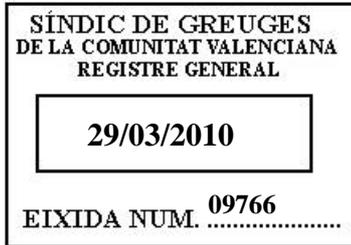




SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Asociación Española de Neuropsiquiatría  
C/ Magallanes, 1 sótano 2 local 4  
28015 MADRID

=====  
Ref. Queja nº 082987  
=====

NOTA PREVIA: El presente documento no pretende ser un seguimiento, puesta al día, ni, muchos menos, una revisión del Informe Especial presentado en el año 2003 a les Corts Valencianes sobre la Situación de las Personas que padecen Enfermedades Mentales y de sus Familias

Estimados Sres.:

A instancias de la interesada, familiar de persona con de enfermedad mental y miembro de una asociación de familiares de enfermos mentales, esta Institución ha querido conocer cual es el estado actual de la atención a las personas que padecen enfermedad mental y cuales son, a nuestro juicio, los aspectos en los que se debería incidir por las Administraciones implicadas para mejorar la atención de aquellas y de sus familiares o allegados.

El presente documentos se estructura en cuatro partes:

Primera.- Recordatorio de las Recomendaciones efectuadas en el Informe Especial.

Segunda.- Respuestas dadas por las principales Administraciones afectadas a fin de que unas y otras tengan cumplido conocimiento de las realizaciones y opiniones de todas ellas.

Tercera.- Opinión de la interesada acerca de las respuestas de las diferentes Administraciones Publicas.

Cuarta.- Análisis de esta Institución acerca de cuestiones relativas a la salud mental en forma de reflexiones.

## RECOMENDACIONES EFECTUADAS EN EL INFORME ESPECIAL:

A la Conselleria de Sanidad:

### *Sobre las Unidades de Salud Mental*

*PRIMERA.- Que, de conformidad a lo dispuesto en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (PDSM), se proceda a la progresiva ampliación de las plantillas de personal de las unidades, en proporción al número y a las características que puedan presentar los núcleos poblacionales.*

*SEGUNDA.- Que se atienda a la situación material de las diferentes unidades y, en particular, a las Unidades II y III de Castellón (área 2), Paterna (área 5), Mislata y Manises (área 6), Torrente (área 8), Alzira y Sueca (área 10), Denia (área 12), Alcoy (área 14), Benidorm (área 15), San Juan y Alicante Centro (área 16), Villena (área 17), Florida-Babel y Ciudad Jardín (área 18).*

*TERCERA.- Que, de conformidad a lo previsto en el PDSM, se proceda a la potenciación de la atención domiciliaria y la articulación de programas dirigidos a personas que padecen enfermedad mental y no mantienen contacto con el sistema sanitario.*

### *Sobre las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica*

*CUARTA.- Que se proceda a la adaptación de las unidades de hospitalización a los mínimos de camas previstos en el PDSM y se atienda a la situación concreta de las Unidades de Vinaroz, Sagunto, Hospital Arnau, Alzira, Gandía, Alcoy, Villajoyosa, Elche y Vega Baja.*

*QUINTA.- Que se proceda a la elaboración de unos criterios mínimos de espacio y diseño de las unidades de agudos, a los que deban ajustarse las nuevas unidades que se construyan, particularmente en las áreas donde no existe todavía unidad de hospitalización, y a los que, en la medida de sus posibilidades, deban amoldarse las ya existentes*

*SEXTA.- Que, por la Comisión de Consentimiento Informado descrita en el artículo 14 de nuestra Ley 1/2003, se proceda a la revisión y actualización de las materias referentes a la aplicación del consentimiento informado en materia de tratamientos por salud mental, en particular lo concerniente a la terapia electroconvulsiva y a la psicocirugía.*

*SÉPTIMA.- Que se garantice la disponibilidad de la terapia electroconvulsiva en todas las unidades de agudos de la Comunidad Autónoma.*

*OCTAVA.- Que, en tanto no exista regulación sobre la psicocirugía, se designe una unidad de referencia y se confeccione un protocolo que incluya la supervisión de un organismo independiente, diferenciado del médico que vaya a practicar la intervención, de conformidad con las recomendaciones internacionales.*

*NOVENA.- Que se proceda al estudio y elaboración de un sistema estadístico que permita realizar un seguimiento de las circunstancias en que se realizan y se desarrollan los sistemas de contención y aislamiento en las unidades de agudos, con objeto de facilitar la transparencia sobre este polémico asunto y realizar evaluaciones de control.*

*Sobre los Hospitales de Día*

*DÉCIMA.- Que, de conformidad a las previsiones del PDSM, se proceda a la creación de la red de hospitales de día.*

*Sobre la Salud Mental Infantil*

*UNDÉCIMA.- Que, de conformidad a lo dispuesto en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (PDSM), se proceda a la progresiva ampliación de las plantillas de personal de las unidades, a fin de poder atender dignamente a la población.*

*DECIMOSEGUNDA.- Que se proceda a la progresiva mejora de los medios materiales de las unidades y se elimine la provisionalidad de las unidades ubicadas en Castellón (nº 2), Diputación Provincial de Valencia (Museo) y Elche.*

*DECIMOTERCERA.- Que, mediante un proceso de consultas con los profesionales y las asociaciones implicadas y la revisión de los modelos implantados por otras Comunidades Autónomas, se proceda al estudio de la creación de una unidad de hospitalización infanto-juvenil que cumpla los mínimos exigibles.*

*DECIMOCUARTA.- Que, de la misma manera que los hospitales de día de adultos, se proceda al estudio de las necesidades en materia de hospitalización de día infanto-juvenil.*

*A la Conselleria de Bienestar Social*

*DECIMOQUINTA.- Que se impulse el desarrollo reglamentario de las disposiciones sobre viviendas tuteladas con objeto de que se cree una red mínima, lo suficientemente flexible, que permita la atención a personas que padecen enfermedad mental con diferentes niveles de deterioro, impulsando campañas de sensibilización e información a la sociedad sobre la necesidad y utilidad de este tipo de recursos.*

*DECIMOSEXTA.- Que se procure que, por cada CEEM, exista una vivienda puente que permita un proceso adecuado y ágil de desinstitucionalización, sin pérdida de las subvenciones, hasta el acceso a alojamientos menos restrictivos.*

*Que, en referencia a la situación de la Unidad de Media-Larga Estancia de Castellón, se proceda al estudio y traslado de aquellos pacientes que precisan de atención residencial, sea en CEEM, residencia de tercera edad, residencia para discapacitados psíquicos o el recurso que proceda.*

*DECIMOSÉPTIMA- Que se impulse el desarrollo reglamentario de los centros de rehabilitación e integración social de forma que permitan una adaptación a los recursos no homologados que facilite su supervivencia hasta su mejora o sustitución por otros con mayores medios. Que, en particular, se atienda a la situación de los programas situados en los núcleos rurales, de forma que pueda cubrirse un mínimo de servicios, y a la situación concreta de los centros de rehabilitación de Alzira y Aldaia.*

*DECIMOCTAVA- Que se proceda a la confección de un registro de casos y se valore la necesidad de realizar una guía sobre la utilización de los medios de contención en los centros residenciales, de forma análoga a los desarrollados por otras Comunidades Autónomas.*

*DECIMONOVENA- Que se proceda al estudio de la posibilidad de subvencionar o facilitar la contratación de un seguro de responsabilidad civil que cubra la responsabilidad derivada del ejercicio de la tutela a los designados para su ejercicio.*

*VIGÉSIMA.- Que se proceda al estudio del estado actual de nuestra Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Incapacitados y su adaptación a las nuevas demandas sociales, en línea con las actuaciones realizadas por otras Comunidades Autónomas, y se proceda a impulsar la creación de entidades tutelares, de conformidad con lo previsto en el artículo 43 de la Ley 11/2003.*

A las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social

*VIGÉSIMO PRIMERA.- Que se proceda a la actualización y mejora de los servicios de obtención de datos y estadística que permitan ofrecer un sistema integrado, con objeto de proporcionar una visión global y evaluar la eficacia de los distintos dispositivos de salud mental.*

*VIGÉSIMO SEGUNDA.- Que se proceda a una mayor integración de los recursos y, en particular, a una definición del estatuto del personal sanitario de la red pública en los centros específicos para personas con enfermedad mental.*

*VIGÉSIMO TERCERA.- Que, de conformidad con lo previsto en el PDSM, se potencie la adecuada preparación de los cuidadores sin status profesional con la adecuada formación teórica y práctica, facilitando información a los cuidadores sobre sus derechos.*

*VIGÉSIMO CUARTA.- Que se impulsen las ayudas y los servicios de respiro para familiares mediante un amplio abanico de posibilidades de respiro temporal que permitan un cuidado alternativo acorde a las necesidades.*

*VIGÉSIMO QUINTA.- Que, de conformidad con las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa nº R (2000) 5, de 24 de febrero y R (97) 17 de 30 de septiembre se procuren mecanismos para facilitar el derecho de los sectores afectados a participar en los procesos de decisión que afecten a los cuidados sanitarios en materia de salud mental.*

*VIGÉSIMO SEXTA.- Que se impulse la negociación de un protocolo de urgencias en salud mental con la Administración de Justicia y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad*

*que establezca las pautas mínimas y preparación necesaria para su realización y permita distinguir los supuestos de intervención, en línea con el firmado el 5 de octubre de 2000 en la ciudad de Alicante.*

*VIGÉSIMO SÉPTIMA.- Que en aquellos casos de incapacidad legal del afectado y necesidad de aplicación de tratamientos obligatorios en la Comunidad, se impulse la negociación de protocolos con la Administración de Justicia al objeto de:*

- Establecer los requisitos mínimos de comunicación por parte de las autoridades sanitarias y la intervención adecuada de los familiares a los efectos del artículo.*
- Establecer el contenido mínimo de los programas de tratamiento y rehabilitación en comunidad que deberán adjuntarse a tales comunicaciones.*
- Concretar los requerimientos mínimos que debe revestir la autorización.*
- Establecer las modalidades de ejecución y las fórmulas de aplicación.*
- La elaboración de una estadística de casos que, respetuosa con las exigencias de confidencialidad, permita la confección de un instrumento adecuado para la mejora de los servicios y de las intervenciones.*

A la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo

*VIGÉSIMO OCTAVA.- Que se impulse el cumplimiento de las normas sobre integración y empleo de personas con minusvalía, sobre cumplimiento de la reserva de empleo, de las modalidades de empleo como el empleo con apoyo y los enclaves protegidos, la sensibilización social sobre las posibilidades laborales de las personas con discapacidad, el impulso del papel de los servicios de intermediación y de formación y que se atienda a las especiales dificultades del colectivo de las personas que padecen enfermedad mental mediante un adecuado estudio que incluya métodos de evaluación estadística.*

Al Ente público “Radiotelevisión Valenciana”

*VIGÉSIMO NOVENA.- Que de conformidad con los principios que inspiran su creación, conforme a la Ley 7/1984 y la Recomendación nº R(97) 21, de 30 de octubre, del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre los medios y la promoción de una cultura de tolerancia, se proceda a adoptar, como Código de Conducta, las normas recogidas en la Guía de Estilo sobre Salud Mental y Medios de Comunicación de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES).*

A la Excma. Diputación Provincial de Valencia

*TRIGÉSIMA.- Que se proceda al estudio del posible uso de los espacios libres del Hospital Psiquiátrico Padre Jofré de Bétera con objeto de que sean, paulatinamente, cubiertos por otros servicios públicos no destinados a salud mental y se proceda a una adecuada gestión del suelo público y de las estructuras allí existentes y que, de existir beneficios, redunden en los presupuestos destinados a salud mental.*

A la Excma. Diputación Provincial de Alicante

*TRIGÉSIMO PRIMERA.- Que se proceda al cierre del antiguo Sanatorio Psiquiátrico Provincial, hoy Centro Dr. Esquerdo, mediante un proceso transparente, consensuado con los trabajadores del centro y con las asociaciones afectadas y que se reinvierta el patrimonio inmobiliario resultante, en la creación de recursos residenciales, alojamientos alternativos a la institucionalización y servicios de rehabilitación psicosocial. Que, en tanto se proceda al traslado de los internos, se mantengan los niveles actuales de cuidado y alojamiento dispensados por el centro.*

Al Excmo. Ayuntamiento de Valencia

*TRIGÉSIMO SEGUNDA.- Que, en la medida de lo posible, se proceda a la mejora de las condiciones materiales del Centro de Rehabilitación Biopsicosocial de Museo, cuyo local fue cedido por el mencionado Ayuntamiento.*

## RESPUESTAS DE LAS PRINCIPALES ADMINISTRACIONES AFECTADAS

El 23 de septiembre de 2008 tuvo entrada escrito formulado por D<sup>a</sup>. (...) a fin que se preguntase a la principales Administraciones afectadas por las recomendaciones las actuaciones llevadas a cabo desde 2003 hasta la actualidad.

A tal fin con fecha 20 de octubre de 2008 dirigimos escritos a las Consellerias de Sanidad, de Bienestar Social y de Economía, Hacienda y Empleo, así como a las Diputaciones de Alicante y de Valencia, a fin de que nos informasen de las actuaciones llevadas a cabo en relación con las recomendaciones efectuadas desde la presentación del Informe Especial hasta la fecha. Hasta el 11 de marzo de 2009 no tuvimos en nuestro poder la totalidad de informes solicitados.

Dichas respuestas se transcriben a continuación por orden de entrada:

### **Diputación de Valencia**

*“En contestación a su escrito (Ref. queja n° 082987) sobre "Actualización de las recomendaciones realizadas en el informe especial sobre la "Situación de las Personas que padecen Enfermedad Mental y de sus Familiares" por el que se insta la remisión de información actualizada sobre las recomendaciones hechas en el informe de referencia a esta Administración, he de informarle que:*

*1.- La Diputación Provincial de Valencia desde que aprobó el Plan de Deshospitalización ha venido destinando a otros usos, siempre de servicio público, las infraestructuras contenidas en el recinto del antiguo Hospital Psiquiátrico de Bétera, con las consiguientes inversiones de capital para la operatividad de los servicios; así, a título de ejemplo, los antiguos pabellones rehabilitados para las Áreas de Cultura y Patrimonio de la Corporación.*

*2.- La reciente firma del Convenio de Transferencia de las Áreas de Salud Mental entre la Diputación de Valencia y la Conselleria de Sanidad, ha comportado la cesión de uso de diversos equipamientos del extinto Hospital Psiquiátrico de Bétera a la Conselleria de Sanidad para el adecuamiento en la prestación de servicios sanitarios, en especial en materia de toxicomanías y alcoholismo.*

3.- Por último, se informa que, la Diputación de Valencia se halla en negociación con las Consellerías de Bienestar Social y de Sanidad para la cesión de más infraestructuras y dotaciones del antiguo Hospital Psiquiátrico de Bétera para la puesta en marcha de servicios públicos relacionados con la sanidad y el bienestar social de todos los Valencianos, si bien, en este momento, todavía no se han formalizado ambos.

No quiero finalizar este informe sin expresarle el compromiso en la Corporación que presido y el mío propio para que los Servicios de Salud Mental que todavía gestiona esta Corporación tengan consignaciones presupuestarias dignas y suficientes que aseguren los servicios necesarios y de calidad que demanda nuestra sociedad.”

### **Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo:**

“En relación con el escrito recibido en esta Conselleria de Economía, Hacienda y, Empleo) 24 de octubre de 2008, suscrito por V.E. y relativo a la queja núm. 082987., planteada ante esa Alta Institución por D<sup>a</sup>. (...), pongo en su conocimiento que por este departamento se impulsó en su día el trámite oportuno para el esclarecimiento de los supuestos contemplados en la citada queja, de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley de la Generalitat 11/1988, de 26 de diciembre, del Síndic de Greuges.

Como consecuencia de las actuaciones realizadas, y tomando como base la información que el 11 de noviembre de 2008 nos remitió la Secretaría General del Servef, se informa lo siguiente:

« De acuerdo con el artículo 37.1, de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, la finalidad primordial de las políticas de empleo de los trabajadores con discapacidad debe ser su integración, en condiciones que garanticen la aplicación del principio de igualdad de trato, en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido, a través de los centros especiales de empleo.

La Conselleria de Economía Hacienda y Empleo, a través del SERVEF, y dentro del marco de competencias que tiene atribuidas en materia de fomento de empleo, viene llevando a cabo una política coordinada para la inserción laboral de las personas con discapacidad, no sólo en empresas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) sino también en empresas ordinarias, potenciando el tránsito de trabajadores de aquéllas a éstas, y prestando una especial dedicación a aquellas personas que, por su tipo de discapacidad, presentan unas especiales dificultades para la inserción en la empresa ordinaria.

En concreto, dentro del ámbito competencial del Área de Fomento de Empleo puede apreciarse dos grandes grupos de medidas:

**PRIMERO.** Con carácter general, en la selección de trabajadores para la ejecución de los distintos programas de empleo público se prevé un sistema de discriminación positiva para las personas con discapacidad. Tal es el caso de los programas establecidos en las siguientes convocatorias de ayudas:

a) Orden de 21 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se convocan las ayudas del Programa de Empleo Público de Interés

*Social, y las subvenciones destinadas a las corporaciones locales en el marco del Plan de Mantenimiento de los Servicios Públicos en las zonas de interior, para el ejercicio 2008, publicada en el DOCV de 2 de enero de 2008.*

*b) Orden de 27 de mayo de 2008, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo por la que se convocan las ayudas del Programa de Fomento de Empleo Salario-joven para el ejercicio 2008, publicada en DOCV de 13 de junio de 2008.*

*SEGUNDO. A lo largo del ejercicio 2008 se han publicado diversas órdenes de fomento de empleo que tienen una incidencia específica en el colectivo de personas con discapacidad. En ese sentido, podemos destacar las siguientes órdenes de convocatoria de ayudas:*

*a) Orden de 31 de julio de 2008, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se convocan ayudas destinadas a la realización de proyectos de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo, para el ejercicio 2008, publicada en el DOCV de 23 de septiembre de 2008.*

*Esta Orden tiene como objeto establecer un programa de ayudas destinadas a la realización de proyectos de empleo con apoyo en centros de trabajo domiciliados en la Comunidad Valenciana, como medida de integración laboral de las personas con discapacidad en el sistema ordinario de trabajo.*

*Se entiende por empleo con apoyo el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo que prestan preparadores laborales especializados, para facilitar la adaptación social y laboral de los trabajadores con discapacidad que afrontan especiales dificultades de inserción laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo bajo condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes.*

*Los proyectos de empleo con apoyo deberán contemplar la realización de, al menos, las siguientes acciones:*

*a) Orientación, asesoramiento y acompañamiento a la persona con discapacidad, elaborando para cada trabajador un programa de adaptación al puesto de trabajo.*

*b) Labores de acercamiento y mutua ayuda entre el trabajador beneficiario del programa de empleo con apoyo, el empleador y el personal de la empresa que comparta tareas con el trabajador con discapacidad.*

*c) Apoyo al trabajador en el desarrollo de habilidades sociales y comunitarias, de modo que pueda relacionarse con el entorno laboral en las mejores condiciones.*

*d) Formación específica del trabajador con discapacidad en las tareas inherentes al puesto de trabajo.*

*e) Seguimiento del trabajador y evaluación del proceso de inserción en el puesto de trabajo. Estas acciones tendrán por objeto la detección de necesidades y la prevención de posibles obstáculos, tanto para el trabajador como para la empresa que le contrata, que pongan en peligro el objetivo de inserción y permanencia en el empleo.*

f) *Asesoramiento e información a la empresa sobre las necesidades y procesos de adaptación del puesto de trabajo.*

g) *Orden de 27 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se convoca y repula la concesión de subvenciones públicas destinadas al fomento del empleo protegido para personas con discapacidad en Centros Especiales de Empleo y enclaves laborales para el ejercicio 2008, publicada en DOCV de 31 de enero de 2008.*

*Esta orden regula los siguientes programas de ayudas:*

*1.- Programa de ayudas a los Centros Especiales de Empleo.*

*1.1.- Creación de empleo estable. Acciones apoyables:*

- a) Para la asistencia técnica*
- b) Para la inversión fija*
- c) Para subvencionar parcialmente intereses de préstamos.*

*Cuantía de las ayudas: Entre 9.016 € y 12.021 €, dependiendo del porcentaje de trabajadores con discapacidad del CEE.*

*1.2.- Mantenimiento de puestos de trabajo. Acciones apoyables:*

- Ayuda salarial*
- Asistencia Técnica*
- Gastos financieros*
- Adaptación de puestos de trabajo*
- Equilibrio financiero*
- Ayuda complementaria: Se trata de un programa propio de la Generalitat y consiste en una ayuda de 200 € mensuales por cada trabajador con discapacidad psíquica con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33%, o de 100 € mensuales por cada trabajador con discapacidad física o sensorial con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 65%.*

*Cuantía de las ayudas:*

- 50% S.M.I. en el caso de la ayuda salarial*
- Hasta el 50% del coste de estudios, auditorias y servicios de asesoramiento en gestión empresarial, con el tope de 200 € por trabajador discapacitado al año.*
- Hasta 3% intereses préstamos.*
- Hasta 1.803 € por puesto que se adapte.*
- La necesaria para sanear financieramente el CEE*

*1.3.- Unidades de apoyo a la actividad profesional. Acciones apoyables:*

*Apoyo a la creación de Unidades de Apoyo en el marco de los servicios de ajuste personal y social.*

*Cuantía de las ayudas: 1.200 € por trabajador con discapacidad severa justificándose con coste salarial y de seguridad social de los integrantes de las unidades de apoyo.*

*1.4.- Proyectos de inserción a través de CEE+I. Acciones apoyables:*

*Apoyar proyectos encaminados a facilitar la contratación laboral en empresas ordinarias de personas discapacitadas que previamente hayan seguido un itinerario de inserción en un CEE+I.*

*Cuantía de las ayudas: 3.000 € por cada trabajador con discapacidad del CEE que, previo itinerario de inserción, sea contratado en la empresa ordinaria.*

*2.- Programa de ayudas a la empresa ordinaria por contratación indefinida de trabajadores procedentes de un enclave laboral.*

*Acciones apoyables: Ayuda a las empresas colaboradoras que contraten con carácter indefinido a un trabajador con discapacidad severa procedente de un enclave laboral.*

*Cuantía de las ayudas: 7.814 € por cada trabajador contratado procedente del enclave, y 902 € por adaptación del puesto de trabajo.*

*c) Orden de 20 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se convocan las ayudas destinadas al fomento del empleo estable y otras medidas para la creación de empleo para el ejercicio 2008, publicada en DOCV de 2 de enero de 2008.*

*Dentro de los programas de ayudas que contempla esta Orden se encuentra el programa de Contratación de trabajadores con discapacidad por empresas ordinarias, que tiene como objeto establecer incentivos para favorecer la inserción de los trabajadores con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Las acciones apoyables y las cuantías de subvención son:*

*a) Fomento de la contratación indefinida: 6.000€. En este caso la Generalitat complementa la cuantía de 3.907 euros que fija el ministerio.*

*b) Fomento de la contratación temporal de 12 meses mínimo: 2.000€. Este es un programa propio en su totalidad de la Generalitat.*

*c) Ayudas para la adaptación de puestos de trabajo: 902€*

*Hay que destacar asimismo que con carácter general (es decir, no sólo para el caso de los programas destinados a las personas con discapacidad) la convocatoria prevé que en caso de empate la concesión se resuelva en favor de aquellas empresas que acrediten un mayor grado de compromiso con la inserción laboral de los discapacitados, de conformidad con lo previsto en el Decreto 279/2004, de 17 de diciembre, del Consell, por el que se regulan medidas en los procedimientos de contratación administrativa y de concesión de subvenciones para el fomento del empleo de las personas con discapacidad.*

*d) Orden de 19 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se regula y convoca la concesión de subvenciones de fomento del empleo dirigido a emprendedores para el año 2008, publicada en el DOCV de 2 de enero de 2008.*

*Esta Orden regula la concesión de varios tipos de ayudas, entre las que destacan las ayudas por el establecimiento como trabajador autónomo o por cuenta propia, y cuyos beneficiarios son las personas desempleadas, inscritas como demandantes de empleo en el correspondiente Centro SERVEF, que accedan a su empleo a través de la creación de actividad empresarial independiente.*

*Esta subvención por establecimiento como autónomo, se gradúa en intensidad según la dificultad para el acceso al mercado de trabajo, de acuerdo con la inclusión del*

solicitante en alguno de los siguientes colectivos, entre los que se encuentran los desempleados con discapacidad y las mujeres desempleadas con discapacidad:

- 1º.- 5.000 € para desempleados en general
- 2º.- 6.000 € para jóvenes desempleados de 30 o menos años
- 3º.- 7.000 € para mujeres desempleadas
- 4º.- 8.000 € para desempleados con discapacidad
- 5º.- 10.000 € para mujeres desempleadas con discapacidad

e) Orden de 20 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se regulan y convocan subvenciones destinadas a la implantación de planes integrales de empleo para personas desempleadas de difícil inserción laboral, para el periodo 2008-2009, publicada en el DOCV de 28 de diciembre de 2007.

Entre los planes integrales que se regulan en la presente convocatoria, figuran los planes integrales de empleo para personas con discapacidad, cuyos destinatarios son:

- a) Desempleados que acrediten una discapacidad psíquica o enfermedad mental igual o superior al 33 %, o una discapacidad física o sensorial igual o superior al 65 %.
- b) Desempleados que acrediten discapacidades menos severas que las recogidas en el apartado anterior.

La convocatoria recoge dos líneas de ayudas, una para las entidades promotoras de los proyectos y otra para las entidades empleadoras de los participantes en los planes. Las ayudas ascienden a los siguientes importes:

• Ayudas a entidades promotoras: Un importe medio de 3.000 € por cada participante; además, en el caso de planes integrales de empleo cuyos participantes sufran discapacidades más severas, podrá percibirse una subvención de 1.200 euros, adicional a la ayuda media, por atención a cada participante en planes anteriores que hubiera sido insertado en el mercado laboral con su intermediación, siempre que el contrato se encuentre en vigor dentro del tiempo de duración del proyecto subvencionado. En todo caso, para poder ser receptor de las ayudas deberá acreditarse a la finalización del plan la inserción laboral con contratos de una duración mínima de tres meses de un tercio de los participantes pertenecientes al colectivo a), y de dos tercios de los participantes pertenecientes al colectivo b). • Ayudas a empleadoras: Por contratación indefinida inicial, o bien por conversión en indefinido de contrato temporal, 8.000 €. Por contratación temporal, de 1.500 a 3.000 €.

Respecto de la recomendación de "impulsar los servicios de formación" para personas con enfermedad mental, el SERVEF viene programando convocatorias de ayudas para la realización de Talleres de Formación e Inserción Laboral destinados a personas discapacitadas, ya desde el Programa Operativo de la Comunidad Valenciana 2000/2006. Esta actuación se mantiene en el actual Programa Operativo 2007/2013.

La ejecución de este programa, mediante subvenciones a entidades sin ánimo de lucro especializadas, está permitiendo la cualificación de personas con discapacidad psíquica. Concretamente, entre los años 2005 a 2008, en torno a 1.720 personas con discapacidad psíquica han participado como alumnos en los citados Talleres, mejorando su cualificación laboral y sus posibilidades de inserción profesional.»

*Lo que le comunico a V.E. para su conocimiento y a los efectos previstos en el artículo 29 de la Ley de la Generalitat 11/1988, del Síndic de Greuges.”*

## **Diputación de Alicante**

*“INFORMANDO A GERENCIA SOBRE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN EL CENTRO SOCIO ASISTENCIAL DR. ESQUERDO, CONTESTANDO LAS RECOMENDACIONES DEL SINDIC DE GREUGES EFECTUADAS EN 2003, Y SOBRE LAS QUE SE SOLICITA INFORMACIÓN ACTUALIZADA.*

*1.- El Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo, funciona como tal desde 1998, -tras la aprobación en pleno de la Excm. Diputación Provincial de Alicante-, como Complejo Socio-Asistencial para el estudio y tratamiento de la cronicidad, y con funciones de Rehabilitación Psiquiátrica, en el edificio en donde hasta la fecha se atendía a los enfermos mentales crónicos.*

*2.- El proceso de cambio, se llevó a cabo consensuándose con los trabajadores del centro y sus representantes; teniendo conocimiento de dicho cambio, los servicios de salud mental y asociaciones de enfermos mentales de Alicante y Provincia.*

*3.- Se ha formado al personal del centro de todos los estamentos, en Rehabilitación Psiquiátrica, mediante distintos cursos llevados a cabo por expertos en la materia, que han permitido el que en el Centro Dr. Esquerdo, actualmente se lleven a cabo programas para mejorar habilidades básicas e instrumentales de los pacientes, y mejorar su conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.*

*4.- Los servicios que presta nuestro centro, son de rehabilitación psicosocial, y en los mismos se ofertan estancias cortas, transitorias e indefinidas, teniendo como objetivo la reintegración en su comunidad de origen, una vez rehabilitadas las funciones deterioradas de los pacientes.*

*5.- La Excm. Diputación Provincial de Alicante, está en espera de que se apruebe por el Ayuntamiento de San Juan, el inicio de obras de un nuevo edificio, que dispondrá de CEEMs, Centro de Día y CRIS; mientras tanto, los niveles de cuidado y alojamiento en el Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo, son similares a los que se dispensan en CEEMs y Centros de Día de la Conselleria de Bienestar Social. -Entrenamiento en habilidades de autocuidado, Entrenamiento en habilidades de la vida diaria, Psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables, actividades de ocio y tiempo libre, e intervención familiar -.*

**SE ADJUNTA COPIA DE OBJETIVOS Y MISIÓN DEL CENTRO PARA EL 2008.**

***CENTRO SOCIO ASISTENCIAL DR ESQUERDO."OBJETO Y MISIÓN DEL CENTRO, PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN OFERTA DOS Y PACIENTES BENEFICIARIOS'.***

### ***I. OBJETO Y MISIÓN DEL CENTRO SOCIO ASISTENCIAL DR. ESQUERDO;***

*El centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo, nace en Junio de 1998, tras aprobar la Excm. Diputación Provincial de Alicante "en pleno", la transformación del Hospital*

*Psiquiátrico Provincial, en un centro de Rehabilitación, "para el estudio y tratamiento de la cronicidad".*

*El centro hereda los pacientes que residían en el Hospital Psiquiátrico, y el personal sanitario (entendemos que también personal asistencial sociosanitario, como monitores ocupacionales) que los atendía -Auxiliares Sanitarios Titulados, ATS y Diplomados en Enfermería, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Farmacéutico, Médicos y Psiquiatras-; así como los servicios administrativos de apoyo y gestión del centro, con su personal -Lavandería, Cocina, Gestión económica etc.*

*Actualmente, para cumplir los objetivos de rehabilitación, se dispone de las siguientes unidades asistenciales:*

- > Unidad de Rehabilitación (100 plazas -75 de hombres y 25 de mujeres-).*
- > Centro de Día (con 25 plazas de hospitalización parcial -hasta después de comer-)*
- > Unidad Asistencial (con Residencia Asistida -para la 3o edad-, con dotación de 50 plazas, 25 de hombre y 25 de mujeres; y disminuidos psíquicos, dotada de 50 plazas, 25 de hombres y 25 de mujeres).*
- > Cuidados de la Salud, talleres ocupacionales y Farmacia, -de apoyo a las distintas unidades-.*

*El Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo es un Centro de Rehabilitación, cuya misión es:*

*1.- Mejorar, recuperar y mantener la autonomía e independencia de los pacientes en habilidades de autocuidado y movilidad, que permitan vivir sin precisar ayuda; se trata de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, comer, deambular, trasladarse, controlar esfínteres y usar el retrete.*

*2- Mejorar y mantener (rehabilitar), aquellas actividades que permiten a una persona adaptarse a su entorno y conseguir una independencia y autonomía en la comunidad, "sin ayuda"; son las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación y el dinero etc.*

*Ello en consonancia con los objetivos y misión del Centro: "Estudio y tratamiento de la cronicidad en el enfermo mental"; y nace de la evidencia, de los déficits en las habilidades citadas, y otros, "inherentes a la enfermedad mental", fundamentalmente trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, y otras psicosis-, que aparecen como evolución de la enfermedad mental, en un porcentaje elevado de pacientes-.*

*Tradicionalmente, además de la pérdida de habilidades básicas e instrumentales referida, aparecen déficits en funciones como atención, memoria y función ejecutiva\_- capacidad para programar una actividad dirigida a un objetivo, organizándola correctamente, evaluándola y dirigiéndola al fin esperado, anticipando problemas y modificando las secuencias de la actividad, de una forma razonable-. - "funciones cognitivas"-...término cercano al de inteligencia-....A éstos déficits, se añaden aislamiento, aplanamiento afectivo, falta de lógica y de motivación, apatía, y dificultades para mantener la concentración en una tarea, -son los denominados "síntomas negativos" actualmente, clásicamente "defecto esquizofrénico"-, y que*

*dificultan la normalización e integración social de los pacientes, (mas que los positivos, -ideas delirantes y alucinaciones-), y por este motivo, "diana del Equipo de Rehabilitación", que diseña programas específicos, para mejorar dichas funciones, y la calidad de vida de los pacientes, previniendo la indigencia de los enfermos sin apoyo social ni familiar.*

*La mayoría de estas actividades de rehabilitación, se engloban dentro del concepto de Rehabilitación Psicosocial: Conjunto de acciones encaminadas a recuperar, mantener o mejorar las habilidades precisas para alcanzar el nivel mas elevado en el funcionamiento personal y social de los residentes, que les permita reintegrarse en su medio en las mejores condiciones.*

*El Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo, dependiente de la Excma. Diputación Provincial de Alicante, se adhiere -para el cumplimiento de sus objetivos-, "en lo esencial para la rehabilitación", a lo dispuesto en la Orden de 3 de Febrero de 1997 de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre "Servicios a Enfermos Mentales Crónicos en la Comunidad Valenciana", en la que se desarrollan los Centros Específicos para Enfermos Mentales Crónicos (CEEM); Centros de Día para Enfermos Mentales Crónicos, y Centros de Rehabilitación e Integración Social para Enfermos Mentales Crónicos; y la Orden de 9 de Mayo de 2006 de la Conselleria de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.*

*PD: En la actualidad, todas las unidades asistenciales están certificadas en calidad.*

## *II. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN ABIERTOS:*

*A. Unidad de Rehabilitación: (Para estancias cortas -fin de semana a un mes-, transitorias -mes-año-, e indefinida -larga, más de un año).*

*1) Entrenamiento en habilidades de autocuidado: Actuaciones dirigidas a la mejora de los hábitos de higiene personal, el manejo y uso del vestido, y los hábitos alimentarios adecuados.*

*Los programas desarrollados en esta área son:*

- a. Actividades de autonomía de la vida diaria.*
- b. Actividad de cocina.*

*2) Habilidades de la vida diaria: Son las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales -cotidianas-, necesarias para conseguir autonomía personal básica, social y cognitiva.*

*Los programas y actividades que se desarrollan en esta área son:*

- a) Actividades de autonomía social*
- b) Programa actividad de lavadora-secadora*
- c) Programa actividad de conocimientos educativos básicos*
- d) Programa de educación vial*
- e) Programa de teatro*
- f) Actividad de entrenamiento cognitivo*
- g) Actividades de taller de lectura*
- h) Actividad de salidas de pacientes autónomos*
- i) Elaboración y edición y distribución de la revista del centro "Papyrus" -trimestral*

3) *Psicoeducación: Actividades dirigidas a la concienciación de la enfermedad, adherencia al tratamiento y hábitos de vida saludables*

*Los programas o actividades que desarrollan en esta área son:*

- a) *Actividades de movilización física*
- b) *Autoadministración de la medicación (nivel 1)*
- c) *Curso de Psicoeducación en relación al tratamiento farmacológico (nivel 2)*

4) *Intervención familiar. Actividades dirigidas a los familiares de los residentes para incrementar el conocimiento de la enfermedad mental y su tratamiento, apoyarles y ayudarles en la convivencia con personas con enfermedad mental grave.*

*Esta actividad se efectúa mediante el Programa psicoeducativo de Apoyo familiar - PAF-, con las charlas psicoeducativas de distintos profesionales del centro de Día y Rehabilitación.*

5) *Tiempo libre: Actividades encaminadas a reforzar y aprender acciones de carácter lúdico que contribuyan a incrementar la adaptación social, las relaciones interpersonales y el sentimiento de autorrealización de los residentes.*

*Los programas desarrollados en esta área son:*

- a) *Actividades de ocio y tiempo libre*
- b) *Video-coloquio*
- c) *Escuela-taller*

**RECURSOS HUMANOS:** *La unidad de Rehabilitación dispone de Jefe de Unidad, Cuatro coordinadores de unidad -, dos Psicólogos, una Trabajadora Social -, 50 Auxiliares Sanitarios Titulados -AST-, cinco monitores en talleres y 4 en las unidades.*

**B. Centro de día:**

*Especializado en la rehabilitación y reinserción social de personas entre 18 a 65 años, con trastornos mentales graves que viven en la comunidad y presentan déficits de sus capacidades y de su funcionamiento social, y/o conflictos severos en el medio de convivencia, y severas dificultades para utilizar recursos normalizados para la satisfacción de sus necesidades en todas o casi todas las áreas, -se excluyen pacientes con adicción activa y trastornos severos de comportamiento auto/heteroagresivos-.*

*En el centro de Día:*

1. *Se proporciona un ambiente de convivencia estructurado, con actividades de ocio y tiempo libre*
2. *Se previene la claudicación familiar*
3. *Se facilita la integración social y el acceso a otros dispositivos de rehabilitación*
4. *Se previene la hospitalización psiquiátrica.*
5. *Es recurso de apoyo entre la externación de rehabilitación y reinserción en su medio.*

*Los programas abiertos en el Centro de día son:*

1. *Apoyo familiar: A través del Programa psicoeducativo de apoyo familiar (PAF).*
2. *Convivencia: Mediante asambleas semanales, reuniones de familiares, y programas para Navidad y Hogueras.*
3. *Reeducación de hábitos básicos: Mediante el control de puntualidad y asistencia, supervisión de la toma de medicación, educación para la salud,*

*psicoeducación, modales en la mesa, poner la mesa y fregarla, taller de cocina, taller de tareas domésticas, uso de lavadora y secadora.*

4. *Psicomotricidad: Gimnasia y deporte, talleres de manualidades, y relajación.*
5. *Ocio y tiempo libre: Salidas por la mañana y tarde -cine-, excursiones de día completo, y colaboración en la edición de Papyrus.*
6. *Apoyo social: Exposición y venta artesanales, jornadas de usuarios de salud mental, programa de sensibilizado sobre la enfermedad mental.*
7. *Orientación espacial y puesta al día: Introducción a la informática, actividades de lectura comentada.*
8. *Rehabilitación cognitiva: Taller de atención y memoria.*

**RECURSOS HUMANOS:** *Se dispone de una Jefa de Unidad, una Trabajadora social a tiempo parcial con la Residencia Asistida, cuatro monitores ocupacionales, y tres Auxiliares Sanitarios Titulados.*

### **C. Unidad Asistencial:**

*Su misión es la de ofrecer cuidados permanentes asistenciales médico-psiquiátricos y de enfermería, que eviten el deterioro de los residentes y mantengan una calidad de vida digna, mediante la reducción de hábitos y costumbres nocivas, reducción de los factores de riesgo de accidentes, fomento del autocuidado, cumplimiento de profilaxis de enfermedades y despistajes, control, tratamiento y seguimiento de las patologías con mayor morbilidad en la tercera edad.*

*Los programas abiertos en Unidad Asistencial son:*

1. *Valoración dinámica multidimensional para todos los pacientes*
2. *Tutorías para atención individualizada*
3. *Plan individual de rehabilitación*
4. *Valoración y prevención del riesgo de caídas*
5. *Valoración y prevención de úlceras por decúbito*
6. *Ocio y tiempo libre*
7. *Entrevistas familiares iniciales y seguimiento*
8. *Actuaciones de trabajo social para cubrir las necesidades de los residentes*
9. *Mejora de función cognitiva a través del programa "La caja de la vida"*

*Los programas externos, son aquellos que se establecen para todos los pacientes del Centro Dr. Esquerdo, desde la Unidad de Cuidados de la Salud, siendo los más relevantes.*

1. *Hiperlipemia*
2. *Hipertensión arterial*
3. *Obesidad*
4. *Diabetes*
5. *Inmunizaciones*
6. *Hábito tabaquico*
7. *Nutrición y dietas específicas*
8. *Monitorización de heridas crónicas*
9. *Sesiones psicoeducativas de enfermería mensuales.*

*RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL: Jefe de Unidad, dos Coordinadores de Unidad, una Trabajadora Social -a tiempo parcial con el Centro de día-, y cuarenta y tres Auxiliares Sanitarios Titulados.*

*La Unidad de Cuidados de la Salud dispone de Jefe de Unidad, seis ATS/D.E, y tres AST, para las atenciones de enfermería de los pacientes.*

*Farmacia dispone de Jefe de Unidad y 5 AST.*

*La Atención Médico-Psiquiátrica, se lleva a cabo por dos médicos psiquiatras, uno de los cuales es Jefe de la Unidad Asistencial, y el otro -quien subscribe-, Jefe del Servicio Socio-Asistencial.*

*La Excma. Diputación Provincial, ha contratado dos médicos generales, para la atención somática de los residentes, que iniciarán sus funciones a primeros de Noviembre 2008.*

*B. La Residencia Asistida de la 3a edad, se nutre de pacientes con edad superior a 65 años, con diagnósticos de Esquizofrenia residual, Bipolares, Demencias, Depresión etc.*

*La mayoría de los cuales proceden de las unidades de rehabilitación del Centro Dr. Esquerdo; admitiéndose otros pacientes desde los Servicios de Salud Mental; siempre que no presenten conductas disruptivas, ni procesos mentales activos que afecten la dinámica asistencial o pongan en riesgo otros residentes.*

*El grupo de pacientes de la Residencia Asistida, dispone de niveles de autonomía diversos; existiendo pacientes encamados, y otros que pueden salir solos de la unidad y pasear por el recinto.. Tenemos por tanto, pacientes que comen y se asean y visten solos, y otros que precisan supervisión y cuidados de enfermería constantes.*

*C. La Residencia de Disminuidos Psíquicos, atiende los pacientes con retraso mental grave y profundo, que no pudieron externarse, hasta la fecha. Esta unidad está pendiente del convenio entre la Diputación y la Conselleria de Bienestar Social y APSA, que se deberán hacer cargo de estos pacientes a medio plazo -. La mayoría de estos pacientes, tienen diagnósticos de retraso mental grave o profundo, precisando alguno, supervisión de enfermería constante, tanto para el aseo, como para la nutrición y vestimenta adecuada, -como consecuencia de sus minusvalías, que los hacen dependientes.*

### **III. PACIENTES BENEFICIARIOS:**

*A. Las Unidades de Rehabilitación y el Centro de Día, se nutren de pacientes que se derivan desde las Unidades de Salud Mental, mediante una solicitud de ingreso, en la que se señalan los déficits sociales, laborales, familiares, y en actividades de la vida diaria, así como la situación clínica, el cumplimiento del tratamiento, y la conciencia de enfermedad; esta información, es el punto de partida, sobre el que el personal de la Unidad de Rehabilitación y Centro de Día, elabora -tras el ingreso, y una vez evaluado por los diferentes miembros del equipo-, un Plan Individual de Rehabilitación (PIR), específico para ese paciente, señalando áreas deficitarias, programas de rehabilitación*

*de los que se podría beneficiar, objetivos concretos, y tiempo estimado de consecución de dichos objetivos.*

*Se trata de enfermos mentales graves con edad de 18 a 65 años -Trastornos Psicóticos: Esquizofrenias. Trastorno Esquizoafectivo etc. Trastornos afectivos graves recurrentes; Depresión mayor y Trastorno Bipolar y Trastornos graves de personalidad-, algunos refractarios a los tratamientos aplicados por otros profesionales y en otros centros, con disfuncionalidad global, social, laboral y familiar generalmente, que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte -que no requieran hospitalización-.*

*Se excluyen pacientes con adicción activa -siendo necesaria la previa desintoxicación para su incorporación a los programas-, y trastornos de conducta severos, agresivos o peligrosos para sí mismos o los demás, al tratarse de unidades de rehabilitación abiertas, -no hospitalarias-, con capacidad de contención limitada; así como aquellos afectados de patología orgánica grave o crónica que exija asistencia médica o de enfermería especializada y continuada.*

*> Los residentes en CEEM hombres y mujeres, son autónomos en habilidades básicas, existiendo diferentes niveles en cuanto a habilidades instrumentales -relacionarse y manejarse en forma independiente en el entorno social de origen y de influencia cultural-. Son las unidades de entrada natural de pacientes al centro.*

*> En Rehabilitación 2 (R HII).- Disponemos de un grupo de pacientes con distinto nivel de autonomía en habilidades básicas -vestirse, asearse, comer solo etc-, e instrumentales; existiendo un pequeño grupo de refractarios, con problemas conductuales y fugas frecuentes, que precisan mayor contención.*

*> En R III.- Se atienden pacientes que llevan años en el centro, y presentan deterioro esquizofrénico, o comorbilidad -retraso mental-; así como otros que acceden desde USM, y cumplen el perfil de atención en esta unidad. La mayoría de los pacientes en esta unidad son autónomos en habilidades básicas.*

*> Los pacientes que acuden al Centro de Día, viven con sus familias, y duermen en sus casas. Son derivados desde las USM, que les hace el seguimiento de su patología. Permanecen en el centro, desde las 9.30 de la mañana, hasta las 15.00 horas.*

*B. La Residencia Asistida de la 3a edad, se nutre de pacientes con edad superior a 65 años, con diagnósticos de Esquizofrenia residual, Bipolares, Demencias, Depresión etc. La mayoría de los cuales proceden de las unidades de rehabilitación del Centro Dr. Esquerdo; admitiéndose otros pacientes desde los Servicios de Salud Mental; siempre que no presenten conductas disruptivas, ni procesos mentales activos que afecten la dinámica asistencial o pongan en riesgo otros residentes. El grupo de pacientes de la Residencia Asistida, dispone de niveles de autonomía diversos; existiendo pacientes encamados, y otros que pueden salir solos de la unidad y pasear por el recinto.. Tenemos por tanto, pacientes que comen y se asean y visten solos, y otros que precisan supervisión y cuidados de enfermería constantes.*

*C. La Residencia de disminuidos Psíquicos, atiende los pacientes con retraso mental grave y profundo, que no pudieron externarse hasta la fecha. Esta unidad está pendiente del convenio entre la Diputación y la Conselleria de Bienestar Social y AP5A, que se deberán hacer cargo de estos pacientes a medio plazo -. La mayoría de estos pacientes, tienen diagnósticos de retraso mental grave o profundo, precisando*

*alguno, supervisión de enfermería constante, tanto para el aseo, como para la nutrición y vestimenta adecuada, -como consecuencia de sus minusvalías, que los hacen dependientes-.”*

## **Conselleria de Sanidad**

*“Se ha recibido su escrito sobre la Queja nº 082987 que el pasado día 28 de octubre de 2008 nos hizo llegar, a este centro directivo, la Dirección general de Calidad y Atención al Paciente de esta Conselleria.*

*Al respecto, se realizan las siguientes consideraciones:*

*Tras el informe especial de esa Institución del año 2003 y las recomendaciones que se hicieron a la Conselleria de Sanidad, éstas se han ido incorporando en la medida de lo posible.*

*Al respecto de la posibilidad de establecer un protocolo de internamiento involuntario en nuestra Comunidad, tal como existe en la ciudad de Alicante, le comunico que ya se han iniciado las actuaciones y reuniones oportunas para hacerlo efectivo en Valencia. Actualmente la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad sigue en materia de Salud Mental, como guía de planificación, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Dicha Estrategia fue aprobada por unanimidad por todas las CC AA (entre las que se encuentra esta Comunidad Autónoma) y el Ministerio de Sanidad en el Consejo Interterritorial de Salud de fecha 16 de diciembre de 2006. Este documento es el marco técnico con que se trabaja por parte del Ministerio de Sanidad y de las CC. AA. Fue aprobado por unanimidad el 11 de diciembre de 2006. Se compone de seis líneas estratégicas que abarcan la gran mayoría de aspectos relacionados con la Salud mental actualmente.*

*Las líneas estratégicas recogidas en la Estrategia son las siguientes:*

- 1ª Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.*
- 2ª Atención a los trastornos mentales.*
- 3ª Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.*
- 4ª Formación del personal sanitario.*
- 5ª Investigación en salud mental.*
- 6ª Sistemas de información y evaluación.*

*A continuación pasamos a indicarle qué aspectos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se han abordado en los casi dos primeros años de implantación en la Comunidad Valencia, para después, al final indicarle cuáles son los*

*actuales recursos hospitalarios y ambulatorios en salud mental en la Comunidad Valenciana.*

*Línea estratégica nº 1: Promoción de la salud mental de la población prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental*

*La Conselleria de Sanidad, a través de la Agencia Valenciana de Salud, está impulsando actuaciones de promoción de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana, que estén en sintonía con las recientes directrices marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción en Salud Mental para Europa, emanado de la Conferencia Ministerial de la OMS celebrada en Helsinki en enero de 2005 y en consonancia con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Para ello ha convocado Órdenes de subvenciones durante los ejercicios presupuestarios de los años 2007 y 2008. Por importe total máximo 260.000 € cada año. Lo que supone en los años 2007 y 2008 un total de 520.000 euros.*

*El 26 de julio de 2007 se publicó la convocatoria correspondiente al año 2007(DOCV 5.582. de 22 de agosto 2007).*

*El 26 de mayo de 2008 (DOCV 5575 de dos de junio de 2008) se publicó la convocatoria de ayudas 2008... Estas últimas a fecha de hoy se encuentran pendientes de finalización.*

*La Conselleria de Sanitat, inició en el curso escolar 2001-2002 un proyecto de investigación en colaboración con la Conselleria de Educación, que se denomina "Proyecto de Detección e Intervención Precoz en Trastornos de la Conducta Alimentaria" (DITCA a partir de ahora en adelante). Desde el curso escolar 2003/2004 se instauró en toda la Comunidad Valenciana, adquiriendo la naturaleza de Programa de Salud de Prevención Primaria y Detección Precoz de Trastornos de la Conducta Alimentaria. El Programa de Salud DITCA, (Detección e Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria) es un programa preventivo dirigido a la población adolescente de la Comunidad Valenciana, que anualmente la Dirección General de Salud Pública oferta a todos los centros escolares (públicos, privados y concertados) que imparten Enseñanza Secundaria Obligatoria, de manera que todo aquel centro que desee inscribirse en él puede hacerlo sin ningún tipo de restricción.*

*Se va a celebrar el próximo día (sic) el Foro de Salud Mental bajo el título "Estoy cerca de ti".*

*Línea estratégica nº 2: Atención a los trastornos mentales.*

*En el año 2007 se publicó el "DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana".*

*En este Decreto se configuran los Departamentos de Salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario valenciano, siendo éstos las demarcaciones geográficas en las que se ordena el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos*

sanitarios y que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En el ámbito de cada Departamento de Salud se tenderá a la máxima integración de las acciones de promoción y protección de la salud, de las de prevención y curación de la enfermedad y de rehabilitación, a través de la coordinación de los diferentes recursos existentes, de manera que se posibilite la máxima eficiencia en la ubicación y uso de éstos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas que garanticen una sanidad sin escalones, en consonancia con los principios rectores de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.

En la actualidad la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad cuenta con 22 departamentos de salud en los que están integradas las distintas estructuras de salud mental y que se detallan a continuación:

- o Unidades de Salud Mental y Unidades de Salud Mental Infantil y del Adolescente*
- o Hospitales de Día*
- o Unidades de Media Estancia (Castellón, Valencia, Alicante)*
- o Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos en los hospitales generales.*
- o Unidades de Hospitalización Domiciliaria.*
- o Unidades Específicas: Unidades de Trastornos de la Alimentación, Unidad de Trastornos Bipolares (H. La Fe), Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (CD Museo) Unidad de Terapia electro convulsiva (H. La Fe), Unidad de psicopatología neurofisiológica ( H. Arnau de Vilanova)*

En lo referente a la integración de los recursos humanos bajo una única dependencia administrativa durante los años 2007 y 2008 se han iniciado y concluido los procesos de transferencia e integración del conjunto de recursos humanos que anteriormente pertenecían a las Diputaciones Provincial de Alicante y de Valencia. A esta fecha ambos procesos se hayan cerrados.

Paralelamente, durante los años 2007 y 2008 se han ampliado los siguientes recursos en materia asistencial en salud mental en la Comunidad Valenciana:

\* *Nuevas camas abiertas en el periodo 2007-2008 para pacientes con trastorno mental grave en fase aguda en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) en hospitales generales:*

*Hospital de Elx: ampliación 15 camas. En la actualidad cuenta con un total de 23.*

*Hospital Vega Baja(Orihuela): ampliación 14 camas. En la actualidad cuenta con un total de 23.*

*Hospital Verge des Liris (Alcoi): ampliación 3 camas. En la actualidad cuenta con un total de 12.*

\* *Puesta en funcionamiento del Hospital de Día Miguel Servet (Valencia)*

\* *Puesta en funcionamiento del Hospital de Día. Hospital Francesc Borja de (Gandía)*

*Se han rehabilitado locales para la reubicación de la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Provincial de Valencia en la C/ Pere Bofill de Valencia.*

Además la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad a través de su programa presupuestario 412.28 "salud mental" ha subvencionado con 941.000 euros anuales a diversas asociaciones de personas con enfermedad mental y sus familias de la Comunidad Valenciana. Lo que supone un total de 1.882.000 euros en los años 2007 y 2008.

#### *Línea estratégica nº 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional*

*En el año 2005 se constituyó el Consejo Asesor de Salud Mental. Fue creado por Orden del 26 de Septiembre de 2005, del Conseller de Sanidad (DOGV nº 5106 con posterior corrección de errores publicada en el DOGV nº 5114 de 14 de octubre de 2005).*

*Es un órgano de carácter permanente y consultivo, dependiente de la Conselleria de Sanidad, adscrito orgánicamente al director gerente de la Agencia Valenciana de salud, para orientar a la administración en las políticas y actuaciones en materia de salud mental. El Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana está compuesto por los miembros necesarios para su correcto funcionamiento, entre ellos representantes de sociedades científicas representativas de la salud mental, de la administración sanitaria, de colegios profesionales y de otras instituciones representativas. Esta presidido por el Secretario Autonómico de Sanidad y Director- Gerente de la Agencia Valenciana de Salud.*

*Desde su constitución del consejo asesor de salud mental de la comunidad valenciana en el 2005 se ha convocado en cinco ocasiones.*

- 1a 31 de enero 2006*
- 2a 15 de junio 2006*
- 3a 18 de diciembre 2006*
- 4a 2 de diciembre 2007*
- 5a 28 de octubre 2008*

#### *Línea estratégica nº 4: Formación del personal sanitario.*

*La Conselleria de Sanidad siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS) y de la propia Estrategia de Salud Mental del Sistema nacional de Salud atiende la formación de profesionales a través del Plan de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), que dispone de un Plan de formación Continua y Continuada que detecta necesidades de formación y planifica cursos específicos dirigidos a los profesionales de salud mental; facilitando su formación.*

*La Conselleria de Sanidad cuenta con una Unidad Docente de Formación de Enfermeras Internas Residentes Especialistas en Salud Mental ubicada en la sede de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES). Anualmente de diploman en dicha Unidad Docente entre 10 nuevos enfermeros especialistas en salud mental.*

*Asimismo durante el año 2007 se realizaron dos cursos de sensibilización y promoción en salud mental en colaboración con el Instituto Valenciano de Administración Pública (IVAP).*

#### *Línea estratégica nº 5: Investigación en salud mental.*

*La Conselleria de Sanidad a través de la Agencia Valenciana ha destinado durante 2007 y 2008 60.000 euros anuales (en los dos años un total de 120.000 euros) al apoyo de la investigación aplicada en salud mental en la Comunidad Valenciana. Se trata con estas ayudas de impulsar la investigación, los programas o estudios enfocados a la mejora en materia de salud mental siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud en su Plan de Acción en salud mental para Europa, emanado de la Conferencia Ministerial de la OMS (Helsinki, enero 2005) Se han convocado las subvenciones en las respectivas Ordenes del año 2007 y 2008.*

*El 23 de abril de 2007 (DOCV 5504 de 3 de mayo) se convocan ayudas de la Dirección General de Asistencia Sanitaria para financiar Investigaciones y estudios aplicados de carácter práctico para la mejora de la salud mental.*

*EL 23 de mayo de 2008 (DOCV N° 5773 de 29 de Mayo 2008) convocan ayudas de la Agencia Valenciana de Salud para financiación de investigación y estudios aplicados de carácter práctico para la mejora de la salud mental en la Comunidad Valenciana, a desarrollar en 2008*

#### *Línea estratégica nº 6: Sistemas de información y evaluación*

*En salud mental ambulatoria los sistemas de información y evaluación se enmarcan dentro de la aplicación ABUCASIS II. Este es un proyecto, englobado en el Plan de Integración de los Sistemas de Comunicación de la Sanidad Pública Valenciana Los Sistemas de información y evaluación forman parte de una de las apuestas importantes de la Conselleria de Sanidad por considerarlos necesarios para asegurar la calidad de la información empleada. ABUCASIS es un sistema que gestiona todo el proceso asistencial. También en el caso de salud mental. Su objetivo es la informatización integral e integrada de más de todos los centros asistenciales y administrativos, dependientes de la Conselleria de Sanidad, tiene la intención de mejorar la capacidad de gestión, planificación, evaluación e investigación y, por lo tanto, la eficiencia y calidad asistencial*

*A fecha de 31 de octubre de 2008 la implantación de ABUCASIS II, según datos facilitados por la oficina técnica de ABUCASIS de la Conselleria de Sanidad, es del 61,32 % en los dispositivos ambulatorios de Salud Mental. La Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad tiene prácticamente terminada (para iniciar a finales del presente año una fase piloto de pruebas con 1 o 2 departamentos de salud) la creación de un portal colaborativo específico de salud mental. Permitirá, cuando esté en funcionamiento, el acceso a una importante cantidad de información referente a salud mental. Dicho portal tendrá un personal destinado específicamente al mantenimiento del mismo para que sea un instrumento ágil y eficiente al servicio de la Comunidad.*

#### **RELACIÓN DE RECURSOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL DE LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD (CONSELLERIA DE SANIDAD)**

*No se incluyen aquí los recursos que están destinadas a la salud mental en la dirección general de salud pública, la dirección general de drogodependencias o de la*

*Conselleria de Bienestar Social, ya que estos recursos competencias de esos otros órganos directivos.*

### RECURSOS ASISTENCIALES DE LA AVS

Tipo de unidad		Total	A	C	V	Camas	Plazas
Recursos ambulatorios	Unidad de Salud Mental (USM)	72	34	7	31		
	USM Infantil y del Adolescente (USMIA)	19	7	2	10		
	Unidades de Trastorno Bipolar (UTB)	1					
	Programa infanto-juvenil	1		1			
Recursos hospitalarios	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)	17	6	2	9	302	
	Unidades de Larga Estancia	1				155	
	Unidades de Media Estancia (UME)	3					
	Hospital de día (HD)	8	2				
	Unidades trastorno conducta alimentaria (UTCA)	3	1	1	1	20	
	Unidades de rehabilitación psiquiátrica	1			1		
	Unidad de psicopatología neurofisiológica	1			1		
	Unidades Hospitalización a Domicilio (UHD)	6	1	2	3		

### Distribución de camas de hospitalización psiquiátrica por departamentos

Hospital	Dpto	Año	Camas 2008		
Hospital de Vinaroz	1	2000	4		
Hospital Provincial de Castelló	2	Ant. Refom	38		
Hospital de Sagunto	3	2000	7		
Hospital Clínico Universitario	4	1994	20		
Hospital Arnau de Vilanova	5	2000	12		
Hospital Universitario la Fe	7	1994	22		
Hospital General Universitario	9	1994	20		
Hospital Dr. Peset	10	1994	20		
Hospital la Ribera	11	1999	16		
Hospital Francesc de Borja	12	2000.	9		
Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva)	13	2000	16		
Hospital Verge deis Lliris	15	2000 ( posterior ampliación de 3 camas 2006)	12		
Hospital Sant Joan	17	2000	36		
Hospital Vilajoiosa	18	1998	14		
Hospital de Elx	20	1992	23		
Hospital de Orihuela	21	1992 (ampliación 2008)	23		
Hospital de Torrevieja	22	2006	10	----- .....	
<b>Total camas/profesionales UHP</b>			<b>302</b>		

- **Camas en Unidades de Media y Larga Estancia: 155 camas**

- o *Alicante Santa Faz (Alicante): 40 camas*
- o *Valencia Hospital Padre Jofré: 50 camas*
- o *Castellón 30 camas de media estancia y 35 de larga estancia.*

- **Camas en Unidades Trastornos Conductas Alimentaria (UTCA): 20 camas**

- o *Alicante En San Joan 6 camas*
- o *Valencia La Fe 10 camas*
- o *Castellón Provincial de Castellón 4 camas*

- *Además la Conselleria de Sanitat ha desarrollado el Proyecto DITCA para la prevención y el diagnóstico precoz de las alteraciones de comportamiento y alimentación en el entorno escolar con el fin de diseñar medidas correctoras eficaces. La población diana del proyecto DITCA son los adolescentes de ambos sexos, escolarizados en Educación Secundaria en la Comunitat Valenciana.*

### Conselleria de Bienestar Social

*Atendiendo a su solicitud con motivo de la queja instada por D<sup>a</sup>. (...) (ASIEM), con relación a la Actualización de las recomendaciones realizadas en el Informe Especial "Situación de las Personas que tienen Enfermedades Mentales y de sus Familiares ", paso a exponer lo siguiente:*

**PRIMERO.**

*Las recomendaciones realizadas en el citado informe fueron las siguientes:*

*1- Que se impulse el desarrollo reglamentario de las disposiciones sobre viviendas tuteladas con el objeto de crear una red mínima para la atención a personas que padecen enfermedad mental, impulsando campañas de sensibilización e información a la sociedad.*

*2.- Que se procure que por cada CEEM exista una vivienda puente. Así mismo se solicita que en relación con la Unidad de Media-Larga Estancia de Castellón se trasladen los pacientes que precisen de atención residencial.*

*3- Que se impulse el desarrollo reglamentario de los CRIS, y de manera particular se atienda la situación de los programas situados en los núcleos rurales de población, y la situación concreta de los centros de rehabilitación de Alzira y Aldaya.*

*4 -Que se proceda a la confección de un registro de casos y se valore la necesidad de crear una guía sobre la utilización de los medios de contención en los centros residenciales.*

*5- Que se proceda al estudio de la posibilidad de subvencionar o facilitar la contratación de un seguro de responsabilidad civil que cubra la responsabilidad derivada del ejercicio de la tutela a los designados para su ejercicio.*

*6- Que la Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Incapacitados se adapte a las nuevas demandas sociales y proceda a impulsar la creación de entidades tutelares.*

**SEGUNDO.**

*Teniendo en cuenta las recomendaciones, le informo:*

*1.- Con fecha 5 de Diciembre de 2.006 en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana número 5.402 se publico el Decreto 182/2006, de 1 de Diciembre, del Consell por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica.*

*Este Decreto tiene por objeto regular las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad y personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, así como establecer las condiciones y requisitos que deben cumplir dichos centros.*

*Se definen básicamente tres tipos o modalidades de Viviendas, de acuerdo con la diferente intensidad de atención y funciones de protección que se prestan, ya sean de apoyo y mera supervisión o de prestación de una mayor asistencia, conforme a las necesidades específicas.*

*Respecto al hecho de impulsar campañas de sensibilización e información hay que reseñar que con fecha 26 de Abril de 2.007 por parte de la Conselleria de Bienestar Social se presentó la Campaña de Sensibilización sobre las Personas con Enfermedad Mental denominada "Todos queremos un futuro mejor" y " El futuro de las personas con enfermedad mental dependen de todos. " Los objetivos de la campaña eran:*

*Dar a conocer la enfermedad mental.*

*Integrar a las personas con enfermedad mental.*

*Eliminar los prejuicios sociales.*

*Fomentar la atención en las fases iniciales de la enfermedad.*

*Informar sobre recursos y servicios.*

*Se ha pretendido dar especial importancia a la prevención informando sobre los factores de riesgo y su detección precoz en los jóvenes.*

*En este sentido, también hemos prestado apoyo a la Asociación Valencia de Trastorno Bipolar (A VTB) en la Organización de las II y III Jornadas que sobre el Trastorno Bipolar se han celebrado en los años 2007 y 2008 en Alicante y Castellón respectivamente, mediante una subvención correspondiente a la línea presupuestaria de Programas (T-2191) y ayudándoles en la difusión de los boletines informativos bimensuales, ciclos y conferencias monográficas, así mismo, hemos participado en actos y/o actuaciones realizadas por distintas entidades relacionadas con las personas con enfermedad mental y sus familias, siempre que han solicitado nuestra presencia y colaboración.*

*2.- Respecto al impulso del desarrollo reglamentario de los centros de rehabilitación e integración social, cabe destacar:*

*- Que según se establece en Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, por la cual se modifica la Orden de 9 de abril de 1990 (DOGV núm. 1.291) sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en el artículo 3 determina para los CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS, la definición del recurso, funciones, objetivos, beneficiarios, requisitos de acceso, coordinación, ámbito geográfico de actuación, protocolos y programas de atención, emplazamiento, capacidad, habitabilidad y personal necesarios para poder ser debidamente autorizados por la Conselleria de Bienestar Social*

*- En estos momentos en nuestra red de recursos psico-sociales destinados a atender a personas con enfermedad mental, disponemos de 3 CRIS en la provincia de Castellón, 6 en la provincia de Alicante y 7 en la provincia de Valencia.*

*3.- En cuanto a la confección de un registro de casos y valoración de la necesidad de realizar una guía sobre la utilización de los medios de contención en los centros residenciales, destacamos lo siguiente:*

*- La Orden de 3 de febrero de 1997, en el Artículo 4, define el CENTRO ESPECÍFICO PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS (CEEM) como el "Servicio residencial comunitario abierto y flexible destinado a enfermos mentales crónicos que no requieren hospitalización. La residencia trabajará siempre desde una perspectiva de rehabilitación, enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y apoyando su normalización e integración comunitaria".*

*-En el apartado de HABITABILIDAD establece que para atender a 40 personas con enfermedad mental, contará con 15 dormitorios individuales y 5 dobles, pero no establece que ninguno de los habitáculos sea destinado a sala de aislamiento y/o contención.*

*-Respecto a los PROTOCOLOS DE ATENCIÓN: Deberán contar, al menos, con los Protocolos de Evaluación Social y Funcional, pero no consta el contar con un Protocolo de Contención.*

*- Aunque este tema entra en las competencias de la Conselleria de Sanidad, llegado el momento de tener que aplicar tales medidas, se seguirían los protocolos de "Contención mecánica de movimientos " que tienen como finalidad, facilitar información a responsables y profesionales del sector sobre aspectos éticos, legales y técnicos que les sean útiles y les permite la utilización de este tipo de medidas con garantías de calidad, evitando el uso incontrolado con Enfermos Mentales Crónicos atendidos tanto en los servicios psiquiátricos de atención primaria como en los recursos residenciales especializados.*

*4.- En cuanto a la existencia de un seguro de responsabilidad civil que cubra la responsabilidad derivada del ejercicio de la tutela, la Unidad Técnica de Tutelas nos confirma que no hay contratado seguro de responsabilidad civil, que en caso necesario, serían de aplicación los procedimientos de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas y de sus autoridades y demás personal a su servicio.*

*5.- Respecto a la adaptación a las nuevas demandas sociales de la actual Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Incapacitados en línea con las actuaciones realizadas por otras Comunidades Autónomas, pasaría por la creación de la Fundación Autonómica de Tutelas, para la que se ha creado la línea presupuestaria T7144, incluida en los presupuestos presentados para el año 2009, que estaría destinada a la Fundación Tutelar de la Comunidad Valenciana.*

*Esperando que esta información sea de su interés para atender la queja en cuestión, quedo a su disposición para cualquier aclaración que estime conveniente en beneficio de los derechos que asisten a la solicitante."*

Una vez obraron en nuestro poder todos los informes solicitados, lo que ocurrió el 11 de marzo de 2009, conferimos el 26 de marzo a la interesada copia de los mismos a fin de que efectuase las legaciones que estimase pertinentes, lo que hizo mediante escrito que tuvo entrada en esta Institución el día 20 de julio de 2009. Reproducimos a continuación dichas alegaciones:

#### OPINIÓN DE LA INTERESADA

##### REFERENCIA QUEJA N° 082987

*En contestación a la información recibida el 26/03/2009 quiero hacer constar lo siguiente:*

#### *DIPUTACIÓN DE VALENCIA:*

*Respecto al punto 2, los recursos públicos siguen siendo escasos. Las exiguas plazas públicas de Bétera quedan muy escasas para el elevado número de enfermos que necesitan recursos de CEEM. 70 plazas públicas aproximadamente para una población de 10.000 enfermos sólo en la ciudad de Valencia.*

*Respecto al punto 3, que se agilicen las negociaciones para el traspaso de competencias de Diputación a la Generalitat. El bien común tiene que primar sobre la burocracia. Deben agilizarse los trámites de todo tipo para tener recursos suficientes y de calidad. Esto depende tan sólo de los políticos responsables de ambas administraciones. ¿Cuándo se van a traspasar todas las competencias?*

#### *CONSELLERIA DE ECONOMÍA, HISENDA I OCUPACIO:*

*El empleo necesario para los enfermos mentales debe ser protegido. De poco sirven ayudas si estos empleos no están coordinados socio-sanitariamente con las administraciones de Sanidad y Bienestar Social. La persona no es un compartimento estanco y la atención al enfermo debe ser bio-psico-social. La integración en el mercado laboral tiene que formar parte de las terapias y de una visión global del enfermo como una parte más del tratamiento. Hace falta una clara coordinación de las administraciones. ¿Cómo se van a coordinar?*

#### *CONSELLERIA DE SANIDAD:*

*Protocolo de ingresos involuntarios: Es necesario que se extienda al ámbito de toda la Comunidad Valenciana y que la información de qué existe dicho protocolo llegue de forma eficaz a todos los agentes implicados:*

- *Policía Local*
- *Policía Autonómica*
- *Policía Nacional*
- *Juzgados: jueces, fiscales y abogados*
- *Centros de Salud Mental de la Comunidad Valenciana*
- *Centros de Atención Primaria*
- *Trabajadores Sociales de Atención Primaria, Especializada y de Ayuntamientos.*
- *Asociaciones de familiares de enfermos De poco sirve que se firme si no se da a conocer. ¿Cómo se asegura la administración de que llega la información a todas estas personas para que lleguen al interesado final?*

*Dentro de la propia administración podrían crearse grupos de correos electrónicos de Trabajadoras Sociales y otros para remitirles la información útil con el objetivo de atención rápida y eficaz.*

#### *DIPUTACIÓN DE ALICANTE:*

*Según la información remitida por la Diputación de Alicante, se iban a iniciar obras de un edificio con CEEM, centro de día y CRIS.*

*Si las diputaciones no tienen que tener las competencias en materia de salud mental, ¿qué hace construyendo dicho edificio en lugar de traspasarse las competencias de forma rápida y ocupándose de dichas materias Sanidad?*

*Veo mucha descoordinación y un "totum revolutum".*

*Además el número de plazas para los enfermos es mínimo en comparación con el número de personas enfermas y necesitadas de asistencia especializada. No hay que olvidar que EL FAMILIAR NO PUEDE SER EL CUIDADOR en este tipo de enfermedad. LOS FAMILIARES TIENEN MIEDO A SU PROPIO HIJO-HERMANO... esta es una realidad que evitan explicar. El familiar no sabe ni puede cuidar al enfermo como merece. Su función es dar cariño y apoyo pero jamás ser el cuidador. Es necesaria una asistencia adecuada.*

**AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. DIRECCIO GENERAL D'ASSISTENCIA SANITARIA**

### **1.-PROTOCOLO:**

*Que el protocolo de ingresos involuntarios sea efectivo en toda la Comunidad Valenciana y no sólo en Valencia.*

*Que se dé a conocer a los agentes implicados:*

- *Policía Local*
- *Policía Autonómica*
- *Policía Nacional*
- *Juzgados: jueces, fiscales y abogados*
- *Centros de Salud Mental de la Comunidad Valenciana*
- *Centros de Atención Primaria*
- *Trabajadores Sociales de Atención Primaria, Especializada y de Ayuntamientos.*
- *Asociaciones de familiares de enfermos*

*De poco sirve que se firme si no se da a conocer. ¿Cómo se asegura la administración de que llega la información a todas estas personas para que lleguen al interesado final?*

### **2.- HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA:**

*Es necesaria la creación de al menos un hospital en cada provincia de la Comunidad Valenciana, como el Hospital de Media Estancia Padre Jofré de Valencia. ¿Cuándo se van a llevar a cabo?*

### **3.- LINEA ESTRATÉGICA:**

*¿Qué han hablado en los Consejos Interterritoriales de 2009? De poco sirve la Línea Estratégica si no es de obligado cumplimiento.*

*1.- Promoción de la salud: En el informe de contestación hacen referencia a diferentes líneas estratégicas pero no concretan actuaciones desde la Conselleria de Sanidad. Hacen referencia al proyecto de intervención precoz en trastornos de conducta alimentaria pero hay que tener en cuenta que la problemática de la que estamos hablando es de trastornos mentales graves como son esquizofrenia y trastorno bipolar y sobre esto nada se indica.*

*El problema de la salud mental es SANITARIO. Es una enfermedad y como cualquier otra enfermedad necesitará sus recursos específicos. No necesita grandes aparatos de microcirugía sino edificios y personal especializado de atención a los enfermos. El familiar no puede ser el cuidador. El perjudicado final es el propio enfermo porque no tiene la asistencia sanitaria adecuada. Además esto provoca que no sólo haya un enfermo en la familia sino que toda la familia caiga enferma. Se multiplican los problemas. Todo esto se evitaría si el enfermo tuviese los recursos necesarios de atención. Lo ideal serían miniresidencias en barrios. Y no es tan costoso. La Administración se ahorraría dinero y sobre todo mejoraría la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.*

*En multitud de ocasiones los enfermos acaban tomando drogas. Si la atención al enfermo fuese rápida desde el inicio de la enfermedad y coordinada por salud mental (y no el desconocimiento y abandono a los enfermos), los enfermos no empeorarían ni acabarían tomando tóxicos.*

*Sería necesario un Protocolo de atención a las familias al detectar la enfermedad. El equipo de Salud Mental no informa al familiar de nada sobre lo que se va a enfrentar la familia y el propio enfermo. No informa ni siquiera de que es una enfermedad crónica para toda la vida ni cómo tratar al enfermo. ¿En qué enfermedad, si uno tiene cáncer por ejemplo, no informa el médico sobre el transcurso de la enfermedad, qué le puede ocurrir, qué tratamientos va a recibir, rehabilitación...etc?*

*Además, si un enfermo deja de ir a la consulta del Psiquiatra, nadie hace ni siquiera llamadas recordatorias ni llamadas para comprobar por qué no ha ido. Creo que debería de haber algún sistema de control a los funcionarios que trabajan en la administración. Tal vez dejando por escrito todas las acciones realizadas o yendo por sorpresa inspección y controlando qué tipo de medidas se toman pidiendo por escrito todo y aplicando posibles sanciones si no se realiza el trabajo como es debido. Previamente las directrices a seguir deben estar claras. Deben de dar un servicio de calidad y para ello, tiene que haber coordinación y control de que el trabajo se realiza en las condiciones necesarias.*

*Línea estratégica nº 2:*

*Hacen referencia a que en el ámbito de cada Departamento de Salud se tenderá a la máxima integración de las acciones de promoción y protección de la salud a través de la coordinación de los diferentes recursos existentes para conseguir la máxima eficiencia. La eficiencia sólo se da si se puede medir y controlar que todo el mundo actúe como es debido además de tener los recursos suficientes. En la actualidad, además de haber descoordinación, información y falta de eficiencia, hay falta de recursos.*

*Es una contradicción que desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria estén diciendo que se han concluido los procesos de transferencia e integración del conjunto de recursos humanos de las Diputaciones de Alicante y Valencia cuando en las respuestas de ambas diputaciones dicen lo contrario. Hay una clara y manifiesta DESCOORDINACIÓN.*

*Los recursos siguen siendo ínfimos. Además hay que tener en cuenta el gran número de personas que toman tóxicos y lo que se desencadenará en multitud de casos en esquizofrenias. El número de enfermos estará en progresión en poco tiempo y los recursos siguen siendo pocos. ¿Han hecho un estudio serio y cuantificado del incremento de la población que tendrá necesidad de los recursos a causa del aumento de consumo de sustancias tóxicas que desencadenan esquizofrenias? En función de la población necesitada habrá que planificar los recursos tanto sanitarios como de bienestar social.*

*Línea estratégica nº 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.*

*El Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, debe ser más dinámico y debe ser un sistema de control de calidad para la Conselleria con el objetivo final de que la asistencia sanitaria a los enfermos sea la adecuada. Las reuniones, deben ser más habituales, además de ser eficaces. Una vez al año es poco para ser eficaz.*

*Línea estratégica nº4: Formación del personal Sanitario.*

*Debería unificarse una misma línea estratégica de pensamiento y formación para Psiquiatras, y el personal de Salud Mental. Igual que hay protocolos de actuación para otras especialidades, debería haberlo para psiquiatría.*

*Asimismo es importante la formación en Atención Primaria puesto que el primer contacto al detectar la enfermedad es con el médico de cabecera y muchas veces el propio médico no la detecta y se le deriva rápido al recurso que le hace falta.*

*Línea estratégica nº 5: Investigación en salud mental.*

*La investigación es la gran esperanza. Es importante dedicar recursos a la investigación para poder erradicar y paliar esta grave enfermedad. Sé que hay varios hospitales de la Comunidad Valenciana que están participando en la red a nivel nacional CIBERSAM.*

*Desde el Centro de Investigación Príncipe Felipe de Valencia se pueden dedicar recursos a la investigación en materia de Salud Mental aprovechando el centro especializado ya existente.*

*Línea estratégica nº 6: Sistemas de información y evaluación.*

*Los sistemas de información y evaluación en la aplicación ABUCASIS II deben ser eficaces. Para ello tendría que haber algún tipo de control de que efectivamente las fichas de los enfermos se actualizan y se anotan todas y cada una de las incidencias y las fichas de los enfermos.*

*Respecto a la informatización, en urgencias médicas jamás meten los datos en la ficha del enfermo. De modo que si el enfermo ingresa varias veces y los familiares no llevan el papel escrito a mano por el que le atendió en urgencias, hay que volver a explicar todo, produciéndose descoordinación y falta de información completa para un buen tratamiento y diagnóstico.*

*Asimismo, controlar que la información se mete en los centros de salud mental. Si no lo hacen, que existan posibles sanciones a los funcionarios. Cuesta muy poco introducir los datos para una buena atención sanitaria. Si es necesario que exista un administrativo que controle que las fichas son rellenadas, seguro que hay más de uno de los ya contratados que pueden hacer estas tareas. Si se queda alguna ficha por rellenar que ayude al médico a hacerlo y que se lleven al día. Control también de las citas médicas. Llamadas previas para confirmar la cita, como hacen en los hospitales de gestión privada. Si no van a acudir por cualquier motivo, que llamen a otros a los que se les aplaza la cita médica. Son simples llamadas, no tienen mayor coste económico y ayudarían a ser más eficaces.*

*El número de camas son escasas. En la actualidad, muchas de las personas que acuden a puertas de Urgencias de los hospitales no ingresan por falta de camas. Además debería haber más hospitales de media estancia como Padre Jofré, con asistencia especializada. Debería de existir otro "Padre Jofré" al menos uno en Castellón y otro en Alicante como mínimo.*

*Es necesario tal como recomienda el SINDIC en el punto 4, que se proceda a la confección de un registro de casos y se valore la necesidad de crear una guía sobre la utilización de los medios de contención en los centros residenciales.*

*Que se proceda al estudio de la posibilidad de subvencionar o facilitar la contratación de un seguro de responsabilidad civil que cubra la responsabilidad derivada del ejercicio de la tutela a los designados para su ejercicio, así como que la Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Incapacitados se adapte a las nuevas demandas sociales y proceda a impulsar la creación de entidades tutelares. Los familiares se ven desbordados y en la mayoría de las ocasiones tienen miedo y sufren situaciones de violencia con el familiar enfermo. No pueden ser tutores.*

*Se tienen que crear centros residenciales. En los años 80 se cerraron los hospitales psiquiátricos sin recursos alternativos cuando lo que se debería haber hecho es reformar la atención al enfermo y mejorar su calidad de vida. También los medicamentos estaban menos desarrollados que hoy en día. Las condiciones no eran muy buenas porque la atención al enfermo era precaria. El enfermo necesita terapias y atención especializada e incluso trabajos protegidos dentro de centros residenciales de carácter abierto donde los familiares puedan estar en contacto permanente con el enfermo sirviendo de apoyo. Y esto lo digo desde mi punto de vista personal tras estudiar la situación de los familiares y los enfermos y padecer la enfermedad mental en mi familia.*

*Si hubiesen recursos de asistencia y apoyo al enfermo al inicio de la enfermedad, ni el propio enfermo ni la familia se deteriorarían tanto, ni se producirían situaciones de violencia en la familia ni saldrían las noticias negativas en medios de comunicación por haber protagonizado algún asesinato a causa de un delirio. El origen y la raíz de todos estos sucesos además del enorme número de enfermos mentales que están en las cárceles españolas, es debido a la escasez de recursos de la Administración y a una falta de atención bio-psico-social adecuada. Al final: 1. Se generan gastos innecesarios*

2. El enfermo tiene peor calidad de vida. 3. La familia sufre lo indecible. 4. Se incrementa en número de personas en las cárceles. 5. Aumenta el estigma hacia la enfermedad mental.”

## REFLEXIONES DE LA INSTITUCIÓN SINDIC DE GREUGES

Ley 11/1988, de 26 de Diciembre del Sindic de Greuges dispone:

*“Art. 18.1 Admitida la queja, el Síndic de Greuges promoverá la oportuna investigación sumaria e informal, para el esclarecimiento de los presupuestos de la misma..”*

*“El Síndic de Greuges, al concluir sus investigaciones, podrá formular a las autoridades y funcionarios de la Administración advertencia, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas. En todo los casos, las Autoridades y los funcionarios vendrán obligados a responder por escrito en término no superior al de un mes.”(art. 29.1).*

De lo anterior se infiere que esta Institución no siempre debe finalizar sus investigaciones al modo de recomendaciones, sugerencias y recordatorios de deberes legales, puede hacerlo de este modo no que no excluye otros. En este caso, como se ha podido comprobar, damos noticia a las Administraciones implicadas en la cuestión objeto de la queja de las actuaciones llevadas a cabo por otras y de la opinión de la interesada al respecto, finalizando con unas **reflexiones** de lo que, a nuestro parecer, son aspectos mejorables para las personas que padecen enfermedad mental.

## EL PAPEL DE LAS DIPUTACIONES PROVINCIALES

Hasta el proceso de desistitucionalización de los enfermos mentales que tuvo lugar en los años 70 y 80 del pasado siglo la atención a estas personas corrió, casi en exclusiva, a cargo de las Diputaciones Provinciales. La creación, sin embargo, de las Comunidades Autónomas en la Constitución modalizó las competencias de dichas Corporaciones Locales.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local regula en sus art. 36 y siguientes las competencias de las Diputaciones:

*“Art. 36.1. Son competencias propias de la Diputación las que les atribuyan, en este concepto, las leyes del Estado y de las comunidades autónomas en los diferentes sectores de la acción pública, y en todo caso:”* ninguna referencia se hace acto seguido a la sanidad, ni a los servicios sociales, salvo en este caso la colaboración y cooperación, en su caso, con los Municipios (o entidades supramunicipales, como son los consorcios de servicios sociales) para la prestación de los servicios sociales de base o comunitarios.

*Art.37.1 Las Comunidades Autónomas podrán delegar competencias en las Diputaciones, así como encomendar a éstas la gestión ordinaria de servicios propios en*

*los términos previstos en los Estatutos correspondientes. En este último supuesto las Diputaciones actuarán con sujeción plena a las instrucciones generales y particulares de las Comunidades.*

Es decir, por ministerio de la Ley las Diputaciones Provinciales no tienen competencias en materia sanitaria, ni de servicios sociales, aunque se admite que puedan serles delegadas por las Comunidades Autónomas.

El Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Disposiciones Legales vigentes en materia de Régimen Local, asimismo, en cuanto a las competencias de las Diputaciones Provinciales (arts. 30 y ss) no contiene la prestación ni de los servicios sanitarios, ni de los servicios sociales.

La Constitución se refiere a la provincia sin asignarle competencias:

Artículo 141.

*“1. La provincia es una entidad local con personalidad jurídica propia, determinada por la agrupación de municipios y división territorial para el cumplimiento de las actividades del Estado. Cualquier alteración de los límites provinciales habrá de ser aprobada por las Cortes Generales mediante ley orgánica.”* Ninguna referencia se hace a las competencias de las Diputaciones, por lo que habrá de estarse a lo que las leyes establezcan.

Por el contrario la misma Constitución asigna a las CCAA, en lo que aquí interesa:

*“Artículo 148.*

*1. Las comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias (...)*

*21. Sanidad e higiene.”*

Y el Estatut de Autonomía de la Comunitat Valenciana en consonancia con lo anterior explicita:

*“Artículo 54*

*“1. Es de competencia exclusiva de la Generalitat la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana”*

En desarrollo de dicha competencia el Decreto 127/2007, de 27 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad, dispone:

*“Artículo 1*

*La Conselleria de Sanidad es el máximo órgano encargado de la dirección y ejecución de la política del Consell de la Generalitat en materia de sanidad, ejerciendo las competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria que legalmente tiene atribuidas a estos efectos.”*

En cuanto el citado Estatut de Autonomía, asimismo, establece

*Artículo 49*

*“1. La Generalitat tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:  
24.ª Servicios Sociales”*

El Decreto 141/ 2009, de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Bienestar Social, dispone:

*“Artículo 1. La Conselleria de Bienestar Social*

*1. La Conselleria de Bienestar Social es el departamento al que corresponde ejercer las competencias relativas a políticas sociales y a favor de las familias, así como las políticas de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Para ello, la Conselleria impulsa y gestiona los programas en materia de familia, mayores, mujeres, jóvenes, personas con discapacidad, enfermos mentales, personas dependientes, menores con dificultad de integración social, y personas en riesgo de exclusión social, así como la mejora de la calidad de vida de todos los ciudadanos.”*

La Conselleria de Sanidad en su informe dice que durante 2007 y 2008 se ha culminado el proceso de transferencia e integración del conjunto de recursos humanos que anteriormente pertenecían a las Diputaciones Provincial de Alicante y de Valencia.

Sin embargo, el aserto anterior alberga dudas. En efecto, la Diputación Provincial de Castellón no gestiona de modo individual y exclusivo los recursos sanitarios en materia de salud mental, sino que lo hace mediante el sistema de consorcio. La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica se encuentra en el Hospital General de Castellón integrado en el sistema sanitario de la Conselleria de Sanidad mediante la fórmula de gestión administrativa del consorcio, del mismo modo que ocurre con la provincia de Valencia en la que el antiguo Hospital Provincial se ha integrado en la red asistencia de la Agencia Valenciana de salud a través del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Sin embargo, la Diputación Provincial de Valencia mantiene recursos en materia de salud mental, que según su informe, se incardinan en una negociación con las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social para la transferencia de mas infraestructuras y dotaciones del antiguo Hospital Psiquiátrico de Bétera, amén de que ya se han transferido a la Conselleria de Sanidad las materias y recursos de toxicomanías y alcoholismo.

En la provincia de Alicante el proceso fue diferente. En diciembre de 1990 se traspasó a la Generalitat Valenciana el Hospital Provincial de Alicante, que no comprendía el entonces complejo de atención de atención a enfermos mentales sito en Santa Faz. En mayo de 2007 se traspasaron las USM dependientes de la Diputación Provincial de Alicante a la Generalitat Valenciana.

A diferencia de las Diputaciones de Castellón y Valencia, la de Alicante no sólo no contempla la transferencia de los servicios de salud mental que actualmente gestiona a

la Generalitat Valenciana, sino que, según su informe, tiene previsto, en colaboración con el Ayuntamiento de Sant Joan, crear un CEEM, un Centro de día y un CRIS.

Por otra parte la tipología del denominado “Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo” entendemos que se aparta de la establecida para la atención sociosanitaria (el informe de la Conselleria de Sanidad pormenoriza las estructuras de salud mental, del mismo modo que legalmente también se establecen los recursos de la Conselleria de Bienestar Social CEEMs, CRISs, Centros de día) por las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social.

De la normativa expuesta se deduce que las competencias en materia de atención sociosanitaria a personas con enfermedad mental no corresponden a las Diputaciones Provinciales, sino a la Generalitat Valenciana a través de las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social creando una red de recursos autonómicos.

Reflexión: entendemos, que todas las Diputaciones valencianas, con garantía de los derechos de los pacientes/usuarios/familiares/trabajadores, deben mediante los sistemas previstos en el Derecho Administrativo ceder la gestión de los sistemas de asistencia y protección para enfermos mentales a la red sociosanitaria autonómica, gestionada por las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social.

## **PATOLOGÍA DUAL (Y MÚLTIPLE)**

En la practica de esta Institución seguimos encontrándonos con el gran problema de la patología dual, puesta de manifiesto, en la mayoría de casos, en la asociación de la enfermedad mental a la adicción a estupefacientes y/o alcohol, cuando no, además se asocia a otras enfermedades (vgr. epilepsias, infección por VIH –patología múltiple-). En muchos supuestos la o las enfermedades producen conductas disruptivas (léase en este caso como las que alteran la convivencia).

Pues bien, en tales supuestos en lugar de que las Administraciones implicadas redoblen sus esfuerzos lo que en la realidad hacen es reducirlos. Al enfermo mental “conflictivo”, se le cierran más puertas que al enfermo mental “óptimo”, es decir aquel que no plantea grandes problemas y se ajusta a los “estándares” de la psicopatología.

Es sorprendente como en el caso de los enfermos mentales con adicciones, en muchos casos sin conciencia de enfermedad, se nos diga que con carácter previo a obtener un recurso debe someterse a un proceso de deshabituación. Sabido es que las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) son recursos ambulatorios y asistir a las mismas en personas no aquejadas de enfermedad mental requiere un acto de voluntad, de querer dejar la dependencia, como requisito previo a recibir el tratamiento. ¿Se puede exigir este acto a quien tiene su conciencia y voluntad deterioradas?. La conclusión es que la persona con enfermedad mental, no recibe el tratamiento adecuado, ni a esta enfermedad, ni a su dependencia.

Reflexión: flexibilizar las normas de ingreso en dispositivos de integración para estos pacientes o crear centros específicos para los mismos.

## **PACIENTES INFANTO-JUVENILES:**

La practica de esta Institución revela que cada son mas las quejas que afectan a comportamientos de adolescentes en el ámbito escolar diagnosticados con “trastornos de conducta”, “trastornos de la personalidad” o “trastornos límites de la personalidad”.

La Conselleria de Sanidad en su informe indica las investigaciones, actuaciones y estudios llevados a cabo, en colaboración con la Conselleria de Educación, acerca de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia). Pero nada se indica acerca de las patologías referidas en el anterior párrafo.

Los padres acuden al Síndic “desesperados”, no saben que hacer con sus hijos, el problema “les desborda”; algunos han acudido a la Conselleria de Bienestar Social para que se haga cargo de ellos. Acuden a las unidades de psiquiatría infantil, pero la problemática no se resuelve en algunos casos, pese a la aplicación de medidas pedagógicas, psicológicas y psiquiátricas, generando una problemática que puede desembocar en trastornos graves para el menor, tanto de carácter psicopatológico, como conductual (menores infractores), angustia para las familias y disfunciones en el entramado educativo.

Debemos recordar que la Ley 12/2008, de 3 de julio de 2008, de la Generalitat, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana, se refiere a centros y programas específicos y así en su Art. 41. Salud mental Dispone que:

*“La Generalitat promoverá a través de las Consellerias competentes en materia de salud y en materia de integración social de discapacitados, servicios, centros residenciales y recursos preventivos, asistenciales y de rehabilitación para los menores con enfermedades y trastornos mentales, especialmente de inicio en la infancia y adolescencia.”.* Asimismo el art. 30 de la misma norma se refiere a las Unidades educativo-terapéuticas y dispone que: *“Para atender a menores con conductas inadaptadas, con discapacidades psíquicas e intelectuales, con grave dificultad de integrarse en el contexto escolar, se crearán unidades educativo-terapéuticas que los atenderán desde una perspectiva integradora.”*

Reflexión. Las conductas disruptivas son bien conocidas por los Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPEs) de ahí que consideremos necesarias la colaboración y coordinación entre las Administraciones educativa y sanitaria, para el estudio, prevención y tratamiento de estos casos.

## **INSERCIÓN LABORAL**

La Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo da en su informe cumplida cuenta de las acciones tendentes a la integración laboral de las personas con alguna discapacidad. Ahora bien, la realidad demuestra que tales acciones surten efecto entre los discapacitados físicos, sensoriales e intelectuales, pero no en aquellos que padecen una enfermedad mental.

La bondad de la integración laboral de la persona que padece una enfermedad mental no se oculta a nadie que trabaje en este campo. En Actas del II Congreso de Rehabilitación

en Salud Mental- II Congreso Ibérico de Saúde Mental se encuentran interesantes reflexiones en relación con este tema.

En nuestra Comunitat ha habido ejemplos de programas de inserción laboral de personas con enfermedad mental (Fundación Aldaia, Ayuntamiento de Orihuela, pilotando del proyecto "Itinere" de la Unión Europea,...)

Reflexión: Se trataría de que las Administraciones laboral y sanitaria, de consuno, estableciesen programas de inserción laboral de personas que padecen enfermedad mental, contando para ello con los Ayuntamientos a través de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias.

## **RECURSOS SANITARIOS**

A fecha del informe de la Conselleria de Sanidad (12 de diciembre de 2008) y de los datos ofrecidos en su pagina web a 30 de junio de 2009 se deduce que carecen de Unidades de hospitalización Psiquiátrica los Departamentos de la Plana (existe un Hospital de día en el de Vila-Real), de Manises, de Requena, de Denia, de Elda, de Alacant y de Torrevieja (Recomendación 5ª del Informe Especial). Al parecer desde la fecha del informe algunos Hospitales cuentan ya con UHP, como, por ejemplo, los de Elda y Denia.

Es de destacar, no obstante, el aumento en el número de camas producido durante los años 2007 y 2008 en los Hospitales que se dicen en el Informe de la Conselleria de Sanidad.

Llama la atención como en Castellón, con una población notablemente inferior a la de Valencia existan 65 camas de media y larga estancia, cuando en Valencia hay 50 y en Alicante 40. Según nuestras comprobaciones no hemos podido corroborar que en Alicante existan camas de media o larga estancia; al respecto el informe de la Conselleria de Sanidad no indica en que lugar se encuentran.

Reflexión: es necesario que el número de recursos, tanto ambulatorios, como hospitalarios se incremente hasta un estado óptimo, que, no desconocemos, es difícil de alcanzar. En todo caso sí es preciso que cada una de las provincias de nuestra Comunitat cuente con un número suficiente de plazas en Hospitales de día y de media y larga estancia, a semejanza del "Pare Jofré" en Valencia.

## **ATENCION DOMICILIARIA**

Ninguna referencia se hace en el informe de la Conselleria de Sanidad a la atención domiciliaria (Recomendación 3ª del Informe Especial).

El Programa de Atención Domiciliaria viene, en gran medida, a paliar los déficits de atención que sufren las personas con enfermedad mental y sus familias ante la falta de dispositivos alternativos yendo más allá de los principios de la reforma y criterios expuestos en la Ley de Sanidad.

Los programas de atención domiciliaria están dirigidos a personas con enfermedad mental grave y a sus familias, y tiene como objetivos:

- Mantener a la persona con enfermedad mental en su entorno comunitario con una calidad de vida digna.
- Apoyar y ayudar a la familia en su función terapéutica y/o de cuidador.
- Procurar que la atención a la persona con enfermedad mental sea completa, adecuada y globalizada, asegurando su incorporación a la red asistencial existente o futura de acuerdo con sus necesidades.

Reflexión: profundizar en la atención domiciliaria en aquellos casos en los que considere conveniente a fin de evitar el abandono de las prescripciones que pueda dar lugar a recidivas y/o ingresos en unidades de hospitalización y al llamado fenómeno de la “puerta giratoria”.

## **CONSEJO ASESOR DE SALUD MENTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA**

La Orden de 26 de septiembre de 2005, del Conseller de Sanidad, creó del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, con la siguiente composición:

### *“Artículo 3. Composición*

*El Consejo Asesor estará compuesto por los miembros necesarios para su correcto funcionamiento, entre ellos se nombrarán a representantes de sociedades científicas representativas de la salud mental, de la administración sanitaria, de colegios profesionales y de otras instituciones representativas.*

*El nombramiento de sus miembros se efectuará por el Conseller de Sanidad.*

*La composición del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana estará formado por los siguientes miembros:*

*Presidente: el director gerente de la Agencia Valencia de Salud o persona en quien delegue.*

*Vicepresidente: el director general de Asistencia Sanitaria de la Agencia Valenciana de Salud o persona en quien delegue.*

*Vocales:*

*– Un representante de la Dirección General de Drogodependencias de la Agencia Valenciana de Salud.*

*– Un representante de la Dirección General de Integración del Discapacitado de la Conselleria de Bienestar Social.*

*– Tres profesionales con reconocido prestigio en materia de salud mental.*

*– Un vocal en representación de las asociaciones cuya finalidad básica sea la atención a los enfermos mentales y sus familiares.*

*– Un vocal en representación de las sociedades científicas especializadas en salud mental con mayor implantación en la Comunidad Valenciana.*

– *Un vocal catedrático o profesor titular de universidad de reconocido prestigio cuyo ámbito docente esté directamente relacionado con la salud mental en la Comunidad Valenciana.*

– *Un vocal en representación de las diputaciones provinciales de la Comunidad Valenciana cuyas funciones estén relacionadas con el ámbito de la salud mental.*

– *Dos vocales, en representación de los colegios profesionales de médicos y psicólogos.*

– *Un vocal en representación de las asociaciones de consumidores y usuarios de la Comunidad Valenciana.*

*Un vocal en representación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. ( Orden de 12 de septiembre de 2006, del Conseller de Sanidad).*

*Secretario: un funcionario del grupo A de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que actuará con voz pero sin voto”*

Reflexión: Sería deseable que, por lo expuesto anteriormente, también formase parte del Consejo un representante de las Consellerías de Economía, Hacienda y Empleo y de Educación, a fin de hacer efectivo el abordaje de programas de intervención educativa y laboral en personas que padecen trastornos mentales. Obvio es decir que dicho Consejo deberá reunirse con la periodicidad necesaria para que su creación se traduzca en hechos.

## **SALUD MENTAL EN PERSONAS SIN TECHO**

Se trata de enfermos invisibles (como también lo son los que se encuentran en ámbitos familiares que se “avergüenzan” ante los vecinos y la sociedad en general de tener entre sus miembros un enfermo mental)

En el Informe Especial se dedicaron unas líneas constatando esta situación y revelando la escasez de datos al respecto.

Las personas sin hogar son quienes:

- Carecen de un alojamiento estable
- Ausencia de lazos sociales o familiares

¿Cuántas personas sin hogar padecen enfermedades mentales? ¿Qué les ocurre?

En datos aportados por la literatura se cifra la prevalencia de trastornos mentales en un 20-30% de las personas en situación crónica sin hogar.

Las patologías que padecen son idénticas a las que padece la población general; si bien, la prevalencia de los mismos es superior en algunas patologías a la población. Entre esas patologías destacan: las esquizofrenias, los trastornos afectivos graves (trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor), el abuso de sustancias, los trastornos graves de personalidad y el estrés postraumático.

Los estudios británicos estiman que entre un tercio y la mitad de las personas sin hogar padecen un trastorno mental grave que se distribuirían como entre un 10-15% padecerían alguna forma de esquizofrenia y entre un 20- 30% un trastorno afectivo

mayor (depresión o trastorno bipolar). Las tasas de consumo de alcohol y tóxicos son superiores.

No resulta fácil dar cifras con respecto a las patologías que con más frecuencia aparecen; ya que, al no tratarse de una población homogénea, probablemente los trastornos que afectan más a la población más mayor y crónica no sean los mismos (o al menos alcancen dimensiones distintas) que los que afectan a la población que vive en albergues o utiliza recursos como comedores.

En líneas generales, en la población más anciana y crónica prevalecen más trastornos de tipo psicótico y abuso de alcohol (y asociado a esto mayor patología física, demencias...) y en la población más joven trastornos por consumo de tóxicos, esquizofrenias y un incremento de trastornos de personalidad graves.

Pormenorizando los problemas y soluciones pasarían por:

- En cuanto a la burocracia:
  - cuando una PSH acuda a un dispositivo sanitario, tras la atención sanitaria, que intervengan los profesionales sociales, existentes en todos los hospitales, centros de salud y unidades de salud mental, a fin de dotarles de DNI sino lo tienen o lo han extraviado y de tarjeta sanitaria. Ello coordinadamente con los servicios sociales municipales.
  - un primer escollo será la ausencia de domicilio y la imposibilidad de asignación de centro de salud, de facultativo y USM. Las normas reglamentarias deben contemplar excepciones para estas personas de modo que les permitan acceder al recurso más próximo a su realidad cotidiana. La informatización de la historia clínica puede permitir a cada facultativo conocer los diagnósticos y prescripciones realizados por otro. De momento, designar como domicilio el de los servicios sociales municipales allanaría el problema.
  - por parte de éstos deberían gestionarse todo tipo de ayudas y prestaciones de que fueran susceptibles estas personas (prestaciones no contributivas, salario social, etc.).
  - bien a través de ayudas sociales o de reformas reglamentarias debería garantizarse la gratuidad de los medicamentos en tanto subsista la situación de enfermedad y la ausencia de recursos económicos.
- En cuanto a los recursos:
  - otra vez y a fuerza de ser reiterativos, implantar protocolos y hacer realidad el espacio sociosanitario.
  - derivarlos a hospitales de media y larga estancia hasta que la curación o mejoría se haya producido, garantizando la toma de medicación y una alimentación y e higiene adecuadas y posibilitando el seguimiento por la USM de referencia. El caso de las personas sin hogar que padecen enfermedades mentales el problema es acuciante, ya que están solas y no tienen familiares, ni allegados que se preocupen de su situación. En todo caso debe recordarse a los profesionales de los ámbitos sanitario y social el deber de comunicar la situación de estas personas al Ministerio Fiscal.
- En cuanto a la formación e información:

- concienciar a los profesionales sanitarios y a las policías locales de que las personas sin hogar no han elegido su modo de vida y de que son personas que como cualquier otra tienen derecho a la salud, así como que su situación de vulnerabilidad, no sólo no debe provocar rechazo, sino una especial sensibilidad, ya que a sus patologías unen otras problemáticas que no afectan al resto de los pacientes: soledad, pobreza, desarraigo,
- fomentar el intercambio de experiencias entre los profesionales sanitarios y los servicios sociales comunitarios.
- incentivar a los servicios sociales municipales para que se acerquen a las personas sin techo con problemas de salud mental, ya que ellas no van a acudir a los recursos sociosanitarios.
- recomendar a las Administraciones la realización de campañas informativas tendentes a relativizar el estigma de las personas sin techo como “delincuentes, vagos, drogadictos, borrachos o locos”.

A modo de ejemplo puede servir el Programa de Atención Psiquiátrica a Personas sin Techo presentado por el Ayuntamiento de Valencia en octubre de 2009.

Reflexión: sería necesario el abordaje de un protocolo o guía a fin de que todas las Administraciones implicadas estableciesen criterios de actuación para el tratamiento de personas con enfermedad mental que “viven” en la calle.

Por último queremos hacer referencia a la última actuación del Consejo de Europa en relación con la cuestión que tratamos. Se trata de la Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. (Aprobado por el Comité de Ministros de 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros). Con el ánimo de no ser fatigosos en las citas legales nos remitimos a la página web del Consejo donde pueden examinarse, como algunas de las cuestiones, puestas de manifiesto en este documento, son también allí tratadas.

Lo hasta ahora expuesto se le comunica a fin de que, si lo considera oportuno, sea tomado como guía de actuación por parte de esa Administración o Entidad. Del mismo modo esta Institución agradecerá cualquier sugerencia que ayude a mejorar la atención a las personas que padecen enfermedad mental y a sus familiares y allegados. Atentamente, le saluda

José Cholbi Diego  
Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana