca de recursos comunitaris i d'habitatges tutelats provoca el llarg internament dels pacients en el CEEM.
- No disposen de places d'hospital de dia en el Departament.
- Escassetat de recursos intermedis. Centre de dia/CRIS.
- Hospitalització domiciliària coberta amb un psiquiatre que només cobreix part del territori del Departament.
- Programes de suport domiciliari. Depén del voluntarisme dels professionals. Hi és afectat el personal d'infermeria i sobretot d'auxiliar d'infermeria (no hi ha retribució de desplaçament, dietes, etc.).
- Han desaparegut programes comunitaris que eren molt útils i disminueixen la càrrega assistencial en l'hospital (programa comunitari de trastorn mental greu de Burjassot).
- Infermeria de salut mental no existix com a especialitat. Hi ha un decret que regula l'especialització però no sembla que es complisca. Hi ha especialització universitària i residents especialitzats, però els llocs de treball que s'hi creen no requereixen ser coberts per especialistes.
- Patologia dual, no existixen recursos disponibles.
- Edat pediàtrica 15, encara que la salut mental infantil arriba fins als 16 anys. Consideren necessari arribar fins als 18 anys, tal com passa en altres comunitats autònomes.
- Dubtosa derivació des d'atenció primària. Sovint es justifica exclusivament per a aconseguir informes que permeten l'assignació de prestacions.
- La prestació per fill a càrrec cobrada per persones incapacitades passa a PNC. Això genera sancions als familiars per cobraments indeguts.
- Falta de directrius que unifiquen la manera de desenvolupar les polítiques de salut mental.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

II. Visita al Centre Específic per a Persones amb Malaltia Mental Crònica de Bétera

Nom

CEEM Bétera

Tipologia

CEEM/ Centre Mixt

Titularitat

Conselleria de Benestar Social

Gestió

Integral

Entitat que gestiona el Centre

EULEN servicios sociosanitarios

Relació contractual amb l'Administració

Gestió integral

Data d'inici i fi del contracte

De l'1/06/13 al 30/03/17

Telèfon

96 16 91 825

Adreça electrònica

direccion@ceembetera.eulensociosanitarios.com

Adreça del centre

Carretera de Burjassot a Torres-Torres km 9, 46117, Bétera (València)

Nre. de places autoritzades (residència)

2 mòduls de 40 places cadascun (C i D)

Grau d'ocupació

100%

Personal

50 llocs

Ordre d'autorització a la qual s'acull l'actual plantilla

- Ordre 11/2013, de 24 de juny (termini de 9 anys des de la vigència de l'Ordre de 9 de maig de 2006).
- Ordre 3/2011, de 28 d'abril (termini de 7 anys des de vigència de l'Ordre 9 de maig de 2006).
- Ordre 9 de maig de 2006, entrà en vigor l'11/05/2006 i donava un termini de cinc anys per a adequar les plantilles.
- Ordre 3 de febrer de 1997.

Segons l'Ordre 9 de maig de 2006 (40 places)	Plantilla actual (segons plec) (80 places. Correspon a 2 CEEM)
1 Direcció (psicologia)	1 Director (psicòleg)
1 Medicina general (1/2 jornada)	1 (1/2 jornada)
1 Psicologia	2 Psicologia
5 DUE	8 DUE
1 Treball social	1 Treball social
1 Terapeuta ocupacional o tècnic/a superior en integració social	1 Terapeuta ocupacional i 1 tècnic d'integració social
6 Educadors/monitors	2 Monitors/es ocupacionals
6 Curadors/es	18 Auxiliars ocupacionals
5 Zeladors/es	10 Zeladors/es
Servicis generals de gestió, administració, neteja, bugaderia, manteniment, menjador i cuina.	1 Administratiu, 1 oficial de 1a de manteniment, 3 auxiliars de servici (neteja).

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

142 / 143

Dades generals referides a l'organització del CEEM de Bétera

Es tracta d'un complex residencial format per diversos mòduls, en què estava ubicat l'antic Hospital Psiquiàtric de València, i el seu titular era la Diputació de València.

Després del procés de desinstitucionalització, la Diputació de València conserva la gestió de dos pavellons. El primer està destinat a l'atenció a persones amb malaltia mental i el segon a la desintoxicació de persones amb problema d'addicció.

La Diputació de València ha cedit dos pavellons (C i D) del complex a la Conselleria de Benestar Social, la funcionalitat dels quals és de CEEM.

El pavelló C es destina a primers ingressos. Els ingressos són, sempre, resolts per la Conselleria de Benestar Social. En este pavelló es mantenen habitacions de contenció, tot i que el seu ús és molt poc freqüent.

El pavelló D es destina a persones amb un tractament que requereix més estabilitat.

La plantilla general del centre permet la següent organització de persones per torn de treball:

PAVELLÓ C

- 1 infermer 24h
- 1 zelador 24h
- 3 auxiliars ocupacionals per torn de matí
- 3 auxiliars ocupacionals per torn de vesprada
- 1 infermer en torn de nit
- 1 zelador en torn de nit.

PAVELLÓ D

- 1 infermer 17 h (matí i vesprada)
- 1 zelador 24h
- 3 auxiliars ocupacionals per torn de matí
- 2 auxiliars ocupacionals per torn de vesprada
- 1 zelador i 1 auxiliar en torn de nit.

Nota. Auxiliar ocupacional és una categoria laboral a la qual s'accedix amb el títol de Graduat Escolar. Les condicions laborals i salarials corresponen a este nivell formatiu. No obstant això, la majoria del personal que ocupa estos llocs té una formació universitària de grau mitjà o superior.

Informació referida a usuaris del centre

Diagnòstics més freqüents

- El 72% de les persones ateses té diagnòstic d'esquizofrènia en els seus diferents tipus (paranoide, residual, indiferenciada, etc.).
- El 10% estan diagnosticades d'altres patologies (trastorn de personalitat, trastorn límit de personalitat, trastorn obsessiu compulsiu, trastorn bipolar, etc.).

Grau de discapacitat	Nombre de persones
Igual o superior al 75%	19
Igual o superior al 65%	55
Igual o superior al 33%	1 (55%)
Sense grau de discapacitat reconegut*	5
TOTAL	80

Grau de dependència	Nombre de persones
GRAU 3	
GRAU 3 NIVELL 2	1
GRAU 3 NIVELL 1	20
GRAU 2	
GRAU 2 NIVELL 2	17
GRAU 2 NIVELL 1	29
GRAU 1	2
GRAU 1 NIVELL 2	2
GRAU 1 NIVELL 1	2
Sense valoració de dependència	7
TOTAL	80

Incapacitació	Nombre de persones
INCAPACITADES JUDICIALMENT	62
NO INCAPACITADES	15
EN TRÀMIT	3
TOTAL	80

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

144 / 145

Cobertura sanitària

- La metgessa del centre té accés a l'aplicació Abucasis (Conselleria de Sanitat).
- Tots tenen targeta sanitària, llevat de les persones que es troben a Espanya sense regularitzar.
- El psiquiatre que atén els usuaris és el de la Unitat de Salut Mental de Burjassot.
- Setmanalment es desplaça un grup d'usuaris fins al Centre de Salut Mental.
- Problema específic per a l'atenció a persones estrangeres no regularitzades tutelades per la Conselleria de Benestar Social (*Este assumpte està desenvolupat en la part general del present Informe).

Cobertura farmacèutica

- La medicació prescrita es dispensa des de la farmàcia situada en residència pública de tercera edat de la Canyada.
- Els usuaris estan exempts de copagament farmacèutic.

Coordinació amb unitat de salut mental

La coordinació és fluïda. Tal com ja hem indicat, una vegada la setmana va un grup d'usuaris al centre de salut i són visitats pel psiquiatre i, en cas que escaiga, en el centre d'especialitats de Burjassot.

Coordinació amb servicis socials municipals

La coordinació amb els servicis municipals del lloc de residència dels usuaris es produïx, principalment, en el moment de l'ingrés i, sobretot, quan es planifiquen eixides de permís als seus domicilis o altes per millorança.

Coordinació amb servicis socials autonòmics

- L'ingrés dels usuaris es produïx sempre a través de la comissió d'ingressos constituïda en la Direcció Territorial de Benestar Social.
- Indiquen que manté poca relació amb la secció de discapacitats. Tenen més coordinació amb la Prefectura de Secció de Majors i Dependència.
- Mantenen coordinació permanent amb la Unitat de Tuteles, encara que esta coordinació és telefònica. S'hi destaca que han transcorregut diversos anys des de l'última visita dels tècnics de la Direcció Territorial de Benestar Social.

Coordinació amb jutjats

- Les sol·licituds de pròrroga d'autorització d'ingrés es remeten, dins del termini i en la forma escaient, als jutjats que en van autoritzar el primer ingrés.
- Habitualment no es dicten resolucions judicials de pròrroga d'autorització judicial d'ingrés.

- S'hi destaca que és molt poc freqüent que els jutges que han autoritzat l'ingrés visiten els usuaris.
- Es tracta de pròrrogues tàcites, basades en els informes d'evolució realitzats des del centre, però no contrastats per cap altre equip de professionals (forenses, etc.).

Coordinació amb el Ministeri Fiscal

- Comunicació fluïda. Habitualment per telèfon.
- La Fiscalia visita el centre una vegada l'any.

Problemàtiques específiques destacades per la persona responsable del centre

- De vegades tenen lloc ingressos en el centre de persones que no reuneixen el perfil adequat. Això comporta l'aparició de conflictes entre els usuaris (hi ha una queixa tramitada en el Síndic per este motiu: pares que denuncien que no és el lloc idoni per a atendre el seu fill).
- Perfils molt diversos que van, des de trastorns de la personalitat, fins a problemes de patologia dual. Sobre esta problemàtica destaquen la falta de recursos específics.
- Destaquen la falta de recursos intermedis, com ara habitatges tutelats.
- La falta d'este tipus de recursos perllonga innecessàriament l'estada en els CEEM, fet que, de vegades, produïx recaigudes en l'evolució dels usuaris, ateses les mínimes expectatives d'eixida.
- Tampoc no existixen programes alternatius, com ara el de lloguers de pisos: pisos compartits i tutelats.
- Quant al seguiment i la supervisió de les tuteles, aporten la dada que des de 1996 s'hi han produït dos casos de remoció de tutela, fet que pot ser indicador d'un baix nivell de millorança per tractament, com també de la falta de supervisió i seguiment dels casos.
- La falta de disponibilitat de places en CEEM produïx un efecte pervers, que és que sol·liciten la declaració d'incapacitació perquè, així, hi puguem ingressar, sobretot aquells casos en què els familiars renuncien a l'exercici de la tutela.

Participació econòmica en el cost del servici

- Les persones usuàries del centre no participaven econòmicament en el cost del servici fins al 31/12/2013.
- A partir de l'1 de gener de 2014, se'ls comença a aplicar preu públic.
- Com en la resta dels CEEM de gestió integral, l'entitat que gestiona el centre (EULEN) s'ocupa del cobrament de les quanties que ha d'abonar cada usuari.
- El cobrament es fa per càrrec a compte bancari.
- A les persones tutelades per familiars, se'ls sol·licita autorització de càrrec en compte.

- A les persones tutelades per la Generalitat, és la Conselleria de Benestar Social qui facilita el número de compte al qual cal carregar el preu públic.
- La facturació del contracte de gestió integral a la Conselleria de Benestar Social es realitza de la manera següent:
 - Cost plaça multiplicat pel preu d'estada ocupada/no ocupada (80%).
 - De la quantitat resultant es lleva l'aportació dels usuaris.
 - La diferència entre ambdues quantitats és l'aportació de la Conselleria a càrrec del contracte.

Així, els impagaments dels usuaris penalitzaven la quantitat que havia de cobrar l'entitat que gestiona el centre.

- Des de l'agost de 2014 es carrega a la facturació una dotzena part del deute acumulat a l'entitat en concepte d'impagaments de preu públic dels usuaris.
- A partir del gener de 2015, la participació dels usuaris en el cost del servei es resol tot aplicant la modificació de la Llei de taxes.
- La participació en el cost del servei ha comportat una dificultat molt important perquè les persones ateses en els CEEM puguen continuar amb normalitat el Pla Individualitzat de Rehabilitació.
- La inspecció de serveis de la Conselleria ha visitat el centre per denúncies referides a casos concrets (una vegada en 2012 i una altra vegada en 2013) i una inspecció general en 2014.

ANNEX

REUNIÓ AMB RESPONSABLES
DE FEAFES / AFEMA



INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

148 / 149

Data de la reunió: 13 de març de 2015.

A la reunió assistixen: el president i membres de les directives de FEAFES i AFEMA.

Els assumptes que, d'acord amb el parer dels assistents, mereixen una especial atenció són els següents:

- El treball amb pacients sense voluntarietat ni adherència al tractament.
- Absència de recursos comunitaris que eviten o retarden l'internament.
- Destaquen la gran professionalitat i implicació dels treballadors, cosa que es troba compromesa per la falta de continuïtat.
- Consideren un problema l'actual distribució de competències entre la Conselleria de Sanitat i la de Benestar Social.
- Coneixen el nou Pla Director de Salut Mental de la Comunitat Valenciana, actualment en redacció, encara que consideren que no serà possible aprovar-lo en esta legislatura.
- Fan referència a la falta d'unificació de criteris quant a les plantilles de personal dels centres. Diverses ordres d'autorització que han demorat la seua aplicació.
- Falta de recursos psicgeriàtrics.
- Absència de programes específics per a població de menor edat (joves, com també per a patologia dual).

- Emfasitzen la seua consideració que els pacients dels CEEM sovint estan hipermedicats i que hi manca un altre tipus d'intervencions més integrals (psicològiques, socials, etc.).
- Cal fer una revisió dels ingressos realitzats i contrastar els informes d'evolució emesos pels centres, a més d'incorporar-hi segones opinions d'equips externs (forenses/altres equips).
- Quant a les persones tutelades, consideren que no hi ha un seguiment personalitzat. Les persones amb problemes de salut mental tutelades per l'Administració no saben qui exercix la seua tutela.
- La manca de seguiment pot estar incidint en el control dels béns de les persones tutelades (rendició de comptes).
- Quant al pagament de les taxes establert per a l'any 2015, estan preparant un informe amb l'objectiu de determinar si el tutor pot, per si mateix, sense autorització judicial, disposar el seu pagament. Pot afectar el patrimoni, ja que es tracta d'un compromís de pagament per un període perllongat de temps.
- Informen que s'han assabentat que s'han produït baixes en els centres de persones tutelades per decisió del seu tutor (segons sembla, com a conseqüència de l'aplicació de les taxes).

En aportacions posteriors ens indiquen el següent:

- Expressen la seua preocupació per les demores en la tramitació dels expedients de reconeixement de grau de discapacitat per a persones ingressades en centres.
- També mostren preocupació pels perllongats temps d'ingrés d'alguns pacients atesos en centres residencials, i consideren necessari estudiar possibles actuacions sobre este tema.
- Quant als procediments per a modificar la capacitat de les persones (abans incapacitació), consideren que caldria fer una recomanació al poder legislatiu i/o judicial respecte de la competència del jutjat que ha de conèixer el procediment, ja que entenen que el jutjat que inicié el procediment ha de ser aquell que el porte fins a la seua conclusió, tot i que la persona siga traslladada de centre o localitat.
- Pel que fa als protocols que hi ha en els CEEM, destaquen la necessitat d'incorporar en tots els centres protocols per a la prevenció del suïcidi.
- Consideren que cal millorar l'orientació i el suport a les famílies per part dels equips dels CEEM.
- Finalment, indiquen la seua preocupació per l'atenció a persones estrangeres no regularitzades.

ANNEX

VISITA AL COMPLEX SOCIOASSISTENCIAL
DOCTOR ESQUERDO

VI

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Data de la visita: 25 de març de 2015.

Hi participen: el director de l'Àrea de Salut Mental; un psiquiatre, una psicòloga i dues treballadores socials del centre.

Informació destacable:

La titularitat i gestió del Complex correspon a la Diputació d'Alacant.

L'organització del Complex és la següent:

- Unitat de mitjana estada homes (UME-H)
- Unitat de mitjana estada dones (UME_D)
- Unitat de mitjana estada homes refractaris (UME R2)
- Centre de dia
- Unitat de rehabilitació homes (RHB1-H)
- Unitat de rehabilitació homes (RHB3-H)
- Unitat de rehabilitació dones (RHB2-D)
- Unitat de discapacitats psíquics homes (R4H)
- Unitat de discapacitats psíquiques dones (R4D)
- Unitat de psicogeriatria (PGH).

El nombre total d'usuaris en estes unitats hospitalàries (mitjana estada amb 60 places i residencials 91) puja a 151 persones, distribuïdes de la manera següent:

UME-H	20
UME-D	19
UME R2	18
RHB1-H	20
RHB3-D	16
RHB2-H	15
R4H	15
R4D	13
PGH	15
TOTAL	151

El personal de què disposa el centre és el següent:

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

152 / 153

Administratiu	5
Auxiliars administratiu	2
Gestors administratiu	3
Tècnics gestió econòmica	2
Tècnic mitjà de gestió	1
Auxiliars servicis generals (ASG)	52
Auxiliars sanitaris titulats (AST)	80
Tècnics auxiliars documentació	1
Diplomatura en Infermeria (DUE/ATS)	20
Tècnics auxiliars sanitaris (TAS)	51
Cuina	6
Farmàcia	1
Educadors/es social	1
Monitors/es ocupacionals especialitzats/des	15
Medicina general	2
Medicina psiquiàtrica	6
Psicologia	8 (llocs sol·licitats: +2)
Treball social	5 (llocs sol·licitats+2)

De les sis persones de psiquiatria, una exercix la direcció d'Àrea i l'altra la direcció sanitària, amb funcions assistencials afegides (totes tenen pacients assignats).

De les set persones de psicologia, una exercix de cap del CRIS —és la responsable del Centre de Rehabilitació i Integració Social que s'obrirà quan ho autoritze la Conselleria.

De les dues persones tècniques de gestió econòmica, una fa de cap del Servei Econòmic Administratiu i de Servicis Generals de tot el centre.

De les set persones de treball social que tenen en el centre, una fa de cap d'Unitat de Centre de Dia, que ja està en marxa i es traslladarà al nou centre, i una altra és cap de Secció Econòmica Administrativa (no fa tasques de treball social).

De les 20 persones professionals d'ATS-DUE de què disposa el centre, una exercix la direcció d'Infermeria en Mitjana Estada —on, a més, hi ha tres persones amb funcions de coordinació, supervisió o responsables. En l'edifici antic tenim una persona cap de cures de la salut —responsable de coordinació d'auxiliars i ATS-DUE de base. A més, hi ha una persona cap de Rehabilitació i cinc responsables-coordinadores d'unitats, la resta són ATS-DUE de base, que en la majoria de casos són especialistes en psiquiatria.

De les sis persones que hi ha en la cuina actualment, una fa de cap de cuina.

En relació amb el personal de servicis generals, hi ha una persona que fa la coordinació general i tres responsables de bugaderia, servicis diversos i magatzem.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Perfil de les persones usuàries

Patologies psiquiàtriques N=155*

Patologia	Nombre de pacients amb patologia	Percentatge
Demències	3	1,94%
Dependència de tòxic	29	18,71%
Depressions	3	1,94%
Esquizofrènia	101	65,16%
Esquizoafectiu	17	10,97%
Retard mental	53	34,19%
Altres	46	29,68%

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

154 / 155

Patologies somàtiques N=155*

Patologia	Nombre de pacients amb patologia	Percentatge
Al·lèrgies	19	12,26%
Cardiovascular	58	37,42%
Dermatològic	29	18,71%
Digestiu	54	34,84%
Endocrí	140	90,32%
Ginecològic	17	10,97%
Hematològic	9	5,81%
Infecciosos	30	19,35%
Nefrològic	4	2,58%
Neurològic	31	20,00%
Oftalmològic	21	13,55%
Oncològic	1	0,65%
ORL	11	7,10%
Respiratori	129	83,23%
Reumatològic	1	0,65%
Traumatològic	70	45,16%
Urològic	12	7,74%

*Hi ha pacients que tenen diverses patologies.

Respecte del diagnòstic de discapacitat i dependència de les persones ateses, cal destacar les dades següents:

Grau de discapacitat	Nombre de persones
Igual o superior al 75%	11
Igual o superior al 65%	66
Igual o superior al 33%	6
Sense grau de discapacitat reconegut*	68
TOTAL	151

*Motius. Es desconeix/ No sol·licitada/ Sol·licitada sense resposta/ Sense dades.

Grau de dependència	Nombre de persones
GRAU 3	
GRAU 3 NIVELL 2	1
GRAU 3 NIVELL 1	4
GRAU 2	2
GRAU 2 NIVELL 2	6
GRAU 2 NIVELL 1	3
GRAU 1	2
GRAU 1 NIVELL 2	2
GRAU 1 NIVELL 1	2
VALORADA COM A NO DEPENDENT	1
SOL·LICITADA SENSE RESOLUCIÓ	36
NO SOL·LICITADA	72
EN TRÀMIT	12
Altres situacions	8
TOTAL	151

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Quant a les persones incapacitades judicialment i sobre qui n'exercix el càrrec tutelar:

Incapacitació	Nombre de persones
TOTAL	81
PARCIAL	2
EN TRÀMIT	12

CÀRREC TUTELAR EXERCIT PER LA GENERALITAT 22
 CÀRREC TUTELAR EXERCIT PELS FAMILIARS 61

Data d'ingrés	Nombre de persones
2015	26
2014	10
2013	7
2012	4
2011	6
2010	2
2009	3
2008	3
2007	2
2006	1
2005	3
Entre 2000 i 2004	16
Anterior a 1999	68
TOTAL	151

**INFORME
ESPECIAL**

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

156 / 157

Procediment d'ingrés

- L'ingrés en qualsevol de les unitats del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo es produïx amb la valoració prèvia de la comissió d'ingrés constituïda en el propi centre.
- A diferència de la resta de centres, els ingressos no són resolts, ni per la Conselleria de Benestar Social (cas de CEEM), ni per la Conselleria de Sanitat (unitat de mitjana estada).

- Les propostes d'ingrés provenen, per norma general, de les unitats de salut mental, de les unitats de psiquiatria dels hospitals de la província, dels jutjats i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, per este ordre de major a menor, ja que es tracta d'un servici provincial, tal com correspon a la Diputació.

Autoritzacions judicials d'ingrés

Tots els ingressos involuntaris tenen autorització judicial. Semestralment, el centre remet al jutjat corresponent un informe d'evolució i sol·licita la renovació de l'autorització d'ingrés d'aquells usuaris que romanen ingressats en el centre.

Coordinació amb jutjats i fiscalia

En les últimes reunions mantingudes amb el Ministeri Fiscal s'ha acordat establir reunions trimestrals de seguiment dels casos, independentment de les comunicacions de possibles incidències que pogueren sorgir.

Coordinació amb la Comissió de Tuteles

- Per contra, la coordinació amb la Comissió de Tuteles (Conselleria de Benestar Social) es destacava com a fluida i permanent.
- Remeten semestralment informes d'evolució de les persones tutelades.

Cobertura sanitària

- L'atenció sanitària està coberta pels metges generalistes en plantilla del centre, per la qual cosa els usuaris estan donats d'alta en el centre de salut que els correspon per zona, però són atesos al propi centre. Cal tenir en compte que la cobertura del centre és provincial i per això els centres als quals estan adscrits es distribueixen arreu de la província.
- El centre sanitari de referència és l'Hospital Universitari de Sant Joan d'Alacant, amb el qual mantenen coordinació per a tot tipus de proves (analítiques, etc.), com també per a la coordinació d'interconsultes.
- Els metges generalistes del centre poden derivar directament al centre d'especialitats.
- L'atenció psiquiàtrica és oferida també pels psiquiatres que el centre té en plantilla.
- El personal d'infermeria que té en plantilla és, en la majoria de casos, especialista en salut mental.

Cobertura farmacèutica

Els medicaments que necessiten les persones usuàries del centre són dispensats des de l'Hospital Universitari de Sant Joan i són totalment gratuïts per als pacients. Per tant, no s'aplica el copagament farmacèutic als usuaris del centre.

Participació dels usuaris en el cost del servici

- Les persones usuàries del Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo no contribueixen econòmicament en el cost del servici, atés que és completament gratuït.
- Alguns familiars contribueixen amb 150 euros per a les despeses personals de l'usuari.

Algunes consideracions

- El Complex Socioassistencial Doctor Esquerdo, dependent de la Diputació d'Alacant, disposa d'habitatges tutelats —coordinats pels professionals del Complex—, en què són atesos usuaris que, prèviament, han estat ingressats en el centre.
- En preguntar-los sobre si el centre té autorització administrativa de funcionament emesa per la Conselleria de Benestar Social (CEEM) i la Conselleria de Sanitat (mitjana estada), se'ns indica que no, i que s'ha sol·licitat —encara que no està concedida— l'autorització dels nous locals que serviran per a atendre les persones usuàries de CEEM.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

ANNEX

VISITA AL DEPARTAMENT DE
SALUT DE CASTELLÓ

VII

INFORME
ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

I. Visita a l'Hospital Provincial de Castelló

Nom

ConSORCI Hospitalari Provincial de Castelló

Data de la visita

22/04/2015

Persona responsable

Coordinador de Salut Mental del Departament de Salut 2-3 de Castelló.

Ubicació

Hospital Provincial de Castelló

Telèfon

964 359 700 (centraleta)

Departament

Departaments de Salut 2 i 3 de Castelló

Població de cobertura dels departaments 2 i 3

600.000 habitants aproximadament.

158 / 159

Plantilla de la USM

Segons el Pla Director 2001 Per 100.000 habitants (total població)	Plantilla actual 600.000 aprox.
7 Psiquiatria (42)	UHB (Unitat d'Hospitalització Breu) 6 TMGIA (Unitat de Trastorns Mentals Greus Infància i Adolescent) 1,5 USMI 1 UCA 1 UME (Unitat de Mitjana Estada) 0,5 ULE (Unitat de Llarga Estada) 0,5 UTA (Unitat de Trastorns Alimentaris) 0,5 USM de Borriana 2 USM de Rafalafena 3 USM Grau 2 USM Vila-real 3 USM Columbretes 2 USM la Vall d'Uixó 2 TOTAL 25
6 Psicologia (36)	UHB 1 USMI 2 H. Dia Infantojuvenil 1 H. Dia Vila-real 1 H. Dia Cardenal Costa 1 PSICOONCOLOGIA 2,5 UCA 1 UME 1 UTA 1,5 USM de Borriana 1 USM de Rafalafena 2 USM Grau 1 USM Vila-real 1 USM Columbretes 2 USM la Vall d'Uixó 1 TOTAL 20

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

6,5 DUE/ATS (39)	UCA 2 UTA 1 H. Dia Adolescents 2 H. Dia Cardenal Costa 1 H. Dia de Trastorns Alimentaris 1 H. Dia de Vila-real 1 USM de Borriana 1 USM de Rafalefena 2 USM Grau 1 USM Vila-real 1 USM Columbretes 1 USM la Vall d'Uixó 1 TOTAL 15
----Auxiliar d'infermeria	H. Dia Cardenal Costa 2 H. Dia de Trastorns Alimentaris 2 H. Dia Vila-real 2 TOTAL 6
2,5 Treball social (15)	UHB 1 USMI 1 UCA 1 USM 2-3 1 UME 1 H. Dia Cardenal Costa 0,5 TOTAL 5,5
-----Auxiliar administratiu	UCA 1 UTA 2 TOTAL 3

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

160 / 161

En les USM hi ha 29 psiquiatres, 19 dels quals pertanyen al Consorci i 10 a la Conselleria de Sanitat.

Una observació feta pels professionals és que la plantilla de les USM és desigual i està descompensada pel nombre de pacients atesos per territori.

Cal destacar l'existència d'auxiliar administratiu i d'auxiliars d'infermeria clínics, encara que no és general.

En l'Hospital de Dia d'Adolescents compten amb dues infermeres especialistes en salut mental. Així mateix, ens indiquen que el Consorci disposa d'una borsa de treball d'infermeria, amb l'especialitat de salut mental.

Altres professionals

Cal destacar l'existència de 4 monitors ocupacionals i un terapeuta laboral. Un zelador en la USMI.

Hospitalització

El centre hospitalari compta amb 255 llits, 92 dels quals són de salut mental (el 36%) segons dades estadístiques de 2014.

Atenció a pacients del CEEM de Gran Via

Els pacients acudixen a les seues USM.

Coordinació amb professionals del CEEM de Gran Via

Hi ha contactes amb les associacions de pacients, tot i que la comunicació és poc fluïda.

Observacions realitzades pels professionals

- Consideren un error que la gestió de la salut mental corresponga a dues conselleries.
- La formació dels professionals és un element que cal destacar en este departament:
 - Residents (estades formatives): psicologia clínica, psiquiatria i infermeria de la salut mental.
 - Seminaris per als residents MIR, PIR i EUR.
 - Sessions clíniques de 2 hores setmanals.
 - Alumnes en pràctiques de la UJI.

II. Visita realitzada al Centre Específic per a Malalts Mentals Crònics Gran Via (Castelló)

Nom

Centre Especialitzat d'Atenció a Persones Dependents Gran Via

Tipologia

(CEEM/Centre Mixt)

Titularitat

Pública

Gestió

Integral

Entitat que gestiona el centre

Clínica Geriàtrica El Castillo, S.A.

Relació contractual amb l'Administració

Contracte, expedient CNMY12/06-6/8

Data d'inici i fi del contracte

02/05/2012-15/04/2016

Telèfon i adreça electrònica

964 219 101 direccion_granvia@gva.es

Adreça del centre

C/ Onda, 33; CP: 12006, Castelló

Nombre de places autoritzades (residència)

40

Grau d'ocupació

100%

Personal

D'acord amb el Plec de prescripcions tècniques, basat en l'Ordre 9 de maig de 2006.

Ordre d'autorització a la qual s'acull la plantilla actual

- Ordre 11/2013, de 24 de juny (termini de 9 anys des de la vigència de l'Ordre de 9 de maig de 2006).
- Ordre 3/2011, de 28 d'abril (termini de 7 anys des de vigència de l'Ordre 9 de maig de 2006).
- Ordre 9 de maig de 2006: entrada en vigor 11/05/2006 i donava un termini de cinc anys per a adequar les plantilles.
- Ordre 3 de febrer de 1997.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

162 / 163

Segons l'Ordre de 9 de maig de 2006 (40 places)	Plantilla actual
1 Direcció (psicologia)	1 Director psicòleg
1 Medicina general (1/2 jornada)	1 Metge general a mitja jornada
1 Psicologia	1 Psicòleg
5 DUE	5 DUE Actualment s'estan formant en l'especialitat de salut mental
1 Treball social	1 Treballadora social
1 Terapeuta ocupacional o tècnic/a superior en integració social	1 Terapeuta ocupacional

6 Educadors/monitors	6 Educadors/monitors
6 Curadors/es	6 Curadors/es
5 Zeladors/es	5 Zeladors/es
Servicis generals de gestió, administració, neteja, bugaderia, manteniment, menjador i cuina.	0,5 Aux. administratiu 0,5 Personal manteniment Servicis neteja i bugaderia: Nese-rem, S.L. Servici cuina: Eurest, S.L.

Altres professionals: professionals contractats per l'entitat, no previstos en l'Ordre i considerats necessaris:

- 1 psiquiatre.
- 2 supervisor/a d'infermeria i 1 governant/a.
- 2 curadors/es.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

Forma de finançament/copagament

- Contracte de gestió integral.
- Fins a 2013, les persones usuàries estaven exemptes de contribuir econòmicament en el cost del servei.
- Durant l'any 2014, l'entitat que gestiona el centre es responsabilitzava directament del cobrament del copagament corresponent a les persones usuàries.
- L'adjudicatària factura segons contracte de gestió, per nombre d'estades ocupades o no ocupades (en 2014). De la quantitat resultant es lleva la quantitat corresponent al cobrament del copagament de les persones usuàries. En cas d'impagament, és l'entitat qui assumix el deute.
- Des de la Direcció Territorial de Benestar Social s'està estudiant la fórmula de poder compensar la quantitat que l'entitat ha assumit com a deute durant 2014.
- A partir de l'1 de gener de 2015, s'aplica taxa com a participació de l'usuari en el cost del servei.
- La quantitat que, a partir d'esta data, resta disponible a cada usuari per a despeses personals puja a 183 euros (aproximadament). Amb esta quantitat han d'assumir: roba, calcer, tabac, eixides, perruqueria, podologia, etc.).
- L'aplicació de taxes no ha comportat una millora en l'agilitació dels pagaments que per part de la Conselleria de Benestar Social han de reportar-se en concepte d'estades imputables al contracte de gestió integral.
- En la data de la visita (22-04-2015) la Conselleria no havia realitzat cap pagament (tres mesos de demora).

- Esta demora implica aproximadament uns 125.000 euros quant a CEEM i 340.000 euros respecte de la totalitat del centre.

Informació referida a usuaris del centre

- La mitjana d'edat de les persones ateses en el CEEM és de 45 anys.
- El pacient més jove té 25 anys i el de més edat 65.
- Temps mitjà d'estada: des de l'obertura del centre en 2012, no s'hi ha produït cap baixa terapèutica (per millorança després de tractament) ni tampoc derivacions a habitatges tutelats.
- Els trasllats a habitatges tutelats no s'han sol·licitat atesa la manca de xarxa sociofamiliar dels usuaris.
- De les 40 persones ateses en el centre, 39 han estat declarades incapaces judicialment.
- La tutela d'estes 39 persones és exercida en 33 casos per la pròpia família i en 6 casos per la Generalitat.
- Totes les persones ateses en el centre tenen grau de dependència reconegut. Les persones que tenen reconegut un grau 1 han estat ateses, com a norma general, en altres recursos residencials.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA

164 / 165

Grau de dependència	Nombre de persones
GRAU 3	1
GRAU 3 NIVELL 2	1
GRAU 3 NIVELL 1	5
GRAU 2	
GRAU 2 NIVELL 2	7
GRAU 2 NIVELL 1	19
GRAU 1	2
GRAU 1 NIVELL 2	3
GRAU 1 NIVELL 1	2
TOTAL	40

De la mateixa manera, totes les persones ateses tenen reconegut un grau de discapacitat superior al 65%, llevat d'una persona que té reconegut el 33% de discapacitat. Estos reconeixements són definitius en 39 casos i revisable en un cas.

Grau de discapacitat	Nombre de persones
Igual o superior al 75%	14
Igual o superior al 65%	25
Igual o superior al 33%	1
Sense grau de discapacitat reconegut	0
TOTAL	40

Procediment d'ingrés

- Els ingressos es fan sempre amb una prèvia resolució administrativa d'ingrés de la Direcció Territorial de Benestar Social de Castelló.
- En els casos d'ingressos involuntaris es requereix autorització judicial d'ingrés.
- Trenta-nou dels quaranta usuaris del centre disposen d'autorització judicial d'ingrés.
- L'únic cas que no disposa de la referida autorització s'està treballant amb la família (tutora) perquè presente la sol·licitud d'autorització judicial.
- Semestralment se sol·licita pròrroga de l'autorització judicial d'ingrés i s'hi adjunta informe d'evolució. El jutge emet interlocutòria per la qual acorda la renovació de l'autorització d'ingrés.
- En el cas de persones tutelades per la Generalitat, és la Direcció Territorial de Benestar Social qui promou l'autorització judicial d'ingrés.

Cobertura sanitària

Totes les persones usuàries del CEEM disposen de targeta sanitària, per la qual cosa tenen cobertura sanitària.

Cobertura farmacèutica

La cobertura farmacèutica es proporciona des de la Residència Pública El Pinar. Per este motiu, les persones usuàries estan exemptes de copagament farmacèutic.

Coordinació amb unitat de salut mental

- Disposa d'un psiquiatre a mitja jornada.
- Totes les persones usuàries estan assignades a la unitat de salut mental de zona.
- La prescripció farmacològica es realitza des de la USM-A.
- Les necessitats d'hospitalització es cobrixen des de l'Hospital Provincial.

Coordinació amb servicis socials municipals

Molt escassa, atés que no existix previsió de tornada de les persones usuàries.

Coordinació amb servicis socials autonòmics

- La coordinació amb la Direcció Territorial de Benestar Social es fa a través de la Secció de Discapacitat i per la Unitat de Tuteles (casos de persones tutelades).
- S'emeten informes amb periodicitat semestral. Estos informes són remesos també als tutors (família / Generalitat).
- La supervisió i el seguiment dels casos es fa de manera fluïda, tant a través d'informes com de visites al propi centre.

Coordinació amb jutjats

- Es manté una coordinació fluïda amb els jutjats que autoritzen l'ingrés, encara que no reben vista dels jutges.
- La continuïtat de la mesura d'internament se sol·licita al jutjat, amb periodicitat semestral. Per a prorrogar l'internament s'adjunta l'informe d'evolució i, amb caràcter general, el jutjat no visita el centre ni sol·licita informe de contrast.
- Consta interlocutòria de pròrroga d'internament per a sis mesos.

Coordinació amb el Ministeri Fiscal

Mantenen una coordinació fluïda amb el Ministeri Fiscal, encara que no reben visita dels fiscals.

ANNEX

MEMÒRIA 2014. MECANISME NACIONAL DE PREVENCIÓ DE LA TORTURA (MNP). DEFENSORA DEL POBLE. ESTABLIMENTS RESIDENCIALS QUE PRESTEN SERVICIS DE CARÀCTER SANITARI, SOCIAL I/O REHABILITADOR

VIII

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL A PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL A LA COMUNITAT VALENCIANA

168 / 169

311. També són objecte de l'atenció del MNP els centres públics o privats residencials que presten servicis de caràcter sanitari, social o rehabilitador, entre d'altres, a col·lectius com ara la tercera edat, els malalts crònics i les persones amb alguna discapacitat física, psíquica, sensorial o intel·lectual, en els quals poden trobar-se persones internades de forma no voluntària.

312. Des dels seus inicis, el Defensor del Poble ha constatat una absència de regulació que garantira suficientment els drets fonamentals dels pacients interns en centres de salut mental de naturalesa sanitària o social, i regulara les eventuais restriccions per a la protecció de la seua vida, salut o integritat física. La reforma legislativa s'ha fet encara més necessària si és possible després de la Sentència del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de desembre, que va declarar la inconstitucionalitat de dos incisos de l'apartat primer de l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil, que preveu l'internament no voluntari per raó de trastorn psíquic, en considerar que esta mesura, constitutiva d'una privació de la llibertat personal, no es podia fer per llei ordinària, sinó que requeria rang de llei orgànica.

Cal elaborar un projecte de llei orgànica que regule els internaments efectuats a l'empara de la legislació civil i adapte la regulació a la Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, de 13 de desembre de 2006, i de les Observacions del Comitè de Nacions Unides dels Drets de les Persones amb Discapacitat en el seu informe inicial d'Espanya (CRPD/C/ESP/1).

313. Pel que fa a l'internament no voluntari en centres residencials de persones majors, les llacunes jurídiques existents han donat lloc al fet que tant administracions com jutges i fiscals apliquen criteris contradictoris. Mentre no es produïska la referida reforma legislativa, el criteri és que el règim de garanties que es preveu actualment en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil ha de fer-se extensiu a les persones majors que ingressen en centres residencials quan estes no es troben en condicions de prestar lliurement el seu consentiment a l'ingrés.

314. D'esta manera, en qualsevol cas en què falte l'autonomia d'una persona per a donar el seu consentiment a l'internament en un centre, caldria instar el procediment previst en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil per a l'internament no voluntari. Amb caràcter general, la sol·licitud s'ha d'instar per la via ordinària amb caràcter previ a l'ingrés, per part d'aquells familiars o tutors que tinguen coneixement de la situació de necessitat d'internament i absència d'autonomia.

315. Quan s'observe una situació d'urgència que requerisca l'ingrés immediat en el centre, hauran de complir-se les exigències previstes en l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil i desenvolupades per la Sentència del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de juliol, en particular, que l'internament estarà únicament justificat en cas de trastorn psíquic greu i que hi concórrega una situació d'urgència o necessitat immediata d'intervenció mèdica, i que la mesura d'internament no solament siga convenient, sinó que complisca els requisits de necessitat (que no puga adoptar-se una altra mesura alternativa menys lesiva) i proporcionalitat (en relació amb la finalitat que pretén).

316. La comunicació de l'internament involuntari de caràcter urgent a l'autoritat judicial competent haurà de produir-se al més aviat possible i, com a màxim, dins del termini de vint-i-quatre hores des de l'ingrés, a l'efecte que es duga a terme la preceptiva ratificació d'esta mesura. Esta comunicació hauria d'incloure almenys informació sobre els següents aspectes: dia i hora exacta de l'internament; circumstàncies de l'internament; informe mèdic que acredite el trastorn psíquic justificant de l'internament immediat, tot motivant la necessitat i proporcionalitat de mesura i, si escau, l'evolució del seu estat de salut mental; i durada previsible de la mesura.

317. Pel que fa al control judicial, és preocupant la demora per part d'algunes autoritats judicials en els procediments d'internament involuntari, en particular en els de caràcter urgent, i la falta de motivació observada en moltes actuacions d'internament involuntari, en què no s'entra a valorar la necessitat i proporcionalitat de la mesura, contràriament a la doctrina constitucional (FJ 7c de la STC 141/2012).

En conseqüència, s'han d'adoptar les mesures oportunes, avaluar les necessitats que puguen tenir els òrgans jurisdiccionals i, si cal, reforçar els òrgans inicials i el Ministeri Fiscal, a fi d'aconseguir l'efectivitat de les garanties dels drets de les persones respecte de les quals se sol·licite l'internament no voluntari, inclosa la realització de visites periòdiques als centres.

318. Així mateix, seria convenient establir servicis d'orientació jurídica per a persones amb discapacitat en els col·legis d'advocats que no en tenen, i dur a terme accions formatives i de sensibilització dels professionals adscrits als diversos col·legis d'advocats.

319. D'altra banda, es coincideix amb el criteri manifestat en el *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos*, segons el qual la Fiscalia, sempre que siga possible, a banda d'examinar l'informe elaborat pel centre, haurà d'atendre a l'informe del metge forense o d'un facultatiu designat pel jutge, diferent i independent del centre, i prendrà audiència a la persona a qui afecta la mesura.

320. Quan l'ingrés es produïx voluntàriament i posteriorment l'interessat manifesta el seu canvi de criteri respecte de la voluntarietat de l'internament, caldrà la concurrència dels requisits de l'article 763.1 de la Llei d'enjudiciament civil per a poder mantenir l'internament, i començarà a córrer el termini de 24 hores per a comunicar-ho a l'òrgan judicial (FJ 5c de la citada STC 141/2012). A més, seria convenient que en la comunicació s'expressara l'evolució de l'estat de salut mental de l'afectat des del seu ingrés i les raons que van motivar el canvi d'internament de voluntari a involuntari.

Igualment, s'haurien de comunicar al Ministeri Fiscal tots els casos de deterioració cognitiva significativa, a fi que esta autoritat valore la necessitat d'iniciar un procediment d'incapacitació o de requerir l'autorització judicial d'internament no voluntari per trastorn sobrevingut.

321. Si transcorre el termini de setanta-dues hores en el qual l'autoritat judicial ha de resoldre, i la mesura no ha estat ratificada, els centres no tenen cap empara legal per a mantenir l'afectat internat amb caràcter forçós.

Caldria donar-ne trasllat a l'autoritat judicial competent, al Ministeri Fiscal i, si escau, al representant legal de l'interessat. En esta situació, si l'intern manifesta la seua voluntat d'abandonar el centre, podrà fer-ho si signa l'alta residencial voluntària.

322. Quant al control periòdic dels ingressos no voluntaris, és obligació dels centres, segons s'establix en l'article 763.4 de la Llei d'enjudiciament civil, informar el tribunal sobre la necessitat de mantenir la mesura cada sis mesos, llevat que el tribunal asse-nyale un termini inferior. Per al ple respecte de les garanties de les persones ingressades, els informes mèdics que es remeten als corresponents jutjats amb caràcter periòdic haurien de ser complets i estar actualitzats.

323. Espanya té pendent desenvolupar l'article 12 de la Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, segons el qual l'Estat ha d'assegurar salvaguardes adequades i efectives, a fi que les mesures relatives a l'exercici de la capacitat jurídica respecten els drets, la voluntat i les preferències de la persona que siguen proporcionals i adaptades a les seues circumstàncies, i que estiguen sotmeses a exàmens periòdics per part d'una autoritat o un òrgan judicial competent, independent i imparcial, entre altres requisits.

324. L'exercici efectiu de la tutela de persones incapacitades i residents en centres d'esta naturalesa incidix directament en la defensa i garantia dels drets de les persones tutelades. Les entitats tutelars públiques i privades han de disposar de personal i recursos suficients per a fer un seguiment individualitzat dels seus tutelats i visitar els centres amb un mínim de periodicitat.

325. Els centres d'estes característiques han de disposar d'un reglament de règim interior o document en el qual es detallen les normes del centre. Este reglament hauria de ser exposat de manera visible en un lloc públic.

326. També han de comptar amb llibres de queixes (que implica un procés de control intern de qualitat del servici), bústies o llibres de suggeriments (que comporten un intent de participació dels interns o de les seues famílies en la millora del centre). Així mateix, les queixes han de ser objecte d'anàlisi i ha d'oferir-se contestació als interessats.

327. A fi de garantir un coneixement real i efectiu dels seus drets, cal informar verbalment i per escrit, tant els afectats com els seus familiars, del tipus d'internament de què es tracta (especialment si és perllongat), les normes de funcionament intern, el règim de vida, els procediments terapèutics o les restriccions a les quals hi serà sotmés, etcètera.

En el cas d'internament no voluntari de caràcter urgent, a més, caldrà informar sobre: la data i l'hora de l'ingrés i de la comunicació de l'internament a l'autoritat judicial, tot indicant que el centre es troba obligat a donar compte de l'internament al més aviat possible i, en tot cas, en vint-i-quatre hores, i que la necessària ratificació judicial

s'haurà d'efectuar en el termini màxim de setanta-dues hores; la causa de l'internament; els criteris aplicats en la revisió permanent de la seua situació; els drets que els assistixen d'acord amb l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil i el dret a presentar un procediment d'*habeas corpus*. Este document s'haurà de redactar atenent a les característiques dels residents, i procurar que la seua redacció i format siguen adequats per a la seua comprensió; ser signat per la persona afectada per la mesura i indicar que la citada informació li ha estat explicada i que l'ha comprés adequadament, com també pels professionals del centre que hagen efectuat la informació. La persona afectada haurà de disposar de còpia d'este document.

328. Els centres han de tenir una política de tracte digne i respectuós envers els residents. El MNP vol remarcar, referent a això, el tracte afectuós i pròxim del personal amb els residents que hem observat, amb caràcter general, en tots els centres d'este tipus que han estat visitats.

329. La direcció adequada del personal pot contribuir significativament a la prevenció dels maltractaments i les pràctiques inadequades, tal com s'assenyala en el paràgraf 31 del 8é Informe General del CPT (CPT/Inf. (98) 12). En particular, la direcció hauria de garantir que el paper terapèutic del personal no fóra considerat secundari en relació amb les condicions de seguretat.

330. Els centres hauran de disposar de personal suficient i amb la categoria, experiència i formació adequades, i incloure-hi professionals de medicina, psicologia, psiquiatria i personal rehabilitador d'acord amb el perfil dels residents.

331. La selecció i formació inicial i contínua del personal és molt important per a una atenció de qualitat. Tenen especial importància els cursos de formació contínua per al personal, especialment aquells directament referits als protocols d'actuació amb els pacients i les mesures per a prevenir el desenvolupament del conegut com «síndrome del treballador cremat» (*burnout*) per part dels treballadors del centre, tenint en compte les especials circumstàncies en alguns centres que poden desembocar en situacions de tensió.

332. Els centres han de disposar de programes de rehabilitació i terapèutics, d'acord amb el perfil dels residents. Així mateix, resulta fonamental la realització d'una avaluació individualitzada i interdisciplinària de cada cas i amb caràcter periòdic. D'altra banda, caldria fer el màxim esforç per a implicar els interns en el seu tractament i procés terapèutic, i donar-los la possibilitat de participar-hi i prendre decisions en la mesura que siga possible.

333. S'han d'adoptar les mesures necessàries perquè l'oferta d'activitats i estímuls per als residents siga suficient i adequada.

334. Caldria fomentar el contacte dels residents amb l'exterior, fer eixides i passejos a l'exterior, fins i tot d'aquells amb deterioració cognitiva, i adoptar-hi les mesures que siguen necessàries. En este sentit, la pròpia ubicació dels centres pot afectar positivament o negativament este contacte amb l'exterior.

335. S'ha de facilitar als residents l'exercici dels seus drets i promoure la seua autonomia, tant des d'un punt de vista terapèutic com de respecte als seus drets fonamentals, a través d'un consell de residents, espais grupals, participació en els aspectes de la vida quotidiana, etcètera.

336. Atenent al perfil dels residents, s'hauria de tendir a la reinserció comunitària i la coordinació dels centres amb l'Administració perquè, en el cas que un resident presente millorança i graus d'autonomia que permeten el pas a un dispositiu comunitari, se li puga donar l'alta del centre. Quant a això, però, el MNP ha de mostrar la seua preocupació per l'escassetat d'alternatives terapèutiques que hi ha en general en les comunitats autònomes com a recursos residencials semioberts (pisos tutelats, mini residències de portes obertes, centres de dia, etc.).

337. Cal fer revisions periòdiques de l'estat de salut dels residents i de la medicació que tinguen prescrita. En el cas de persones amb malaltia mental, se n'ha de fer un seguiment psiquiàtric periòdic.

Cal fer un ús adequat dels psicofàrmacs i adoptar en alguns casos —p. ex en el tractament de l'insomni— mesures alternatives, com ara augmentar l'activitat física dels interns i disminuir el nombre d'hores que romanen sense estímuls, enllitats o a les seues habitacions.

Així mateix, els residents hauran de poder donar o no el seu consentiment lliure i informat al tractament, amb les úniques excepcions previstes en la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

338. Els centres d'esta naturalesa han de comptar amb els protocols i plans necessaris d'acord amb el perfil dels seus residents, com ara un pla de prevenció de suïcidis, un protocol per a informar sobre els documents de "voluntats anticipades" o "instruccions prèvies" (a fi de manifestar anticipadament els desitjos o instruccions que,

sobre les actuacions mèdiques, s'hauran de tenir en compte en cas de trobar-se en una situació en la qual les circumstàncies no li permeten expressar lliurement la seua voluntat) i un "pla de cures pal·liatives" per a pacients en estat greu irreversible.

339. Encara que este tipus d'establiments no disposen d'un règim disciplinari com a tal, solen comptar amb sistemes de reforços per incentius o mesures que s'apliquen davant determinades conductes inadequades dels interns.

Convindria delimitar clarament quines intervencions són terapèutiques i especificar-ho en els plans terapèutics individualitzats.

340. Les subjeccions físiques i farmacològiques s'utilitzen amb relativa freqüència en els hospitals psiquiàtrics i residències d'ancians, entre altres raons, per a prevenir caigudes o lesions a la mateixa persona o a tercers, evitar alteracions del programa terapèutic (retirada de vies intravenoses, sondes nasogàstriques, etc.) o manejar conductes violentes o agressives.

Cal regular a escala nacional, de manera clara i concreta, l'ús de les subjeccions físiques i farmacològiques, d'una manera que estiga d'acord amb els estàndards internacionals, en particular el concepte de subjecció, els supòsits d'aplicació de subjeccions, la proporcionalitat i idoneïtat del mitjà utilitzat, la temporalitat de la mesura, l'autorització per al seu ús, el personal autoritzat per a la seua aplicació, la documentació d'actuacions, l'avaluació dels efectes i resultats, i totes les garanties necessàries.

341. Independentment d'esta regulació normativa, els centres haurien de disposar d'un protocol d'ús de subjeccions i d'un registre en el qual anoten les pautades a cada resident, la causa i les indicacions mèdiques, l'horari d'inici i fi de la mesura, i comentaris d'observació d'infermeria, entre d'altres. El seu ús haurà d'atendre sempre als principis de necessitat i proporcionalitat, ser aplicats únicament durant el temps estrictament necessari i no ser mai aplicats com a castic. Així mateix, s'haurien d'impartir cursos de formació sobre subjeccions als professionals del centre.

342. Un ús innecessari o excessiu de les subjeccions físiques i farmacològiques pot comportar una vulneració dels drets a: la dignitat humana i el lliure desenvolupament de la personalitat (article 10 CE), la llibertat (article 17 CE), la integritat física i moral, i no patir tractes inhumans o degradants (article 15 CE).

En ambdós tipus de subjeccions s'han documentat efectes negatius en el seu ús continuat.

Segons el parer d'esta institució, els centres haurien de tendir a la reducció de l'ús de subjeccions, ja que existixen experiències que acrediten la possibilitat d'assolir esta reducció amb mesures alternatives. De la mateixa manera, s'hauria de prioritzar l'ús d'aquelles subjeccions que únicament limiten la mobilitat del pacient en el grau necessari. Per això, periòdicament s'han de revisar les subjeccions utilitzades, a fi de disminuir-les en la mesura que siga possible.

343. Les habitacions preparades per a subjeccions mecàniques amb corretges psiquiàtriques davant episodis d'alteració o agressivitat haurien de disposar de sistemes de videovigilància amb enregistrament, estar lliures d'elements com ara arestes metàl·liques que puguen comportar un risc físic per als pacients, disposar de llum natural, tenir una temperatura adequada i, en general, promoure un ambient de tranquil·litat per al resident. Un membre del personal hauria d'estar contínuament present per a mantenir la finalitat terapèutica i prestar al pacient l'assistència adequada, d'acord amb el paràgraf 50 del 16é Informe General del CPT (CPT/Inf. (2006) 35).

344. Els centres haurien de disposar d'un protocol de prevenció i detecció de problemes de convivència. El personal haurà de rebre formació en resolució pacífica de conflictes i intervenció en crisi, i tècniques verbals i no verbals per a avortar episodis incipients d'agressivitat sense haver d'adoptar mitjans de contenció.

345. Quan per motius de seguretat s'hagen de fer registres en les habitacions, a la recerca d'objectes potencialment perillosos o pertinences no autoritzades, estes han de fer-se en presència del resident i amb la seua col·laboració, per a evitar la sensació d'indefensió i de violació de la intimitat que la pràctica contrària podria comportar.

346. S'han d'establir formularis de parts de lesions que s'ajusten a les recomanacions del Defensor del Poble, reflectides en l'estudi del MNP sobre *Los partes de lesiones de las personas privadas de libertad* i, quan per part dels servicis mèdics s'atén una persona que ha resultat lesionada com a conseqüència d'una possible agressió, emplenar-lo i remetre'l a l'autoritat judicial d'acord amb el que s'indica en este estudi.

347. Les habitacions haurien de disposar de sistemes de trucada o alarma o sistemes alternatius per a aquells casos en els quals fóra necessària l'assistència immediata del personal als interns.

348. Les condicions materials dels centres han d'estar enfocades al tractament i benestar dels residents, com també a crear un ambient terapèutic positiu, d'acord amb el paràgraf 34 del 8é Informe General (CPT/Inf. (98) 12). Les instal·lacions requereixen

una especial cura quant al seu manteniment i les condicions de seguretat, neteja i higiene. S'han de complir les normes de caràcter sanitari, higiènic, de prevenció de riscos i d'emergència.

Així mateix, cal procurar la confortabilitat de les àrees, les zones comunes, el menjador i els espais d'interacció positiva per la majoria de residents. D'altra banda, totes les habitacions haurien de tenir una capacitat màxima de dues persones, i proporcionar suficient espai a cada resident.

Les instal·lacions haurien de permetre una certa privadesa als residents, en particular en els banys, ja que encara que la falta de mampares o separacions afavorix l'accessibilitat i el maneig per part del personal, pot vulnerar el dret a la intimitat dels pacients. Així mateix, els residents amb graus més elevats d'autonomia haurien de poder disposar d'armaris amb clau per a guardar-hi les seues pertinences i tenir accés als seus dormitoris durant el dia.

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓ RESIDENCIAL
A PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT MENTAL
A LA COMUNITAT
VALENCIANA
