SÍNDIC DE GREUGES
COMUNITAT VALENCIANA

SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

INFORME ESPECIAL A LES CORTS VALENCIANES

Atención residencial a personas con problemas de salud mental en la Comunitat Valenciana

MARZO, 2016

INFORME ESPECIAL

ATENCIÓN RESIDENCIAL A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Edita: SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA
Depósito Legal: A 149-2016
Diseño y maquetación: TÁBULA
Imprime: Quinta impresión

ÍNDICE GENERAL

Siglas utilizadas en el informe 07
Nota aclaratoria 08

1. Introducción. Antecedentes y justificación del informe 09
2. Objetivo del informe 20
3. Metodología empleada para su elaboración 24
4. Marco competencial y coordinación sociosanitaria 28
4.1. Administración autonómica 28
4.2. Diputaciones provinciales 42
5. Tipología de recursos residenciales de carácter socio sanitario 45
5.1. Introducción 45
5.2. Los centros específicos para personas con enfermedad mental crónica (CEEM) ... 52
5.3. Centros de tipología mixta 55
5.4. Centro de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia (CARPD) 55
6. Perfil de los usuarios de los CEEM 60
6.1. Diagnósticos más frecuentes 60
6.2. Grado de discapacidad 61
6.3. Grado de dependencia 61
6.4. Incapacitación judicial y tutela 62
6.5. Tiempo de ingreso 64
7. El ingreso en centro residencial 65
8. La intervención rehabilitadora y de inserción socio laboral 71
9. Cobertura sanitaria y farmacéutica 73
9.1. Cobertura sanitaria 73
9.2. Cobertura farmacéutica 77
10. La participación económica de los usuarios en el coste del servicio 85
10.1. Regulación en el ámbito de la Comunitat Valenciana previa a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia 85
10.2. Regulación estatal de la participación en el coste del servicio y el cálculo de la capacidad económica de los beneficiarios tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia 86

10.3. Regulación en el ámbito de la Comunitat Valenciana tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia 87
10.3.1. Participación económica en el coste del servicio y cálculo de la capacidad económica en la Comunitat Valenciana para personas dependientes 87
10.3.2. Participación económica en el coste del servicio y cálculo de la capacidad económica en la Comunitat Valenciana para personas no dependientes 88
10.4. Regulación autonómica tras la entrada en vigor, el 1 de enero de 2015, de la ley 7/2014, de 22 de diciembre 90

11. Hospital psiquiátrico dependiente de la Administración Penitenciaria 95

12. CONCLUSIONES 97
12.1. Respecto a la planificación general, marco competencial y coordinación sociosanitaria 97
12.1.1. Carencia de planificación en materia de salud metal 97
12.1.2. Deficiente coordinación sociosanitaria 97
12.1.3. Deficiente coordinación en materia de cobertura de atención psiquiátrica 98
12.1.4. Zonificación de los recursos 98
12.1.5. Procedimiento de toma de decisión 98
12.1.6. Falta de homogeneidad en cuanto al papel de las diputaciones provinciales 98
12.2. Respecto a la tipología de recursos residenciales 99
12.2.1. Dispersión normativa que afecta a procesos de autorización de centros residenciales 99
12.2.2. Insuficiente definición de los centros de tipología mixta 99
12.3. Los centros de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia (CARPD) vienen a añadir complejidad a la falta de definición y provisionalidad que afecta a los centros residenciales de atención a personas con problemas de salud mental 99
12.4. El Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo carece de las preceptivas autorizaciones administrativas para el funcionamiento tanto de las unidades de hospitalización de media estancia (Conselleria de Sanidad) como de las unidades de rehabilitación y atención a discapacitados (Conselleria de Sanidad) 100
12.5. Respecto al perfil de los usuarios y su reconocimiento de grado de discapacidad y dependencia 100

12.5.1. Diagnóstico más frecuente, esquizofrenia. Notable ausencia de diagnósticos de patología dual (salud mental– toxicomanías) 100
12.5.2. Reconocimiento de grado de discapacidad en el intervalo comprendido entre el 65% y el 74% 101
12.5.3. Un 36,2% de las personas atendidas en los centros visitados NO disponen de reconocimiento de grado de dependencia 101
12.5.4. Situación especial de las personas atendidas en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo de Alicante 101
12.5.5. Prolongados procesos de internamiento 101
12.5.6. Los internamientos no voluntarios requieren de un mayor control y, sobre todo, un mayor contraste a la hora de prorrogarse 102
12.5.7. La mayoritaria declaración de incapacitación judicial total de las personas atendidas en los centros visitados y el ejercicio de la tutela como cargo preferente contravienen lo dispuesto en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y la Instrucción de la Fiscalía General del Estado 102
12.5.8. Necesidad de un mayor control y exhaustividad del ejercicio de la tutela por parte de la Generalitat 103
12.6. Sobre la intervención rehabilitadora y la inserción socio laboral de los usuarios ... 103
12.6.1. Ausencia de un diseño de intervención que permita tratamientos integrales de las personas con problemas de salud mental ingresadas en los centros 103
12.6.2. Ausencia de documentos base que permita la elaboración de protocolos y programas de intervención que deben ser puestos en funcionamiento en los centros 104
12.7. Respecto a la cobertura sanitaria y farmacéutica 104
12.7.1. Deficiente dotación de personal en las USM 104
12.7.2. Falta de especialización en salud mental del personal de enfermería, trabajo social y educadores 104
12.7.3. Progresiva acreditación como psicólogos clínicos de los profesionales de psicología que prestan servicios en los centros residenciales 105
12.7.4. Heterogeneidad en la aplicación del copago farmacéutico 105
12.8. Respecto a la participación económica de las personas usuarias en el coste del servicio 106
12.8.1. Desde el 1 de enero de 2014, se establece el copago para personas discapacitadas atendidas en recursos residenciales (entre otros). Este régimen de copago incide muy negativamente en los procesos de rehabilitación e inserción de las personas usuarias, además de provocar su empobrecimiento 106

12.8.2. La presentación, por parte de la Conselleria de Bienestar Social, de un recurso de casación ante el Tribunal Supremo contra la resolución del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana, declarando la integra nulidad de pleno derecho del Decreto 113/2013, de 2 de agosto, demora una posible devolución del precio público percibido por la administración autonómica durante el ejercicio 2014 106
12.8.3. Heterogeneidad en la forma de aplicación de la participación económica en el coste del servicio residencial 107
12.9. Participación y coordinación 108

13. RECOMENDACIONES 109

ANEXO I: VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA 114
I. Visita a la unidad de salud mental de Elda 114
II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Elda 117
ANEXO II: VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA MARINA BAIXA 124
I. Visita a la unidad de salud mental de Villajoyosa 124
II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Benidorm 126
ANEXO III: VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDÍA 132
I. Visita a la unidad de salud mental de Gandía 132
II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Mondúber–Barx 134
ANEXO IV: VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LLIRIA 141
I. Visita a la unidad de salud mental del Hospital Arnau de Vilanova 141
II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Bétera 146
ANEXO V: REUNIÓN CON RESPONSABLES DE FEAFES / AFEMA 153
ANEXO VI: VISITA AL COMPLEJO SOCIO ASISTENCIAL DOCTOR ESQUERDO 155
ANEXO VII: VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN 163
I. Visita al hospital provincial de Castellón 163
II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica Gran Vía de Castellón 166
ANEXO VIII: MEMORIA 2014. MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA (MNP). DEFENSORA DEL PUEBLO. ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES QUE PRESTAN SERVICIOS DE CARÁCTER SANITARIO, SOCIAL Y/O REHABILITADOR 172

SIGLAS UTILIZADAS EN EL INFORME

CCAA	Comunidades autónomas
CARPD	Centro de atención residencial a personas en situación de dependencia
CD	Centro de día
CE	Constitución española
CEEM	Centro específico para personas con enfermedad mental crónica
CRIS	Centro de rehabilitación e inserción social
EACV	Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana.
HD	Hospital de día
RAF	Régimen de aportación farmacéutico
UCA	Unidad de conductas adictivas
UHP	Unidad de hospitalización psiquiátrica
USM	Unidad de salud mental
USMA	Unidad de salud mental de adultos
USMIA	Unidad de salud mental infantil–adolescentes
UTA	Unidad de trastornos alimentarios

NOTA ACLARATORIA

El presente informe se redactó previó al cambio producido en la estructura organizativa del Consell.

Desde julio de 2015 las competencias atribuidas a la Conselleria de Bienestar Social, en materia de asistencia social a personas con enfermedad mental crónica han sido asignadas a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

En el informe se hace referencia a competencias que asumía la Conselleria de Bienestar Social y que, actualmente, corresponden a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

De igual manera, debe entenderse que las competencias de la antigua Conselleria de Sanidad son ahora de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL INFORME

01

Desde la puesta en marcha del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana en el año 1993, los problemas relacionados con la salud mental y la situación de las personas que la padecen y sus familiares han sido una preocupación constante de esta institución.

Efectivamente, en el año 1994, el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana realizó un primer estudio sobre la problemática de la salud mental en la Comunitat Valenciana.

El referido informe tenía como objetivo adaptar a nuestra Comunidad Autónoma el realizado por el Defensor del Pueblo. Las conclusiones del informe de 1994 fueron presentadas en las IX Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo celebradas en Alicante (octubre de 1994) bajo el título *La Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica.*

Por otro lado, en octubre de 1995, la oficina del Síndic de Greuges presento en las X Jornadas de Defensores del Pueblo celebradas en Barcelona la comunicación titulada *Las familias de los enfermos mentales en la reforma psiquiátrica valenciana.*

En el año 2000, se firmó en la sede del Síndic de Greuges el Protocolo de Internamien–to de la ciudad de Alicante. Se trataba del primer protocolo de estas características que se realizaba en la Comunitat Valenciana. El Síndic quedaba encargado de su custodia y cumplimiento.

Fue en el año 2003 cuando el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana elaboró el *Informe Especial a las Cortes Valencianas sobre la situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias.* Este informe se estructuró en tres partes:

- La primera, dirigida a analizar la evolución de la asistencia pública en materia de salud mental.

- La segunda presentaba los recursos existentes con referencia al año 2002.

- La tercera parte, destinada al análisis de problemas concretos de los propios afectados así como de sus familias

El Informe Especial de 2003, que tuvo gran repercusión entre los colectivos afectados, concluía con 32 recomendaciones dirigidas a las administraciones implicadas: la Conselleria de Sanidad, la Conselleria de Bienestar Social y las diputaciones provinciales.

Transcurridos nueve años desde la publicación del informe, la institución inició en 2012 una queja de oficio (ref. 1201100) con objeto de evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones que realizó el Síndic de Greuges en el Informe Especial de 2003.

El resultado del informe, en cuanto el nivel de cumplimiento de las recomendaciones realizadas, fue el siguiente:

CONSELLERIA DE SANIDAD	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
PRIMERA. Que, de conformidad a lo dispuesto en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat 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.	INCUMPLIDA Si bien se ha producido un incremento de plantilla en términos absolutos, el crecimiento de la población con cobertura de asistencia sanitaria ha generado una disminución en la tasa de profesionales por número de habitantes.

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), La Ribera 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).	PARCIALMENTE CUMPLIDA No se aporta información sobre Manises y Mislata. Siguen detectándose importantes deficiencias en Alcoy, Alicante-centro, San Juan, Florida-Babel y Ciudad Jardín.
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.	PARCIALMENTE CUMPLIDA Bajo nivel de implantación, entorno al 50% de las USM y UHP.
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, La Ribera, Gandía, Alcoy, Villajoyosa, Elche y Vega Baja.	INCUMPLIDA – MODIFICABLE Sería recomendable revisar criterios teóricos (estándares) en los que se sustenta esta recomendación, así como analizar las razones que justifican la variabilidad en las tasas de ocupación.
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.	INCUMPLIDA No se responde a esta recomendación ni consta, por otros informantes, que se haya cumplido o esté en proceso de ello.
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 electro-convulsiva y a la psicocirugía.	INCUMPLIDA No se responde a esta recomendación ni consta, por otros informantes, que se haya cumplido o esté en proceso de ello.

SÉPTIMA. Que se garantice la disponibilidad de la terapia electro-convulsiva en todas las unidades de agudos de la Comunidad Valenciana.	INCUMPLIDA MODIFICABLE Si bien la recomendación ha sido incumplida, entendemos que es aconsejable revisar las necesidades reales que la justifican, compartiendo la argumentación aportada por la Conselleria de Sanidad.
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.	INCUMPLIDA No se responde a esta recomendación ni consta, por otros informantes, que se haya cumplido o esté en proceso de ello.
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.	INCUMPLIDA No se responde a esta recomendación ni consta, por otros informantes, que se haya cumplido o esté en proceso de ello.
DÉCIMA. Que, de conformidad a las previsiones del PDSM, se proceda a la creación de la red de hospitales de día.	PARCIALMENTE CUMPLIDA A la vista de las deficiencias advertidas en el funcionamiento de algunos hospitales de día, puede ser aconsejable comprobar si éstos se ajustan a los objetivos para los que fueron creados.
DECIMOPRIMERA. Que, de conformidad a lo dispuesto en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat 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.	CUMPLIDA Es destacable el impulso a las unidades de salud mental de la Infancia y la Adolescencia (USMI-A).

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.	CUMPLIDA Conviene mejorar las dependencias de la USMI-A nº 2 de Castellón.
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.	CUMPLIDA Si bien se han creado no una, sino tres unidades hospitalarias infanto-juveniles, es conveniente re-evaluar las necesidades actuales y la adecuación de los medios de que disponen estas unidades hospitalarias
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.	INCUMPLIDA No consta que se haya procedido al estudio de necesidades de hospitales de día infanto-juveniles ni a su creación

CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
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.	PARCIALMENTE CUMPLIDA Se ha aprobado la normativa reguladora de viviendas tuteladas. Sin embargo, la "red mínima" a la que hace referencia la recomendación apenas alcanza un 15.8% de las necesidades estimadas.

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.	INCUMPLIDA La recomendación no ha sido cumplida, tanto en relación a la falta de viviendas tuteladas vinculadas a los CEEM como elementos de transición, como en cuanto al traslado de pacientes ingresados en la Unidad de Media–Larga Estancia de Castellón a otros tipos de recursos residenciales.
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 La Ribera y Aldàia.	INCUMPLIDA No se ha procedido al desarrollo reglamentario referido en la recomendación.
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.	INCUMPLIDA No se responde a esta recomendación ni consta, por otros informantes, que se haya cumplido o esté en proceso de ello.
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.	INCUMPLIDA No se responde a esta recomendación ni consta, por otros informantes, que se haya cumplido o esté en proceso de ello.
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.	INCUMPLIDA La Conselleria comunica que «Se está en fase de estudio de la creación de las instituciones pertinentes». Sin embargo, consta la aprobación del Decreto 136/2011, de 30 de septiembre, del Consell, con el que daría cumplimiento parcial a esta recomendación.

CONSELLERIA DE SANIDAD Y DE BIENESTAR SOCIAL	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
VIGESIMOPRIMERA. 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.	INCUMPLIDA No consta la existencia de una herramienta informática que permita la obtención de datos y estadísticas dirigidos a proporcionar una visión global y evaluar la eficacia de los distintos dispositivos de salud mental.
VIGESIMOSEGUNDA. 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 crónica.	INCUMPLIDA No se ha producido una integración de recursos ni definido como estatutario al personal sanitario dependiente de esta Conselleria.
VIGESIMOTERCERA. Que, de conformidad con lo previsto en el PDSM (Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica), 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.	PARCIALMENTE CUMPLIDA Se informa que «se están realizando cursos de cuidadores no profesionales», sin aportar el grado de implantación y frecuencia de éstos.
VIGESIMOCUARTA. 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.	PARCIALMENTE CUMPLIDA Se responde que «se impulsan anualmente la financiación de programas específicos de respiro familiar» pero no se aporta información cuantitativa que permita estimar el grado de cumplimiento.
VIGESIMOQUINTA. 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.	CUMPLIDA La recomendación se recoge en la Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad, así como en la Orden del 26 de septiembre de 2005, del Conseller de Sanidad, del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.

VIGESIMOSEXTA. 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.	CUMPLIDA Recomendación que realmente solo afecta a la Conselleria de Sanidad y ha sido adoptada mediante la aprobación de un protocolo de actuación para casos de ingresos involuntarios.
VIGESIMOSÉPTIMA. 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 757 nº3 LEC. – 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.	INCUMPLIDA La Conselleria de Bienestar Social indica que «se está estudiando y requiriendo los informes necesarios», sin especificar mayor información al respecto.

CONSELLERIA DE ECONOMÍA, TURISMO, INDUSTRIA Y EMPLEO	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
VIGESIMOCTAVA. Que se impulse el cumplimiento de las normas sobre integración y empleo de personas con minusvalía, la reserva de empleo, 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.	**PARCIALMENTE CUMPLIDA** Si bien la Conselleria aporta información sobre distintas convocatorias de subvenciones, su carácter genérico imposibilita conocer el grado exacto de cumplimiento de la Recomendación Vigésimo Octava.

RADIO TELEVISIÓN VALENCIANA	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
VIGESIMONOVENA. 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).	**CUMPLIDA** RTVV adoptó la «Guía de Estilo sobre Salud Mental y Medios de Comunicación» de FEAFES, cumpliendo de este modo con la Recomendación Vigésimo Novena.

DIPUTACIÓN DE VALENCIA	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
TRIGÉSIMA. Que se estudie el 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.	**CUMPLIDA** La Diputación de Valencia ha cumplido con exactitud la Recomendación trigésima.

DIPUTACIÓN DE ALICANTE	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
TRIGESIMOPRIMERA. Que se proceda al cierre del antiguo Sanatorio Psiquiátrico Provincial, hoy Complejo Socio Asistencial Doctor 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.	CUMPLIDA La Diputación de Alicante está cumpliendo la Recomendación Trigésimo Primera en sus distintas fases.

AYUNTAMIENTO DE VALENCIA	
RECOMENDACIÓN INFORME 2003	NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES
TRIGESIMOSEGUNDA. 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.	NO PROCEDE Entendemos que esta recomendación no procede en la actualidad, por cuanto el servicio que se presta en los locales a los que hace referencia no depende del Ayuntamiento de Valencia, sino de la Conselleria de Sanidad.

A todas estas actuaciones de oficio, deben añadirse las quejas sobre esta materia que, a instancia de parte, se dirigen al Síndic de Greuges. Quejas cuyo número aumenta cada año.

Por último, que en el mes de noviembre de 2014 la Defensora del Pueblo solicitó colaboración del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana para que técnicos de esta institución acompañasen al personal comisionado por la Defensora del Pueblo al Centro de Tipología Mixta la Morenica, de Villena (Alicante). Esta visita se enmarcaba dentro de las actividades previstas como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

Si bien el núcleo de la visita realizada era la atención residencial a las personas con enfermedad mental, el centro (al ser de tipología mixta) atiende a otros colectivos (personas mayores, personas con discapacidad física y psíquica).

La visita cursada, la información obtenida —visual y documental— así como las reuniones mantenidas con los responsables del centro justificaron la apertura de la queja de oficio nº 1500030 que es el origen de este informe.

02 OBJETIVO DEL INFORME

El Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, respecto a los CEEM, resalta «(...) el carácter abierto de dichos centros. No son hospitales psiquiátricos ni unidades de guardia y custodia». Se trata de evitar que los CEEM se conviertan en pequeños «manicomios» donde la función de custodia acaba siendo la característica principal.

Sin embargo de la visita realizada en noviembre de 2014 al CEEM de Villena (dentro del acompañamiento realizado al personal comisionado por la Defensora del Pueblo) destacamos una serie de cuestiones que nos parecen de especial relevancia:

Primera. La actuación de la Administración de Justicia

Respecto a la autorización judicial de ingreso: al tratarse de un centro para atención a pacientes con problemática de salud mental (psiquiátrica) se requieren una autorización judicial para su ingreso. Sólo aquellos pacientes que ingresan por propia voluntad y no están incapacitados podrían no requerir tal autorización.

De la revisión de los expedientes se comprueba que algunas personas ingresadas no disponían de la correspondiente autorización judicial o ésta no estaba actualizada.

Es igualmente destacable el empleo de una solicitud de ingreso urgente (comunicación al Juzgado una vez realizado el ingreso) en algunos casos en los que hubiera procedido la solicitud de ingreso ordinario.

Parece que el uso del ingreso por urgencia, que debería ser excepcional, se pudo convertir en el procedimiento ordinario.

Por otro lado, respecto a la vigilancia y seguimiento judicial de los internamientos, de la lectura de algunos expedientes se comprueba que no se había revisado semestralmente (como indica la propia autorización judicial) la evolución del paciente y la conveniencia de proseguir el internamiento.

Segunda. Situación de las personas tuteladas por la Comisión Valenciana de Tutelas

El número de personas atendidas en el centro que están bajo tutela o curatela de la Administración Pública es numeroso (concretamente, ascendía a 85 personas).

El seguimiento personalizado de la evolución de los casos, por parte de la Comisión Valenciana de Tutelas es prácticamente inexistente, limitándose a algunas llamadas telefónicas, remisión de informes, etc. En pocos casos las personas tuteladas han sido visitadas e informadas de su situación por la citada Comisión.

Tercera. Tiempo de estancia de las personas ingresadas

Un número importante de personas llevaban ingresadas en el centro desde el año 2001. En algunos casos se trataba de personas jóvenes (entre 40–45 años), sin que hubiera pronóstico de alta a corto o medio plazo.

Si bien es cierto que algunos de estos pacientes tenían un difícil proceso de inserción social, no lo es menos que existían casos en los que el alta no podía producirse por no existir recursos suficientes de tipo ambulatorio o similar en la red social y sanitaria.

Incluso en los casos cuya estancia se preveía de larga duración, los profesionales entrevistados consideraban que sería conveniente que pudieran residir en recursos más normalizados (viviendas tuteladas, mini residencias, etc.), a fin de evitar las consecuencias negativas de la institucionalización prolongada.

Cuarta. Tratamiento psiquiátrico

Aunque se trata de un centro de tipología mixta, en lo referente a la atención residencial de personas con problemas de salud mental, el centro está considerado como CEEM.

En estos casos, corresponde a la Conselleria de Bienestar Social el registro y autorización de este tipo de centros, así como su gestión o, en su caso, la financiación de los mismos.

Al tratarse de un centro de atención y reinserción social, la atención psiquiátrica debe prestarse por las unidades de salud mental (USM) del departamento sanitario correspondiente (Conselleria de Sanidad).

Por este motivo, en la plantilla de personal del centro, no se prevé la contratación de médico psiquiatra.

Según los profesionales del centro, la atención psiquiátrica desde la Unidad de Salud Mental, es prácticamente inexistente, reduciéndose al control farmacológico, pudiendo ser visitados alguno de los pacientes, con periodicidad semestral o incluso anual.

Ante este déficit de atención psiquiátrica, la entidad propietaria del centro había contratado los servicios de un psiquiatra que actuaba como consultor dos veces por semana.

No obstante esta medida, la atención psiquiátrica a las personas atendidas en el centro es claramente deficitaria.

Quinta. Dotación de personal

La Conselleria de Bienestar Social determinó por Orden de 3 de febrero de 1997, la plantilla de personal que debía integrar los CEEM.

Posteriormente y por Orden de 9 de mayo de 2006, estableció una plantilla mínima para un centro de 40 plazas.

El cumplimiento de la Orden ha ido demorándose para los centros que ya estaban en funcionamiento, primero 5 años, posteriormente 7 años hasta llegar a la actualidad que se aplaza la moratoria hasta 9 años (mayo de 2015).

Posteriormente ha sido publicada una Orden de plantillas mínimas para centros de personas dependientes que podría incidir en lo dicho en este apartado, aunque debe tenerse en cuenta que no todas las personas con enfermedad mental son valoradas como personas dependientes.

Todo ello conlleva que, en el centro, exista una plantilla de personal de atención directa limitada, lo que dificulta una atención personalizada suficiente, pese a los esfuerzos del personal que presta sus servicios en el centro.

Algunos datos de la visita corroboran esta afirmación, como por ejemplo que, en la visita cursada a los grupos residenciales a las 15h del día 24 de noviembre, los pacientes se encontraban sin supervisión de ningún profesional, supuestamente porque era la hora del cambio de turno (desde luego este hecho es imputable igualmente a deficiencias organizativas) o que el número de actividades programadas acogieran a grupos muy numerosos (15–16 pacientes) y fueran insuficientes (2–3 actividades a lo largo de la mañana).

Sexta. Población atendida de perfil muy dispar

En la visita se comprobó que el perfil de usuarios es muy dispar, coexistiendo personas de edad avanzada con personas mucho más jóvenes.

De igual forma existe disparidad de tipología y severidad de problemáticas atendidas (esquizofrenias, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, etc.) y, en los últimos tiempos, una prevalencia de ingresos de personas jóvenes con patología dual (enfermedad mental– consumo de tóxicos). La diversidad de perfiles conlleva diferentes necesidades de atención y por tanto una amplia gama de intervenciones que difícilmente son conseguibles con plantillas ajustadas.

A la vista de todo lo anterior, el objeto del presente trabajo es elaborar un informe sobre la atención que reciben las personas con enfermedad mental en los centros específicos para personas con enfermedad mental crónica (a partir de ahora CEEM) de la Comunitat Valenciana, tanto públicos, como de gestión integral o privados.

METODOLOGÍA EMPLEADA PARA SU ELABORACIÓN

03

Cuatro han sido las líneas de actuación:

1. Revisión de los antecedentes existentes en la institución del Síndic de Greuges a los que hemos hecho referencia en el punto primero.

2. Revisión de las quejas a instancia de parte que presentan al Síndic los usuarios de los CEEM, sus familiares y los profesionales.

3. Peticiones de informe realizadas a las administraciones implicadas.

4. Visitas realizadas a los CEEM y unidades de salud mental y cumplimentación de una serie de cuestionarios.

Los antecedentes que constaban a esta institución, a los que nos hemos referido en el punto primero, eran los siguientes:

- Estudio sobre la problemática de la salud mental en la Comunitat Valenciana, de 1994.

- El Informe especial a las Cortes Valencianas sobre la situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias, de 2003.

– Los resultados de la queja de oficio nº 1201100 relativa al grado de cumplimiento de las 23 recomendaciones que realizo el Síndic de Greuges en el Informe especial de 2003.

Por otro lado, contamos con las quejas individuales que la ciudadanía presenta al Síndic de Greuges, quejas de las que damos cuenta en los informes que anualmente se presentan ante Les Corts. No cabe duda de que las distintas problemáticas allí analizadas han servido para conocer, desde otra perspectiva, muchas de las cuestiones que aquí se examinan a nivel general.

Asimismo, siendo la salud mental una competencia compartida entre las Consellerias de Sanidad y de Bienestar Social, la tramitación e instrucción de este informe ha obligado a interactuar con ambas.

Concretamente, a la Conselleria de Sanidad solicitamos un informe en relación a la vigencia del Plan de Salud Mental de la Comunitat Valenciana así como de su modificación.

En este punto, la Conselleria de Sanidad nos informó de que el Plan Director de Salud Mental vigente era el de 2001, si bien en todas las entrevistas mantenidas se nos comunicó que se estaba trabajando en un nuevo Plan de Salud Mental.

Por su parte la Conselleria de Bienestar Social, nos indicó que eran 28 los CEEM ubicados en la Comunitat Valenciana, de los cuales 5 eran de gestión integral y los 23 restantes de gestión privada en los que los pacientes eran atendidos a través de Prestaciones Económicas Individualizadas (PEI) o Prestaciones Vinculadas al Servicio (PVS). El número de plazas ocupadas en el momento del informe ascendía a 1235.

En este sentido, ante la imposibilidad de visitar y entrevistarnos con los responsables de la totalidad de los CEEM, desde el Síndic de Greuges se decidió aplicar los siguientes criterios de selección:

Primero. Cursar visita a CEEM, tanto a los de modalidad específica (sólo atienden personas con enfermedad mental), como a los de tipología mixta (atienden a personas con enfermedad mental y a otros colectivos como tercera edad, discapacitados, etc.).

Segundo. Visitar centros de gestión integral (titularidad pública pero gestión privada) y de gestión privada, toda vez que no existen centros públicos en nuestra comunidad.

Tercero. Visitar CEEM de las tres provincias de la Comunitat Valenciana.

Cuarto. Priorizar aquellos CEEM que estuviesen cerca de los centros hospitalarios en los que se ubicasen los responsables de salud mental de la Conselleria de Sanidad que prestan la asistencia psiquiátrica a los usuarios del CEEM, toda vez que también se cursaría visita a los responsables sanitarios.

Quinto. En todos los casos, contactar previamente con las personas responsables de los CEEM y de las unidades de salud mental (Conselleria de Sanidad) que atienden a los residentes en aquéllos, para concretar con ambos la fecha y hora de la visita (a ser posible el mismo día).

Sexto. Acudir siempre dos técnicos del Síndic de Greuges a las reuniones y visitas, uno del área de bienestar social y otro del área sanitaria.

Siguiendo estos criterios, mantuvimos entrevista con los responsables sanitarios de la salud mental (en muchos casos acompañados de personal facultativo, enfermería y trabajadores sociales) de los siguientes departamentos de salud:

11/02/2015 Departamento 18 (Elda).
18/02/2015 Departamento 16 (Villajoyosa).
25/02/2015 Departamento 12 (Gandia).
04/03/2015 Departamento 6 (València–Arnau de Vilanova–Llíria).
22/04/2015 Departamento 2–3 (de Castellón).

Realizadas las anteriores entrevistas, esos mismos días, mantuvimos reuniones y visitamos los siguientes CEEM:

CEEM de Elda (gestión integral)
CEEM de Benidorm (gestión integral)
CEEM de Mondúber en Barx (gestión privada)
CEEM de Bétera (gestión integral)
CEEM de Gran Vía de Castellón (gestión integral)

A las visitas a estos CEEM se añade la realizada en noviembre de 2014 a la Residencia Mixta–Centro Geriátrico La Morenica (Villena) de gestión privada.

Asimismo, por sus características específicas, se visitó el 25 de marzo de 2015, manteniendo entrevistas con personal responsable, el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo (Sant Joan d´Alacant) dependiente de la Diputación Provincial de Alicante.

Por último, debemos indicar que el 13/03/2015 mantuvimos una reunión de trabajo en la sede del Síndic de Greuges, en Alicante, con representantes de la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Alicante (AFEMA)

De los resultados y conclusiones de todas las visitas realizadas damos cuenta a lo largo del presente informe.

MARCO COMPETENCIAL Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA 04

4.1. Administración autonómica

Los Reglamentos Orgánicos y Funcionales de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Bienestar Social delimitan las competencias que en materia de atención a personas con problemas de enfermedad mental corresponde a cada una de ellas.

Así, el Decreto 103/2015, de 7 de julio, del Consell, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerias de la Generalitat atribuye a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública competencias en materia de salud mental y a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas competencias en materia de asistencia social a personas con enfermedad mental crónica.

El Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, establece en su art. 7.4 que:

> (…) la Dirección General de Asistencia Sanitaria asume el desarrollo de las funciones en materia de coordinación de salud mental a la que corresponde la coordinación de la actuación de las unidades de salud mental, que tienen como prestación básica la atención integral al paciente, impulsar la integración de los pacientes con patología mental, gestionar y planificar los servicios y programas de salud mental, impulsar, proponer

> y coordinar la estrategia integrada en salud mental de la Comunitat Valenciana, así como el seguimiento de la acciones contempladas, el seguimiento y evaluación de los indicadores de actividad de los centros de atención a los pacientes de salud mental.

El Decreto 152/2015, de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el reglamento orgánico y funcional de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, asigna a la Secretaría Autonómica de Servicios Sociales y Autonomía Personal —Dirección General de Diversidad Funcional— las competencias de:

> (…) propuesta, programación y ejecución de políticas generales en materia de atención a las personas con discapacidad; de promoción de la autonomía personal, así como la coordinación de centros propios, asistencia social a personas con enfermedad mental crónica y equipamiento de centros.

Esta distribución competencial junto con el aumento de la complejidad de los casos que deben ser atendidos, tanto desde el sistema sanitario como desde el sistema de atención social, hace más necesaria aún, si cabe, la coordinación sociosanitaria, materia que la administración autonómica viene intentando regular y poner en funcionamiento desde 1995.

Efectivamente, el Acuerdo de 16 de mayo de 1995, del Gobierno Valenciano, en materia sociosanitaria, (DOGV de 27 de junio de 1995) delimitó como áreas de actuación prioritaria en el ámbito sociosanitario las siguientes:

a) La atención a personas mayores, que tienen comprometida su autonomía para las actividades de la vida diaria.

b) La atención a personas con discapacidad, que precisan servicios de detección y atención precoz, rehabilitación y recuperación profesional o atención especializada.

c) La atención a personas con trastornos adictivos, desde la prevención a la reinserción.

d) La atención a colectivos en situación de riesgo social (menores, jóvenes, mujeres, etc.)

e) La atención a personas con problemas de salud que ven comprometida su autonomía, como alternativa al internamiento.

En lo relativo a la asistencia a personas con problemas de salud mental se establecía lo siguiente:

Acuerdo IV

Punto 9. La asistencia en salud mental que requieran las personas atendidas en centros sociosanitarios y de servicios sociales se prestará por la unidad de salud mental del área. La entrada en el circuito asistencial se articulará a través de la atención primaria de salud. Para el desarrollo de las acciones sociosanitarias, se coordinará el personal de ambos sistemas, al objeto de que se puedan ajustar los programas conjuntos.

Punto 10. En el caso de las personas con problemas crónicos de salud mental y carencias sociales o familiares, la unidad de salud mental del área prestará siempre la atención psiquiátrica necesaria (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), asumiendo la hospitalización en las situaciones clínicamente indicadas.

El alojamiento, convivencia, potenciación y recuperación de habilidades laborales-ocupacionales y de reinserción social, aunque se programarán conjuntamente, correrán a cargo del sistema de servicios sociales y se trabajará para conseguir una integración, lo más satisfactoria posible, de las personas con problemas de salud mental en la comunidad, en función de su grado de autonomía.

Ambos sistemas desarrollarán para la prestación de dicha atención los dispositivos sociosanitarios necesarios, en razón de la distribución competencial mencionada en el párrafo anterior.

La Comisión Territorial para la Programación Conjunta de las Actuaciones Sociosanitarias valorará las intervenciones oportunas entre sistemas, según las condiciones personales de cada usuario.

De igual forma, el Acuerdo en materia sociosanitaria de 1995 contemplaba que, para garantizar la necesaria coordinación institucional, se creara una comisión mixta sociosanitaria. Igualmente, determinaba que las Consellerias competentes en materia sanitaria y de bienestar social debían elaborar, con carácter prioritario, procedimientos de coordinación sociosanitaria en distintas materias entre la que se contemplaba la atención sociosanitaria a personas con problemas de salud mental.

La Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana considera como sector específico de atención desde el ámbito de los servicios sociales especializados, el de las personas con discapacidad (física, psíquica, sensorial, parálisis cerebral o enfermedad mental).

En su artículo 21, la citada Ley de servicios sociales dice expresamente:

> Art.21.3. La Generalitat, a través de los organismos que gestionen los Servicios Sociales y la Sanidad, fomentará un área de servicios socio–sanitarios para atender a aquellas personas afectadas por discapacidades que, además de medidas sociales, precisen de atención sanitaria.
>
> Art.21.5. Se prestará atención especial en el contexto socio–sanitario a los enfermos mentales. Para ellos se articulará una red asistencial en la que los recursos sanitarios y sociales se conjunten atendiendo a sus múltiples necesidades desde una perspectiva global. En particular, como se recogen artículos siguientes desde esta misma ley, se contemplarán los centros de atención sanitaria con instalaciones que den respuesta las necesidades psicosociales específicas de este conjunto de personas.

En cuanto a los equipamientos queda reflejado en la Ley de Servicios Sociales lo siguiente:

> Artículo 33.2. En coordinación con la Conselleria de Sanidad, la Conselleria de Bienestar Social aportará los centros y equipamientos previstos en el Plan de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.

La Ley 8/1987, de 4 de diciembre, por la que se crea el Servicio Valenciano de Salud, que entró en vigor el 1 de enero de 1988, es el punto de partida de la situación actual. Esta Ley adscribe funcionalmente a la Conselleria de Sanidad todos los servicios y funciones en materia de salud mental que hasta entonces pertenecían a ayuntamientos y diputaciones, estableciendo un plazo de tres años para la realización de transferencias, todo ello conforme a la Ley General de Sanidad.

En este aspecto referirnos a las normas desarrolladas al amparo de la citada Ley 8/1987 de 4 de diciembre:

- El Decreto 132/1996, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se asignan competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanidad y la de Bienestar Social, señala que los enfermos mentales crónicos generan necesidades tanto sociales como sanitarias y que ambos tipos de necesidades deben ser atendidas por las diferentes Consellerias de forma coordinada, mediante la creación de recursos sociosanitarios específicos.

  Posteriormente, el 13 de febrero de 1997, se publica la Orden que recoge la catalogación y características técnicas de estructuras específicas, rehabilitadoras y residenciales para enfermos mentales crónicos.

- El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, determina que:

> (…) la atención y asistencia especializada comprenderá (…) la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización (que incluye la asistencia médica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen).

- El Decreto 81/1998, de 4 de junio, que define y estructura los recursos dirigidos a la salud mental y la asistencia psiquiátrica determina que la Conselleria de Sanidad asegura la asistencia sanitaria a todos aquellos enfermos que presentan patología aguda, subaguda o crónica de salud mental, siendo competencia de la Conselleria de Bienestar Social la rehabilitación, reinserción, alojamiento, etc. de los enfermos mentales crónicos con deficiente apoyo familiar y social.

Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat Valenciana, publicado conjuntamente por las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social en el año 2001

La elaboración de este Plan se basaba en un estudio inicial de la situación de la salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Comunitat Valenciana revisando la normativa legal de la que se desprende que:

> (…) la rehabilitación psiquiátrica es parte indisoluble de la atención psiquiátrica y salud mental. Por ello la administración se compromete a crear y mantener una red de dispositivos diversificados y complementarios de carácter socioasistencial, con el fin de proveer estructuras organizativas, humanas y materiales necesarias para garantizar el mantenimiento del enfermo en su comunidad de origen. Esto implica la necesidad de que la Generalitat Valenciana promueva la creación de una red asistencial integral e integrada compuesta por dispositivos tanto sanitarios como sociales y que permita la adaptación de dicha red sociosanitaria a las necesidades cambiantes y dinámicas de los enfermos mentales.

Los recursos asistenciales que fueron establecidos en el Plan Director de Salud Mental (2001) y su asignación a las Consellerias competentes en la materia, fueron los siguientes:

1. Conselleria de Sanidad

- Unidades de salud mental
- Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)
- Hospital de día
- Unidades de media estancia (UME)
- Unidades de salud mental infantil y de la adolescencia (USMI o USMI–A)
- Programa de atención domiciliaria y apoyo familiar
- Programa contra la estigmatización y discriminación como consecuencia de la esquizofrenia
- Dispositivos para la atención a drogodependencias (incluido alcoholismo)
- Dispositivos para la atención a trastornos del comportamiento alimentario

2. Conselleria de Bienestar Social (recursos sociosanitarios)

- Centro de día
- Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS)
- Viviendas propias con apoyo domiciliario
- Pensiones supervisadas
- Casas de transición
- Viviendas tuteladas
- Unidades residenciales específicas (CEEM)
- Programa de atención a personas sin techo

Se destaca respecto a los recursos sociosanitarios que tienen carácter abierto y que no son hospitales psiquiátricos ni unidades de guardia y custodia.

Según información de la Conselleria de Sanidad, el Plan Director de Salud Mental de 2001, se encuentra actualmente en revisión, al objeto de elaborar un nuevo Plan adaptado a la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud cuya vigencia, debe recordarse, fue establecida para el periodo 2009–2013[1].

La Estrategia en Salud Mental fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en diciembre de 2006. El comité de seguimiento y evaluación, constituido en su seno, procedió a la evaluación del documento inicial con los datos facilitados por las comunidades autónomas y el propio Ministerio de Sanidad y Política Social. Dicha

1. Dato extraído del informe emitido por la Conselleria de Sanidad en la queja 201318295.

evaluación finalizó en marzo 2009 incorporando sugerencias de cambios, anulaciones o incorporaciones de nuevos objetivos y recomendaciones, siendo publicada en el año 2011.

La actualización de la Estrategia de Salud Mental (2009–2013) incluye:

- Nueva evidencia científica disponible desde la aprobación de la Estrategia
- Análisis de los resultados de la evaluación
- Ejemplos de buenas prácticas
- Redefinición y propuesta de nuevos objetivos y recomendaciones
- Indicadores de evaluación.

La Estrategia de Salud Mental desarrolla cinco líneas estratégicas de actuación:

- Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental
- Atención a los trastornos mentales
- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional
- Formación del personal sanitario
- Investigación en salud mental.

Reflejamos, a continuación, las recomendaciones contenidas en cada una de las líneas estratégicas por entender que estas deben ser tenidas en cuenta por las comunidades autónomas y al objeto de contrastar alguna de ellas con los datos recabados en el presente informe.

De las recomendaciones contenidas en la **Línea Estratégica 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**, se destacan:

1. Las intervenciones de promoción de la salud mental se dirigirán a grupos específicos de población y formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública. Estas actuaciones integrarán un plan específico o estarán integradas en los planes de promoción de la salud o en los de salud mental de las CC.AA.

2. Se recomiendan intervenciones de efectividad probada y orientadas a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, la búsqueda de apoyo social, el aprendizaje de técnicas de solución de problemas, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, entre otras.

3. En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales, se señalará el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad y la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social), las relaciones igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

4. El Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas desarrollarán intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental.

De las recomendaciones contenidas en la **Línea Estratégica 2. Atención a los trastornos mentales**, se destacan:

1. La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud es un documento genérico que define las funciones de la atención primaria y especializada en la atención a la salud mental. Se recomienda que las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, la desarrollen de forma concreta y específica.

2. Todos los y las pacientes diagnosticados de trastorno mental grave deben tener la posibilidad de ser incluidos precozmente en un programa de rehabilitación.

3. Se recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores, tanto en población adulta como infanto-juvenil, en las estructuras territoriales sanitarias. Estos dispositivos deberán tener en cuenta las diferencias sociofamiliares de mujeres y hombres.

4. Se proponen dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Integrado de Atención para los pacientes con trastorno mental grave y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con trastorno mental común. Se remiendan formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con trastorno mental grave, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el Tratamiento Asertivo Comunitario y los Programas de Continuidad de Cuidados.

5. Se recomienda la protocolización de los siguientes procesos de atención: trastorno mental común del adulto, trastorno mental grave del adulto (teniendo en

cuenta el aspecto de género dado que es mayor el número de mujeres que sufren trastornos mentales y mayor el número de hombres que se suicidan), trastorno mental grave de la edad avanzada, trastorno mental grave de la personalidad, trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo.

6. Cada comunidad autónoma implantará guías de práctica clínica de los trastornos mentales más graves y prevalentes. Se recomiendan las guías de práctica clínica u otras herramientas basadas en la evidencia y que hayan incorporado la perspectiva de género.

7. Proporcionar, de forma continuada, información científica sobre la utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos a los profesionales sanitarios y pacientes.

8. Se recomienda introducir elementos de análisis y monitorización para controlar la variabilidad en la prescripción según el sexo.

9. Las comunidades valorarán e implantarán y evaluarán, en su caso, experiencias de gestión por procesos o vías clínicas.

10. Se adoptarán medidas para mejorar la competencia transcultural de las instituciones y los profesionales encargados de la atención a la salud mental.

11. La unidad, centro o servicio de salud mental es responsable del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares dotados con un número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles. Estos equipos ofertarán una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza biopsicosocial de la salud, la diversidad de las personas y los requerimientos específicos del paciente y de su entorno de convivencia para garantizar los tratamientos menos restrictivos posibles con implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones y facilitando la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere.

Respecto a la contención involuntaria se plantean como objetivo para las comunidades autónomas el «definir o actualizar un protocolo para el traslado y la hospitalización

involuntaria» así como el «regular, por medio de protocolos, los procedimientos para la contención física, el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico».

Se añaden a estos objetivos las siguientes recomendaciones:

1. El protocolo se elaborará con la colaboración de todos los agentes potencialmente implicados en los procedimientos de hospitalización involuntaria: profesionales de la salud mental y del derecho, policía, transporte sanitario y asociaciones de familiares, usuarias y usuarios.

2. Además del protocolo, se elaborará una versión operativa «vía de hospitalización involuntaria» de aplicación individual, en la que se registrarán cada uno de los pasos, los tiempos, los nombres y las firmas de los agentes implicados.

3. Asimismo, se elaborarán protocolos y vías para aplicar a pacientes que requieran contención física y tratamiento involuntario durante la hospitalización.

4. Los protocolos se ajustarán a la legislación vigente y contemplarán el principio de la mínima restricción necesaria, el respeto y la dignidad de las personas con trastorno mental, evitando la estigmatización y poniendo especial énfasis en la agilidad y la reactividad del procedimiento.

5. Se desarrollará un modelo de consentimiento informado para los familiares ante situaciones asistenciales que impliquen adoptar las anteriores medidas restrictivas, según lo establecido en los artículos 8 y 9 de la Ley de autonomía del paciente.

De las recomendaciones contenidas en la **Línea Estratégica 3. Coordinación intra-institucional e interinstitucional**, destacamos las siguientes:

1. Las Comunidades Autónomas desarrollarán y potenciarán los aspectos contemplados en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

2. Se recomienda, dentro de las competencias de las Comunidades Autónomas y en consonancia con la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo,

Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior y otras que pudieran estar implicadas, para: 1) integrar las políticas en salud mental, y 2) asesorar en la elaboración del Plan de Salud Mental Autonómico.

3. Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento.

4. Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales que garantice la continuidad de los cuidados de la población de edad avanzada en su medio residencial, al amparo de lo establecido en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

5. Crear mecanismos de coordinación en el ámbito de la comunidad autónoma para garantizar la atención integrada a la problemática de las drogodependencias dentro de la salud mental.

6. Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con instituciones penitenciarias y centros de acogida y residenciales.

7. En caso de concertación y/o compra de servicios, se establecerán criterios de calidad y evaluación, coordinación e integración con la estructura organizativa de atención a la salud mental de la comunidad autónoma.

En esa misma línea estratégica y en relación al objetivo de «potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma» destacamos las siguientes recomendaciones:

1. En los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, se contará con representantes de las asociaciones de profesionales de la salud mental.

2. En los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, se contará con representantes de las asociaciones de usuarios y familiares de personas con trastorno mental.

3. Para que la participación de las asociaciones de usuarios y familiares sea efectiva es necesario que se refuerce su continuidad e independencia. Para ello, se respal–

dará a las asociaciones representativas que puedan actuar como interlocutoras en las cuestiones que les conciernen en materia de salud mental.

4. Se establecerán mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y personas con trastornos mentales para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, de lucha contra el estigma y de defensa de sus derechos.

De las recomendaciones contenidas en la **Línea Estratégica 4**. **Formación del personal sanitario**, destacamos las siguientes:

1. Se recomienda que las Comunidades Autónomas incluyan la titulación de especialista en enfermería en salud mental como requisito para la incorporación de estos profesionales a los dispositivos y recursos de salud mental.

2. Ampliar esta formación al personal de atención primaria que trabaja en instituciones penitenciarias.

3. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de sus órganos competentes junto con las Comunidades Autónomas, revisará los perfiles profesionales necesarios para los futuros especialistas, los criterios de acreditación de las unidades docentes y el modelo docente en general. Todo ello con el fin de alinear la formación de especialistas con las necesidades de la población según el modelo comunitario.

4. Revisar el actual modelo de las especialidades de psiquiatría y psicología clínica para incluir como áreas de capacitación preferente: psiquiatría y psicología en la infancia y adolescencia, psicología de la salud, psicoterapia, psicogeriatría, psiquiatría y psicología forenses y adicciones.

5. El desarrollo del Plan de Formación Continuada se basará en los siguientes principios:

   a. Centrarse en problemas que deban ser detectados y resueltos por los profesionales implicados, teniendo en cuenta la morbilidad y la demanda de la población.

   b. Analizar las necesidades formativas de todos los profesionales implicados para atender a dichos trastornos.

   c. Promover la formación continuada mediante reuniones conjuntas de los profesionales de atención primaria y los equipos de salud mental.

d. Priorizar actividades de aprendizaje participativo en pequeños grupos, tales como talleres, sesiones clínicas y sesiones de supervisión de casos, incorporando las «mejores prácticas disponibles».

e. Los programas de formación deberán tener en cuenta medidas de conciliación laboral y familiar.

f. Se considerarán las necesidades emergentes y específicas en salud mental de la población de cada área sanitaria (p.ej., diversidad cultural, desigualdades y factores determinantes de género, violencia de género, inmigración, etc.).

Por último y respecto a las recomendaciones contenidas en la **Línea Estratégica 5. Investigación en salud mental**, destacamos las siguientes:

1. Las Comunidades Autónomas priorizarán, en su ámbito territorial, las líneas de investigación en salud mental en función de las necesidades de la población. Se fomentará la inclusión de la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.

2. Se deben impulsar y apoyar proyectos de investigación–acción que impliquen el carácter multidisciplinar y coordinación entre varias áreas sanitarias de una misma comunidad autónoma.

3. Se mejorará la formación de investigadores en técnicas básicas y aplicadas de investigación en salud mental.

4. Se establecerá un marco laboral estable para los investigadores en salud mental.

5. Las Comunidades Autónomas priorizarán en sus convocatorias el área temática sobre salud mental y género promover el estudio de las condiciones de trabajo que puedan facilitar la aparición de trastornos mentales, especialmente entre las mujeres.

Dejando ya el contenido de la estrategia de salud mental del sistema nacional de salud nos referiremos a continuación a los órganos de coordinación inter–institucional que en materia de salud mental ha sido constituido en la Comunitat Valenciana. Debe hacerse referencia al Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunitat Valenciana creado por la Orden de 26 de septiembre de 2005, del Conseller de Sanidad (DOGV 04.10.2005).

Se trata de un órgano colegiado 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.

Entre sus funciones tiene encomendada la de «informar preceptivamente el anteproyecto del Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica y sus revisiones y modificaciones».

Componen el Consejo, además de directores generales de la Conselleria de Sanidad, directores generales con competencias en materia de drogodependencias (sanidad), integración social del discapacitado (bienestar social), profesionales de reconocido prestigio, representantes de asociaciones, representantes de sociedades científicas y colegios profesionales, representantes de diputaciones y representante de asociaciones de consumidores y usuarios de la Comunitat Valenciana.

En este punto, por parte de Diputación Provincial de Alicante se nos indica que no han sido convocados a reunión alguna de dicho Consejo.

Destacamos, igualmente, la constitución de la Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Personas Mayores con Facultades y Capacidad Limitada (Decreto 136/2011, de 30 de septiembre, del Consell —DOCV 04.10.2011).

Se trata de un órgano de carácter interdepartamental, sin personalidad jurídica propia, adscrito a la Conselleria competente en materia de bienestar social, encargado de salvaguardar los derechos de las personas sujetas a cargos tutelares por la Generalitat y de coordinar los recursos públicos y privados disponibles, para un ejercicio correcto de los cargos tutelares que sean asignados por los órganos judiciales de la Comunitat Valenciana, respecto de personas mayores de edad residentes en la misma.

Entre sus funciones destacamos las siguientes:

1. Coordinar los recursos existentes de las distintas administraciones públicas y departamentos implicados, con la finalidad de lograr un mayor aprovechamiento y eficacia en la utilización de los mismos.

2. Instar a las diferentes instituciones, organismos o entidades a la creación de nuevos recursos en caso de ponerse de manifiesto la insuficiencia de los existentes o de identificarse necesidades no cubiertas por los servicios ya creados.

3. Instar a los órganos competentes a la formalización de protocolos o convenios de colaboración con instituciones públicas o privadas para el cumplimiento de sus fines.

4. Promover el desarrollo normativo en las materias relacionadas con el objeto del presente decreto, así como la participación ciudadana en los términos previstos en la Ley 11/2008, de 3 de julio, de la Generalitat, de Participación Ciudadana de la Comunitat Valenciana y en su normativa de desarrollo.

De la Comisión forman parte representantes de la administración competente en materia de familia, dependencia, discapacidad (bienestar social), representante de la Conselleria de Justicia, representante de la administración competente en materia sanitaria, salud mental y drogodependencias (sanidad), representante de la administración competente en materia de economía, industria y comercio y los titulares de las Direcciones Territoriales de Bienestar Social.

4.2. Diputaciones provinciales

Por último, deben destacarse en este punto del informe las competencias que, en la materia que nos ocupa, siguen asumiendo las diputaciones provinciales actualmente.

Como se ha dicho anteriormente, la ley 8/1997, de 4 de diciembre, por la que se crea el Servicio Valenciano de Salud (en vigor desde el 1 de enero de 1988) adscribía funcionalmente a la Conselleria de Sanidad todos los servicios y funciones que, en materia de salud mental, pertenecían a los ayuntamientos y a las diputaciones provinciales.

Esta adscripción funcional se ha realizado parcialmente, lo que añade mayor complejidad a la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental en la Comunitat Valenciana.

Se comprueba que la Diputación de Alicante mantiene la competencia sobre el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo para el estudio y tratamiento de la cronicidad mental. El personal del referido centro sigue dependiendo de la Diputación de Alicante y los ingresos de los usuarios de una Comisión Interna de Valoración del propio centro.

En la actualidad en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo son atendidos 151 personas en distintas unidades cuyas competencias tendrían atribuidas tanto la Conselleria de Sanidad como la Conselleria de Bienestar Social.

Estas unidades son:

- Unidad de media estancia cuya competencia funcional debería haber sido atribuida a la Conselleria de Sanidad.

- Unidad de rehabilitación cuya competencia funcional debería haber sido atribuida a la Conselleria de Bienestar Social.

- Centro de día que dispone de 20 plazas aunque, desde el propio centro se nos indicaba que en la actualidad atiende a 34 pacientes.

- Residencia discapacitados psíquicos cuya competencia funcional debería haber sido atribuida a la Conselleria de Bienestar Social.

- Residencia psicogeriatría cuya competencia funcional debería haber sido atribuida a la Conselleria de Bienestar Social.

Actualmente, la Diputación de Alicante ha procedido a la construcción de un nuevo edificio al que serán trasladados parte de los pacientes atendidos. Este nuevo centro se encuentra en proceso de acreditación como CEEM por parte de la Conselleria de Bienestar Social.

Respecto a las competencias que en la actualidad mantiene la Diputación de Valencia en la materia que nos ocupa, debe indicarse que se limita a una unidad de pacientes muy cronificados ubicada en el Complejo Socio Sanitario de Bétera. De las visitas cursadas por personal de esta institución se pudo comprobar que la mayoría del personal que prestaba servicios en los centros dependientes de la Diputación de Valencia, siguen prestándolos en centros dependientes de la Conselleria de Sanidad (por ejemplo en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Arnau de Vilanova).

La situación en la provincia de Castellón tiene características sustancialmente diferentes. En la citada provincia se ha constituido el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón en el que participan la Generalitat Valenciana y la Diputación Provincial de Castellón (Estatutos del Consorcio dispuestos por Resolución de 22 de abril de 2013 —DOCV de 28.08.2013). La sede del Consorcio es el Hospital Provincial de Castellón. El objeto del Consorcio es la prestación de la asistencia y servicios sanitarios, sociosanitarios, sociales y de desarrollo del conocimiento, así como la participación en programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación.

Como finalidad específica del Consorcio está la atención especializada en régimen extrahospitalario y en régimen hospitalario y, en particular, la gestión del Hospital Provincial de Castellón vertebrado como Hospital complementario dotado de tres institutos clínicos:

- Instituto Oncológico de Castellón
- Instituto de Salud Mental de Castellón
- Instituto Oftalmológico J.M. Menezo.

El Instituto de Salud Mental de Castellón gestiona los siguientes dispositivos:

- Unidad de hospitalización de breve estancia (UHB)
- Unidad de hospitalización de media estancia (UHME)
- Unidad de hospitalización infanto-juenil
- Centro de Larga Estancia Vall d´Alba.

La dispersión competencial en materia de salud mental añade complejidad a la perseguida creación de un sistema sociosanitario coordinado. Así, en las distintas visitas realizadas por técnicos del Síndic de Greuges tanto a unidades de salud mental (Conselleria de Sanidad) como a CEEM (Conselleria de Bienestar Social), los profesionales identifican esta cuestión como uno de los mayores problemas con los que se encuentran actualmente.

TIPOLOGÍA DE RECURSOS RESIDENCIALES DE CARÁCTER SOCIO SANITARIO

05

5.1. Introducción

En el ámbito de la Administración sanitaria, debemos partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que establecía que los centros y establecimientos sanitarios de cualquier nivel, categoría o titularidad precisarán autorización administrativa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que efectúen en su estructura y régimen inicial. Así mismo preveía la existencia de un catálogo y registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Por otra parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud determina las garantías mínima de seguridad y calidad que deberán ser exigidas por parte de las comunidades autónomas para la autorización de la apertura y puesta en funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en su respectivo ámbito territorial y dispone que el registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios del ministerio con competencias sanitarias, tendrá carácter público y se nutrirá de los datos proporcionados por la comunidades autónomas.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, en su artículo 27.3, establece que mediante Real Decreto se determinarán, con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización, por parte de las comunidades

autónomas, de la apertura y puesta en funcionamiento, en su respectivo ámbito territorial, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en su Anexo I clasifica la tipología de centros sanitarios, entre los que se encuentran los hospitales de media y larga estancia, hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías (con internamiento) y los centros de salud mental (sin internamiento), hospital de día, terapia ocupacional, atención sanitaria domiciliaria, psiquiatría, psicología clínica, atención sanitaria a drogodependientes (servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria). Igualmente en su Anexo II define los citados centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios.

El citado Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, establece en su artículo 3.4 lo siguiente:

> Las comunidades autónomas regularán los procedimientos para la autorización de la instalación, el funcionamiento, la modificación o el cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados en su ámbito territorial, los cuales deberán ajustarse a lo dispuesto por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.
>
> Cada comunidad autónoma especificará respecto de cada tipo de procedimiento, los trámites y la documentación que deberá ser aportada por los solicitantes para verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos de acuerdo con la normativa vigente.

Por último, debemos hacer referencia a lo previsto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y procedimiento para su actualización que, en su Anexo II punto 8 bajo el título *Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada*, incluye:

8.1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

8.2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

8.3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

8.4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

8.5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

En el ámbito territorial y competencial de la Comunitat Valenciana, se aprobó el Decreto 176/2004, de 24 de septiembre, del Consell, sobre autorización sanitaria y registro autonómico de centros, servicios y establecimientos sanitarios, estableciendo en su artículo 5.1 que los procedimientos para las autorizaciones sanitarias de instalación, funcionamiento, modificación o cierre según el tipo de centro, servicio o establecimiento sanitario, deberán establecerse reglamentariamente. En este sentido, la entonces Conselleria de Sanidad reguló, a través de la Orden de 18 de abril de 2005, los procedimientos de autorización sanitaria de centros y servicios sanitarios en el ámbito territorial de la Comunitat valenciana.

Debe mencionarse, en el ámbito sanitario valenciano, el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, del Consell, por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitaria de la Conselleria de Sanidad.

El Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat Valenciana de 2001 se refiere en su apartado 5 a la organización y funciones de los recursos asistenciales, concretamente a las plantillas y funciones de las unidades de salud mental (USM), unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP), hospital de día (HD), unidad de media estancia (UME) y a las unidades de salud mental de infancia y adolescentes (USMI-A).

UNIDADES DE SALUD MENTAL

El equipo de salud mental

El equipo de salud mental está compuesto por profesionales de:

- psiquiatría
- psicología
- ATS/DUE
- auxiliar de enfermería
- trabajo social
- auxiliar administrativo/a.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

La unidad de hospitalización psiquiátrica se define como una unidad de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día), con dotación de personal especializado y con un tiempo de estancia media breve. La estancia media, en líneas generales, se sitúa actualmente entre los 15 y los 21 días aunque se adapta a las necesidades asistenciales.

Número de camas

Una proporción adecuada de camas de UHP en una población determinada es entre 12–15 camas por 100.000 habitantes, debiendo adaptarse a las necesidades asistenciales. El número de camas en cada unidad no será inferior de 12 ni superior de 30, siendo recomendable que no sobrepase el 10% de las camas totales del Hospital.

Personal

La dotación de profesionales será adecuada a la actividad del servicio y estará integrada al menos por especialistas en:

- psiquiatría
- psicología
- ATS/DUE con formación específica
- auxiliares de enfermería.
- coordinación con trabajo social del hospital.

El personal facultativo de la unidad dependerá de la persona encargada de la coordinación de salud mental de área y ésta podrá designar a uno de los médicos psiquiatras como responsable/coordinador de la UHP, que dedicará el 25% del tiempo a tareas de gestión y coordinación.

HOSPITAL DE DÍA (HD)

Dispositivo sanitario que presta asistencia sanitaria intensiva, dirigida a enfermos con patología severa, en régimen de hospitalización parcial, así como a aquellos pacientes que no precisan, en un determinado momento, ingreso a tiempo total, pero que no son susceptibles de logros terapéuticos adecuados en tratamiento ambulatorio, por muy completo y sofisticado que éste pueda ser. Hay que diferenciarlos de los centros de día y otras unidades con objetivos concretos de readaptación social y/o laboral, pero sin pretensión terapéutica.

Recomendaciones para la composición del equipo:

- 1 profesional de psiquiatría, con dedicación parcial o total.
- 1 profesional de psicología, con dedicación parcial o total.
- 1 ATS con experiencia en salud mental.
- 1 profesional de trabajo social, con dedicación parcial.
- 2 auxiliares de enfermería.
- 1 monitor/a ocupacional.

UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Va destinado a la atención de aquellas personas que necesitan, en un momento dado de la evolución de su enfermedad, una hospitalización psiquiátrica, pudiendo ocurrir que sus necesidades asistenciales no encuentren un marco adecuado en el seno de la UHP de un hospital general. Las razones de esa falta de marco adaptado a las necesidades del paciente son variadas. Algunas obedecen a motivos estructurales, ya que el paciente psiquiátrico no es un paciente encamado y requiere amplios espacios, además de una importante intervención rehabilitadora, específica, para evitar su cronificación.

En resumen, este centro atenderá a toda la población que cumpla los siguientes criterios:

1. Necesitar ingreso hospitalario.

2. Presentar una patología psiquiátrica que requiera cuidados sanitarios hospitalarios prolongados en el tiempo y que exceda las posibilidades de las unidades de hospitalización psiquiátrica de patologías agudas.

3. Necesitar intervenciones terapéuticas, de tipo biológico, psicoterapéutico, psicosocial o rehabilitador que no puedan ser realizados en el contexto extrahospitalario.

4. Haber sido indicado su ingreso en esta unidad por un psiquiatra de la red pública valenciana de salud mental.

5. Haber sido valorado su ingreso y aceptado formalmente por el responsable médico de la UME.

Características físicas y estructurales

- Deberá disponer de los espacios, instalaciones y suministros necesarios para llevar a cabo las funciones que derivan de sus objetivos.

- Localizados preferentemente en medio urbano, estarán estructurados en uno o varios módulos, con capacidad cada uno para 20–30 enfermos. Los diferentes módulos prestarán diferentes posibilidades de internamiento (régimen cerrado, régimen semi–abierto, régimen abierto).

- Cada uno de estos módulos dispondrá de espacio para control de enfermería, clínica y mantenimiento.

- El módulo de carácter cerrado dispondrá de espacios de sala de estar–comedor y juegos.

- Los demás módulos dispondrán de acceso a las siguientes zonas comunes: patio o zona ajardinada, sala de estar, comedor, sala de juegos y sala de estar con familiares.

- Dispondrá de salas para intervenciones de grupo, pudiendo aprovecharse para este fin alguno de los espacios antes descritos.

- Con el fin de realizar su actividad rehabilitadora dispondrá de talleres de labor–terapia y un pequeño gimnasio.

  Las actividades de rehabilitación se realizarán de forma escalonada para aprove–char al máximo las instalaciones.

  Por ello, parte de las instalaciones serán utilizadas como Hospital de Día para los enfermos en proceso más avanzado de integración socio–familiar.

- Medidas de seguridad generales, contempladas en la legislación vigente, y específicas.

Criterios para un equipo básico

- 1 profesional de psiquiatría coordinador.

- 1 profesional de psiquiatra cada 15 camas.

- 1 profesional de psicología cada 20 camas.

- 1 profesional de trabajo social cada 40 camas.

- suficiente personal de enfermería y auxiliar de enfermería para llevar a cabo sus funciones.

- cuando sea preciso, la atención continuada específica podrá ser realizada por todos los especialistas de las áreas a las que atiende.

En el ámbito de los Servicios Sociales la Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana fue desarrollada por la Orden de 9 de abril de 1990 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales que establece los requisitos que deben cumplir los centros y servicios de servicios sociales para poder ser autorizados y acreditados. Define la autorización de centros y servicios como el acto por el cual la Generalitat Valenciana reconoce que un centro o servicio reúne los requisitos y condiciones necesarias para poder garantizar a sus destinatarios la calidad en las prestaciones y una asistencia adecuada. Mediante la acreditación, la Generalitat Valenciana reconoce que un centro o servicio, previamente autorizado, es idóneo para integrarse en el sistema público de los servicios sociales.

La vigente Ley de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana (Ley 5/1997, de 25 de junio de la Generalitat) reguló, exclusivamente la autorización de centros y servicios siempre y cuando cumplan los requisitos establecidos reglamentariamente por Decreto del Gobierno Valenciano.

En materia de atención residencial a personas con enfermedad mental crónica, hasta la emisión del presente informe, se han producido modificaciones de la normativa previa (de desarrollo de la Ley de Servicios Sociales de 1989), no habiéndose redactado Decreto de desarrollo en materia de autorización, conforme a lo dispuesto en la Ley de Servicios Sociales de 1997

La Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales (DOGV 13.02.1997. Corrección de errores 24.02.1997) modificó Orden de 9 de abril de 1990 antes citada, incorporando los nuevos servicios a prestar a personas con enfermedad mental crónica en la Comunitat Valenciana.

Los servicios regulados en la citada Orden fueron:

- Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS).

- Centro de día para enfermos mentales crónicos.

- Centro específico para personas con enfermedad mental crónica (CEEM).

En el presente informe abordaremos, exclusivamente, los servicios residenciales y en concreto los CEEM.

5.2. Los centros específicos para personas con enfermedad mental crónica (CEEM)

Los CEEM, se definen como:

> Servicio residencial comunitario abierto y flexible destinado a enfermos mentales crónicos que no requieran 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.

Los CEEM prevén tres tipos de estancia:

- Corta: de un fin de semana a un mes, aproximadamente. (Aliviar sobrecarga familiar).

- Media: De un mes a un año, aproximadamente. (Facilitar y/o preparar inserción social y familiar).

- Indefinida: Larga. Más de un año. (Mejorar el nivel de autonomía personal y social. Prevenir la indigencia de los enfermos sin apoyo social ni familiar. Asegurar un nivel de calidad de vida digno).

Los beneficiarios de estos centros son adultos entre 18 y 65 años (excepcionalmente, mayores de 65 años según lo dispuesto en la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social), afectados por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impiden o dificultan cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, siempre que no requieran hospitalización.

Los CEEM estarán coordinados con centros de salud, CRIS, centros de día y equipos de servicios sociales generales.

En lo referente a la coordinación con los centros de salud mental, todos los usuarios atendidos en el CEEM deben estar en tratamiento en estos centros, que serán los encargados de proporcionar la atención y seguimiento psiquiátrico. Las prestaciones médicas de cualquier otro tipo de enfermedad y el cuidado de su salud en general serán responsabilidad del sistema público de salud.

La Orden de 3 de febrero de 1997 reguló las condiciones de habitabilidad que debían reunir los CEEM para poder ser autorizado su funcionamiento, estableciendo su capacidad entre 20–40 usuarios.

La plantilla de personal establecida para los CEEM inicialmente fue la siguiente:

- 1 persona profesional de psicología para desempeñar funciones de dirección a jornada completa
- 1 terapeuta ocupacional a jornada completa
- 10 monitores–educadores distribuidos en turnos de mañana, tarde y noche
- 1 persona para las funciones de auxiliar administrativo a jornada completa
- 2 personas para las funciones de auxiliare doméstico (apoyo, limpieza, lavandería y cocina) a jornada completa.

La Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social (DOCV 10.05.2006) modificó la Orden de 3 de febrero de 1997 en cuanto a los requisitos de habitabilidad y de personal de los CEEM y otros recursos destinados a la atención a las personas con enfermedad mental.

Tanto las condiciones de habitabilidad como el personal están previstos para un centro de 40 plazas. La plantilla mínima de atención directa para un centro con 40 plazas debe estar formada por:

- 1 persona encargada de la dirección (profesional de psicología)
- 1 persona profesional de medicina general a media jornada

- 1 persona profesional de psicología
- 5 personas con diplomatura en enfermería / ATS (turnos mañana/tarde/noche)
- 1 persona profesional de trabajo social
- 1 persona terapeuta ocupacional o técnico/a superior de integración social
- 6 persona educadoras/monitoras
- 6 personas cuidadoras (turnos mañana/tarde/noche)
- 5 Celadores/as que se encarguen de vigilancia y labores de contención (turnos mañana/tarde/noche)
- Servicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor, cocina con medios propios o externos, que aseguren su adecuación al número de plazas y correcta prestación del servicio.

Para los centros que venían funcionando, a la fecha de entrada de la Orden de 9 de mayo de 2006, se les da un plazo de cinco años para adecuarse al contenido de la misma, tanto en materia de habitabilidad como de personal (Disposición Transitoria Primera). No obstante, durante el referido plazo, «(…) los centros deberán garantizar, con su plantilla o con medios externos, que el personal es adecuado y suficiente para proporcionar una atención integral a los usuarios, y en especial en lo relativo a la asistencia facultativa, sanitaria y de vigilancia».

El plazo de adecuación a la nueva normativa (cinco años) ha sido prorrogado en dos ocasiones. La primera por la Orden 3/2011, de 28 de abril de la Conselleria de Bienestar Social que establece: «Los centros que, a la entrada en vigor de esta norma, estén autorizados o hayan solicitado la correspondiente autorización, deberán adecuarse a lo dispuesto en esta Orden en el plazo máximo de siete años desde el inicio de su vigencia» (mayo de 2006).

La segunda prórroga se realiza a partir de la publicación de la Orden 11/2013, de 24 de junio, de la Conselleria de Bienestar Social que establece:

> Los centros que, a la entrada en vigor de esta norma, estén autorizados o hayan solicitado la correspondiente autorización, deberán adecuarse a lo dispuesto en esta Orden en el **plazo máximo de siete años** desde el inicio de su vigencia. De forma excepcio-

nal, los centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM) que estuvieran autorizados con anterioridad a la entrada en vigor de la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, podrán adecuarse a lo dispuesto en esta Orden en materia de personal en el plazo máximo de nueve años desde el inicio de su vigencia.

5.3. Centros de tipología mixta

Respecto a la autorización de centros de tipología mixta, la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social en su Disposición Adicional segunda establece lo siguiente:

Segunda

1. Podrá ser autorizado el funcionamiento de centros de tipología mixta u otros centros para personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica distintos a los expuestos en la presente Orden, siempre que se justifique la necesidad de su creación, los servicios a prestar, la población destinataria, los programas a desarrollar, así como los recursos personales y materiales necesarios para la adecuada prestación de los servicios previstos en los mismos. Para ello deberán presentar la documentación correspondiente para su autorización en los términos establecidos en la normativa vigente.

2. En el caso de centros de tipología mixta u otros centros ubicados en el mismo edificio o conjunto residencial, cuyos usuarios puedan acceder a los servicios y espacios comunes de éstos, deberán disponer de capacidad suficiente en dichos servicios y espacios para el uso compartido de todos los usuarios, además de disponer de los medios personales y materiales necesarios para ello, en los términos regulados en la normativa en vigor.

3. Para la autorización de estos centros, previa propuesta técnica de la Dirección Territorial de Bienestar Social correspondiente, se recabará informe de las Direcciones Generales afectadas y de la Inspección de Servicios Sociales en su caso.

5.4. Centro de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia (CARPD)

La Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Conselleria de Bienestar Social (DOCV 25.02.2010 y con entrada en vigor a los diez días de su publicación), de modificación

de la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales en la Comunitat Valenciana, para adaptar la tipología de centros a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 relativa a los servicios en el mercado interior establece las condiciones para la concesión de autorizaciones a dos nuevas tipologías de centros:

- Centros de atención diurna para personas con discapacidad en situación de dependencia.

- **Centros de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia.**

Define los centros de atención residencial como:

> (…) centros destinados a servir de vivienda común a personas con discapacidad que tengan reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles, a las que sus necesidades de apoyos, su situación intelectual o mental, añadida a su situación socio familiar, dificulta su integración y permanencia en su ambiente familiar y comunitario, ofreciéndoles los apoyos precisos y asistencia integral en todas las actividades básicas de la vida diaria.

Establece la capacidad máxima en 40 plazas por módulo, pudiendo contar con un número total de usuarios que no supere los 120, con independencia del número de módulos.

Las ratios de personal deben adecuarse a lo establecido en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE de 17.12.2008).

Conforme a lo dispuesto en el Acuerdo citado anteriormente, corresponde a las comunidades autónomas la acreditación de centros, servicios y entidades que actúan en el ámbito de la autonomía personal y la atención a la dependencia. La acreditación de

centros, servicios y entidades implica la garantía del cumplimiento de los requisitos y estándares de calidad que establezcan las administraciones competentes y, entre otras cuestiones, la actualización del registro de centros y servicios existentes en la Comunitat Valenciana.

Son objeto de acreditación tanto los centros, servicios y entidades privadas concertadas (siendo requisito para formar parte de la red de centros y servicios del sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia), como los centros, servicios y entidades privadas no concertadas (siendo requisito para que las personas dependientes atendidas en los mismos puedan percibir prestaciones económicas vinculadas al servicio).

La ratio de personal exigible, según el Acuerdo publicado por Resolución de 2 de diciembre de 2008 es la siguiente:

- Residencia para personas con discapacidad intelectual grado II 0,60
- Residencia para personas con discapacidad intelectual grado III 0,63

(Tomamos como referencia la ratio para residencias para personas con discapacidad intelectual, toda vez que no ha quedado reflejado, en el referido Acuerdo, los criterios para establecer ratios para residencias en las que son atendidas personas con problemas de enfermedad mental.)

Las ratios se aplican en cada centro en relación proporcional al número de usuarios del mismo valorados con el respectivo grado de dependencia. La exigencia de las ratios reseñadas se efectuará de forma progresiva hasta alcanzar en diciembre de 2015 la ratio que se acordara por el Consejo Territorial en 2012.

A fecha de la redacción del presente informe, no se ha publicado el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia previsto para 2012 y por el que deberían haberse actualizado las ratios de personal exigibles para la acreditación de centros a partir de diciembre de 2015.

Durante la tramitación de una queja por esta institución, se solicitó un informe a la Conselleria de Bienestar Social para que nos indicara la relación de CEEM y centros residenciales que conforman la red pública para la atención a personas con discapacidad en situación de dependencia de la Comunitat Valenciana. La Conselleria informó de lo siguiente:

CENTRO	PROVINCIA	Nº PLAZAS	TIPO DE GESTIÓN
CEEM BENIDORM	ALICANTE	40	Gestión Integral
CEEM ELDA	ALICANTE	36	Gestión Integral
CARPD XABIA BELLA	ALICANTE	35	Privado
Residencia Mixta Centro Geriátrico La Morenica	ALICANTE	120	Privado
CARPD La Saleta Calp	ALICANTE	40	Privado
CARPD Videsalud II	ALICANTE	120	Privado
CARPD ASIGER San Vicente	ALICANTE	60	Privado
CEEM Albocasser	CASTELLÓN	27	Gestión Integral
Residencia para enfermos mentales crónicos Gran Via	CASTELLÓN	40	Gestión Integral
Residencia de enfermos mentales de Bétera	VALENCIA	80	Gestión Integral
CEEM Fundación Santos Andrés y Santiago	VALENCIA	39	Subvención
Residencia Mixta Mondúber (Módulo)	VALENCIA	80	Privado
Residencia Mixta GERISAN	VALENCIA	56	Privado
Residencia Mixta (módulo) San Lorenzo de Brindis	VALENCIA	100	Privado
Residencia Mixta (módulo) MONTEARSE	VALENCIA	34	Privado
CARPD El Balcó de la Safor	VALENCIA	99	Privado
CARPD Buendía	VALENCIA	22	Privado
CARPD Vistabella Calicanto	VALENCIA	82	Privado
CARPD CEEM La Torre	VALENCIA	37	Privado
Centro Asistencial Abadía	VALENCIA	42	Privado
CARPD La Rascanya	VALENCIA	25	Privado
CEEM Camp de Túria	VALENCIA	54	Privado
CARPD CEEM Cumbres de Calicanto	VALENCIA	48	Privado
CARPD CEEM Roger de Lauria	VALENCIA	40	Privado
CARPD CEEM Ciudad Jardín	VALENCIA	40	Privado
CARPD CEEM Menatlia Puerto	VALENCIA	48	Privado
CARPD CEEM Abadía Turia	VALENCIA	20	Privado
CARPD CEEM Xeraco	VALENCIA	40	Privado

Según información recibida, en la actualidad hay cuatro centros de atención a personas con enfermedad mental, sitos en Alcoy, Elche, Xàtiva y Sant Joan d´Alacant pendientes de apertura.

Los tres primeros son de titularidad municipal y se encuentran pendientes tanto de equipamiento como de determinar el modo de gestión. La Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas publicó la Orden 3/2015, de 14 de agosto, de la vicepresidenta del Consell y Consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se aprueban las bases reguladoras y se convocan ayudas para financiar proyectos de inversión en equipamiento y reforma de centros de atención a personas con discapacidad y con enfermedad mental crónica para el año 2015, a la que podrán acogerse estos centros.

La titular del cuarto de los centros, es la Diputación Provincial de Alicante. El centro ha sido equipado con presupuesto de esa institución provincial y se encuentra pendiente de obtener la correspondiente autorización, por parte de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, para su puesta en funcionamiento.

En relación a las viviendas tuteladas, el Decreto 182/2006, de 1 de diciembre del Consell, estableció las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las viviendas tuteladas para personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica. Se definen las viviendas tuteladas como hogares funcionales de dimensiones reducidas, adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con discapacidad física, intelectual o enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado.

La plantilla mínima establecida para una vivienda tutelada para personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave es el siguiente:

a) Vivienda asistida: 5,5 educadores/as o su equivalente en jornada laboral.
b) Vivienda supervisada (4–5 plazas): 2 educadores/as o su equivalente en jornada laboral.
c) Vivienda supervisada (6–7 plazas): 3,5 educadores/as o su equivalente en jornada laboral.

Según el informe de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas recibido el 16 de noviembre de 2015, el número de viviendas tutelas que conforman la red pública de la Comunitat Valenciana asciende a 36. De ellas, 11 están ubicadas en la provincia de Alicante, 4 en la provincia de Castellón y 21 en la provincia de Valencia. El número total de plazas de las citadas viviendas tuteladas asciende a 197.

PERFIL DE LOS USUARIOS DE LOS CEEM

06

Respecto al perfil de los usuarios de los CEEM visitados hemos querido centrarnos en los siguientes aspectos:

6.1. Diagnósticos más frecuentes

Los usuarios de los centros visitados están diagnosticados mayoritariamente de esquizofrenia en sus distintos tipos (paranoide, residual, indiferenciada, hebefrénica, etc.).

Algunos de estos usuarios tienen asociados discapacidad mental, o politoxicomanía.

Otros diagnósticos que se presentan con relativa frecuencia son: trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos límites de la personalidad, etc.).

En el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, aunque sigue siendo mayoritario el diagnóstico de esquizofrenia, destaca el número de usuarios con diagnóstico de retraso mental.

Patología	Número de pacientes con patología	Porcentaje
Demencias	3	1,94%
Dependencia de tóxicos	29	18,71%
Depresiones	3	1,94%
Esquizofrenia	101	65,16%
Esquizoafectivo	17	10,97%
Retraso mental	53	34,19%
Otros	46	29,68%

Cuadro de patología mental de los usuarios del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo

6.2. Grado de discapacidad

Los usuarios de los centros visitados y que disponen de reconocimiento de grado de discapacidad (mayoritario, exceptuando la situación del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo) han sido valorados:

- Con un grado igual o superior al 75% ..... 22% de los casos
- Con un grado entre el 65% y el 74% ..... 74% de los casos
- Con un grado entre el 33% y el 64% ..... 4% de los casos.

Son pocos los usuarios a los que no se les ha reconocido grado de discapacidad o se encuentran en proceso.

Destacamos que de los 151 usuarios del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, 68 no disponen de grado de discapacidad reconocido. Según la información del centro, los motivos son que no se ha solicitado el reconocimiento o se ha solicitado y no tienen respuesta.

6.3. Grado de dependencia

De los 428 usuarios atendidos en los centros visitados, 273 disponían de reconocimiento de grado de dependencia.

De estos, a 52 casos se les ha reconocido como GRANDES DEPENDIENTES (G 3); 165 casos tienen reconocimiento de DEPENDENCIA SEVERA (G2) y 56 DEPENDENCIA MODERADA (G1)

En el resto de los casos las solicitudes se encuentran en trámite y pendientes de resolución, excepto en 72 casos (usuarios del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo) en los que no se ha solicitado la valoración de dependencia.

6.4. Incapacitación judicial y tutela

De los 428 usuarios atendidos en los centros visitados, 312 han sido declarados judicialmente incapaces. De éstos, 298 con incapacitación total y 14 por incapacitación parcial.

Los cargos tutelares de las personas declaradas incapaces judicialmente son ejercidos en 196 casos por sus familiares. 116 cargos tutelares han sido asumidos por la Generalitat.

Debemos detenernos en este apartado dada la importancia del mismo.

La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, cuyo instrumento de ratificación por España fue publicado en el BOE del día 21 de abril de 2008 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, adecua la regulación de los procedimientos de determinación de la capacidad de las personas abandonado el llamado modelo médico o rehabilitador.

El artículo 12 de la Convención afirma que:

> las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, debiéndose asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen las salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir abusos, de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Estas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de las personas, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

Queda así establecido un cambio de modelo, adoptando el llamado:

> **modelo social de discapacidad** en el cual, las personas que resultan afectadas por la modificación de su capacidad, deben disponer de los apoyos o de la asistencia necesaria para la toma de decisiones concretas, **de tal modo que no se les prive de su capacidad de forma absoluta**.

La Sentencia del Tribunal Constitucional 174/2002, de 9 de octubre, se expresa respecto al derecho a la personalidad jurídica del ser humano y respecto a la incapacitación dice textualmente: «La incapacitación total, sólo deberá adoptarse cuando sea necesario para asegurar la adecuada protección de la persona del enfermo mental permanente, pero deberá determinar la extensión y límites de la medida y deberá ser siempre revisable».

La Fiscalía General del Estado emitió Instrucción nº 3/2010 sobre la necesaria fundamentación individualizada de las medidas de protección o apoyo en los procedimientos sobre determinación de la capacidad de las personas. En la conclusión tercera de la citada Instrucción se dice:

> **La curatela constituye en la actualidad un instrumento adecuado para dar las respuestas exigidas por la Convención** a las situaciones de modificación de la capacidad de la persona, toda vez que el curador no suple la voluntad de las personas con discapacidad, sino que complementa sus limitaciones en aquellos actos que haya de realizar la persona cuya capacidad queda modificada y estén especificados en la sentencia, en la cual, incluso se puede conferir al curador funciones de administración ordinaria de determinados aspectos del patrimonio de la persona asistida, manteniendo, no obstante, sus facultades para ejecutar los demás actos de esta naturaleza por ella misma.

No obstante, se comprueba que, de forma muy mayoritaria, en el caso de las personas residentes en centros y que se encuentran bajo la protección de la Generalitat tras haber sido declarada su incapacidad jurídica, el cargo ejercido es la tutela y no la curatela.

A modo de ejemplo, se reflejan los datos aportados por la Fiscalía Provincial de Alicante, referidos a los partidos judiciales de Alicante, Sant Vicent del Raspeig, Elda y Novelda. **De las 118 personas ingresadas en centros y cuya tutela es ejercida por la Generalitat, 104 están tuteladas y 14 curateladas.**

6.5. Tiempo de ingreso

En relación al tiempo de ingreso, no se pueden realizar cálculos globales dado que la puesta de funcionamiento de los centros es muy dispar.

No obstante, debe destacarse que la movilidad de los usuarios de los centros residenciales para enfermos mentales es muy baja.

Los internamientos se prolongan durante muchos años y las bajas por mejoría o rehabilitación son escasas.

Llaman la atención los casos de personas atendidas en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo (el centro con más tiempo en funcionamiento) que llevan ingresadas desde 1952 y un total de 68 personas que fueron ingresadas antes del año 1999.

EL INGRESO EN CENTRO RESIDENCIAL

07

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, la mayoría de los ingresos en los CEEM tienen carácter no voluntario, toda vez que las personas afectadas están, mayoritariamente, declaradas incapaces judicialmente o tienen gravemente afectada su capacidad para poder decidir por sí mismas.

El ingreso no voluntario por razón de trastorno psíquico está regulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

> 763.1. El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a la tutela, requerirá de autorización judicial, que será recabada del Tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.
>
> La autorización será previa a dicho internamiento salvo que por razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamien–to llegue a conocimiento del tribunal.

Los incisos a los párrafos primero y segundo del 763.1 de la LEC, han sido declarados inconstitucionales por Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de diciembre (Sala Pleno), con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3:

> Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010. Fundamento Jurídico 3.
>
> La aplicación de la citada doctrina al presente caso nos lleva a declarar la inconstitucionalidad de aquellos incisos de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, que posibilitan la decisión de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, pues, en tanto que constitutiva de una privación de libertad, esta medida sólo puede regularse mediante ley orgánica.
>
> Tal es el caso del primer inciso del párrafo primero del señalado artículo 763.1 LEC, según el cual «el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial», así como del primer inciso del párrafo segundo del mismo artículo que establece «la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida».
>
> Ciertamente en ambos casos nos hallamos ante unos preceptos incluidos en una ley ordinaria y dotados efectivamente de este carácter que, no obstante, regula una materia que, de acuerdo con la doctrina establecida en la STC 129/1999, FJ 2, es materia reservada a ley orgánica (artículos 17.1 y 81.1 CE), de tal modo que vulneran el artículo 81.2 CE.
>
> A esta declaración de inconstitucionalidad no debe anudarse en este caso la declaración de nulidad pues esta última crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico no deseable, máxime no habiéndose cuestionado su contenido material. Por otra parte, como recordamos en la antes aludida Sentencia del día de hoy en la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4511–1999, (FJ 4), la posibilidad de no vincular inconstitucionalidad y nulidad ha sido reconocida por nuestra jurisprudencia.
>
> Estamos, por consiguiente, en presencia de una vulneración de la Constitución que sólo el legislador puede remediar; razón por la que resulta obligado instar al mismo para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.

No obstante, esta declaración de inconstitucionalidad y el hecho de que se haya instado al poder legislativo para que regule la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica que, recordemos, fue publicada en

el BOE de 5 de enero de 2011, no han dado lugar, hasta la fecha, a la elaboración de la citada Ley Orgánica.

Al respecto, la Defensora del Pueblo, en el *Informe del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura* (2014), se pronuncia de la siguiente forma:

> 312. Desde sus inicios, el Defensor del Pueblo ha constatado una ausencia de regulación que garantizara suficientemente los derechos fundamentales de los pacientes internos en centros de salud mental de naturaleza sanitaria o social, y regulara las eventuales restricciones para la protección de su vida, salud o integridad física. La reforma legislativa se ha hecho aún más necesaria si cabe tras la Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de diciembre, que declaró la inconstitucionalidad de dos incisos del apartado primero del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que prevé el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, al considerar que tal medida, constitutiva de una privación de la libertad personal, no podía realizarse por ley ordinaria sino que requería rango de ley orgánica.
>
> Debe procederse a elaborar un proyecto de ley orgánica que regule los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil y adapte la regulación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, y de las Observaciones del Comité de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad en su informe inicial de España (CRPD/C/ESP/1).
>
> 313. Por lo que respecta al internamiento no voluntario en centros residenciales de personas mayores, las lagunas jurídicas existentes han dado lugar a que tanto administraciones como jueces y fiscales apliquen criterios contradictorios. Mientras no se produzca la referida reforma legislativa, el criterio es que el régimen de garantías que se contempla actualmente en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil debe hacerse extensivo a las personas mayores que ingresan en centros residenciales cuando las mismas no se encuentren en condiciones de prestar libremente su consentimiento al ingreso.
>
> 314. De este modo, en todo caso de falta de autonomía de una persona para dar su consentimiento al internamiento en un centro, debería instarse el procedimiento previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para el internamiento no voluntario. Con carácter general, la solicitud se debe instar por la vía ordinaria con carácter previo al ingreso, por parte de aquellos familiares o tutores que tengan conocimiento de la situación de necesidad de internamiento y ausencia de autonomía.

315. Cuando se advierta una situación de urgencia que requiera el ingreso inmediato en el centro, deberán cumplirse las exigencias previstas en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y desarrolladas por la Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de julio, en particular, que el internamiento estará únicamente justificado en caso de trastorno psíquico grave y concurriendo una situación de urgencia o necesidad inmediata de intervención médica, y que la medida de internamiento no sólo sea conveniente, sino que cumpla los requisitos de necesidad (que no pueda adoptarse otra medida alternativa menos lesiva) y proporcionalidad (en relación a la finalidad que pretende).

316. La comunicación del internamiento involuntario de carácter urgente a la autoridad judicial competente deberá producirse lo antes posible y, como máximo, dentro del plazo de veinticuatro horas desde el ingreso, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida. Dicha comunicación debería incluir al menos información sobre los siguientes aspectos: día y hora exacta del internamiento; circunstancias del internamiento; informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato, motivando la necesidad y proporcionalidad de medida y, en su caso, la evolución de su estado de salud mental; y duración previsible de la medida.

320. Cuando el ingreso se produce voluntariamente, y posteriormente el interesado manifiesta su cambio de criterio respecto a la voluntariedad del internamiento, será preciso la concurrencia de los requisitos del artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para poder mantener el internamiento, y comenzará a correr el plazo de 24 horas para comunicarlo al órgano judicial (FJ 5c de la citada STC 141/2012). Además, sería conveniente que en la comunicación se expresara la evolución del estado de salud mental del afectado desde su ingreso y las razones que motivaron el cambio de internamiento voluntario a involuntario.

Igualmente, deberían comunicarse al ministerio fiscal todos los casos de deterioro cognitivo significativo, a fin de que por dicha autoridad se valore la necesidad de iniciar un procedimiento de incapacitación o de requerir la autorización judicial de internamiento no voluntario por trastorno sobrevenido.

321. Transcurrido el plazo de setenta y dos horas en el que la autoridad judicial debe resolver sin que haya recaído la ratificación de la medida, los centros no tienen ningún amparo legal para mantener al afectado internado con carácter forzoso.

De ello se debería dar traslado a la autoridad judicial competente, al ministerio fiscal y, en su caso, al representante legal del interesado. En esta situación, si el interno manifiesta su voluntad de abandonar el centro, podrá hacerlo firmando el alta residencial voluntaria.

Como se ha podido comprobar de los datos reflejados en el apartado seis de este informe, los ingresos de los/as usuarios/as de CEEM se prolongan durante años. Las autorizaciones judiciales para el ingreso no voluntario suelen establecer la periodicidad de seis meses para ser revisadas.

De las visitas cursadas, se comprueba que los centros remiten a los juzgados que acordaron el ingreso no voluntario, solicitud de prórroga cumpliendo con los plazos legalmente establecidos (seis meses). A las solicitudes de prórroga acompañan informes de evolución del usuario. Estos informes están elaborados por los profesionales del propio centro.

Como norma general, los juzgados emiten AUTO judicial en el que se autoriza la prórroga del internamiento no voluntario por un periodo de seis meses, aunque hemos encontrado casos en los que no consta resolución judicial expresa de la prórroga solicitada.

No obstante el cumplimiento de este procedimiento judicial, se constata que el mismo carece de un contraste de opiniones profesionales, es decir, el único informe que fundamenta la decisión judicial es el emitido por el centro, no existiendo valoración de profesionales externos al centro (médico forense, facultativo designado por el juez, distinto e independiente del centro) siendo indispensable, de igual forma, tomar audiencia a la persona a la que afecta la medida.

En este sentido se ha pronunciado la Fiscalía General del Estado en el *Manual de Buenas Prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006*, según las conclusiones de las Jornadas de Fiscales especialistas en la protección de personas con discapacidad (Alcalá de Henares. 20 y 21 de septiembre de 2010).

La conclusión 55 del citado *Manual de Buenas Prácticas*, dice expresamente:

> **Contenido del control periódico de los ingresos no voluntarios.**
>
> Reducir el control de la continuación o no del ingreso no voluntario a la recepción de los informes de parte emitidos por los facultativos de la Residencia o Centro en la que se ha practicado el ingreso, no está en consonancia con lo que exige la importancia e intensidad del derecho que se limita, ni la Convención. Por ello, en el control periódico de la medida de ingreso no voluntario, siempre que sea posible se comprobará: a) La

audiencia a la persona a quien le afecta la medida, si su situación lo permitiera, b) Los informes de los facultativos que atienden a la persona ingresada, c) El informe del médico forense o de un facultativo designado por el Juez, distinto e independiente del Centro o Residencia.

En este mismo sentido se ha pronunciado la Defensora del Pueblo en el informe ya referido sobre *Memoria del Mecanismo Nacional de Prevención dela Tortura 2014*.

Volviendo a las informaciones obtenidas en las visitas cursadas, se comprueba que algunas personas usuarias de los CEEM prestaron voluntariedad inicial para su ingreso aunque, posteriormente, el agravamiento del trastorno que lo motivó, y su progresiva pérdida de condiciones para poder decidir por sí misma, transformaron el ingreso de voluntario en involuntario.

A este respecto, tanto el Ministerio Fiscal como la Defensora del Pueblo se han pronunciado indicando que, en esta situación, debe procederse conforme a lo establecido en el artículo 763 de la LEC , correspondiendo la autorización de ingreso no voluntario al juez del lugar en que radique la residencia, centro o piso tutelado en el que esté ingresado (Conclusión nº 45 del *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006* y Recomendación 319 de la *Memoria del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura 2014*.).

La ausencia de una Ley orgánica que regule el internamiento no voluntario no impide que, a nivel autonómico y como desarrollo de las competencias atribuidas a la Generalitat, pudiera regularse un procedimiento en el que se extremaran las medidas para cumplir los preceptos y recomendaciones recogidos en este apartado del informe, dando mayor seguridad jurídica a los procedimiento de ingreso no voluntario de las personas con discapacidad.

LA INTERVENCIÓN REHABILITADORA Y DE INSERCIÓN SOCIO LABORAL 08

La 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 Comunitat Valenciana, con el fin de atender los nuevos servicios que se van a prestar a enfermos mentales crónicos en la Comunitat Valenciana, estableció, para los CEEM, las siguientes funciones:

- Atender urgencias familiares o sociales
- Separación preventiva del ambiente familiar
- Facilitar la transición del hospital a la comunidad tras las recaídas
- Preparación para opciones de vida y alojamiento más autónomas y normalizadas.

En cuanto a las prestaciones que debían garantizar los CEEM, se establecieron las siguientes:

- Alojamiento
- Manutención
- Apoyo de la autonomía personal y social
- Apoyo a la integración social
- Orientación y apoyo a las familias.

Igualmente, deberán contar con los siguientes protocolos y programas:

- Protocolo de evaluación social y funcional
- Programas de intervención
- 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
- Intervención familiar.

De igual forma, se establece como criterio de intervención la necesidad de que la atención dispensada en este tipo de dispositivos debe ser individualizada. A tal fin se intervendrá sobre los problemas y necesidades concretas de cada usuario, que se determinarán tras la evaluación psicosocial, la cual servirá de base para establecer el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR). A partir del Programa Individualizado de Rehabilitación se establecerá toda la intervención posterior.

La intervención debe estar orientada a la consecución de objetivos específicos y operativos por lo que debe estar guiada por la determinación de objetivos adecuadamente definidos y temporalmente planificados.

En todo caso, debe ser susceptible de evaluación y evaluada de forma continua. Así, las intervenciones deben utilizar, en la medida de lo posible, instrumentos y estrategias que permitan la determinación antes de la intervención (línea–base) y durante la intervención.

COBERTURA SANITARIA Y FARMACÉUTICA 09

9.1. Cobertura sanitaria

El primer nivel de atención sanitaria a los problemas de salud mental se produce en la atención primaria a través de las unidades de salud mental de adultos (en adelante USMA) y unidades de salud mental infantil y adolescente (en adelante USMIA).

A nivel sanitario, los CEEM quedan ubicados dentro de uno de los 24 departamentos de salud de la Conselleria de Sanidad y, en consecuencia, su atención ambulatoria se presta en una de sus USM.

Antes de abordar la atención sanitaria que reciben los usuarios de los CEEM y resultado de las entrevistas realizadas con los responsables de la salud mental de los departamentos de salud visitados, nos gustaría realizar una serie de reflexiones.

El Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (en adelante PDSM) de 2001 establecía, para una población de 100.000 habitantes, la siguiente **plantilla** de las unidades de salud mental de adultos:

- 7 profesionales de psiquiatría
- 6 profesionales de psicología
- 6.5 profesionales de enfermería
- 2.5 profesionales de trabajo social.

No contemplaba el Plan Director a los auxiliares de enfermería ni a los auxiliares administrativos. En algunos de los departamentos se había incorporado estas categorías profesionales.

En la mayoría de departamentos visitados se desprende que el número de puestos de las cuatro categorías (psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social) se presenta muy ajustado respecto a las necesidades inicialmente estimadas del PDSM. En el caso de los enfermeros y trabajadores sociales, en algunos de los departamentos, no llegaba ni a los mínimos previstos.

Por otro lado, la falta de auxiliares administrativos hace que sean los enfermeros quienes realicen estas tareas, a costa de sus funciones.

En este sentido, sería necesario recordar la recomendación primera del Informe Especial de 2003 relativa al incremento de recursos humanos en las USM.

Los profesionales de enfermería entrevistados manifestaban la necesidad de que los enfermeros/as que presten servicios en salud mental tengan la especialidad correspondiente. En este sentido, se referían a la necesidad de que la bolsa de empleo temporal de la Agencia Valenciana de Salud tenga presente esta especialidad. Esta demanda es coincidente con la recomendación contenida en la Estrategia Nacional de Salud Mental.

Los profesionales también hacían referencia a la necesidad de potenciar la atención domiciliaria en salud mental si bien indicaban que ésta, de conformidad con el PDSM, es una prestación propia de las USM.

En este punto, debemos resaltar la importancia de las unidades de hospitalización a domicilio (UHD) que es otro tipo de prestación en el domicilio del paciente si bien desde el hospital (no desde la USM).

La existencia de UHD es heterogénea, por ello se hace necesario implementar la recomendación tercera del Informe Especial de 2003 relativa 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.

Respecto a las unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP), la mayoría de hospitales dispone de este recurso, salvo los hospitales de Manises y Requena. Si bien los profesionales del Arnau de Vilanova advertían que el traslado de esta Unidad a Llíria

y su consiguiente desaparición en el Arnau. Consideraban que la extensión geográfica del Departamento de Salud nº 6 hace necesario el mantenimiento de dos UHP.

El número de camas en las UHP por cada 100.000 habitantes previsto en el PDSM «no sería inferior a 12 ni superior a 30, siendo recomendable que no sobrepase el 10 % de las camas totales del Hospital». De las visitas realizadas, se desprende que:

- Departamentos 2–3 (Castellón) ..... necesidad: 72 camas
- Departamento 6 (Arnau) ..... 16 camas..... necesidad: 38 camas
- Departamento 12 (Gandía) ..... 9 camas ..... necesidad: 23 camas
- Departamento 16 (Villajoyosa) ..... 14 camas ..... necesidad: 23 camas
- Departamento 18 (Elda) ..... 18 camas ..... necesidad: 24 camas.

Los datos indican que esta tasa queda muy alejada de la prevista en el PDSM de 2001.

Interesaría recordar la recomendación cuarta del Informe Especial del Síndic de Greuges de 2003 relativa a la adaptación de las UHP a los mínimos de camas previstos en el PDSM.

En relación a los hospitales de día, el PDSM los define como:

> Un dispositivo sanitario que presta asistencia sanitaria intensiva, dirigida a enfermos con patología severa, en régimen de hospitalización parcial, así como aquellos pacientes que no precisan, en un determinado momento, ingreso a tiempo total, pero que no son susceptibles de logros terapéuticos adecuados en tratamiento ambulatorio, por muy completo y sofisticado que este pueda ser.

En este punto, el PDSM advierte de que no se debe confundir el hospital de día con los centros de día u otras unidades con objetivos concretos de readaptación social y/o laboral, pero sin pretensión terapéutica.

En este punto, los responsables del Arnau de Vilanova y Villajoyosa nos indicaban que no contaban con este recurso.

Cabe recalcar, la recomendación décima del Informe Especial de 2003 relativa a que «de conformidad a las previsiones del PSDM, se proceda a la creación de la red de hospitales de día».

El incremento de unidades o recursos para atender patología dual es una demanda de todos los profesionales entrevistados.

Por último, otra cuestión que preocupaba a los profesionales de la provincia de Alicante era la necesidad de coordinarse con el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, dependiente de la Diputación Provincial de Alicante. Los profesionales advertían de que no se tiene claro cuáles son los criterios de ingreso ni los perfiles de los pacientes.

Respecto a la asistencia sanitaria en los CEEM, ésta se presta por los profesionales de la USM en la que esté ubicado el centro. Esto supone para los profesionales de la USM una importante carga asistencial. En este punto, es significativo el caso del departamento de salud 12, que cuenta con tres CEEM (Barx, Xeraco y Balcó de la Safor).

En algunos CEEM cuentan con un psiquiatra contratado por parte de la empresa concesionaria de la prestación de servicio. En este punto, se debe aclarar que ni la Orden de 3 de febrero de 1997 ni la de 9 de mayo de 2006 establece como obligada la figura del psiquiatra como plantilla del CEEM. Teniendo en cuenta el perfil de los pacientes ingresados, entendemos que debe ser una cuestión a valorar.

No obstante lo anterior, salvo en algunos casos de facultativo de sistema público contratado por el concesionario, el sistema asistencial mayoritario es desplazar en grupos a los usuarios a la USM.

Por último, los profesionales entrevistados recalcan la necesidad de protocolizar la coordinación sociosanitaria en el departamento de salud de manera que participen todos los agentes implicados: sanidad, servicios sociales, ayuntamiento, CEEM, CRIS y familiares. Muchas de estas comisiones funcionan por iniciativa de los propios profesionales.

En muchos casos no existe una interrelación entre los profesionales sanitarios y los del CEEM.

Hay que destacar la problemática que surge en el caso de usuarios de los CEEM extranjeros no regularizados que carecen de cobertura sanitaria pública, todo ello a pesar de ser tutelados de la administración. Puede resultar ilustrativo el caso del CEEM de Bétera, cuyos profesionales destacaban las siguientes problemáticas al respecto:

- Para poder recibir asistencia sanitaria deben ser incluidos en el Programa Valenciano de Protección de la Salud. Mientras se resuelve la solicitud de inclusión en dicho programa, procedimiento que en alguna ocasión se dilata varios meses por causas burocráticas, no se pueden solicitar ni interconsultas a especialistas ni pruebas complementarias ni analíticas. Esto último con el agravante de que, en las ocasiones

en que la persona ingresa en el CEEM sin haber sido incluida en el mencionado programa previamente, algo habitual dadas sus circunstancias, no puede realizarse la analítica de ingreso y se desconoce, a veces incluso durante varios meses, si la persona tiene determinadas patologías, incluidas las infectocontagiosas que podrían repercutir en otras personas usuarias del centro.

- Si bien la unidad técnica de tutelas está desempeñando diligentemente su labor e intentando que se les conceda un permiso de residencia por causas extraordinarias, estos intentos están siendo infructuosos, hasta el momento, generalmente porque carecen de pasaporte y también han sido estériles los intentos para conseguirlo. El carecer de permiso de residencia y de documento identificativo merma sobremanera sus posibilidades de evolucionar en su proceso de rehabilitación e integración en la comunidad (acceso a prestaciones económicas tales como la pensión no contributiva por invalidez, recursos de carácter formativo, laboral e incluso de ocio) y, en definitiva, trunca sus posibilidades de desarrollo personal y de alcanzar un nivel de calidad de vida satisfactorio.

El Decreto ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, garantiza la atención sanitaria, de conformidad con el artículo 1.1, a aquellas personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y con residencia efectiva en la Comunitat Valenciana, que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del sistema nacional de salud, prevista en el artículo 3.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, y que no puedan exportar el derecho a cobertura sanitaria en el sistema nacional de salud desde sus países de origen, ni exista un tercero obligado a pago.

El Gobierno de la nación presentó ante el Tribunal Constitucional, recurso contra el citado Decreto Ley por considerar que supone una extralimitación de competencias. El Tribunal Constitucional ha admitido a trámite el recurso lo que supone la suspensión de la disposición recurrida por un periodo no superior a cinco meses.

9.2. Cobertura farmacéutica

Los usuarios de los CEEM tienen cubierta la prestación farmacéutica a través de la red pública. Al igual que indicábamos al final del apartado anterior, cabe destacar la situación de las personas extranjeras que carecen de documentación, que no disponen de cobertura farmacéutica.

Los CEEM de gestión integral visitados cuentan con una pequeña farmacia que es dotada desde la farmacia de la Conselleria de Bienestar Social (así, a los CEEM de Elda y Benidorm les suministran los medicamentos desde la farmacia de la Residencia La Florida, al CEEM de Gran Vía, en Castellón, desde la Residencia El Pinar). Por este motivo los usuarios de los CEEM de gestión integral no tienen que aportar copago farmacéutico. Tan sólo pagarían la aportación que les corresponda, conforme a la legislación vigente, de aquellos medicamentos que tengan que adquirir en otras farmacias distintas a la pública.

En los centros de gestión privada, se adquieren los medicamentos que previamente han sido prescritos por el facultativo correspondiente (psiquiatra, médico de familia, etc.). La compra de los medicamentos se realiza en una oficina de farmacia. En algunos centros, toda la medicación se adquiere en una misma farmacia. Una vez por semana, los responsables del centro se desplazan a la farmacia portando el SIP de los pacientes así como los tratamientos prescritos. La farmacia se ocupa de preparar la medicación y, posteriormente, los profesionales del CEEM la recogen y la llevan al centro. Una vez recibida, se coloca en cajetines individualizados para cada uno de los usuarios. **En estos centros, los usuarios deben cubrir el copago farmacéutico.**

En plantilla los CEEM cuentan con un médico que no está conectado con el programa Abucasis de la Conselleria de Sanidad, por lo que no puede expedir recetas del sistema sanitario público. Sólo en los centros en los que el médico psiquiatra que presta servicios es funcionario de la Generalitat, disponen de acceso a la aplicación Abucasis.

No obstante, en algún centro visitado (Centro Mixto la Morenica, de titularidad privada), los médicos generalistas sí tienen acceso a la aplicación Abucasis.

Debe hacerse mención expresa a la situación de los usuarios del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, dependiente de la Excma. Diputación de Alicante, ya que tienen cubierta la prestación farmacéutica totalmente gratuita.

A la vista de todo lo anterior, se deduce que en la Comunidad Valenciana no existe unidad en cuanto al criterio de copago farmacéutico aplicable a las personas con problemas de salud mental, dependiendo del tipo de centro en el que son atendidas, el que contribuyan económicamente o no.

Por último, debemos referirnos a las consecuencias que ha supuesto la supresión del párrafo segundo del artículo 16 de la Ley 11/2003, de 10 de abril, Estatuto de las Perso-

nas con Discapacidad, para el colectivo de enfermos mentales. El referido precepto establecía lo siguiente:

> La Generalitat garantizará la financiación gratuita para los productos incluidos en la prestación farmacéutica, el catálogo de ortoprótesis y ayudas técnicas, a los pacientes menores de 18 años con discapacidad diagnosticada con un grado de minusvalía, igual o superior al 33 %, siendo extensible esta prestación a los mayores de 18 años diagnosticados con grado de minusvalía igual o superior al 65%.

La Ley de la Generalitat 10/2012, de 21 diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat (DOCV de 27/12/2012), en su artículo 160, derogó el citado párrafo segundo del art. 16 de la Ley 11/2003.

La derogación supuso un importante cambio en la aportación farmacéutica, productos ortoprotésicos y ayudas técnicas para las personas con discapacidad de la Comunitat Valenciana, a partir del 1/2/2013 (fecha en que se hizo operativa la modificación).

En este sentido, el Real Decreto Ley 16/2012, en su artículo 4, incluía un nuevo artículo 94 bis (*Aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria)* en la Ley estatal 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que establecía lo siguiente:

1. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

   a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

   b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

   c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

   d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

   e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Con ocasión de la tramitación de las quejas 1302131 y acumuladas, pudimos determinar a quién se refería el apartado 8 letra a) del artículo 94 bis cuando declaraba exentas a «las personas discapacitadas en los supuestos contemplados en su normativa específica». En aquella ocasión, de lo actuado, entendíamos que los colectivos exentos eran los siguientes:

Primero. Las personas discapacitadas, por la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (en adelante, LISMI). Los subsidios o prestaciones económicas y sociales de la LISMI están destinadas a personas discapacitadas que, por no desarrollar actividad laboral, están fuera del campo de aplicación de la Seguridad Social.

La LISMI establecía que todo español con discapacidad reconocida superior al 33 % y en los términos en ella previstos tiene derecho a la gratuidad de los medicamentos.

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, (que deroga la LISMI), mantiene en su art. 9.3 la gratuidad de la dispensación del colectivo que regula.

Segundo. Los pensionistas del Fondo de Asistencia Social (en adelante FAS). Las FAS fueron suprimidas en 1992 y están a extinguir al aprobarse la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de prestaciones no contributivas.

Tercero. Los titulares de prestaciones no contributivas (en adelante PNC). Las PNC están gestionadas por las comunidades autónomas. El propio RDL 16/2012 declara la exención de este colectivo. En este caso, no es la discapacidad lo relevante sino el ser titular de una PNC.

En este punto, hemos constatado que muchas personas discapacitadas mayores de 18 años con 65 % de discapacidad (que tienen derecho a una PNC) no la solicitan al no ser compatible con la «prestación familiar por hijo a cargo» en la que no opera la exención. Efectivamente, la percepción de las asignaciones económicas por hijo discapacitado a cargo mayor de 18 años es incompatible con la condición, por parte del hijo, de pensionista de jubilación o invalidez en la modalidad no contributiva y con la condición de beneficiario de las pensiones asistenciales reguladas en la Ley 45/1960, de 21 de julio, o de los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona, establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril.

En estos supuestos, deberán los interesados ejercer la opción en favor de alguna de las prestaciones declaradas incompatibles.

Cuarto. Parados discapacitados sin subsidio de desempleo.

Quinto. Afectados del síndrome tóxico.

Nos referíamos también, en el caso de los menores, a la Ley 8/2008, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes que, en su artículo 20 (derechos específicos de los niños y adolescentes con discapacidad y enfermos crónicos), establecía que «La Generalidad asumirá gratuitamente la prestación farmacéutica de los menores con un grado de minusvalía igual o superior al 33%». La Ley 8/2008 ha sido derogada por la Ley 10/2014.

Al resto de personas con discapacidad se les aplicará la normativa general (no la normativa específica), esto es, el criterio de la renta.

Asimismo, destacábamos la redacción que el art. 129, de la Ley 10/2012, ha dado al art. 12, apartado 3, de Ley 6/2008, de 2 de junio, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana:

> La Generalitat garantizará el derecho de acceso y asumirá el gasto de los productos incluidos en la prestación farmacéutica, el catálogo ortoprotésico y ayudas técnicas a los menores de 18 años residentes en la Comunitat Valenciana que se encuentren bajo la tutela de las administraciones públicas.

Esta última norma no se refiere exclusivamente a menores discapacitados, sino a aquéllos que se encuentren tutelados por la administración valenciana (discapacitados o no).

En definitiva, salvo que se encuentren en los supuestos previstos en «las normas específicas», que les declara exentos y en las que fijan límites a su aportación, las personas discapacitadas de la Comunitat Valenciana, a partir del 1 de febrero de 2013, deben abonar sus medicamentos atendiendo a su nivel de renta (están sujetas a lo que se ha denominado régimen general de copago farmacéutico).

Consideramos, no obstante, que la aplicación rigurosa del elemento o criterio de la renta, puede atentar contra el principio de igualdad ya que causaría enormes perjuicios al colectivo de personas discapacitadas y a sus familias.

En este sentido, el gasto y las cantidades a pagar por una persona discapacitada y sus familias en medicamentos o productos ortoprotésicos, en muchas ocasiones, tiene una enorme repercusión en las economías de las familias. Consecuencias económicas que

no se producen en otras familias con igual nivel de renta y que no cuentan con una persona discapacitada.

En las quejas presentadas ante el Síndic de Greuges hemos conocido situaciones que podemos calificar de dramáticas, familias que no pueden hacer frente al pago de los medicamentos ni de los productos ortoprotésicos, todo ello a pesar de su nivel de renta. En este sentido, no resulta ocioso recordar que una de las máximas del derecho es que la igualdad se logra tratando de forma desigual a los que no son iguales.

Consideramos que la Administración Sanitaria debe valorar de forma individual cada caso. En este punto, entendemos que juegan un papel fundamental los trabajadores sociales tanto de atención primaria como de atención especializada. Estos profesionales, en coordinación con los responsables sociales de los ayuntamientos y de la conselleria competente en materia de servicios sociales, pueden conocer la situación socio-económica de la persona discapacitada y de su familia.

Esta valoración permitiría conocer la situación real y actualizada de los ingresos de la unidad familiar, hijos a cargo, coste de las medicinas, patologías, etc. Deberá ser la Conselleria de Sanidad o, en su defecto, la competente en materia de bienestar social, la que articule el sistema o protocolo de actuación para que, a la vista de lo informado por los trabajadores sociales y de otras actuaciones que juzgue oportunas, valore el mantener la gratuidad de las prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas y ayudas técnicas en los casos acreditados de necesidad.

No debemos olvidar que la Ley 11/2003, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad, fue dictada en el ámbito competencial previsto en el artículo 148.1.20 de la Constitución Española y según plasma el actual artículo 49.24 del Estatuto de Autonomía Valenciano (antiguo 31.24) por el que se asumía la competencia exclusiva en materia de servicios sociales.

En estos términos, la disposición transitoria cuarta, de la Ley 6/2008, de Aseguramiento Sanitario Valenciano, se debe aplicar a personas sin recursos económicos suficientes; de ahí la importancia del estudio, caso por caso, de estas situaciones en los casos de personas discapacitadas. La citada disposición establece lo siguiente:

> Durante un máximo de dos años desde la entrada en vigor de esta Ley, la Conselleria de Sanidad reconocerá transitoriamente las prestaciones sanitarias a las personas que estén acreditadas en la modalidad de aseguramiento regulada en el artículo 8.1.b, con

las mismas características que las proporcionadas por el régimen general de Seguridad Social a los pensionistas.

Transcurrido el plazo máximo de dos años, estas personas tendrán la asistencia sanitaria prevista en el Real Decreto 1.088/1999, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

Este plazo se establece para facilitar la incorporación de las personas que estén en situación de riesgo de pobreza y exclusión, a las ayudas sociales a las que pueden tener acceso para la continuación de los tratamientos farmacológicos prescritos.

La supresión del párrafo segundo del art. 16 de la Ley 11/2003 adquiere una mayor importancia si tenemos en cuenta que han sido adoptadas otras medidas que afectan gravemente a la situación socio-económica del colectivo de personas discapacitadas y, por tanto, a su derecho al acceso a los recursos en igualdad de condiciones. Desde el Síndic de Greuges hemos tenido conocimiento, a través de las quejas presentadas por los/as ciudadanos/as valencianos/as, de algunas de estas medidas:

- La no consideración del 33% de discapacidad como criterio puntuable en el acceso a becas de transporte escolar, exigiéndose una discapacidad superior al referido porcentaje.

- El reciente Decreto 113/2013, de 2 de agosto, del Consell, por el que se establece el régimen y las cuantías de los precios públicos a percibir en el ámbito de los servicios sociales, que ha dejado sin efecto la no aplicación del precio público para el colectivo de personas de discapacidad, en vigor desde 1995.

- La disminución de las ayudas dirigidas a la promoción del empleo y la inserción laboral.

- Las demoras en los pagos a entidades públicas y privadas que gestionan centros, programas y servicios de atención a personas con discapacidad.

De igual forma, cabe destacar las demoras y reducción de prestaciones recibidas por personas con discapacidad que, a su vez, han sido valoradas como personas dependientes:

- Eliminación del 15% de financiación propia de la Generalitat a la aplicación de la Ley de dependencia.

– Las reducciones en prestaciones que estaban recibiendo personas con discapacidad que, a su vez, eran beneficiarias de la prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidador no profesional tras haber sido valoradas como personas dependientes.

Por último, hay que destacar que la Convención Internacional sobre derechos de las personas con discapacidad, aprobada en fecha 13/12/2006 (firmado y ratificada por España en fecha 3/05/2008), en su artículo 5, punto 4, establece lo siguiente: «No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acceder o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad».

En los mismos términos, el artículo 13.2, del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana (Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril), establece que:

> La Generalitat procurará a las personas afectadas de discapacidad su integración por medio de una política de igualdad de oportunidades, mediante medidas de acción positiva, y garantizará la accesibilidad espacial de las instalaciones, edificios y servicios públicos.

Así como el artículo 45 de la Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana, que señala, en relación a las prestaciones para las personas afectadas de discapacidad, lo siguiente:

> La Generalitat establecerá medidas económicas, sociales u otras necesarias para aquellas personas con algún tipo de discapacidad que contribuyan a fomentar su autonomía personal, su integración socioprofesional y su participación en la vida social de la comunidad.

Debe entenderse que la Convención Internacional, nuestro vigente Estatuto de Autonomía y la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana, consideran adecuadas las medidas de acción positiva que las administraciones públicas pudieran llevar a cabo sobre el colectivo de personas con discapacidad, todo ello a fin de lograr la igualdad de hecho, salvando las diferencias de todo orden que pudieran tener las personas con discapacidad por el mero hecho de serlo.

LA PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DE LOS USUARIOS EN EL COSTE DEL SERVICIO

10

En relación a la participación económica de los beneficiarios (personas con discapacidad/ enfermedad mental) en el coste de los servicios debe tenerse en cuenta:

10.1. Regulación en el ámbito de la Comunitat Valenciana previa a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

El Decreto 23/1993, de 8 de febrero, del Govern Valencià, reguló los precios públicos correspondientes a los centros y servicios del Instituto Valenciano de Servicios Sociales. Las residencias, centros de día y centros ocupacionales para personas con discapacidad estaban incluidos en la tipología de centros que quedaban afectados por lo dispuesto en el referido Decreto.

Por Decreto 103/1995, de 16 de mayo, del Gobierno Valenciano, se acordó la suspensión provisional de la vigencia de la parte segunda (precios públicos para los centros de discapacitados) del anexo del Decreto 23/1993, de 8 de febrero. Esta suspensión estuvo en vigor hasta la entrada en vigor del Decreto 113/2013, de 2 de agosto, siendo su aplicación efectiva a partir del 1 de enero de 2014.

10.2. Regulación estatal de la participación en el coste del servicio y el cálculo de la capacidad económica de los beneficiarios tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia estableció que los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarían en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica (art. 33.1).

De igual forma, establecía que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fijaría los criterios para la aplicación de la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones y que estos serían desarrollados en los Convenios con las comunidades autónomas (art. 33.3).

Por último, se establece que «ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos».

Por Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, se publicó el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE de 17/12/2008).

La resolución indicada en el punto anterior fue recurrida (Recurso 90/2009), por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), ante la Sala de lo Contencioso Administrativo (Sección Tercera) de la Audiencia Nacional.

El FALLO de la Sentencia de la Audiencia Nacional, fechado el 25 de febrero de 2011, declaró la NULIDAD de dicho Acuerdo en el particular relativo a las previsiones que contiene sobre los criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La NULIDAD del Acuerdo se basa en la consideración de la Sala de que:

> (…) la decisión consistente en adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios constituye, materialmente, una disposición general, de suerte que forzosamente resulta aplicable el criterio jurisprudencial reiterado (vid., por todas,

sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 13 de noviembre de 2000, dictada en el recurso nº513/98), según el cual el trámite mediante el que se elabora y aprueba una disposición general constituye un procedimiento especial, previsto por el artículo 105, apartado 1 de la Constitución y regulado con carácter general en el artículo 24 de la Ley 50/1997, al tiempo que un límite formal al ejercicio de la potestad reglamentaria, siendo así que su observancia tiene, por tanto, un carácter ad solemnitatem, de modo que su omisión o su defectuoso cumplimiento, traducido en un olvido trascendente para la finalidad a que tiende su exigencia, arrastra la nulidad de la disposición que se dicte.

Con posterioridad al FALLO de la Audiencia Nacional, por Resolución del 13 de julio de 2012, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, se publicó el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que regula nuevamente los criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación del beneficiario en el coste de las prestaciones para la autonomía y atención a la dependencia.

10.3. Regulación en el ámbito de la Comunitat Valenciana tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Con carácter introductorio debe indicarse que, tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, el acceso a los servicios a los que se refiere el presente informe y, por tanto, su participación económica en el coste de los mismos, queda regulado en base a dos marcos legales de referencia que afectarían a personas dependientes y a personas no dependientes.

10.3.1. Participación económica en el coste del servicio y cálculo de la capacidad económica en la Comunitat Valenciana para personas dependientes

La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y las modificaciones legislativas introducidas a nivel estatal, en concreto lo dispuesto en el Real Decreto Ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad y la Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dan lugar, a nivel autonómico, a la publicación de la Orden 21/2012, de 25 de octubre de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos y

condiciones de acceso al programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La Orden 21/2012, de 25 de octubre, vino a regular, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, los criterios mínimos de participación económica del beneficiario en los costes de los servicios (atención residencial, centros de día y de noche, teleasistencia y ayuda a domicilio).

Posteriormente, la Orden 34/2014, de 22 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, modifica lo dispuesto en la Orden 21/2012, de 25 de octubre, en lo referente a la materia que nos ocupa (DOCV. 31.12.2014). La entrada en vigor de la citada Orden se establece en el día siguiente a su publicación, es decir el 1 de enero de 2015.

Tanto la Orden 21/2012, de 25 de octubre como la Orden 34/2014, de 22 de diciembre, fijan las reglas para valorar la capacidad económica de los beneficiarios a los efectos de establecer su participación económica en el coste del servicio, «en tanto no se determinen reglamentariamente por la Administración General del Estado» (Disposición adicional primera.2).

10.3.2. Participación económica en el coste del servicio y cálculo de la capacidad económica en la Comunitat Valenciana para personas no dependientes

Como se ha indicado anteriormente el precio público que debían abonar las personas con discapacidad / enfermedad mental que fueran beneficiarias de los servicios a los que hace referencia este informe, se mantenía suspendido desde el año 1995.

Por lo tanto, en los servicios indicados, se atendían personas con discapacidad/ enfermedad mental valoradas como dependientes que participaban económicamente en el coste del servicio conforme a lo establecido en su correspondiente Programa Individual de Atención (PIA) y en aplicación de lo dispuesto en la Orden 21/2012, de 25 de octubre.

Pero en los mismos servicios venían siendo atendidas personas discapacitadas no valoradas como dependientes y que no tenían establecida su participación económica en el coste del servicio, aunque sí venían contribuyendo a su sostenimiento con el pago cantidades económicas en otros conceptos.

El Decreto 113/2013, de 2 de agosto, del Consell, que establece el régimen y las cuantías de los precios públicos a percibir en el ámbito de los servicios sociales implanta un modelo de participación económica aplicable a las personas con discapacidad /

enfermedad mental que no han sido valoradas como dependientes, en el supuesto de acceder a algunos de los servicios del Sistema para la Autonomía.

Como ya se ha dicho, El Decreto 113/2013, de 2 de agosto, deroga el Decreto 23/1993, de 8 de febrero, del Consell, por el que se regulaban los precios públicos correspondientes a centros y servicios del Instituto Valenciano de Servicios Sociales y el Decreto 103/1995, de 16 de mayo del Consell, por el que se acuerda la suspensión provisional de la vigencia de la parte segunda (precios públicos para los centros de personas con discapacidad) del anexo del citado Decreto 23/1993, de 8 de febrero.

Contra el Decreto 113/2013, de 2 de agosto, del Consell, tanto la Federación de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES-CV) como el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI-CV), presentaron sendos recursos contencioso administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana.

En Sentencias nº 3429/2014 y nº 4088/14 de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana se estimaron los recursos presentados «declarando la integra nulidad de pleno derecho del Decreto impugnado».

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana recaída en Sentencia nº 3429/2014 ha sido RECURRIDA EN CASACIÓN por la Generalitat ante la Sala Tercera del Tribunal Supremo, recurso que NO HA SIDO RESUELTO hasta la fecha.

Por parte del CERMI-CV se solicitó complementación de la sentencia 3429/2014 de 1 de octubre de 2014, por considerar que en dicha resolución no se había resuelto la solicitud de devolución a los usuarios afectados del importe recaudado por la Generalitat Valenciana desde la entrada en vigor del Decreto 113/2013, de 2 de agosto, con sus intereses legales desde la notificación de cada resolución individual exigiendo el copago.

La Sala del TSJ ACORDÓ «desestimar la solicitud de complementación de la sentencia 3429/2014».

No obstante, tal desestimación se produce, según el TSJ,

> (…) al pretender extender el ámbito del proceso y afectar a otras actuaciones administrativas no revisadas, a actos administrativos que corresponden a otros organismos

> autonómicos, vulnerando con ello el marco competencial que corresponde a la Sala y Sección del TSJ.

A lo dicho anteriormente, añade la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ,

> (…) sin perjuicio del derecho de los afectados a entablar las acciones que tengan por conveniente en caso de haber abonado el precio públicos practicado bajo la cobertura del Decreto 113/2013, pues su nulidad abre jurídicamente la vía para la solicitud de devolución de los ingresos devenidos en indebidos o, subsidiariamente, a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Generalitat Valenciana.

10.4. Regulación autonómica tras la entrada en vigor, el 1 de enero de 2015, de la ley 7/2014, de 22 de diciembre

La Ley 7/2014, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera y de organización de la Generalitat (DOCV de 29/12/2014) modifica el cap. XI, Tasas en materia de bienestar social, del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, aprobado por Decreto legislativo 1/2005, de 25 de febrero, incluyendo las tasas por la prestación de servicios de atención social —atención residencial, centro de día y de noche, vivienda tutelada.

Contra esta modificación de la Ley de tasas de la Generalitat se ha interpuesto recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional.

De igual forma, se presentó queja ante la defensora del Pueblo que dio lugar al expediente nº 15005016. La Defensora del Pueblo dice en su decisión sobre el referido expediente: «La norma ha sido objeto de estudio con ocasión de las peticiones de recurso de inconstitucionalidad recibidas en esta institución, que no ha puesto de manifiesto problemas de constitucionalidad».

No obstante, el análisis realizado por la Defensora del Pueblo «ha permitido detectar circunstancias en las que resultaría oportuno prevenir situaciones especialmente gravosas para las personas usuarias de servicios de atención social y los miembros de su unidad familiar» por lo que ha decidido realizar las siguientes recomendaciones:

1. Incluir en la norma la referencia a que, si el resultado de las fórmulas aplicadas es negativo, el sujeto pasivo está exento de la obligación del pago de la tasa.

2. Para los casos de contribuyentes con cónyuge o pareja de hecho, reducir la cuota de la tasa, con la finalidad de que la persona no usuaria disponga de ingresos al menos iguales al IPREM.

3. Excluir del cómputo de rentas del cónyuge o pareja de hecho y, en su caso, de los otros miembros de la unidad familiar que se tengan en consideración para la determinación de la renta de la persona usuaria, las ayudas, subvenciones, prestaciones, pensiones o cualquier otro ingreso de origen público o privado que estos reciban en razón de su situación de discapacidad o dependencia, como los que, a título ilustrativo, se citan en la consideración V de la presente recomendación.

En la práctica, la aprobación de la modificación de la Ley de tasas, en lo relativo a Bienestar Social, ha supuesto una modificación sustancial en la forma de cobro que ya ha motivado la presentación de quejas ante el Síndic de Greuges.

Como ya se ha indicado, durante el año 2014, ha sido aplicado en los centros en los que son atendidas personas con discapacidad/tercera edad, lo dispuesto en el Decreto 113/2013, de 2 de agosto, del Consell sobre el régimen y las cuantías de los precios públicos a percibir en el ámbito de los servicios sociales.

Pese a la declaración de integra nulidad del Decreto, resuelta por fallo de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ-CV, de fecha 1 de octubre de 2014, la Conselleria de Bienestar Social, ha continuado aplicando su contenido y cargando a los usuarios el precio público correspondiente. Esta decisión de la Conselleria está motivada en que el fallo del TSJ no ha adquirido firmeza, toda vez que, contra el mismo, ha presentado recurso de casación ante el Tribunal Supremo.

En fecha reciente, la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, nos informa de que ha desistido de continuar con el recurso presentado por lo que, una vez publicado dicho desistimiento en el DOCV, adquirirá firmeza el fallo del TSJ.

Respecto a la posibilidad de que sean devueltas las cantidades cobradas a las personas dependientes en los ejercicios 2013 a 2015, la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas ha anunciado, públicamente, su intención de estudiar resarcir, de oficio, a las personas dependientes afectadas.

El devengo, por los usuarios, del precio público establecido se ha realizado de forma muy desigual, teniendo conocimiento en el Síndic de Greuges, de que algunas asocia-

ciones se han negado a hacer efectivas (a cobrar) las resoluciones en las que se fijaba el precio público.

Debe destacarse igualmente que, en los centros de gestión privada, las entidades responsables recibían directamente la cuantía fijada en precio público a cada usuario, lo que permitía un mínimo de liquidez económica que permitía afrontar pagos que, debido a la demora con los que realiza los pagos de subvenciones y contratos la Conselleria, no podrían haber sido hecho efectivos (salarios, seguridad social, proveedores, etc.).

A partir del 1 de enero de 2015, las tasas aplicadas a las personas usuarias de centros son cobradas directamente por la Conselleria correspondiente, por lo que, de no agilizarse la forma de pago de subvenciones y contratos, el problema de demoras en los pagos podría verse agudizado.

En las visitas realizadas por los técnicos del Síndic de Greuges, se ha podido comprobar las distintas formas de aplicación efectiva del cobro de las cantidades que cada usuario de centros de atención a personas con problemas de salud mental debía aportar como participación económica en el coste del servicio (copago año 2014).

Haciendo referencia al contenido de este informe, debe recordarse que los centros en los que son atendidas personas con problemas de salud tienen tres fórmulas diferentes de gestión:

- Centros de gestión integral: Centro público con gestión privada
- Centros privados: la propiedad del inmueble y la gestión es privada
- Centro subvencionado (un único centro): Propiedad del inmueble privada y recibe subvención de parte del coste real del servicio

En los centros de gestión integral, la Conselleria de Bienestar Social, delegaba el cobro del copago en las entidades que gestionaban el centro. Así, las entidades facturaban mensualmente la doceava parte de la cuantía anual que por contrato había sido asignada para la gestión del centro. En la misma factura descontaban la parte correspondiente al copago de las personas usuarias y la Conselleria liquidaba la diferencia entre ambas cantidades.

De esta forma, la entidad gestora asume directamente el riesgo de los impagos del citado precio público. Algunas entidades han llegado a acumular en 2014, un impago próximo a los 45.000 euros.

Según información de responsables de los centros, en la provincia de Valencia, la Dirección Territorial de Bienestar Social ha establecido un sistema de liquidación de la deuda, fraccionándola en mensualidades.

En la provincia de Castellón, según las informaciones recabadas, están estudiando esta posibilidad y en la provincia de Alicante parece que no se encuentra la fórmula de compensación de la deuda asumida por las entidades.

En los centros privados, el pago de la plaza se realiza a través de prestaciones vinculadas al servicio (personas dependientes) o prestaciones económicas individualizadas. El centro establece un coste del servicio atendiendo al coste de referencia establecido por la Conselleria de Bienestar Social.

Para el año 2014, el coste de referencia para el servicio de atención residencial para personas con discapacidad fue establecido por la Conselleria en 2.100 euros/persona/mes —25.200 euros/persona/año— (Resolución de 9 de diciembre de 2013. DOCV 31.01.2014. Corrección de errores DOCV 23.04.2014).

Los usuarios y/o sus familias deben hacer frente a las diferencias económicas existentes entre el precio aprobado por la Conselleria de Bienestar Social y su capacidad económica, contabilizada la ayuda de Conselleria (PVS o PEI) y la pensión u otros ingresos de que pudiera disponer.

Un ejemplo: una persona usuaria de un centro a la que le ha sido aprobada una PEI de 954,28 euros/mes y que, además, cobra una prestación no contributiva de 380 euros, debe aportar al centro la cantidad de 1005 euros. El coste del servicio aprobado para ese centro por la Conselleria asciende a 2.130 euros/mes. La diferencia entre el coste de referencia (2.130 euros) y la aportación del usuario (1.005 euros) debe ser cubierta por el propio usuario o por su familia.

Debemos hacer mención, igual que en el punto anterior, a la situación especial en la que se encuentran las personas atendidas en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo. Según la información de los responsables del centro, las personas usuarias del mismo están exentas de participación económica en el coste del servicio, reiterando la falta de unidad de criterio también en materia de copago.

La valoración general de los profesionales de los centros visitados es que la aplicación del sistema de copago produce empobrecimiento no sólo de las personas con enfermedad mental sino de sus familiares y hace difícil llevar a cabo los programas de rehabilitación trazados con anterioridad a su aplicación (2013).

En muchos casos, la aplicación del copago ha supuesto que las personas usuarias de los centros hayan abandonado el recurso por imposibilidad de hacer frente al mismo. Por este motivo se ha aperturado una queja en el Síndic de Greuges (nº 201409894).

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEPENDIENTE DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA 11

Desde enero de 1984, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (HPPA) se ocupa de la asistencia psiquiátrica penitenciaria del conjunto del territorio nacional salvo Extremadura, Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla (atendidos por el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla) así como de la población penitenciaria femenina del total del territorio nacional, con la excepción de Cataluña, que tiene transferidas las competencias en esta materia.

Las personas atendidas en el HPPA son empadronadas, desde su ingreso, en la ciudad de Alicante, a efecto de poder ser beneficiarias de todas las prestaciones a las que tienen derecho.

En algunos casos, las personas atendidas son tuteladas por la Generalitat Valenciana, independientemente de su localidad de origen.

Una vez cumplida la medida de seguridad impuesta judicialmente, algunas de estas personas requieren de seguir siendo atendidas en centros específicos de salud mental, incluso, en algunos casos, en centros de atención a personas mayores.

Este hecho requiere de una coordinación intensa entre los equipos técnicos del HPPA y los equipos técnicos de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

El Síndic de Greuges, con ocasión de las XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas en junio de 2012, relativas a la Protección de las Personas con Enfermedad Mental, aportó un informe referido a esta materia dentro del taller «Tratamiento penal, procesal y penitenciario del enfermo mental».

Las conclusiones de las Jornadas pueden consultarse en la siguiente dirección:

http://www.elsindic.com/documentos/379_Taller%201%20Tratamiento%20penal%20procesal%20y%20penitenciario%20del%20enfermo%20mental1.pdf

12 CONCLUSIONES

12.1. Respecto a la planificación general, marco competencial y coordinación sociosanitaria

12.1.1. Carencia de planificación en materia de salud metal

El Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat Valenciana, publicado en 2001, se encuentra, actualmente, en revisión al objeto de elaborar un nuevo Plan que se adapte a la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud cuya vigencia fue establecida para el periodo 2009–2013.

Esta carencia de planificación impide el establecimiento de objetivos en el ámbito de la salud mental, medidas para su consecución y establecimiento de indicadores de evaluación de procesos y resultados.

12.1.2. Deficiente coordinación sociosanitaria

La actual distribución de competencias entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Bienestar Social ha añadido complejidad a la que ya comporta la coordinación de recursos sanitarios y sociales.

En la elaboración del presente informe se ha comprobado la percepción negativa de los profesionales respecto a esta «bicefalia» y la demanda de un único órgano que se encargue de la salud mental en la Comunitat Valenciana.

Se considera perentoria la necesidad de crear una estructura única responsable que garantice la eficacia en la organización y gestión de los recursos.

12.1.3. Deficiente coordinación en materia de cobertura de atención psiquiátrica

Conforme a la actual normativa, la Conselleria de Sanidad debe asegurar la asistencia sanitaria a todos los enfermos que presentan patología aguda, subaguda o crónica de salud mental.

La atención psiquiátrica de las personas usuarias de los CEEM debe prestarse desde la USM–A de la zona en la que esté ubicado el centro.

La deficiente dotación de psiquiatras en las USM–A (Conselleria de Sanidad) ha provocado que, en muchos de los CEEM, se contraten psiquiatras que atiendan a los usuarios, sin menoscabo de que los mismos se encuentren dados de alta como pacientes de la USM–A de zona. Esta contratación corre a cargo de las entidades que gestionan el centro.

12.1.4. Zonificación de los recursos

La disposición geográfica de los recursos sociosanitarios y en concreto de los CEEM, no da respuesta a las actuales necesidades de los departamentos sanitarios, obligando a que los pacientes atendidos en estos centros tengan que desplazarse de sus entornos habituales, con el consiguiente aumento de dificultad de los procesos de rehabilitación e inserción en su medio.

12.1.5. Procedimiento de toma de decisión

Se destaca la necesidad de revisar los procedimientos de toma de decisiones, potenciando la toma de decisiones por órganos colegiados de ámbito territorial.

12.1.6. Falta de homogeneidad en cuanto al papel de las diputaciones provinciales

Tras la creación del Servicio Valenciano de Salud en 1997, todos los servicios y funciones que en materia de salud mental correspondían a ayuntamientos y diputaciones deberían haber sido asumidas por la Conselleria de Sanidad.

Sin embargo, hemos comprobado que las diputaciones provinciales siguen manteniendo unos niveles competenciales muy elevados en materia de salud mental. Este papel preponderante se da sobre todo en Castellón y en Alicante, aunque mantienen diferencias sustanciales en cuanto a su organización y atribuciones.

12.2. Respecto a la tipología de recursos residenciales

12.2.1. Dispersión normativa que afecta a procesos de autorización de centros residenciales

Comprobamos que la normativa que afecta a la autorización de CEEM fue modificada en 2006 y aplazado su cumplimiento en cuanto a condiciones de habitabilidad y dotación de personal hasta en tres ocasiones. El último aplazamiento ha cumplido su vigencia en junio de 2015, por lo que, actualmente, todos los CEEM deberían haberse ajustado a las condiciones antes citadas.

Simultáneamente, aparecen regulados otros dos tipos de centros: centros mixtos y centros de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia, lo que añade una mayor confusión, si cabe, a la normativa que regula el funcionamiento, dotaciones de habitabilidad y personal de los centros que atienden a personas con problemas de salud mental.

12.2.2. Insuficiente definición de los centros de tipología mixta

Los centros de tipología mixta fueron regulados en el año 2006, pero no han sido concretadas ni las condiciones de habitabilidad ni la dotación de plantilla de los mismos.

De igual forma, no ha sido determinado el tipo de colectivos que podrían ser atendidos en estos centros, exigiéndose una propuesta técnica de las direcciones territoriales y el informe de las direcciones generales afectadas y, en su caso, de la inspección de servicios.

12.3. Los centros de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia (CARPD) vienen a añadir complejidad a la falta de definición y provisionalidad que afecta a los centros residenciales de atención a personas con problemas de salud mental

La regulación de esta modalidad de centros (Orden 1/2010, de 18 de febrero) incorpora una nueva modalidad en la que pueden ser atendidas personas con problemas de salud mental. Son centros en los que pueden ser atendidas personas dependientes, aunque los perfiles de personas atendidas en los CEEM o en los centros mixtos, han sido reconocidos como tales.

Los CARPD incorporan algunas cuestiones que se contradicen con la normativa de los CEEM. La más destacable afecta a la tipología y dotación de personal ya que en los CARPD

no se define el tipo de profesionales que deben de conformar la plantilla del centro y la ratio establecida es inferior a la establecida para CEEM. Por último, debe recordarse que las ratios establecidas para los CARPD se encuentran en vigor hasta diciembre de 2015, por lo que la no redacción de una nueva normativa añadiría mayor dispersión y provisionalidad.

12.4. El Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo carece de las preceptivas autorizaciones administrativas para el funcionamiento tanto de las unidades de hospitalización de media estancia (Conselleria de Sanidad) como de las unidades de rehabilitación y atención a discapacitados (Conselleria de Sanidad)

Resaltamos en el presente informe, la carencia de autorización administrativa de funcionamiento de todas las unidades del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, dependiente de la Excma. Diputación de Alicante.

Los profesionales consultados nos informan de que ha sido solicitada autorización de funcionamiento como CEEM para el nuevo edificio en el que se tiene previsto trasladar a las personas que actualmente son atendidas en las unidades de rehabilitación. La solicitud se encuentra en trámite sin resolución. Hasta la fecha, no se ha producido el traslado de usuarios a las nuevas instalaciones.

Se tiene previsto el traslado de las personas usuarias de las unidades de rehabilitación que actualmente ocupan las instalaciones del antiguo hospital psiquiátrico al edificio que actualmente ocupan usuarios de CEEM, instalaciones que, como se ha dicho, no disponen de la correspondiente autorización administrativa.

12.5. Respecto al perfil de los usuarios y su reconocimiento de grado de discapacidad y dependencia

12.5.1. Diagnóstico más frecuente, esquizofrenia. Notable ausencia de diagnósticos de patología dual (salud mental– toxicomanías)

Aunque los profesionales de los centros visitados indican una excesiva diversidad de problemáticas atendidas, se ha comprobado que las personas usuarias de centros residenciales para personas con problemas de salud mental están diagnosticados, mayoritariamente, de esquizofrenia en sus distintas modalidades.

Llama la atención el bajo número de personas atendidas en estos centros con un diagnóstico de patología dual. Los profesionales de las USM–A (Conselleria de Sani–

dad) visitados, de forma mayoritaria, identifican esta problemática como emergente y denuncian la falta de recursos específicos. De igual forma, los profesionales de los centros residenciales (Conselleria de Bienestar Social) expresan la gran dificultad de atención a estas personas desde programas / recursos no específicos.

12.5.2. Reconocimiento de grado de discapacidad en el intervalo comprendido entre el 65% y el 74%

Revisados los datos de las personas atendidas en los centros visitados, se comprueba que un 74% de los casos tiene reconocimiento de discapacidad comprendido entre el 65% y el 74%.

Este grado de discapacidad da derecho a la percepción de la prestación no contributiva siempre y cuando se cumpla con los requisitos exigidos de renta.

12.5.3. Un 36,2% de las personas atendidas en los centros visitados no disponen de reconocimiento de grado de dependencia

La valoración de dependencia obtenida mayoritariamente (60,5%) es un Grado II (dependencia severa), valorándose como Grado III (gran dependiente) al 19,04% y como Grado I (dependencia moderada) al 19,06% de los casos revisados.

Son varios los motivos para que las personas no dispongan de valoración de dependencia: expediente en trámite, petición realizada pero no concluida, no valorada como persona dependiente, etc.).

12.5.4. Situación especial de las personas atendidas en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo de Alicante

Debe hacerse especial mención a la situación de las personas atendidas en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, dependiente de la Excma. Diputación Provincial de Alicante.

De las 151 persona usuarias de este centro, 68 no disponen de grado de reconocimiento de grado de discapacidad, bien por no haberlo solicitado o por no haber sido resuelto. Lo mismo ocurre con 72 casos que no disponen de reconocimiento de situación de dependencia.

12.5.5. Prolongados procesos de internamiento

Los procesos de internamiento de las personas ingresadas en los centros visitados son muy prolongados, encontrándonos con que se dan muy pocas altas de los centros motivadas por evolución positiva del tratamiento que puedan derivar en un retorno a

domicilio o en la derivación a un recurso más normalizado. Recursos que fueron creados con una finalidad de estancia temporal (recursos de paso) se han convertido en recursos de estancia definitiva (recurso destino).

Los profesionales consultados vinculan estos largos procesos de institucionalización tanto a la ausencia de recursos previos al internamiento (dotación suficiente USM–A, baja intensidad de tratamientos terapéuticos, reducción drástica de programa de apoyo familiar, etc.) como a la ausencia de recursos suficientes de alojamientos supervisados, que garanticen una mayor normalización de la vida de las personas usuarias. Esta ausencia de estructuras de menor supervisión imposibilita una autonomía de los usuarios que les permita su inserción social.

12.5.6. Los internamientos no voluntarios requieren de un mayor control y, sobre todo, un mayor contraste a la hora de prorrogarse

El ingreso no voluntario en un establecimiento de salud mental requiere de la preceptiva autorización judicial.

Se comprueba que, en muchos de los casos, se ha utilizado el procedimiento de urgencia (ingresar en el centro y comunicar al juzgado dentro de las 24h siguientes) aunque los ingresos fuesen programados.

Aunque las resoluciones judiciales de primer ingreso existen en la totalidad de los casos, resulta destacable que las prórrogas de estos ingresos han sido solicitadas dentro del periodo legalmente establecido (normalmente 6 meses) pero, en algunos casos, no existe resolución judicial expresa.

Debe destacarse, por último, que las prórrogas de los internamientos se plantean en base, exclusivamente, a los informes de los profesionales de los centros, no existiendo contraste alguno de otros informes emitidos por profesionales externos al mismo.

12.5.7. La mayoritaria declaración de incapacitación judicial total de las personas atendidas en los centros visitados y el ejercicio de la tutela como cargo preferente contravienen lo dispuesto en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y la Instrucción de la Fiscalía General del Estado

De los 428 casos atendidos en los centros visitados, el 72,9% han sido declarados incapaces judicialmente y, de éstos, el 95,5% con incapacitación total.

Estos datos contravienen lo dispuesto en la Convención sobre Derechos de la Personas con Discapacidad (2006) que asume el modelo social de la discapacidad que aboga

por garantizar a las personas con discapacidad un sistema de apoyos para la toma de decisiones y no la privación de su capacidad de forma absoluta.

De igual forma, el hecho de que el cargo tutelar ejercido sea el de la tutela, contraviene la Instrucción emitida por la Fiscalía General del Estado (2010) que aconseja, en consonancia con la Convención, que el cargo tutelar que se ejerza mayoritariamente sea la curatela dado que éste es el instrumento que responde de forma más adecuada a las exigencias de la Convención.

12.5.8. Necesidad de un mayor control y exhaustividad del ejercicio de la tutela por parte de la Generalitat

Los profesionales consultados destacan que existe un contacto permanente con los profesionales encargados del ejercicio de la tutela, una vez asumida por la Generalitat.

No obstante esta buena comunicación y coordinación, se destaca la necesidad de que exista un conocimiento directo de los casos y que las personas tuteladas conozcan e identifiquen a los responsables de su tutela.

La comunicación y el seguimiento se realizan en base a los informes semestrales y las posibles incidencias que pudieran existir en cada uno de los casos.

12.6. Sobre la intervención rehabilitadora y la inserción socio laboral de los usuarios

12.6.1. Ausencia de un diseño de intervención que permita tratamientos integrales de las personas con problemas de salud mental ingresadas en los centros

Si bien los profesionales de los centros elaboran el plan individualizado de rehabilitación (PIR) y sus correspondientes revisiones semestrales, tanto en su elaboración como en su ejecución influye, sobre manera, la falta de recursos previos al internamiento, como aquellos que, durante el internamiento, pueden servir para promover la autonomía personal de las personas atendidas.

De igual forma y como ya se ha comentado, la ausencia de recursos de alojamiento más normalizadores (viviendas supervisadas, tuteladas, etc.) está vinculada al hecho de los largos internamientos y la mínima movilidad de plazas en los centros.

La ausencia de estos recursos incidirá, a corto y medio plazo, en la necesidad de creación de nuevas plazas de internamientos, lo que resulta a todas luces inadecuado

tanto desde el punto de vista del tratamiento de los pacientes como desde el punto de vista económico.

12.6.2. Ausencia de documentos base que permita la elaboración de protocolos y programas de intervención que deben ser puestos en funcionamiento en los centros

La Conselleria de Bienestar Social no ha elaborado documentos base que permitan una unificación de criterios mínimos que deben contemplar los protocolos y programas de obligado cumplimiento en los centros.

Esto supone que cada entidad que gestiona los centros puede disponer de protocolos y programas de intervención con la misma denominación que los exigidos normativamente, pero con contenidos diferentes.

No se trata de bloquear la autonomía y el estilo de intervención de cada entidad, pero sí parece necesario establecer los mínimos que la administración autonómica considera indispensables para garantizar la adecuada atención de las personas usuarias.

12.7. Respecto a la cobertura sanitaria y farmacéutica

12.7.1. Deficiente dotación de personal en las USM

Todas las USM visitadas disponen de un número de profesionales inferior al previsto en el Plan Director de Salud Mental y Atención Psiquiátrica que, recordemos, fue elaborado en 2001.

La insuficiencia de recursos de personal ha obligado a las entidades que gestionan los centros a la contratación de los servicios de psiquiatras. En muchas ocasiones, los psiquiatras contratados son plantilla de las USM (Conselleria de Sanidad).

12.7.2. Falta de especialización en salud mental del personal de enfermería, trabajo social y educadores

Se comprueba la falta de especialización en salud mental del personal de enfermería (ATS y DUE). Debe destacarse que, por iniciativa propia de las/os profesionales, se están formando en la especialidad. En algunos centros, son las entidades gestoras quienes promueven dicha formación.

Algunos responsables de las USM nos indican que la cobertura de plazas de enfermería de los servicios públicos de salud mental no exige la especialización.

Se comprueba que el número de plazas ofertadas para la formación de especialistas en enfermería de salud mental (EIR) resulta insuficiente para dar respuestas a las necesidades de especialización. En este sentido, puede resultar ilustrativo que en la oferta de plazas de formación por el sistema de residencia para el ejercicio 2014/15, publicada en el BOE del 17 de septiembre de 2014, el número máximo de plazas de enfermería especialista en salud mental para la Comunitat Valenciana fue de 11.

En la misma línea, se comprueba la falta de formación especializada de los trabajadores sociales que desempeñan funciones en centros y servicios en los que se atienden personas con problemas de salud mental.

En cuanto a los educadores y los trabajadores sociales, debe indicarse que ni tan siquiera se exige que el personal que ocupa los referidos puestos tenga formación específica de educador social especializado por lo que mucho menos disponen de formación especializada en salud mental.

12.7.3. Progresiva acreditación como psicólogos clínicos de los profesionales de psicología que prestan servicios en los centros residenciales

Se comprueba que los profesionales de psicología que prestan servicios en los centros residenciales están obteniendo, progresivamente, su acreditación como psicólogos clínicos, sin que exista una obligación de disponer de dicha acreditación para acceder a estos puestos.

12.7.4. Heterogeneidad en la aplicación del copago farmacéutico

El copago farmacéutico se aplica o no dependiendo de la modalidad de centro en el que sea atendida la persona.

Así, en los centros de gestión integral (públicos de gestión privada), los productos farmacéuticos se expiden desde una farmacia pública ubicada en un centro público (normalmente residencia de tercera edad) y, por tanto, no se aplica el copago farmacéutico.

Si la persona es atendida en un centro privado, la farmacia se dispensa por un establecimiento farmacéutico privado, por lo que les es de aplicación el copago farmacéutico.

En el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, los productos farmacéuticos son dispensados desde la farmacia del Hospital Universitario Sant Joan d´Alacant y, por tanto, están exentos de copago farmacéutico.

12.8. Respecto a la participación económica de las personas usuarias en el coste del servicio

12.8.1. Desde el 1 de enero de 2014, se establece el copago para personas discapacitadas atendidas en recursos residenciales (entre otros). Este régimen de copago incide muy negativamente en los procesos de rehabilitación e inserción de las personas usuarias, además de provocar su empobrecimiento

A partir del 1 de enero de 2014, se estableció la participación económica en el coste del servicio de las personas usuarias de servicios residenciales para personas con problemas de salud mental. A esta participación se le dio forma de precio público hasta el 31 de diciembre de 2014, convirtiéndose en tasa a partir del 1 de enero de 2015.

La aplicación del precio público a las personas usuarias de estos centros se encontraba derogada desde 1995, poniéndose en funcionamiento sin el consenso con las entidades de defensa de los derechos de las personas con discapacidad, con la argumentación de homogeneizar la situación respecto a las personas dependientes.

La aplicación del copago en el sector de la discapacidad, además de una fuerte confrontación judicial entre entidades en defensa de los derechos de las personas con discapacidad y enfermedad mental y la administración autonómica, ha supuesto el empobrecimiento objetivo de las mismas y la dificultad para dar continuidad a los programas de rehabilitación que, en muchas ocasiones, tenían programadas actividades (formales y no formales) que corrían a cargo del dinero disponible de las personas usuarias.

La disminución del dinero disponible ha afectado a las familias de las personas usuarias, toda vez que, en muchas ocasiones, deben ser cubiertos a su cargo los gatos ordinarios como peluquería, compra de ropa y calzado, etc. Se llega al extremo de considerar dichos gastos como gastos extraordinarios.

12.8.2. La presentación, por parte de la Conselleria de Bienestar Social, de un recurso de casación ante el Tribunal Supremo contra la resolución del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana, declarando la integra nulidad de pleno derecho del Decreto 113/2013, de 2 de agosto, demora una posible devolución del precio público percibido por la administración autonómica durante el ejercicio 2014

La Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas ha desistido de continuar con el recurso presentado por lo que, una vez publicado dicho desistimiento en el DOCV, adquirirá firmeza el fallo del TSJ.

Respecto a la posibilidad de que sean devueltas las cantidades cobradas a las personas dependientes en los ejercicios 2013 a 2015, la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas ha anunciado, públicamente, su intención de estudiar resarcir, de oficio, a las personas dependientes afectadas.

12.8.3. Heterogeneidad en la forma de aplicación de la participación económica en el coste del servicio residencial

De igual forma que en el copago farmacéutico, la aplicación del copago residencial se aplica de forma diferencial según la modalidad de centro en la que la persona sea atendida.

Si es atendida en un centro de gestión integral, se aplica el copago conforme a la fórmula legalmente establecida y el coste de la plaza fijado por la administración.

Debe destacarse que, durante 2014, los responsables de cobrar las cantidades correspondientes al copago eran las propias entidades, por lo que las mismas eran detraídas de las facturas mensuales, quedando el déficit por un posible impago a cargo de las entidades. La compensación de estos déficits asumidos por estas entidades ha sido aplicada de forma diferente en cada Dirección Territorial de la Conselleria de Bienestar Social.

En los centros privados, las personas usuarias perciben una prestación individualizada de acogimiento residencial o una prestación vinculada al servicio, debiendo hacerse cargo con sus pensiones o aportaciones de los familiares de la diferencia existente entre el coste del servicio fijado por el centro y autorizado por la administración autonómica y la prestación recibida. Se detecta que, en algunos de los centros visitados, la Dirección Territorial de la Conselleria de Bienestar Social ha remitido al usuario para que sea atendido pero no ha resuelto ni el ingreso ni la correspondiente prestación, por lo que las entidades privadas gestoras del centro no han percibido ayuda alguna durante el año 2014.

Por último y como en el caso del copago farmacéutico, en el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, de las Excma. Diputación de Alicante, las personas usuarias están exentas de pago alguno en concepto de participación en el coste del servicio.

Se considera necesario unificar la repercusión económica en el coste del servicio, independientemente del tipo de centro (público, de gestión integral, subvencionado, privado, etc.) y del tipo de prestación que reciba el usuario/a (PEI, PVS, etc.). Una posible fórmula para dar respuesta a esta necesidad sería la de establecer conciertos con las

entidades que gestionan centros, evitando, de esta manera, discriminaciones económicas que afectan tanto a usuarios/as como a los propios centros.

12.9. Participación y coordinación

Se comprueba la baja actividad del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunitat Valenciana. Los profesionales participantes en este estudio indican la necesidad de dinamizar este órgano colegiado de carácter permanente y consultivo, incluso de revisar su composición, funciones y funcionamiento.

Igualmente, se comprueba la baja actividad de la Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Personas Mayores con Facultades y Capacidad Limitada, como órgano de carácter interdepartamental encargado de la salvaguarda de los derechos de las personas sujetas a cargos tutelares por la Generalitat y la coordinación de los recursos públicos y privados disponibles, para un ejercicio correcto de los cargos tutelares que sean asignados por los órganos colegiados de la Comunitat Valenciana, respecto de personas mayores de edad residentes en los mismos.

13 RECOMENDACIONES

PRIMERA. Elaborar el Plan Director de Salud Mental basado en la evaluación actualizada del actualmente en vigor, en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y en el proyecto de Plan que actualmente tenía en proceso la Conselleria de Sanidad.

SEGUNDA. Asignar a un sólo órgano administrativo la planificación y ejecución de las políticas integrales de salud mental desde una perspectiva socio sanitaria.

TERCERA. Elaborar protocolos que aseguren la coordinación socio sanitaria en los procesos de toma de decisiones en materia de salud mental.

CUARTA. Ampliar las plantillas de psiquiatras en las unidades de salud mental, adecuándolas al Plan Director de nueva creación y basada en las recomendaciones que sobre ratios de personal han elaborado organismos internacionales.

QUINTA. Ampliar de plantillas de psicólogos clínicos en las unidades de salud mental, adecuándolas al Plan Director de nueva creación y basada en las recomendaciones que sobre ratios de personal han elaborado organismos internacionales.

SEXTA. Ampliar las plazas de especialización en enfermería de salud mental (EIR), garantizando la cobertura de los puestos por personal con especialidad en la materia.

SÉPTIMA. Reforzar las plantillas del personal antes citado en aquellas unidades de salud mental a las que corresponda la atención a usuarios/as ingresados en centros residenciales de atención a personas con problemas de salud mental.

OCTAVA. Proceder a la adscripción a la administración autonómica de funciones, centros y servicios gestionados por diputaciones provinciales, integrándolos en el sistema público de salud mental de la Comunitat Valenciana.

NOVENA. Proceder a la elaboración de una norma única y actualizada que regule las condiciones que deben cumplir los programas, centros y servicios en los que son atendidas personas con problemas de salud mental tanto en lo relativo a las condiciones de habitabilidad como a las plantillas de personal.

Asimismo, resulta indispensable la correcta distribución geográfica de los recursos autorizados conforme a la indicada norma y atendiendo las necesidades de los departamentos sanitarios.

DÉCIMA. Proceder a la elaboración de documentos base que establezcan contenidos mínimos de los programas y protocolos que deban ser implantados en centros y servicios en los que son atendidas personas con problemas de salud mental, determinando el personal responsable de su aplicación en cada departamento sanitario.

DECIMOPRIMERA. Proceder a iniciar el proceso de autorización de todos aquellos centros (públicos/privados) en los que son atendidas personas con problemas de salud mental.

DECIMOSEGUNDA. Revisar y adecuar a la nueva normativa de las autorizaciones administrativas concedidas a centros (públicos y privados) pertenecientes tanto al ámbito sanitario como al social, en los que son atendidas personas con problemas de salud mental.

DECIMOTERCERA. Crear una red de recursos específicos (de ámbito comunitario y residenciales) para la atención a problemas de patología dual.

DECIMOCUARTA. Proceder a la tramitación urgente de los certificados de grado de discapacidad a favor de personas usuarias de centros residenciales de salud mental que se encuentren en trámite o cuyo trámite no haya sido iniciado.

DECIMOQUINTA. Proceder a la tramitación urgente de los certificados de grado de dependencia a favor de personas usuarias de centros residenciales de salud mental que se encuentren en trámite o cuyo trámite no haya sido iniciado.

DECIMOSEXTA. Promover la revisión de los baremos actualmente utilizados para valoración de grado de discapacidad y dependencia en su aplicación a personas con problemas de salud mental. Avanzar en la implantación de un baremo específico para personas con problemas de salud mental.

DECIMOSÉPTIMA. Potenciar medidas de ámbito comunitario (ayuda a domicilio, centros de día, centros de rehabilitación e inserción social, etc.) y de atención residencial normalizada (viviendas tuteladas, viviendas supervisadas, etc.) que permitan demorar el ingreso en centros residenciales y faciliten la salida de los mismos, evitando procesos de institucionalización prolongada.

DECIMOCTAVA. Revisar la situación de las personas con largos procesos de internamiento, promoviendo medidas alternativas al mismo.

DECIMONOVENA. Establecer protocolos de ingreso no voluntario, limitando los procesos de urgencia a los casos que realmente lo requieran, evitando que lo extraordinario (ingreso por urgencia) se convierta en lo ordinario.

VIGÉSIMA. Incluir en los protocolos de ingresos no voluntarios mecanismos de contraste previos a la promoción de las prórrogas de las correspondientes autorizaciones judiciales.

VIGESIMOPRIMERA. Promover ante el Ministerio Fiscal, la revisión de las incapacitaciones judiciales de las personas que se encuentran ingresadas en los centros bajo la tutela de la Generalitat. Especialmente, en aquellos casos de incapacitación total, estudiando su posible modificación a una situación de incapacitación parcial y la curatela como cargo más adecuado para el respeto a sus derechos.

VIGESIMOSEGUNDA. Revisar la organización y dotación de personal de las unidades de tutela de las direcciones territoriales, a fin de garantizar adecuadamente el correcto ejercicio del cargo tutelar asumido por la Generalitat, tanto en lo referente al proceso de rehabilitación y reinserción del usuario/a como a la administración de sus bienes.

VIGESIMOTERCERA. Unificar criterios en la aplicación del copago farmacéutico, garantizando, en todo caso, la gratuidad de los productos incluidos en la prestación farmacéutica, el catálogo ortoprotésico y las ayudas técnica a las personas menores de 18 años con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% y a las personas mayores de 18 años con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 65%.

VIGESIMOCUARTA. Configurar una red pública de recursos residenciales en la que se contemple la relación entre administración pública y entidades privadas, a través de concierto de plazas.

VIGESIMOQUINTA. Dejar sin efecto las resoluciones de participación económica del usuario en el coste del servicio, procediendo a la devolución progresiva de las cuantías percibidas por la Generalitat, en aplicación del Decreto 113/2013, de 2 de agosto.

VIGESIMOSEXTA. Compensar a las personas afectadas por el devengo de tasas desde el 1 de enero de 2015, no procediendo a la regulación autonómica de la participación económica del usuario en el coste del servicio, en tanto no exista normativa estatal que lo regule.

VIGESIMOSÉPTIMA. Potenciar la formación continua de todos los profesionales que intervienen en la atención a personas con problemas de salud mental (ámbito sanitario, social, judicial, policial, etc.) así como fomentar la investigación en materia de salud mental en estrecha colaboración con las universidades.

VIGESIMOCTAVA. Garantizar la participación en la planificación, evaluación y proceso de toma de decisiones de colectivos afectados, de sus representantes así como de las entidades que gestionan recursos en los que son atendidos.

VIGESIMONOVENA. Fomentar las acciones y medidas positivas que garanticen el derecho a la igualdad del colectivo de personas con discapacidad de acuerdo con la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, nuestro vigente Estatuto de Autonomía y la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana.

TRIGÉSIMA. Impulsar el funcionamiento de los actuales órganos consultivos (Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunitat Valenciana y Comisión Valenciana de Tutelas y Defensa Judicial de Personas Mayores con Facultades y Capacidad Limitada) procediendo, en su caso, a la revisión de la normativa reguladora.

TRIGESIMOPRIMERA. En relación a las personas a las que se les ha impuesto medida de seguridad y están siendo atendidas en centros penitenciarios ordinarios u hospital psiquiátrico penitenciario, debe mejorarse la coordinación entre las comunidades autónomas de origen (su lugar de procedencia) y la Comunitat Valenciana (comunidad de destino donde se cumple la pena o medida y son puestos en libertad), a través de convenios, protocolos u otros mecanismos.

Asimismo, han de reforzarse los protocolos de actuación entre los Servicios Sociales post-penitenciarios y los servicios sociales de la Comunitat Valenciana, una vez concluida su estancia en el centro penitenciario, teniendo en cuenta la necesaria transición del mundo penitenciario al mundo en libertad.

ANEXO

VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA

I

I. Visita a la unidad de salud mental de Elda

Nombre.
Unidad de Salud Mental de Adultos de Elda.
Fecha de la visita.
11 de febrero de 2015.
Persona responsable.
Coordinadora de Salud Mental del Departamento de Salud de Elda.
Teléfono corporativo.
649293974.
Ubicación.
Hospital General Universitario de Elda–Virgen de la Salud.
Teléfono y correo electrónico.
966989000 / 966975068 / 660984295.
Departamento de Salud.
ELDA.
Población de cobertura del departamento.
192.000 habitantes aproximadamente.

Plantilla de la USM

Según Plan Director 2001 Por 100.000 habitantes (total población)	Plantilla actual 192.000 habitantes aprox.
7 Psiquiatría (13,4)	Elda ..... 2 CEEM de Elda Villena ..... 2 CEEM de La Morenica Petrer ..... 1 Monóvar ..... 1 (2 días a la semana) Novelda ..... 1 **Total ..... 6 + 1 (dos días a la semana)**
6 Psicología (11,5)	Elda ..... 1 Villena ..... 1 Novelda ..... 1 Petrer y Monóvar .. 1 **Total 4**
6,5 DUE / ATS (12,5)	Elda ..... 1 Villena ..... 1 Novelda ..... 1 Petrer y Monóvar .. 1 **Total 4**
---- Auxiliar de enfermería	No hay
2,5 Trabajo Social (4,8)	1 para todo el Departamento
---- Auxiliar administrativo	No hay

La plantilla actualmente existente es claramente deficitaria ya que no alcanza el número de profesionales previstos en el Plan Director de Salud Mental de 2001 para una población de 100.000 habitantes, cuando la población del departamento duplica esta cifra.

Una observación realizada por las profesionales es que la no existencia de auxiliar administrativo recarga de funciones administrativas al personal de enfermería, agravando más si cabe el déficit de personal.

Otros servicios de salud mental del departamento

- UHP: 15 camas, 2 psiquiatras y 1 psicólogo a media jornada
- Hospital de día: 1 psiquiatra, 1 psicólogo a media jornada y 1 enfermera

- USMI–A: 1 psiquiatra y 1 psiquiatra a media jornada, 1 psicólogo, 1 enfermera, 1 trabajador social y 1 auxiliar administrativo (población infantil del departamento: 35.000)
- Programa primeros episodios psicóticos (desde la UHP, pero en régimen ambulatorio).

Atención a pacientes del CEEM de Elda

- Los pacientes bajan a la USM.
- Hay pacientes que no requieren atención en el CEEM (tercera edad y discapacitados) que no son revisados desde la USM.

Coordinación con profesionales del CEEM de Elda

- Reuniones trimestrales.
- No ha habido aumento de plantilla tras la apertura del CEEM, lo que supone una sobrecarga de trabajo.
- Coordinación socio sanitaria (departamento sanitario/ servicios sociales municipales/ servicios sociales autonómicos, etc.).
- Se está creando (por iniciativa de los profesionales) una Comisión sociosanitaria de departamento con participación de USM/ CEEM/ CRIS/ asociaciones de familiares/ equipos sociales de base, unidades de conductas adictivas.
- Como objetivos generales de esta comisión se han marcado:
  - coordinar, de forma más efectiva, los diferentes recursos de las distintas instituciones que intervienen en el trastorno mental grave.
  - Adecuar el perfil de ingresos a las prestaciones que pueden darse desde cada uno de los recursos.
  - Mejorar la fluidez en los traslados entre recursos.

Observaciones realizadas por los profesionales

- Necesidad de coordinar con el Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo (dependiente de la Diputación de Alicante). Es el único recurso de media estancia. No se tiene claro el perfil de pacientes que se atienden.
- No hay criterio definido de derivación a la Unidad Polivalente Doctor Esquerdo.
- Debería gestionarse un acuerdo entre profesionales e instituciones de ambos recursos para poder utilizar de una manera equitativa y técnica este recurso de la provincia de Alicante.
- No se dispone de unidad de psicogeriatría.

- Necesidad de viviendas tuteladas y de otros recursos de media estancia que faciliten la salida de la UHP. En ocasiones, la falta de este tipo de recursos prolonga innecesariamente la estancia de los pacientes en la UHP (hospital de agudos) con los perjuicios que ello puede ocasionar.
- Necesidad de recursos en patología dual. Se destaca, igualmente la falta de recursos específicos para el tratamiento de pacientes con patología dual (drogodependencias/ enfermedad mental).
- La atención a la salud mental y las adicciones no están coordinadas, se necesitan programas de patología dual y realizar una coordinación funcional entre los dispositivos de salud mental de la Conselleria y las UCA (los primeros dependen de atención especializada, los segundos de atención primaria). Consideran que la atención al drogodependiente, debería estar dentro de la salud mental como ya ocurre en muchas comunidades autónomas y a nivel internacional.
- La rehabilitación del enfermo mental es muy deficitaria, debería haber más y diferentes recursos que estuvieran integrados en la comunidad, accesibles a los pacientes y familiares, así como con un número pequeño de plazas para tratamientos más individualizados.

II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Elda

Nombre.
CEEM y Centro de día de Elda
Tipología.
CEEM
Titularidad.
Pública
Gestión.
Privada
Entidad que gestiona el centro.
Asociación Domus
Relación contractual con la administración.
Gestión integral
Fecha de inicio y final del contrato.
Fecha de inicio el 16 de enero de 2010. Contrato de 4 años que finalizaba el 31 de diciembre de 2013. Primera prórroga de un año hasta el 31 de diciembre de 2014. Segunda prórroga de siete meses hasta el 31 de julio de 2015.

Teléfono y correo electrónico.

615545828 / direccion_ceemelda@gva.es

Número de plazas autorizadas.

40 de residencia (36 contratadas) y 20 de centro de día (40 autorizadas)

Nivel de ocupación.

100%

Personal. Orden de autorización a la que se acoge la actual plantilla

- Orden de 11/2013, de 24 de junio (plazo de 9 años desde la vigencia de la Orden de 9 de mayo de 2006).
- Orden de 3/2011, de 28 abril (plazo de 7 años desde la vigencia de la Orden de 9 de mayo de 2006).
- Orden de 9 de mayo de 2006 entra en vigor 11/05/2006 y daba un plazo de cinco años para adecuar las plantillas.
- Orden de 3 de febrero de 1997.

Según la Orden de 9 de mayo de 2006 (40 plazas)	Plantilla actual (jornada)	
	CEEM	C. de DIA
1 Dirección (psicología)	1	el del CEEM
1 Medicina general (1/2 jornada)	1,5	
1 Psicología	1,5	1
5 DUE	5	
1 Trabajo social	1,5	1,5
1 Terapeuta ocupacional o técnico/a superior en integración social		1
6 Educadores / monitores	10	3
6 Cuidadores/as	2	
5 Celadores/as	5	
Servicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor y cocina	1,5 cocina 1 mantenimiento 3 aux. domésticos 1 aux. admtvo.	0,5 cocina 1 aux. servicios

Otros profesionales (profesionales contratados por la entidad, no contemplados en la Orden y considerados necesarios): Ninguna figura profesional

Relación general de personas atendidas
Actualmente 35 residentes en CEEM

De los 35 residentes 33 tienen grado y nivel de dependencia reconocido y 2 están pendientes de recibir resolución:

Grado y nivel de dependencia	Número de usuarios
G III N 2	1
G III N 1	4
G II	1
G II N 2	2
G II N 1	12
G I N 2	6
G I N 1	6
G I	1

De los 35 personas usuarias, 32 tienen reconocido grado de discapacidad:

Grado de discapacidad	Número de usuarios
Menor del 33%	0
Del 33% al 64%	2
65% o superior	30

De las 35 personas usuarias, 20 han sido declaradas incapaces. 15 de ellas con incapacidad total, 5 con incapacidad parcial.
1 se encuentra actualmente en trámite.

El cargo tutelar al que están sujetas es:
- 15 tutelas
- 5 curatelas

Los cargos tutelares son ejercidos por:
- familiares (padres, hermanos, etc.) en 13 casos
- Comisión Valenciana de Tutelas en 7 casos

Autorizaciones judiciales de ingreso
Todos los ingresos disponen de la autorización judicial pertinente.

Procedimiento de ingreso
- La iniciativa parte de un familiar o allegado, denuncia, equipo base o una orden judicial dirigida a la Dirección Territorial de Bienestar Social.
- La Dirección Territorial estudia el expediente a través de la comisión de valoración. La dirección del centro participa en la comisión evaluando la oportunidad del ingreso según el perfil y la puntuación de la Dirección Territorial.
- Resolución de ingreso de la DT.
- Prioridad a personas dependientes.

Cobertura sanitaria
Todas las personas ingresadas tienen cobertura sanitaria pública, excepto una persona, que es extranjera no documentada y se encuentra en situación de entrada irregular, que carece de cobertura sanitaria.

Cobertura farmacéutica
- Surte la Farmacia de Conselleria sita en Residencia de Tercera Edad Florida.
- Exentos de copago. Tan sólo se aplica copago a aquellos fármacos que deben adquirir en otras farmacias distintas a la pública.
- No disponen de conexión a Abucasis (aplicación de la Conselleria de Sanidad).
- El médico no puede expedir recetas del Sistema Público de Salud.

Coordinación con Unidad de Salud Mental
- Prescribe el tratamiento farmacológico.
- Revisión por psiquiatras de la USM de Elda. Los pacientes se desplazan a la USM. Los psiquiatras no visitan el centro.
- Han constituido una comisión sociosanitaria del departamento (a iniciativa de los profesionales) Esta comisión ya fue constituida anteriormente y dejó de funcionar (por riesgo de no estar apoyada institucionalmente por el reglamento).

- Visitan a las personas internas cada dos/tres meses; algunas cada seis meses.
- Desde el centro se considera que sería más ágil que los psiquiatras se desplazaran al CEEM.

Coordinación con Servicios Sociales Municipales

- Participan en la Comisión Mixta de Coordinación Socio Sanitaria.
- Zonificación en dos (provincia de Alicante) CEEM Benidorm y Elda.
- Coordinación al ingreso y cuando hay una propuesta de baja en el centro. Durante la estancia poca coordinación con ayuntamientos de residencia
- Empadronan a los residentes en la localidad de Elda: resulta operativo a efectos de tarjeta sanitaria, juzgados, etc.

Coordinación con Servicios Sociales Autonómicos

- A través de la sección de discapacitados y la unidad de salud mental.
- Coordinación telefónica. Comunicación fluida.
- Remisión de informes semestrales.
- Visitas presenciales de los técnicos de la Dirección Territorial, con periodicidad semestral
- Inspección de servicios (Conselleria de Bienestar Social) cursó la última visita en 2010.

Con la Unidad de Tutelas

Con la trabajadora social. Cursan visitas 3 o 4 veces al año. Duplican informes semestrales de evolución.

Coordinación con juzgados

- Autorización judicial de ingreso. En el momento del ingreso, la autorización viene del juez y el forense. Las prórrogas de ingreso se solicitan desde el centro, previo a la finalización de la autorización de ingreso.
- El centro remite, semestralmente, informes de seguimiento.
- De los 35 internos, 2 no tienen autorización judicial, pero está en proceso.
- Revisión semestral de las autorizaciones judiciales. Prorrogadas semestralmente.

Coordinación con Ministerio Fiscal

- Visitan el centro, al menos, una vez al año.
- No costa acta de la visita.
- Supervisan el funcionamiento del centro y también el expediente de cada uno de los internos.

Régimen de participación económica en el coste del servicio

- El PIA no concreta el coste del servicio.
- Hasta 2013 no se aportaba ninguna cantidad.
- A partir del 1 de enero de 2014, la DT emite resolución de copago conforme a la normativa autonómica. Han seguido cobrando hasta el 31 de diciembre de 2014. La entidad cobra al usuario. La entidad factura a la administración y ésta descuenta a la entidad la parte que ya ha cobrado, asumiendo (la entidad) el impago que pudiera producirse. En el caso del CEEM de Elda los impagos de 2014 ascendieron a 45.000 euros.
- El copago está produciendo un empobrecimiento general de la población atendida. Este hecho dificulta sobre manera los programas de inserción. Se trata de población joven sin opción de unos mínimos de disponibilidad económica que afecta a su rehabilitación (ropa, calzado, programas alternativos como salidas a viviendas alquiladas por ellos mismos como proceso de autonomía, etc.)
- La aplicación del copago ha producido reducción de actividades realizadas en el centro.
- De los 35 internos, 34 están afectados por el copago. Tan sólo 1 está exento de pago. A los 34 internos sujetos a copago, le queda un disponible de 100/110 euros al mes.

PRESTACIONES

Incluidas en el pliego

- Alojamiento.
- Alimentación.
- Tratamiento integral.

Excluidas

- Peluquería y podología.
- Acompañamientos médicos ordinarios
- Viajes excepcionales.
- Ropa y calzado.
- Tabaco, salidas de ocio como por ejemplo cine, museos, etc.

Programa de rehabilitación

Una vez ingresa en el centro

- PIR. Plan individualizado de rehabilitación.
- Cada centro tiene su modelo. Orientado en los criterios de buenas prácticas elaborados por la Conselleria de Bienestar Social.

- Revisión del PIR con periodicidad semestral.
- Proyecto general de funcionamiento / Memoria y resto de documentos programáticos se presentan en el concurso.
- Los usuarios se organizan en 4 grupos según capacidad. Realizan actividades en el interior del centro (psicomotricidad, jardinería, educación en salud, deporte, psicoeducación, cocina, etc.) así como externas (huerto urbano, futbito, Camino de Santiago, excursiones, etc.).
- Horario estructurado de actividades con periodicidad semanal.
- En la línea de lograr mayor normalización de las personas atendidas y en función de su capacidad, algunas de las personas usuarias realizan actividades formativas en recursos normalizados fuera del centro (EPA, estudios universitarios, huerto urbano)
- Se da una especial importancia a la intervención rehabilitadora desde las actividades de vida cotidiana (organización doméstica, aseo personal y de instalaciones, etc.).
- Cabe destacar la organización de un grupo de residentes que utilizan el taller de cocina para elaborar su comida diaria (incluye compra de material, elaboración de comida, comedor para el propio grupo, lavado de vajilla, etc.)

Observaciones

Respecto a la tipología de centros, se nos indica que muchos de los CEEM que iniciaron su actividad como tales han modificado su tipología pasando a denominarse «centro específico de atención a personas discapacitadas en situación de dependencia» (según criterios de normativa estatal).

ANEXO

VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA MARINA BAIXA

II

I. Visita a la unidad de salud mental de Villajoyosa

Nombre

UNIDAD DE SALUD MENTAL.

Fecha de la visita

18/02/2015

Persona responsable

Coordinador de Salud Mental del Departamento de Salud de Marina Baixa.

Profesionales con las que se mantiene entrevista

Psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras.

Ubicación

Hospital Marina Baixa (Villajoyosa)

Teléfono

966 85 98 00

Departamento

Departamento de Salud de MARINA BAIXA

Población de cobertura del departamento: 185.000 habitantes aproximadamente.

Plantilla de la USM:

Según Plan Director 2001 Por 100.000 habitantes (total población)	Plantilla actual 185.000 aprox.
7 Psiquiatría (13)	HOSPITAL ..... 3 (UHP) USM Benidorm ..... 3 (CEEM de Benidorm) USM Villajoyosa ..... 2 USM Altea ..... 1 USM Alfaz–La Nucia ..... 1 USM Callosa ..... 1 USMI–A Villajoyosa + USMI–A Callosa ..... 2 USMI–A Cala de Benidorm ..... 2 **Total:** ..... **10 + 2 en USMI–A**
6 Psicología (11,1)	HOSPITAL ..... 1 (compartido) USM Benidorm ..... 2 USM Villajoyosa ..... 1 USM Altea y USM de Alfaz del Pi, Callosa: ..... 2 (compartido) USMI–A ..... 1 **Total** ..... **6 + 1 compartido**
6,5 DUE/ATS (12)	HOSPITAL ..... 5 USM ..... 3 USMI–A ..... 1 **Total** **9**
---- Auxiliar de enfermería	HOSPITAL 6
2,5 Trabajo social (4,6)	HOSPITAL ..... 2 (+ 1 en la USMI–A)
---- Auxiliar administrativo	HOSPITAL ..... 1 USM Benidorm ..... 1 **Total** **2**

La plantilla actualmente existente es claramente deficitaria ya que no alcanza el número de profesionales previstos en el Plan Director de salud mental de 2001 para una población de 100.000 habitantes, cuando la población del departamento duplica esta cifra.

Otros servicios de salud mental del departamento

- UHP: 14 camas 3 psiquiatras y 1 psicólogo compartido
- No hospitalización USMI–A: Ingresos en Hospital de Orihuela, referencia a nivel provincial.

Atención a pacientes del CEEM de Benidorm

Los pacientes acuden a la USM de Benidorm.

Coordinación socio sanitaria

- No existe una coordinación con los servicios municipales, salvo casos puntuales.

Observaciones realizadas por las profesionales

- Necesidad de coordinar con Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo (dependiente de Diputación). es el único recurso de media estancia.
- Recalcan la falta de HOSPITAL DE DIA (adultos e infantil), se trata de un recurso fundamental a medias entre el ingreso de AGUDOS en Hospital y la derivación a CEEM.
- Instaurar herramientas de coordinación entre los agentes implicados a través de protocolos o reglamentos. Se trataría de crear una coordinación «obligatoria».
- Potenciar una figura de referencia.

II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Benidorm

Nombre

CEEM Benidorm

Tipología

CEEM

Titularidad

Pública. Conselleria de Bienestar Social. Generalitat Valenciana.

Gestión

Privada

Entidad que gestiona el centro

Eulen Servicios Sociosanitarios, S.A.

Relación contractual con la Administración

Prórroga hasta el 31/07/2015

Fecha de inicio y final del contrato

04/03/2010 al 31/12/2013

Teléfono y correo electrónico

966809516 / 677921667; direccion@ceembenidorm.eulensociosanitarios.com.

Dirección del Centro

Avda. Ciudad Real, 4. 03503 Benidorm.

Nº de plazas autorizadas

Residencia 40; centro de día 20; CRIS 70.

Nivel de ocupación

100%.

Personal

33 trabajadores (31 por pliego de condiciones más dos de mejora; 1 auxiliar administrativo y 1 cocinero).

Orden de autorización a la que se acoge la actual plantilla

- Orden 9 de mayo de 2006.
- Orden 11/2013, de 24 de junio (plazo de 9 años desde la vigencia de la Orden de 9 de mayo de 2006).
- Orden 3/2011, de 28 abril (plazo de 7 años desde vigencia de la orden 9 de mayo de 2006).
- Orden 9 de mayo de 2006, entra en vigor 11/05/2006 y daba un plazo de cinco años para adecuar las plantillas.
- Orden 3 de febrero de 1997.

Según la Orden de 9 de mayo de 2006 (40 plazas)	Plantilla actual
1 Dirección (psicología)	1 Director (Psicólogo)
1 Medicina general (1/2 jornada)	1 Medicina general (1/2 jornada)
1 Psicología	1 Psicólogo/a
5 DUE	5 DUE
1 Trabajo social	1 Trabajador/a Social (1/2 jornada). Compartido con centro de día.
1 Terapeuta ocupacional o técnico/a superior en integración social	1 Terapeuta ocupacional (1/2 jornada)

6 Educadores/monitores	12 Educadores/as. Aunque están contratados como Bachiller Superior, la práctica totalidad disponen titulación de grado medio o superior universitario.
6 Cuidadores/as	–
5 Celadores/as	5 Celadores/as
Servicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor y cocina	1 Administrativo, 2 aux. serv. grales. (limpieza), 2 oficiales de 2ª de serv. grales. (cocineros), 1 aux. serv. grales. (mantenimiento) (Algunos compartidos con CRIS/Centro de Día Benidorm)

Otros profesionales (profesionales contratados por la entidad, no contemplados en la Orden y considerados necesarios): 0.

Información referida a usuarios del centro

Diagnósticos de las personas residentes

- El 90% de las personas atendidos en el centro han sido diagnosticadas de esquizofrenia en sus distintos tipos (residual, indiferenciada, paranoide, etc.)
- El resto de diagnósticos corresponden a trastorno bipolar (2 casos) trastorno mental orgánico y trastorno afectivo de tipo ansioso.

Grado de discapacidad	Número de personas
Igual o superior al 75%	3
Igual o superior al 65%	35
Igual o superior al 33%	1 (grado del 55%)
Sin grado de discapacidad reconocido	1
TOTAL	**40**

Comentario. Todas las personas, excepto una, tienen reconocido grado de discapacidad. El 87,5% tienen reconocido un grado igual o superior al 65% e inferior al 75%. Tan sólo un caso es inferior al 65% y en el 7,5% es igual o superior al 75%.

Grado de dependencia	Número de personas
GRADO 3	
GRADO 3 NIVEL 2	2
GRADO 3 NIVEL 1	2
GRADO 2	1
GRADO 2 NIVEL 2	5
GRADO 2 NIVEL 1	12
GRADO 1	
GRADO 1 NIVEL 2	9
GRADO 1 NIVEL 1	8
VALORADO COMO NO DEPENDIENTE	
SOLICITADA SIN RESOLUCIÓN	
NO SOLICITADA	
EN TRAMITE	
Otras situaciones	1 No tiene asignado grado de dependencia.
TOTAL	**40**

Comentario. Todas las personas, excepto una, tienen reconocido grado de dependencia.

- 10% Gran dependencia.
- 45% Dependencia severa.
- 42,5% Dependencia moderada.

Incapacitación	Número de personas
TOTAL	27
PARCIAL	3
EN TRÁMITE	2
Nº total personas incapacitaciones	**32**

CARGO TUTELAR EJERCIDO POR LA GENERALITAT: 16

Fecha de ingreso	Número de personas
2015	1
2014	3
2013	1
2012	2
2011	4
2010	4
2009	3
2008	3
2007	3
2006	3
2005	13
Entre 2000 y 2004	
Anterior a 1999	
TOTAL	**40**

Comentario. La fecha de apertura del CEEM fue en el año 2005. Los ingresos se realizaron de forma progresiva, por lo que puede deducirse, por los datos que se indican, que la movilidad de los usuarios (bajas por efectividad de tratamiento, nuevas altas, etc.) ha sido muy reducida. A este dato, debe vincularse que en opinión de los profesionales del centro, existe un número muy limitado de plazas disponibles en recursos residenciales intermedios, tipo vivienda tutelada.

Relación de personas tuteladas (aparecen en listado general) indicando:

- Última visita del juzgado. No se han registrado visitas del Juzgado, porque normalmente es el residente quien, junto a un profesional del centro se desplaza al Juzgado correspondiente.
- Última visita del Ministerio Fiscal. Se realizó una visita desde Fiscalía (Área Benidorm–Denia) al CEEM Benidorm en 2014. En esa visita se revisó la situación de todos los residentes.

- Última visita de la Conselleria de Bienestar Social. No se realizan visitas al centro desde la Unidad de Tutelas de la DTBS de Alicante. La dirección del centro se desplaza de manera periódica a la Unidad de Enfermos Mentales de la DTBS de Alicante.

Procedimiento de ingreso

- Resolución administrativa de ingreso.
  Todos los residentes ingresan tras resolución administrativa de la Dirección Territorial de Bienestar Social de Alicante, ya sea por PIA dependencia o por discapacidad, etc.
- Autorización judicial de ingreso. Todos excepto una de las residentes, que ingresó de manera voluntaria, previa resolución de la Dirección Territorial de Bienestar Social.
- Ingreso voluntario (contrato privado) Todas las plazas son públicas.
- Fórmula de pago de la estancia (PVS/ PEI/ Tasa, etc.). Plazas gratuitas, con aplicación del copago (2014) / tasa (2015).

Cobertura sanitaria

Pública, Centro de Atención Primaria Rincón de Loix (Benidorm), Centro de Especialidades Foietes (Benidorm) y hospital de referencia Hospital Marina Baixa (La Vila Joiosa).

Cobertura farmacéutica

Servicio de Farmacia La Florida, Conselleria de Bienestar Social.

Coordinación con la unidad de salud mental

- Se asiste junto a los residentes a las visitas en la USM.
- Se proporciona información verbal y por escrito del funcionamiento del paciente, dependiendo también de la disposición del psiquiatra en cuestión.

Coordinación con los servicios sociales municipales

Se mantiene coordinación permanente entre la Trabajadora Social del centro y los Servicios Sociales Municipales

Coordinación con los servicios sociales autonómicos

Contacto permanente y comisiones periódicas entre la dirección del centro y la Unidad de Enfermos Mentales de la Dirección Territorial de Bienestar Social de Alicante.

Coordinación con los juzgados

La trabajadora social del CEEM está en contacto con los distintos juzgados de procedencia de los residentes.

ANEXO

VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDÍA

III

I. Visita a la unidad de salud mental de Gandía

Nombre
UNIDAD DE SALUD MENTAL.
Fecha de la visita
25/02/2015
Persona responsable
Coordinador de Salud Mental del Departamento.
Departamento
Departamento de Salud de Gandía.
Profesionales con las que se mantiene entrevista
Psiquiatra.
Ubicación
Hospital de Francesc de Borja (Gandía).
Teléfono
962 95 92 00
Población de cobertura del departamento
187.000 habitantes aproximadamente.

Plantilla de la USM

Según Plan Director 2001 Por 100.000 habitantes (total población)	Plantilla actual 187.000 aprox.
7 Psiquiatría (13,1)	9 (incluido el coordinador)
6 Psicología (11,2)	5
6,5 DUE / ATS (12,2)	6
---- Auxiliar de enfermería	3 (tareas mixtas rehabilitación y apoyo a consultas externas)
2,5 Trabajo social (4,7)	1
---- Auxiliar administrativo	2

Cuentan con un terapeuta ocupacional.

La plantilla actualmente existente es claramente deficitaria ya que no alcanza el número de profesionales previstos en el Plan Director de salud mental de 2001 para una población de 100.000 habitantes, cuando la población del departamento duplica esta cifra.

Composición del departamento

- Dos USM en Gandía.
- USM en Oliva.
- USM en Tavernes de la Valldigna.
- USM–I en Gandía.

Otros servicios de salud mental del departamento

- UHP: con 9 camas.
- Hospital de día en el propio hospital: previsto para 6 camas, pero en la actualidad tienen 11 pacientes.
- Recursos mixtos de rehabilitación gestionados por el colectivo Obertament.
- Unidad domiciliaria
- CRIS y centro de día.
- Comisión de rehabilitación (rehabilitación adscrita a Bienestar Social y residencias privadas).
- Unidad de tratamiento de primeros episodios psicóticos (TPEP).
- Unidad de trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad).

- Unidad de trastorno de conducta alimentaria.
- Comisión de drogodependencia integrada por salud mental, unidad de conductas adictivas (UCA), UA, recursos dependientes de la Mancomunitat de la Safor así como los dependientes del Ayuntamiento de Gandía.

Atención a pacientes del CEEM de Mondúber (Barx)

El psiquiatra del CEEM (contratado por el Grupo el Castillo) pasa consulta en el mismo centro. No hay desplazamiento de los pacientes.

Coordinación con profesionales del CEEM de Barx

El psiquiatra del CEEM (contratado por el grupo Castillo) pasa consulta en el mismo centro.

Coordinación socio sanitaria

- Existe una comisión denominada «de rehabilitación» que agrupa a salud mental, asociaciones de enfermos (familiares), CRIS, CEEM, etc.
- Destaca que los jueves a las 8.30 se imparte un curso de formación e integración en salud mental (están en la XII edición). Es un punto de encuentro entre profesionales del sector.

Observaciones realizadas por las profesionales

1. Necesidad de que existan protocolos de derivación desde atención primaria.
2. En el departamento de salud existen tres CEEM: Mondúber (Barx), Xeraco y Balcó de la Safor. Excesiva carga asistencial.
3. Necesidad de una dirección general sociosanitaria adscrita a Sanidad que coordine todos los recursos.
4. Hipermedicación de los pacientes de los CEEM.
5. Patología dual sin recursos.
6. Nos indica la existencia de un borrador de Plan de Salud Mental.

II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Mondúber–Barx

Nombre

Centro Sociosanitario Mondúber–Barx.

Tipología

Centro mixto.

Titularidad

Privada.

Gestión

Privada.

Entidad que gestiona el centro

Clínica Geriátrica El Castillo, S.A.

Relación contractual con la Administración

Residentes tutelados por la administración y demás usuarios con ayudas y prestaciones nominales.

Dirección del Centro

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

Nº de plazas autorizadas (residencia)

80.

Nivel de ocupación

99%.

Personal. Orden de autorización a la que se acoge la actual plantilla

- Orden 11/2013, de 24 de junio (plazo de 9 años desde la vigencia de la Orden de 9 de mayo de 2006).
- Orden 3/2011, de 28 abril (plazo de 7 años desde vigencia de la orden 9 de mayo de 2006).
- Orden 9 de mayo de 2006 entra en vigor 11/05/2006 y daba un plazo de cinco años para adecuar las plantillas.
- Orden 3 de febrero de 1997.

Según Orden 9 de mayo de 2006 (40 plazas)	Plantilla actual TOTAL Enfermos mentales / tercera edad
1 Director (Psicólogo)	1 Director (Psicólogo)
1 Médico general (1/2 jornada)	1,5 Médico general
1 Psicólogo	1,75 Psicólogo
5 DUE	6,5 DUE
1 Trabajador Social	1 Trabajador Social
1 Terapeuta ocupacional o técnico superior en integración social	2 Terapeuta ocupacional

6 Educadores / monitores	40 Auxiliares
6 Cuidadores	
5 Celadores	9 Celadores/ cuidadores
Servicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor y cocina	24,90 jornadas

Otros profesionales. Profesionales contratados por la entidad, no contemplados en la Orden y considerados necesarios.

- 0.30 Psiquiatra (1–2 días por semana)

Perfil de usuarios

Diagnósticos más frecuentes

- Un 67,4 % de las personas atendidas en el centro están diagnosticados de esquizofrenia en sus distintos tipos (Residual, paranoide, indiferenciada, catatónica, etc.)
- El 32,6% restantes tiene diagnósticos de trastornos de personalidad (límite, histriónico, esquizoafectivo, esquizoide, antisocial, TOC, mixto, etc.)

Grado de discapacidad	Número de personas
Igual o superior al 75%	30
Igual o superior al 65%	44
Igual o superior al 33%	2
Sin grado de discapacidad reconocido	4
TOTAL	80

Grado de dependencia	Número de personas
GRADO 3	10
GRADO 3 NIVEL 2	
GRADO 3 NIVEL 1	
GRADO 2	49
GRADO 2 NIVEL 2	
GRADO 2 NIVEL 1	
GRADO 1	7
GRADO 1 NIVEL 2	
GRADO 1 NIVEL 1	
VALORADO COMO NO DEPENDIENTE	0
SOLICITADA SIN RESOLUCIÓN	13
NO SOLICITADA	0
EN TRAMITE	1
Otras situaciones	
TOTAL	**80**

Incapacitación	Número de personas
TOTAL	74
PARCIAL	4
EN TRÁMITE	2

CARGO TUTELAR EJERCIDO POR LA GENERALITAT 36
CARGO TUTELAR EJERCIDO POR FAMILIARES 42

Fecha de ingreso	Número de personas
2015	7
2014	10
2013	6
2012	11
2011	2
2010	8
2009	3
2008	15
2007	5
2006	4
2005	3
Entre 2000 y 2004	6
Anterior a 1999	0
TOTAL	**80**

Procedimiento de ingreso

Por resolución administrativa de la Conselleria de Bienestar Social.
En los casos de ingreso no voluntario, se recaba la pertinente autorización judicial.

Coordinación con la unidad de salud mental

- Al disponer de consideración de centro socio sanitario el médico tiene acceso al Abucasis y puede prescribir fármacos con receta pública. Algunos medicamentos puede prescribirlos en médico generalista.
- El psiquiatra que atiende el centro es el coordinador de salud mental del departamento de salud.
- Los pacientes son atendidos en el propio centros no bajan a la USM.
- Sólo van a la USM en primer ingreso.
- Son atendidos en UHP cuando se dan casos de urgencia.

Dispensación farmacéutica

- Está considerado centro socio sanitario por lo que dispone de farmacia propia.

- Los medicamentos se adquieren, previa prescripción facultativa, en una farmacia privada de Gandía. Una vez por semana, los responsables del centro, se desplazan a la farmacia portando el SIP de los usuarios, así como las recetas de los tratamientos prescritos. La farmacia se ocupa de preparar la medicación y posteriormente la recogen y la suben al centro. Una vez recibida, se coloca en un cajetín individualizado por cada usuario. LOS USUARIOS DEBEN CUBRIR EL COPAGO FARMACÉUTICO.

Coordinación con servicios sociales municipales

- Los pacientes están mayoritariamente, empadronados en Barx.
- Coordinación con Ayto. de Barx y con Ayto. de Gandía.
- La coordinación con los ayuntamientos de referencia familiar, no se implican en el proceso de rehabilitación.
- Coordinación con el CRIS, con las asociaciones de familiares de Gandía.

Coordinación con Servicios Sociales Autonómicos

- Ingreso: PVS concedida y posterior ingreso.
- PEI de urgencia requieren previo presupuesto y disponibilidad de plaza.
- La supervisión de la Dirección Territorial se limita a los tutelados por la Generalitat.
- Informes semestrales a Dirección Territorial de Alicante, pero en la Dirección Territorial Valencia no lo piden.
- No se producen visitas de la Dirección Territorial desde al menos hace tres años. El año pasado Inspección de Servicios.
- PIR y REPIR.
- Motivos de baja: Traslados a otros centros; mayores de 65 años pasan a tercera edad, excepcionalmente se dan bajas por rehabilitación o retorno a domicilio familiar (tres en ocho años).
- Las familias muestran temor al retorno. Familias que han sufrido mucho en el tiempo previo al ingreso.
- Desconocen si se presenta rendición de cuentas ante el juzgado.

Coordinación con juzgados

Jueces no cursan visitas.

Coordinación con Ministerio Fiscal

Los Fiscales cursan visita anualmente.

El centro participa tanto en los cursos (jueves) del departamento de salud como en la Comisión de Coordinación.

Han iniciado estudio sobre Potomanía (beber agua de forma compulsiva) junto con los otros tres CEEM del departamento (Xeraco/Ador).

Dificultad para integrarlos en recursos normalizados. Por ejemplo, formación en EPA, asistencia a formación en talleres, etc.

Viviendas tuteladas. Dificultad de traslado de CEEM a vivienda. Falta de plazas. No hay respuesta a las solicitudes realizadas a la Dirección Territorial y luego no solicitan plaza por falta de disponibilidad.

ANEXO

VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LLIRIA

IV

I. Visita a la unidad de salud mental del Hospital Arnau de Vilanova

Nombre
Salud Mental Hospital Arnau de Vilanova.

Persona responsable
Psiquiatra coordinador

Profesionales que participan en la entrevista
Coordinador, supervisora de enfermería, psicóloga clínica USM, trabajadora social de USM Llíria.

Ubicación
Hospital Arnau de Vilanova.

Teléfono
961 97 60 00.

Departamento sanitario
Arnau de Vilanova.

Población de cobertura del departamento
330.000 aproximadamente.

Plantilla de la USM

Según Plan Director 2001 Por 100.000 habitantes (total población)	Plantilla actual
7 Psiquiatría (23,1)	Hospital ..... 3 + 1 jefe de servicio USM 1 (Burjasot) ..... 3,5 USM 2 (Godella) ..... 3,5 USM 3 (La Coma) ... 1 USM 4 (Paterna) ..... 3 USM 5 (Llíria) ..... 4 USMI–A (Paterna) ... 2 **TOTAL ..... 20 + 1 coordinador**
6 Psicología (19,8)	Hospital ..... 0 USM 1 ..... 2 USM 2 ..... 1,5 USM 3 ..... 0,5 USM 4 ..... 2 USM 5 ..... 2 USMI–A ..... 2 **TOTAL 10**
6,5 DUE / ATS (21,5)	Hospital ..... 7 + 1 coordinadora USM 1 ..... 2,5 USM 2 ..... 1 USM 3 ..... 1 USM 4 ..... 1,5 USM 5 ..... 1 USMI–A ..... 1 **TOTAL ..... 15 + 1 coordinadora**
---- Auxiliar de enfermería (no contemplado)	Hospital ..... 11 auxiliares USM 1 ..... 8 (3 vacantes) USM 2 ..... 3 USM 3 ..... 0 USM 4 ..... 2 (1 vacante) USM 5 ..... 3 USMI–A ..... 0 **TOTAL ..... 27 (4 vacantes)**

2,5 Trabajo social (8,3)	Hospital.....1 trabajador social no específico para salud mental (desintoxicación hospitalaria) USM 1.....1 USM 2.....1 USM 3.....1 USM 4.....1 USM 5.....1 USMI–A.....1 **TOTAL.....7 (1 no específico)**
---- Auxiliar administrativo (no contemplado)	Hospital.....0 USM 1.....1 (administrativo) USM 2.....1 USM 3.....0 USM 4.....0 USM 5.....1 USMI–A.....1 **TOTAL.....4**

Ratio de personal/población. Ajuste a las ratios previstas en el Plan Director

De los datos anteriores se desprende que:

- La plantilla de psiquiatría está ajustada a la prevista en el Plan Director.
- La plantilla de psicología está muy por debajo de la prevista en el Plan Director.
- La plantilla de trabajo social está ajustada a la prevista en Plan Director.
- La plantilla de DUES/ATS está muy por debajo de la prevista en el Plan Director.
- Se han incorporado figuras profesionales no previstas en el Plan Director (auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos).

Otros recursos sanitarios (salud mental)

- En todos los hospitales, excepto Manises y Requena, disponen de UHP.
- La UHP del Hospital Arnau de Vilanova es mal utilizada para casos de urgencia cuando se dan situaciones de necesidad de respiro familiar (situación de hospitalizaciones de familiares, etc.).
- Supresión de la UHP que se traslada al Hospital de Llíria (desacuerdo ya que consideran que deberían mantenerse en los dos hospitales). Destacan el que no

se toma en consideración la gran extensión geográfica del departamento. Pasarían de disponer de las 16 camas actuales a 18 con capacidad de 24 que tendrán en Hospital de Llíria.
- UHP infantil únicamente en Hospital La Fe, incluido trastornos alimentarios.
- Unidad de Larga Estancia de Bétera (20–25 pacientes). Depende de Excma. Diputación de Valencia

Atención a pacientes del CEEM de Bétera

- Inicialmente, Sanidad prestaba atención psiquiátrica en el propio CEEM. En la actualidad, los pacientes son atendidos en a la USM que les corresponde por zona.
- Los pacientes del CEEM se desplazan a la USM por grupos y con periodicidad semanal.

Coordinación socio sanitaria

Están en proceso de constitución de una comisión de coordinación socio sanitaria. La consideran indispensable. Consideran necesario que esté reglamentada su constitución evitando la forma de funcionamiento actual que depende totalmente de la voluntad de los profesionales.

Otros recursos del departamento

- CEEM Rascanya en la Pobla de Vallbona
- CEEM Abadía en Olocau
- Centro Mixto Villar del Arzobispo Las Suertes
- CEEM La Saleta en Bétera
- CEEM de Bétera
- Vivienda tutelada en Rascanya
- Vivienda tutelada Llíria (Podem)
- Vivienda tutelada Valencia.

Procedimiento de ingreso en CEEM

- Los profesionales entrevistados destacan que, en muchas ocasiones, el ingreso en CEEM está condicionado a que la Conselleria asuma la tutela. Para ello se requiere la previa incapacitación, cuestión con la que los profesionales muestran su disconformidad (abuso de la utilización del proceso de incapacitación).
- Lista de espera de cinco años.
- Recursos no zonificados.
- Desaparición de informe social para conseguir la PEI.
- Las PEI se otorgan, prácticamente en exclusividad, a las personas tuteladas por la Conselleria. Limitación presupuestaria.

- El baremo de dependencia no es adecuado para salud mental (existe capacidad pero no voluntariedad).
- El sistema de la dependencia ha absorbido al sistema de servicios sociales.
- Psiquiatría comunitaria. Buenas prácticas en Zamora coordinación sanidad/ servicios sociales. Psiquiatría comunitaria. También Andalucía.

Problemáticas destacadas por los profesionales

- Dificultad de trabajo con jueces. Tutelas.
- La falta de recursos comunitarios y de viviendas tuteladas provoca el largo internamiento de los pacientes en el CEEM.
- No disponen de plazas de Hospital de día en el departamento.
- Escasez de recursos intermedios. Centro de día // CRIS.
- Hospitalización domiciliaria cubierta con 1 psiquiatra que sólo cubre parte del territorio del departamento.
- Programas de apoyo domiciliario. Depende del voluntarismo de los profesionales. Afectados personal de enfermería y sobre todo auxiliar de enfermería. (no hay retribución de desplazamiento, dietas, etc.).
- Han desaparecido programas comunitarios que eran muy útiles y minoraban la carga asistencial en hospital (programa comunitario de trastorno mental grave de Burjasot).
- Enfermería de salud metal no existe como especialidad. Hay un decreto que regula la especialización pero no parece que se cumpla. Hay especialización universitaria y residentes especializados, pero los puestos de trabajo que se crean no requieren ser cubiertos por especialistas.
- Patología dual , no existen recursos disponibles.
- Edad pediátrica 15, aunque la salud mental infantil llega hasta los 16 años. Consideran necesario llegar hasta los 18 años como ocurre en otras comunidades autónomas.
- Dudosa derivación desde atención primaria. En muchas ocasiones se justifica exclusivamente para conseguir informes que permitan la asignación de prestaciones.
- Prestación por hijo a cargo cobrada por personas incapacitadas pasa a PNC. Eso genera sanciones a los familiares por cobros indebidos.
- Falta de directrices que unifiquen la forma de desarrollar las políticas de salud mental.

II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Bétera

Nombre
CEEM Bétera.
Tipología
CEEM.
Titularidad
Conselleria de Bienestar Social.
Gestión
Integral.
Entidad que gestiona el centro
EULEN Servicios Sociosanitarios.
Relación contractual con la Administración
Gestión integral.
Fecha de inicio y final del contrato
Del 01/06/13 al 30/03/17
Teléfono
961 69 18 25
Correo electrónico
direccion@ceembetera.eulensociosanitarios.com
Dirección del Centro
Carretera de Burjassot a Torres Torres Km 9, 46117, Bétera (Valencia)
Nº de plazas autorizadas (residencia)
2 módulos de 40 plazas cada uno (C y D)
Nivel de ocupación
100%
Personal
50 puestos.
Orden de autorización a la que se acoge la actual plantilla

- Orden 11/2013, de 24 de junio (plazo de 9 años desde la vigencia de la Orden de 9 de mayo de 2006).
- Orden 3/2011, de 28 abril (plazo de 7 años desde vigencia de la orden 9 de mayo de 2006).
- Orden 9 de mayo de 2006, entra en vigor el 11/05/2006 y daba un plazo de cinco años para adecuar las plantillas.
- Orden 3 de febrero de 1997.

Según Orden 9 de mayo de 2006 (40 plazas)	Plantilla actual (según pliego) (80 plazas. Corresponde a 2 CEEM)
1 Dirección (psicología)	1 Director (psicólogo)
1 Medicina general (1/2 jornada)	1 (1/2 jornada)
1 Psicología	2 Psicología
5 DUE	8 DUE
1 Trabajo social	1 Trabajo social
1 Terapeuta ocupacional o técnico/a superior en integración social	1 Terapeuta ocupacional y 1 técnico de integración social
6 Educadores/monitores	2 Monitores/as ocupacionales
6 Cuidadores/as	18 Auxiliares ocupacionales
5 Celadores/as	10 Celadores/as
Servicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor y cocina	1 Administrativo, 1 oficial de 1ª de mantenimiento, 3 auxiliares de servicio (limpieza)

Datos generales referidos a la organización del CEEM de Bétera

Se trata de un complejo residencial formado por varios módulos, en el que se ubicaba el antiguo Hospital Psiquiátrico de Valencia, cuyo titular era la Excma. Diputación de Valencia.

Tras el proceso de desinstitucionalización, la Diputación de Valencia conserva la gestión de dos pabellones. El primero está destinado a la atención a personas con enfermedad mental y el segundo a la desintoxicación de personas con problema de adicción.

La Diputación de Valencia ha cedido dos pabellones (C y D) del complejo, a la Conselleria de Bienestar Social, cuya funcionalidad es de CEEM.

El pabellón C se destina a primeros ingresos .Los ingresos son, siempre, resueltos por la Conselleria de Bienestar Social. En este pabellón se mantienen habitaciones de contención, aunque el uso de las mismas es muy poco frecuente.

El pabellón D se destina a personas cuyo tratamiento requiere de una mayor estabilidad.

La plantilla general del centro permite la siguiente organización de personas por turno de trabajo:

PABELLÓN C

1 enfermero 24h
1 celador 24h
3 auxiliares ocupacionales por turno de mañana
3 auxiliares ocupacionales por turno de tarde
1 enfermero en turno de noche
1 celador en turno de noche

PABELLÓN D

1 enfermero 17 h (mañana y tarde)
1 celador 24h
3 auxiliares ocupacionales por turno de mañana
2 auxiliares ocupacionales por turno de tarde
1 celador y 1 auxiliar en turno de noche.

Nota. Auxiliar ocupacional es una categoría laboral a la que se accede con el título de Graduado Escolar. Las condiciones laborales y salariales corresponden a ese nivel formativo. Sin embargo, la mayoría de los/as trabajadores/as que ocupan estos puestos tiene una formación universitaria de grado medio o superior.

Información referida a usuarios del centro

Diagnósticos más frecuentes

- El 72 % de las personas atendidas tiene diagnóstico de esquizofrenia en sus distintos tipos (paranoide, residual, indiferenciada, etc.).
- El 10% están diagnosticados de otras patologías (Trastorno de personalidad, trastorno límite de personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, etc.).

Grado de discapacidad	Número de personas
Igual o superior al 75%	19
Igual o superior al 65%	55
Igual o superior al 33%	1 (55%)
Sin grado de discapacidad reconocido*	5
TOTAL	**80**

Grado de dependencia	Número de personas
GRADO 3	
GRADO 3 NIVEL 2	1
GRADO 3 NIVEL 1	20
GRADO 2	
GRADO 2 NIVEL 2	17
GRADO 2 NIVEL 1	29
GRADO 1	2
GRADO 1 NIVEL 2	2
GRADO 1 NIVEL 1	2
Sin valoración dependencia	7
TOTAL	**80**

Incapacitación	Número de personas
INCAPACITADOS JUDICIALMENTE	62
NO INCAPACITADOS	15
EN TRÁMITE	3
TOTAL	**80**

Cobertura sanitaria

- La médica del centro tiene acceso a la aplicación Abucasis (Conselleria de Sanidad).
- Todos tienen tarjeta sanitaria excepto las personas que se encuentran en España sin regularizar.
- El psiquiatra que atiende a los usuarios, es el de la Unidad de Salud Mental de Burjassot.
- Semanalmente, se desplaza un grupo de usuarios hasta el Centro de Salud Mental.
- Problema específico para la atención a personas extranjeras no regularizada tuteladas por la Conselleria de Bienestar Social. (*Este asunto está desarrollado en la parte general del presente Informe).

Cobertura farmacéutica

- La medicación prescrita se dispensa desde la Farmacia ubicada en residencia Pública de Tercera Edad de la Canyada.
- Los usuarios están exentos de copago farmacéutico.

Coordinación con unidad de salud mental

La coordinación es fluida. Como se ha indicado, una vez por semana, baja un grupo de usuarios al centro de salud y son visitados tanto por el psiquiatra como, en el caso que proceda, en el centro de especialidades de Burjasot.

Coordinación con servicios sociales municipales

La coordinación con los servicios municipales del lugar de residencia de los usuarios se produce, principalmente, en el momento del ingreso y, sobre todo, cuando se procede a planificar salidas de permiso a sus domicilios o altas por mejoría.

Coordinación con servicios sociales autonómicos

- El ingreso de los usuarios se produce siempre a través de la comisión de ingresos constituida en la Dirección Territorial de Bienestar Social.
- Indican que mantiene poca relación con la Sección de Discapacitados. Mayor coordinación con Jefatura de Sección de mayores y dependencia.
- Mantienen coordinación permanente con la Unidad de Tutelas, aunque esta coordinación es telefónica. Se destaca que han transcurrido varios años desde la última visita de los técnicos de la Dirección Territorial de Bienestar Social.

Coordinación con juzgados

- Las solicitudes de prórroga de autorización de ingreso se remiten, en tiempo y forma, a los juzgados que autorizaron el primer ingreso.

- Habitualmente no se dictan resoluciones judiciales de prórroga de autorización judicial de ingreso.
- Se destaca que es muy poco frecuente que los jueces que han autorizado el ingreso visiten a los usuarios.
- Se trata de prórrogas tácitas, sustentadas en los informes de evolución realizados desde el centro, pero no contrastado por ningún otro equipo de profesionales (forenses, etc.).

Coordinación con Ministerio Fiscal

- Comunicación fluida. Habitualmente por teléfono.
- La Fiscalía vista el centro una vez al año.

Problemáticas específicas destacadas por la responsable del centro

- En ocasiones se producen ingresos en el centro de personas que no reúnen el perfil adecuado. Esto supone la aparición de conflictos entre los usuarios (Existe una queja tramitada en el Síndic por este motivo: padres que denuncian que no es el lugar idóneo para atender a su hijo).
- Perfiles muy diversos que van de trastornos de personalidad hasta problemas de patología dual. Sobre esta problemática destacan la falta de recursos específicos.
- Destacan la falta de recursos intermedios, como por ejemplo viviendas tuteladas.
- La falta de este tipo de recursos prolonga innecesariamente la estancia en los CEEM lo que, en ocasiones, produce recaídas en la evolución de los usuarios, dadas la mínimas expectativas de salida.
- Tampoco existen programas alternativos, como por ejemplo el de alquileres de pisos: pisos compartidos y tutelados.
- En cuanto al seguimiento y supervisión de las tutelas, se aporta el dato de que desde 1996 se han producido dos casos de remoción de tutela, lo que puede ser indicador de un bajo nivel de mejoría por tratamiento así como de la falta de supervisión y seguimiento de los casos.
- La falta de disponibilidad de plazas en CEEM produce un efecto perverso que es que soliciten la declaración de incapacitación para que, de esta forma, pudieran ingresar, sobre todo aquellos casos en que los familiares renuncian al ejercicio de la tutela.

Participación económica en el coste del servicio

- Las personas usuarias del centro no participaban económicamente en el coste del servicio hasta el 31/12/2013.
- A partir del 1 de enero de 2014, se les empieza a aplicar precio público.
- Como en el resto de los CEEM de gestión integral, la entidad que gestiona el centro (EULEN) se ocupa del cobro de las cuantías que debe abonar cada usuario.

- El cobro se realiza por cargo a cuenta bancaria.
- A las personas tuteladas por familiares, se les solicita autorización de cargo en cuenta.
- A las personas tutelas por la Generalitat, es la Conselleria de Bienestar Social quien les facilita el número de cuenta a la que cargar el precio público.
- La facturación del contrato de gestión integral a la Conselleria de Bienestar Social se realiza de la siguiente forma:
  - Coste plaza x precio estancia ocupada/no ocupada (80%)
  - De la cantidad resultante se detrae la aportación de los usuarios
  - La diferencia entre ambas cantidades es la aportación de la Conselleria a cargo del contrato

De esta forma, los impagos de los usuarios penalizaban la cantidad que debía cobrar la entidad que gestiona el centro.

- Desde agosto de 2014, se viene cargando a la facturación una doceava parte de la deuda acumulada a la entidad en concepto de impagos de precio público de los usuarios.
- A partir de enero de 2015 la participación de los usuarios en el coste del servicio se resuelve en aplicación de la modificación de la Ley de tasas.
- La participación en el coste del servicio ha supuesto una dificultad muy importante para que las personas atendidas en los CEEM puedan continuar con normalidad el Plan Individualizado de Rehabilitación.
- La inspección de servicios de la Conselleria ha visitado el centro por denuncias referidas a casos concretos (una vez en 2012 y otra vez en 2013) y una inspección general en 2014.

ANEXO

REUNIÓN CON RESPONSABLES DE FEAFES / AFEMA

V

Fecha de la reunión: 13 de marzo de 2015.
A la reunión asisten: el presidente y miembros de las directivas de FEAFES y AFEMA.

Los asuntos que, en opinión de los asistentes, merecen una especial atención son los siguientes:

- El trabajo con pacientes sin voluntariedad ni adherencia al tratamiento.
- Ausencia de recursos comunitarios que eviten o retrasen el internamiento.
- Destacan la gran profesionalidad e implicación de los trabajadores que se ve comprometida por la falta de continuidad.
- Consideran un problema la actual distribución de competencias entre la Conselleria de Sanidad y la de Bienestar Social.
- Son conocedores del nuevo Plan Director de Salud Mental de la Comunitat Valenciana, actualmente en redacción, aunque consideran que no va a ser posible su aprobación en esta legislatura.
- Hacen referencia a la falta de unificación de criterios en lo relativo a las plantillas de personal de los centros. Diversas órdenes de autorización que han ido demorando su aplicación.
- Falta de recursos psicogeriátricos.
- Ausencia de programas específicos para población de menor edad (jóvenes, así como para patología dual).

- Ponen mucho énfasis en su consideración de que los pacientes de los CEEM están hipermedicados (en muchas ocasiones) y existe ausencia de otro tipo de intervenciones más integrales (psicológicas, sociales, etc.).
- Se hace necesario realizar una revisión de los ingresos realizados y contrastar los informes de evolución emitidos por los centros, incorporando segundas opiniones de equipos externos (forenses/otros equipos).
- Respecto a las personas tuteladas consideran que no existe un seguimiento personalizado. Las personas con problemas de salud mental tuteladas por la administración no conocen a quienes ejercen su tutela.
- La falta de seguimiento puede estar incidiendo en el control de los bienes de las personas tuteladas (rendición de cuentas).
- En cuanto al pago de las tasas establecido para el año 2015, están preparando un informe con el objetivo de determinar si el tutor puede, por sí mismo, sin autorización judicial, disponer el pago de las mismas. Puede afectar al patrimonio al tratarse de un compromiso de pago por un periodo prolongado de tiempo.
- Informan de que tienen conocimiento de que se han producido bajas en los centros de personas tuteladas, por decisión de su tutor (al parecer, por efecto de la aplicación de las tasas).

En aportaciones posteriores nos indican lo siguiente:

- Expresan su preocupación por las demoras en la tramitación de los expedientes de reconocimiento de grado de discapacidad para personas ingresadas en centros.
- También muestran preocupación por los prolongados tiempos de ingreso de algunos pacientes atendidos en centros residenciales, considerando necesario estudiar posibles actuaciones al respecto.
- Respecto a los procedimientos para modificar la capacidad de las personas (antes incapacitación), consideran que debería realizarse una recomendación hacia el poder legislativo y/o judicial respecto a la competencia del juzgado que debe conocer del procedimiento, entendiendo que el juzgado que inicie el procedimiento debe ser el que lo lleve hasta el final, a pesar de que la persona sea trasladada de centro o de localidad.
- Respecto a los protocolos existentes en los CEEM, destacan la necesidad de incorporar en todos los centros protocolos para la prevención del suicidio.
- Consideran necesario mejorar la orientación y apoyo a las familias por parte de los equipos de los CEEM.
- Por último, indican su preocupación por la atención a personas extranjeras no regularizadas.

ANEXO

VISITA AL COMPLEJO SOCIO ASISTENCIAL DOCTOR ESQUERDO

VI

Fecha de la visita: 25 de marzo de 2015.
Participan: el director del Área de Salud Mental, un psiquiatra, una psicóloga y dos trabajadoras sociales del centro.

Información destacable:
La titularidad y gestión del Complejo corresponde a la Excma. Diputación de Alicante.

La organización del Complejo es la siguiente:

- Unidad de media estancia hombres (UME–H)
- Unidad de media estancia mujeres (UME_M)
- Unidad de media estancia hombres refractarios (UME R2)
- Centro de día
- Unidad de rehabilitación hombres (RHB1 – H)
- Unidad de rehabilitación hombres (RHB3–H)
- Unidad de rehabilitación mujeres (RHB2–M)
- Unidad de discapacitados psíquicos hombres (R4H)
- Unidad de discapacitadas psíquicas mujeres (R4M)
- Unidad de psicogeriatría (PGH)

El número total de usuarios en estas unidades hospitalarias (media estancia con 60 plazas y residenciales 91) asciende a 151 personas, distribuidos de la siguiente manera:

UME-H	20
UME-M	19
UME R2	18
RHB1-H	20
RHB3-M	16
RHB2-H	15
R4H	15
R4M	13
PGH	15
TOTAL	**151**

El personal del que dispone el centro es el siguiente:

Administrativos	5
Auxiliares administrativos	2
Gestores administrativos	3
Técnicos gestión económica	2
Técnicos medios gestión	1
Auxiliares servicios generales (ASG)	52
Auxiliares sanitarios titulados (AST)	80
Técnicos auxiliares documentación	1
Diplomados en enfermería (DUE/ATS)	20
Técnicos auxiliares sanitarios (TAS)	51
Cocina	6
Farmacia	1
Educadores/as sociales	1
Monitores/as ocupacionales especializados/as	15
Medicina general	2
Medicina psiquiátrica	6
Psicología	8 (solicitados +2)
Trabajo social	5 (solicitados +2)

De las 6 personas de psiquiatría, una ejerce la Dirección de Área y otra la Dirección Sanitaria, con funciones asistenciales añadidas (todas tienen pacientes asignados).

De las 7 personas de psicología, una de ellas es Jefe del CRIS —es la responsable del Centro de Rehabilitación e Integración Social que se abrirá en cuanto lo autorice la Conselleria.

De las 2 personas técnicas de gestión económica, una de ellas es Jefe del Servicio Económico Administrativo y de Servicios Generales de todo el centro.

De las 7 personas de trabajo social que tienen en el centro, una de ellas es la Jefa de Unidad de Centro de Día, que ya está en marcha y se trasladará al nuevo centro, y otra es Jefa de Sección Económica Administrativa (no ejerciendo como trabajadora social).

De las 20 personas profesionales de ATS-DUE de las que dispone el centro, una ejerce la Dirección de Enfermería en Media Estancia —en donde, además, hay otras tres personas con funciones de coordinación, supervisión o responsables—. En el edificio antiguo tienen una persona jefe de Cuidados de la Salud —responsable de coordinación de Auxiliares y ATS-DE de base—. Además hay una persona jefe de Rehabilitación, y cinco responsables-coordinadores de unidades, el resto son ATS-DUE de base, la mayoría de los cuales son especialistas en psiquiatría.

De las 6 personas que hay en la cocina actualmente, una de ellas ejerce como jefa de cocina.

Con relación al personal de servicios generales, hay una persona encargada de la coordinación general y tres responsables de lavandería, servicios varios y almacén.

Perfil de las personas usuarias

Patologías psiquiátricas N=155*

Patología	Número de pacientes con patología	Porcentaje
Demencias	3	1,94%
Dependencia de tóxicos	29	18,71%
Depresiones	3	1,94%
Esquizofrenia	101	65,16%
Esquizoafectivo	17	10,97%
Retraso mental	53	34,19%
Otros	46	29,68%

Patologías somáticas N=155*

Patología	Número de pacientes con patología	Porcentaje
Alergias	19	12,26%
Cardiovascular	58	37,42%
Dermatológico	29	18,71%
Digestivo	54	34,84%
Endocrino	140	90,32%
Ginecológico	17	10,97%
Hematológico	9	5,81%
Infecciosos	30	19,35%
Nefrológico	4	2,58%
Neurológico	31	20,00%
Oftalmológico	21	13,55%
Oncológico	1	0,65%
ORL	11	7,10%
Respiratorio	129	83,23%
Reumatológico	1	0,65%
Traumatológico	70	45,16%
Urológico	12	7,74%

*Hay pacientes con varias patologías.

Respecto al diagnóstico de discapacidad y dependencia de las personas atendidas deben destacarse los siguientes datos:

Grado de discapacidad	Número de personas
Igual o superior al 75%	11
Igual o superior al 65%	66
Igual o superior al 33%	6
Sin grado de discapacidad reconocido*	68
TOTAL	**151**

*Motivos: Se desconoce/No solicitada/Solicitada sin respuesta/Sin datos.

Grado de dependencia	Número de personas
GRADO 3	
GRADO 3 NIVEL 2	1
GRADO 3 NIVEL 1	4
GRADO 2	2
GRADO 2 NIVEL 2	6
GRADO 2 NIVEL 1	3
GRADO 1	2
GRADO 1 NIVEL 2	2
GRADO 1 NIVEL 1	2
VALORADO COMO NO DEPENDIENTE	1
SOLICITADA SIN RESOLUCIÓN	36
NO SOLICITADA	72
EN TRAMITE	12
Otras situaciones	8
TOTAL	**151**

En cuanto a las personas incapacitadas judicialmente y sobre quién ejerce el cargo tutelar:

Incapacitación	Número de personas
TOTAL	81
PARCIAL	2
EN TRÁMITE	12

CARGO TUTELAR EJERCIDO POR LA GENERALITAT 22
CARGO TUTELAR EJERCIDO POR LOS FAMILIARES 61

Fecha de ingreso	Número de personas
2015	26
2014	10
2013	7
2012	4
2011	6
2010	2
2009	3
2008	3
2007	2
2006	1
2005	3
Entre 2000 y 2004	16
1999 y anteriores	68
TOTAL	**151**

Procedimiento de ingreso

- El ingreso en cualquiera de las unidades del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo se produce previa valoración de la comisión de ingreso constituida en el propio centro.
- A diferencia del resto de centros, los ingresos no son resueltos ni por la Conselle-ria de Bienestar Social (caso de CEEM) ni por la Conselleria de Sanidad (unidad de media estancia).

- Las propuestas de ingreso provienen, por norma general, de las unidades de salud mental, de las unidades de psiquiatría de los hospitales de la provincia, de los juzgados y de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por este orden de mayor a menor por tratarse de un servicio provincial como corresponde a la Diputación.

Autorizaciones judiciales de ingreso

Los ingresos involuntarios disponen todos de autorización judicial. Semestralmente, el centro remite al juzgado correspondiente un informe de evolución y solicita la renovación de la autorización de ingreso de aquellos usuarios que permanece ingresados en el centro.

Coordinación con juzgados y fiscalía

En últimas reuniones mantenidas con el Ministerio Fiscal se ha acordado establecer reuniones trimestrales de seguimiento de los casos, con independencia de las comunicaciones de posibles incidencias que pudieran surgir.

Coordinación con la Comisión de Tutelas

- Por el contrario, la coordinación con la Comisión de Tutelas (Conselleria de Bienestar Social) se destacaba como fluida y permanente.
- Remiten semestralmente informes de evolución de las personas tuteladas.

Cobertura sanitaria

- La atención sanitaria está cubierta por los médicos generalistas en plantilla del propio centro, por lo que los usuarios están dados de alta en el centro de salud que les corresponde por zona, pero son atendidos en el propio centro. Debe tenerse en cuenta que la cobertura del centro es provincial por lo que los centros a los que están adscritos se distribuyen en toda la provincia.
- El centro sanitario de referencia es el Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant, con el que mantienen coordinación para todo tipo de pruebas (analíticas, etc.) así como a nivel de coordinación interconsultas.
- Los médicos generalistas del centro pueden derivar directamente al centro de especialidades.
- La atención psiquiátrica también se dispensa por los psiquiatras que tiene en plantilla el centro.
- El personal de enfermería que tienen en plantilla son, mayoritariamente, especialistas en salud mental.

Cobertura farmacéutica

Los medicamentos que requieren las personas usuarias del centro son dispensados desde el Hospital Universitario de Sant Joan y son totalmente gratuitos para los pacientes. Por lo tanto no se aplica el copago farmacéutico a las personas usuarias del centro.

Participación de los usuarios en el coste del servicio

- Las personas usuarias del Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo no contribuyen económicamente en el coste del servicio dado que es completamente gratuito.
- Algunos familiares contribuyen con 150 euros para los gastos personales del usuario.

Algunas consideraciones

- El Complejo Socio Asistencial Doctor Esquerdo, dependiente de la Excma. Diputación de Alicante, dispone de viviendas tuteladas —coordinadas por los profesionales del complejo—, en las que son atendidos usuarios que, previamente, han estado ingresados en el centro.
- Preguntados respecto a si el centro dispone de autorización administrativa de funcionamiento emitida por la Conselleria de Bienestar Social (CEEM) y por la Conselleria de Sanidad (media estancia), se nos indica que no y que se ha solicitado —aunque no está concedida— la autorización de los nuevos locales que servirán para atender a las personas usuarias de CEEM.

ANEXO

VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

VII

I. Visita al hospital provincial de Castellón

Nombre
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón
Fecha de la visita
22/04/2015
Persona responsable
Coordinador de Salud Mental del Departamento de Salud 2–3 de Castellón
Ubicación
Hospital Provincial de Castellón
Teléfono
964 359 700 (centralita)
Departamento
Departamentos de Salud 2 y 3 de CASTELLON
Población de cobertura de los departamentos 2 y 3
600.000 habitantes aproximadamente.

Plantilla de la USM

Según Plan Director 2001 Por 100.000 habitantes (total población)	Plantilla actual 600.000 aprox.
7 Psiquiatras	UHB (Unidad de Hospitalización Breve) ..... 6 TMGIA (Unidad de Trastornos Mentales Graves Infancia y Adolescente) ..... 1,5 USMI ..... 1 UCA ..... 1 UME (Unidad de Media Estancia) ..... 0,5 ULE (Unidad de Larga Estancia) ..... 0,5 UTA (Unidad de Trastornos Alimentarios) ..... 0,5 USM de Burriana ..... 2 USM de Rafalafena ..... 3 USM Grao ..... 2 USM Villareal ..... 3 USM Columbretes ..... 2 USM Vall d´Uixó ..... 2 **TOTAL 25**
6 Psicólogos	UHB ..... 1 USMI ..... 2 H. Día Infanto-Juvenil ..... 1 H. Día Villareal ..... 1 H. Día Cardenal Costa ..... 1 PSICO-ONCOLOGIA ..... 2,5 UCA ..... 1 UME ..... 1 UTA ..... 1,5 USM de Burriana ..... 1 USM de Rafalafena ..... 2 USM Grao ..... 1 USM Villareal ..... 1 USM Columbretes ..... 2 USM Vall d´Uixó ..... 1 **TOTAL 20**

6,5 DUE/ATS	UCA ..... 2 UTA ..... 1 H. Día Adolescentes ..... 2 H. Día Cardenal Costa ..... 1 H. Día de Trastornos Alimentarios ..... 1 H. Día de Villareal ..... 1 USM de Burriana ..... 1 USM de Rafalafena ..... 2 USM Grao ..... 1 USM Villareal ..... 1 USM Columbretes ..... 1 USM Vall d´Uixó ..... 1 **TOTAL 15**
----Auxiliar de enfermería	H. Día Cardenal Costa ..... 2 H. Día de Trastornos Alimentarios ..... 2 H. Día Villareal ..... 2 **TOTAL 6**
2,5 Trabajadores/as Sociales	UHB ..... 1 USMI ..... 1 UCA ..... 1 USM 2-3 ..... 1 UME ..... 1 H. Día Cardenal Costa ..... 0,5 **TOTAL 5.5**
-----Auxiliar administrativo	UCA ..... 1 UTA ..... 2 **TOTAL 3**

En las USM hay 29 psiquiatras, de los cuales 19 pertenecen al Consorcio y 10 a la Conselleria de Sanidad.

Una observación realizada por las profesionales es que la plantilla de las USM es desigual y está descompensada por el número de pacientes atendidos por territorio.

Cabe destacar la existencia de auxiliar administrativo y de auxiliares de enfermería clínicos, aunque no es general.

En el Hospital de Día de Adolescentes cuentan con 2 enfermeras especialistas en salud mental. Asimismo, nos indican que el Consorcio cuenta con una bolsa de trabajo de enfermería, con la especialidad de salud mental.

Otros profesionales

Cabe destacar la existencia de 4 monitores ocupacionales y 1 terapeuta laboral. 1 celador en la USMI.

Hospitalización

El centro hospitalario cuenta con 255 camas de las cuales 92 son de salud mental (el 36%) según datos estadísticos de 2014.

Atención a pacientes del CEEM de Gran Vía

Los pacientes acuden a sus USM.

Coordinación con profesionales del CEEM de Gran Vía

Existen contactos con las asociaciones de pacientes si bien la comunicación es poco fluida.

Observaciones realizadas por las profesionales

- Consideran un error que la gestión de la salud mental corresponda a dos consellerias.
- La formación de los profesionales es un elemento a destacar en este departamento:
  - Residentes (estancias formativas): psicología clínica, psiquiatría y enfermería de la salud mental
  - Seminarios para los residentes MIR, PIR y EUR
  - Sesiones clínicas de 2 horas semanales
  - Alumnos en prácticas de la UJI.

II. Visita al centro específico para personas con enfermedad mental crónica Gran Vía de Castellón

Nombre

Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía.

Tipología.

Centro mixto.

Titularidad

Pública.

Gestión
Integral.
Entidad que gestiona el centro
Clínica Geriátrica El Castillo, S.A.
Relación contractual con la Administración
Contrato, expediente CNMY12/06-6/8.
Fecha de inicio y final del contrato
02/05/2012 – 15/04/2016
Dirección del Centro
C/ Onda, 33 C.P: 12006 Castellón
Nº de plazas autorizadas (residencia)
40
Nivel de ocupación
100%
Personal
Según Pliego de Prescripciones Técnicas basado en la Orden 9 de mayo de 2006.

Orden de autorización a la que se acoge la actual plantilla

- Orden 11/2013, de 24 de junio (plazo de 9 años desde la vigencia de la Orden de 9 de mayo de 2006).
- Orden 3/2011, de 28 abril (plazo de 7 años desde vigencia de la Orden 9 de mayo de 2006).
- Orden 9 de mayo de 2006, entra en vigor 11/05/2006 y daba un plazo de cinco años para adecuar las plantillas.
- Orden 3 de febrero de 1997.

Según Orden 9 de mayo de 2006 (40 plazas)	Plantilla actual
1 Dirección (psicología)	1 Director Psicólogo
1 Medicina general (1/2 jornada)	1 Médico general a media jornada
1 Psicología	1 Psicólogo
5 DUE	5 DUE Actualmente formándose en la especialidad de salud mental
1 Trabajo social	1 Trabajadora Social

1 Terapeuta ocupacional o técnico/a superior en integración social	1 Terapeuta ocupacional
6 Educadores/monitores	6 Educadores/monitores
6 Cuidadores/as	6 Cuidadores/as
5 Celadores/as	5 Celadores/as
Servicios generales de gestión, administración, limpieza, lavandería, mantenimiento, comedor y cocina	0,5 Aux. Administrativo 0,5 Personal Mantenimiento Servicios limpieza y lavandería: Neserem SL Servicio Cocina: Eurest, S.L

Otros profesionales (profesionales contratados por la entidad, no contemplados en la Orden y considerados necesarios):

- 1 Psiquiatra.
- 1 Supervisora de Enfermería y 1 Gobernante.
- 2 Cuidadores/as.

Forma de financiación/copago

- Contrato de gestión integral.
- Hasta 2013, las personas usuarias estaban exentas de contribuir económicamente en el coste del servicio.
- Durante el año 2014, la entidad que gestiona el centro se responsabilizaba directamente del cobro del copago correspondiente a las personas usuarias.
- La adjudicataria factura según contrato de gestión, por número de estancias ocupadas o no ocupadas (en 2014). De la cantidad resultante, detrae la cantidad correspondiente al cobro del copago de las personas usuarias. En caso de impago, es la entidad quien asume la deuda.
- Desde la Dirección Territorial de Bienestar Social se está estudiando la fórmula de poder compensar la cantidad que la Entidad ha asumido como deuda durante 2014.
- A partir del 1 de enero de 2015, se aplica tasa como participación del usuario en el coste del servicio.
- La cantidad que, a partir de esa fecha, queda disponible a cada usuario para gastos personales asciende a 183 euros (aproximadamente). Con esta cantidad deben asumir: ropa, calzado, tabaco, salidas, peluquería, podología, etc.
- La aplicación de tasas no ha supuesto mejora en la agilización de los pagos que por parte de la Conselleria de Bienestar Social, deben devengarse en concepto de estancias imputables al contrato de gestión integral.
- A fecha de la visita (22-4-2015) la Conselleria no había realizado ningún pago (tres meses de demora).

- Esta demora supone aproximadamente unos 125.000 euros en cuanto a CEEM y 340.000 euros respecto a la totalidad del centro.

Información referida a usuarios del centro

- La media de edad de las personas atendidas en el CEEM es de 45 años.
- El paciente más joven tiene 25 años de edad y el de más edad 65 años.
- Tiempo medio de estancia: Desde la apertura del centro en 2012, no se ha producido ninguna baja terapéutica (por mejoría tras tratamiento) ni tampoco derivaciones a viviendas tuteladas.
- Los traslados a viviendas tuteladas no se han solicitado dada la falta de red socio familiar de los usuarios.
- De las 40 personas atendidas en el centro, 39 han sido declarados incapaces judicialmente.
- La tutela de estas 39 personas es ejercida en 33 casos por la propia familia y en 6 casos por la Generalitat.
- Todas las personas atendidas en el centro tienen Grado de dependencia reconocido. Las personas que tiene reconocido un Grado 1, han sido atendidas, por norma general, en otros recursos residenciales.

Grado de dependencia	Número de personas
GRADO 3	1
GRADO 3 NIVEL 2	1
GRADO 3 NIVEL 1	5
GRADO 2	
GRADO 2 NIVEL 2	7
GRADO 2 NIVEL 1	19
GRADO 1	2
GRADO 1 NIVEL 2	3
GRADO 1 NIVEL 1	2
TOTAL	**40**

De igual forma, todas las personas atendidas tienen reconocido un grado de discapacidad superior al 65% excepto 1 persona que tiene reconocido el 33% de discapacidad. Estos reconocimientos son, en 39 casos, definitivos y en 1 caso revisable.

Grado de discapacidad	Número de personas
Igual o superior al 75%	14
Igual o superior al 65%	25
Igual o superior al 33%	1
Sin grado de discapacidad reconocido	0
TOTAL	40

Procedimiento de ingreso

- Los ingresos se realizan siempre previa resolución administrativa de ingreso de la Dirección Territorial de Bienestar Social de Castellón.
- En los casos de ingresos involuntarios se requiere de autorización judicial de ingreso.
- Treinta y nueve de los cuarenta usuarios del centro disponen de autorización judicial de ingreso. El único caso que no dispone de la referida autorización, se está trabajando con la familia (tutora) para que presente la solicitud de autorización judicial.
- Semestralmente, se solicita prórroga de la autorización judicial de ingreso adjuntando informe de evolución. El juez emite auto por el que acuerda la renovación de la autorización de ingreso.
- En el caso de personas tuteladas por la Generalitat, es la Dirección Territorial de Bienestar Social quien promueve la autorización judicial de ingreso.

Cobertura sanitaria

Todas las personas usuarias del CEEM disponen de tarjeta sanitaria, por lo que tienen cobertura sanitaria.

Cobertura farmacéutica

La cobertura farmacéutica se proporciona desde la Residencia Pública el Pinar. Por este motivo, las personas usuarias están exentas de copago farmacéutico.

Coordinación con unidad de salud mental

- Dispone de un psiquiatra a media jornada.
- Todas las personas usuarias están asignadas a la Unidad de salud mental de zona.
- La prescripción farmacológica se realiza desde la USM-A.
- Las necesidades de hospitalización se cubren desde el Hospital Provincial.

Coordinación con servicios sociales municipales

Muy escasa, dado que no existe previsión de retorno de las personas usuarias.

Coordinación con servicios sociales autonómicos

- La coordinación con la Dirección Territorial de Bienestar Social se realiza a través de la Sección de Discapacidad y por la Unidad de Tutelas (casos de personas tuteladas).
- Se emiten informes con periodicidad semestral. Estos informes son remitidos también a los tutores (familia / Generalitat).
- La supervisión y seguimiento de los casos se realiza de forma fluida tanto a través de informes como de visitas al propio centro.

Coordinación con juzgados

- Se mantiene una coordinación fluida con los Juzgados que autorizan el ingreso, aunque no reciben vista de los jueces.
- La continuidad de la medida de internamiento se solicita al Juzgado, con periodicidad semestral. Para prorrogar el internamiento se adjunta el informe de evolución y, con carácter general, el Juzgado no cursa visita al centro ni solicita informe de contraste.
- Consta auto de prórroga de internamiento por seis meses.

Coordinación con el Ministerio Fiscal

Se mantiene una coordinación fluida con el Ministerio Fiscal, aunque no reciben vista de los fiscales.

ANEXO

MEMORIA 2014. MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA (MNP). DEFENSORA DEL PUEBLO. ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES QUE PRESTAN SERVICIOS DE CARÁCTER SANITARIO, SOCIAL Y/O REHABILITADOR

VIII

311 También son objeto de la atención del MNP los centros públicos o privados residenciales que prestan servicios de carácter sanitario, social o rehabilitador, entre otros, a colectivos como la tercera edad, los enfermos crónicos y las personas con alguna discapacidad física, psíquica, sensorial o intelectual, en los que pueden encontrarse personas internadas de forma no voluntaria.

312. Desde sus inicios, el Defensor del Pueblo ha constatado una ausencia de regulación que garantizara suficientemente los derechos fundamentales de los pacientes internos en centros de salud mental de naturaleza sanitaria o social, y regulara las eventuales restricciones para la protección de su vida, salud o integridad física. La reforma legislativa se ha hecho aún más necesaria si cabe tras la Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de diciembre, que declaró la inconstitucionalidad de dos incisos del apartado primero del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que prevé el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, al considerar que tal medida, constitutiva de una privación de la libertad personal, no podía realizarse por ley ordinaria sino que requería rango de ley orgánica.

Debe procederse a elaborar un proyecto de ley orgánica que regule los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil y adapte la regulación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciem–

bre de 2006, y de las Observaciones del Comité de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad en su informe inicial de España (CRPD/C/ESP/1).

313. Por lo que respecta al internamiento no voluntario en centros residenciales de personas mayores, las lagunas jurídicas existentes han dado lugar a que tanto administraciones como jueces y fiscales apliquen criterios contradictorios. Mientras no se produzca la referida reforma legislativa, el criterio es que el régimen de garantías que se contempla actualmente en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil debe hacerse extensivo a las personas mayores que ingresan en centros residenciales cuando las mismas no se encuentren en condiciones de prestar libremente su consentimiento al ingreso.

314. De este modo, en todo caso de falta de autonomía de una persona para dar su consentimiento al internamiento en un centro, debería instarse el procedimiento previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para el internamiento no voluntario. Con carácter general, la solicitud se debe instar por la vía ordinaria con carácter previo al ingreso, por parte de aquellos familiares o tutores que tengan conocimiento de la situación de necesidad de internamiento y ausencia de autonomía.

315. Cuando se advierta una situación de urgencia que requiera el ingreso inmediato en el centro, deberán cumplirse las exigencias previstas en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y desarrolladas por la Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de julio, en particular, que el internamiento estará únicamente justificado en caso de trastorno psíquico grave y concurriendo una situación de urgencia o necesidad inmediata de intervención médica, y que la medida de internamiento no sólo sea conveniente, sino que cumpla los requisitos de necesidad (que no pueda adoptarse otra medida alternativa menos lesiva) y proporcionalidad (en relación a la finalidad que pretende).

316. La comunicación del internamiento involuntario de carácter urgente a la autoridad judicial competente deberá producirse lo antes posible y, como máximo, dentro del plazo de veinticuatro horas desde el ingreso, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida. Dicha comunicación debería incluir al menos información sobre los siguientes aspectos: día y hora exacta del internamiento; circunstancias del internamiento; informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato, motivando la necesidad y proporcionalidad de la medida y, en su caso, la evolución de su estado de salud mental; y duración previsible de la medida.

317. Por lo que respecta al control judicial, es preocupante la demora por parte de algunas autoridades judiciales en los procedimientos de internamiento involuntario, en particular

en los de carácter urgente, y la falta de motivación observada en muchos autos de internamiento involuntario, en los que no se entra a valorar la necesidad y proporcionalidad de la medida, contrariamente a la doctrina constitucional (FJ 7c de la STC 141/2012).

En consecuencia, se deben adoptar las medidas oportunas, evaluando las necesidades que puedan tener los órganos jurisdiccionales y, de ser necesario, reforzando los órganos judiciales y el ministerio fiscal, a fin de lograr la efectividad de las garantías de los derechos de las personas respecto de las cuales se solicite el internamiento no voluntario, incluida la realización de visitas periódicas a los centros.

318. Asimismo, sería conveniente el establecimiento de servicios de orientación jurídica para personas con discapacidad en los colegios de abogados que no dispongan de ellos, y realizar acciones formativas y de sensibilización de los profesionales adscritos a los diferentes colegios de abogados.

319. Por otra parte, se coincide con el criterio manifestado en el *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del ministerio fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos*, según el cual la Fiscalía, siempre que sea posible, aparte de examinar el informe elaborado por el centro, atenderá al informe del médico forense o de un facultativo designado por el juez, distinto e independiente del centro, y tomará audiencia a la persona a quien afecta la medida.

320. Cuando el ingreso se produce voluntariamente, y posteriormente el interesado manifiesta su cambio de criterio respecto a la voluntariedad del internamiento, será preciso la concurrencia de los requisitos del artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para poder mantener el internamiento, y comenzará a correr el plazo de 24 horas para comunicarlo al órgano judicial (FJ 5c de la citada STC 141/2012). Además, sería conveniente que en la comunicación se expresara la evolución del estado de salud mental del afectado desde su ingreso y las razones que motivaron el cambio de internamiento voluntario a involuntario.

Igualmente, deberían comunicarse al ministerio fiscal todos los casos de deterioro cognitivo significativo, a fin de que por dicha autoridad se valore la necesidad de iniciar un procedimiento de incapacitación o de requerir la autorización judicial de internamiento no voluntario por trastorno sobrevenido.

321. Transcurrido el plazo de setenta y dos horas en el que la autoridad judicial debe resolver sin que haya recaído la ratificación de la medida, los centros no tienen ningún amparo legal para mantener al afectado internado con carácter forzoso.

De ello se debería dar traslado a la autoridad judicial competente, al ministerio fiscal y, en su caso, al representante legal del interesado. En esta situación, si el interno manifiesta su voluntad de abandonar el centro, podrá hacerlo firmando el alta residencial voluntaria.

322. En cuanto al control periódico de los ingresos no voluntarios, es obligación de los centros, según se establece en el artículo 763.4 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, informar al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida cada seis meses, a no ser que el tribunal señale un plazo inferior. Para el pleno respeto de las garantías de las personas ingresadas, los informes médicos que se remitan a los correspondientes juzgados con carácter periódico deberían ser completos y estar actualizados.

323. Está pendiente por España el desarrollo del artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, según el cual el Estado debe asegurar salvaguardias adecuadas y efectivas, a fin de que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que sean proporcionales y adaptadas a sus circunstancias y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial, entre otros requisitos.

324. El ejercicio efectivo de la tutela de personas incapacitadas y residentes en centros de esta naturaleza, incide directamente en la defensa y garantía de los derechos de las personas tuteladas. Las entidades tutelares públicas y privadas deben disponer de personal y recursos suficientes para realizar un seguimiento individualizado de sus tutelados y visitar los centros con un mínimo de periodicidad.

325. Los centros de estas características deben disponer de un reglamento de régimen interior o documento en el que se detallen las normas del centro. Dicho reglamento debería ser expuesto de manera visible en un lugar público.

326. Asimismo, han de contar con libros de quejas (que implica un proceso de control interno de calidad del servicio), buzones o libros de sugerencias (que conllevan un intento de participación de los internos o sus familias en la mejora del centro). Asimismo, las quejas han de ser objeto de análisis y debe ofrecerse contestación a los interesados.

327. A fin de garantizar un conocimiento real y efectivo de sus derechos, debe informarse verbalmente y por escrito tanto a los afectados como a sus familiares del tipo de internamiento de que se trata (en especial si es prolongado), las normas de funcionamiento interno, el régimen de vida, los procedimientos terapéuticos o las restricciones a las que será sometido en el mismo, etcétera.

En el caso de internamiento no voluntario de carácter urgente, además, habrá de informarse sobre: la fecha y hora del ingreso y de la comunicación del internamiento a la autoridad judicial, indicando que el centro se encuentra obligado a dar cuenta del internamiento lo antes posible y, en todo caso, en veinticuatro horas, y que la necesaria ratificación judicial habrá de efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas; la causa del internamiento; los criterios aplicados en la revisión permanente de su situación; los derechos que les asisten conforme al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y el derecho a presentar un procedimiento de hábeas corpus. Dicho documento debería redactarse atendiendo a las características de los residentes, procurando que su redacción y formato sean adecuados para su comprensión; y ser firmado por la persona afectada por la medida, indicando que la citada información le ha sido explicada y que la ha comprendido adecuadamente, así como por los profesionales del centro que hayan efectuado la información. La persona afectada deberá disponer de copia de dicho documento.

328. Los centros deben tener una política de trato digno y respetuoso a los residentes. El MNP quiere resaltar a este respecto el trato cariñoso y cercano del personal con los residentes, observado con carácter general en todos los centros de este tipo que han sido visitados.

329. La dirección adecuada del personal puede contribuir significativamente a la prevención de los malos tratos y prácticas inadecuadas, como se señala en el parágrafo 31 del 8º Informe General del CPT (CPT/Inf (98) 12). En particular, la dirección debería garantizar que el papel terapéutico del personal no se considerase como secundario en relación a las condiciones de seguridad.

330. Los centros deberán disponer de personal suficiente y con la categoría, experiencia y formación adecuada, incluyendo médicos, psicólogos, psiquiatras y personal rehabilitador en función del perfil de los residentes.

331. La selección y la formación inicial y continua del personal es de gran importancia para una atención de calidad. Tienen especial importancia los cursos de formación continua para el personal, especialmente aquellos directamente referidos a los protocolos de actuación con los pacientes, y a las medidas para prevenir el desarrollo del conocido como «síndrome del trabajador quemado» (*burnout*) por parte de los trabajadores del centro, habida cuenta de las especiales circunstancias en algunos centros que pueden desembocar en situaciones de tensión.

332. Los centros deben disponer de programas de rehabilitación y terapéuticos, en función del perfil de los residentes. Asimismo, resulta fundamental la realización de

una evaluación individualizada e interdisciplinar de cada caso y con carácter periódico. Por otra parte, habría de realizarse el máximo esfuerzo por implicar a los internos en su tratamiento y proceso terapéutico, dándoles la posibilidad de participar en el mismo y tomar decisiones en la medida de lo posible.

333. Se han de adoptar las medidas necesarias para que la oferta de actividades y estímulos para los residentes sea suficiente y adecuada.

334. Debería fomentarse el contacto de los residentes con el exterior, realizando salidas y paseos al exterior, incluso de aquellos con deterioro cognitivo, adoptando las medidas que sean necesarias. En este sentido, la propia ubicación de los centros puede afectar positiva o negativamente dicho contacto con el exterior.

335. Debe facilitarse a los residentes el ejercicio de sus derechos y promocionar su autonomía, tanto desde un punto de vista terapéutico como de respeto a sus derechos fundamentales, a través de un consejo de residentes, espacios grupales, participación en los aspectos de la vida cotidiana, etcétera.

336. Atendiendo al perfil de los residentes, se debería tender a la reinserción comunitaria y a la coordinación de los centros con la Administración para que, en el caso de que un residente presente mejoría y niveles de autonomía que permitan el paso a un dispositivo comunitario, pueda dársele el alta del centro. A este respecto, no obstante, el MNP ha de mostrar su preocupación por la, en general, escasez de alternativas terapéuticas en las comunidades autónomas, como recursos residenciales semiabiertos (pisos tutelados, mini residencias de puertas abiertas, centros de día...).

337. Han de efectuarse revisiones periódicas del estado de salud de los residentes y de la medicación que tengan prescrita. En el caso de personas con enfermedad mental, debe realizarse un seguimiento psiquiátrico periódico.

Debe realizarse un uso adecuado de los psicofármacos, adoptando en algunos casos –como en el tratamiento del insomnio– medidas alternativas como aumentar la actividad física de los internos y disminuir el número de horas que permanecen sin estímulos, encamados o en sus habitaciones.

Asimismo, los residentes deberán poder dar o no su consentimiento libre e informado al tratamiento, con las únicas excepciones previstas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

338. Los centros de esta naturaleza han de contar con los protocolos y planes necesarios en atención al perfil de sus residentes, como un plan de prevención de suicidios, un protocolo para informar sobre los documentos de "voluntades anticipadas" o "instrucciones previas" (a fin de manifestar de forma anticipada los deseos o instrucciones que, sobre las actuaciones médicas, se deberán tener en cuenta en caso de encontrarse en una situación en la que las circunstancias no le permitieran expresar libremente su voluntad) y un plan de "cuidados paliativos" para pacientes en estado grave irreversible.

339. Aunque este tipo de establecimientos no disponen de un régimen disciplinario como tal, suelen contar con sistemas de refuerzos por incentivos o medidas que se aplican ante determinadas conductas inadecuadas de los internos.

Convendría delimitar claramente qué intervenciones son terapéuticas y especificarlo en los planes terapéuticos individualizados.

340. Las sujeciones físicas y farmacológicas se utilizan con relativa frecuencia en los hospitales psiquiátricos y residencias de ancianos, entre otras razones, para prevenir caídas o lesiones a la misma persona o a terceras, para evitar alteraciones del programa terapéutico (retirada de vías intravenosas, sondas nasogástricas, etc.), o para el manejo de conductas violentas o agresivas.

Es necesario que se regule con ámbito nacional de forma clara y precisa el uso de las sujeciones físicas y farmacológicas de forma acorde con los estándares internacionales, en particular el concepto de sujeción, los supuestos de aplicación de sujeciones, la proporcionalidad e idoneidad del medio utilizado, la temporalidad de la medida, la autorización para su uso, el personal autorizado para la aplicación, la documentación de actuaciones, la evaluación de los efectos y resultados, y todas las garantías necesarias.

341. Con independencia de dicha regulación normativa, los centros deberían disponer de un protocolo de uso de sujeciones y de un registro en el que anoten las pautadas a cada residente, la causa y las indicaciones médicas, el horario de inicio y fin de la medida, y comentarios de observación de enfermería, entre otros. Su uso deberá atender siempre a los principios de necesidad y proporcionalidad, ser aplicados únicamente durante el tiempo estrictamente necesario y no ser nunca aplicados como castigo. Asimismo, se deberían impartir cursos de formación sobre sujeciones a los profesionales del centro.

342. Un uso innecesario o excesivo de las sujeciones físicas y farmacológicas puede suponer una vulneración de los derechos a la dignidad humana y libre desarrollo de

la personalidad (artículo 10 CE), a la libertad (artículo 17 CE), a la integridad física y moral, y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (artículo 15 CE).

En ambos tipos de sujeciones se han documentado efectos negativos en su uso continuado.

A juicio de esta institución, los centros deberían tender a la reducción del uso de sujeciones, existiendo experiencias que acreditan la posibilidad de lograr esta reducción con medidas alternativas. De igual manera, se debería priorizar el uso de aquellas sujeciones que únicamente limiten lo necesario la movilidad del paciente. Por ello, periódicamente han de revisarse las sujeciones utilizadas, a fin de disminuir las mismas en la medida de lo posible.

343. Las habitaciones preparadas para sujeciones mecánicas con correas psiquiátricas ante episodios de alteración o agresividad deberían disponer de sistemas de videovigilancia con grabación, estar libres de elementos con aristas metálicas que puedan suponer un riesgo físico para los pacientes, disponer de luz natural, tener una temperatura adecuada y, en general, promover un ambiente de tranquilidad para el residente. Un miembro del personal debería estar continuamente presente para mantener la finalidad terapéutica y prestar al paciente la debida asistencia, conforme al parágrafo 50 del 16º Informe General del CPT (CPT/Inf (2006) 35).

344. Los centros deberían disponer de un protocolo de prevención y detección de problemas de convivencia. El personal deberá recibir formación en resolución pacífica de conflictos e intervención en crisis y técnicas verbales y no verbales, para abortar episodios incipientes de agresividad sin tener que adoptar medios de contención.

345. Cuando por motivos de seguridad deban realizarse registros en las habitaciones, en busca de objetos potencialmente peligrosos o pertenencias no autorizadas, estas deben realizarse en presencia del propio residente y con su colaboración, para evitar la sensación de indefensión y de violación de la intimidad que la práctica contraria pudiera conllevar.

346. Deben establecerse formularios de partes de lesiones que se ajusten a las Recomendaciones del Defensor del Pueblo reflejadas en el estudio del MNP sobre *Los partes de lesiones de las personas privadas de libertad* y, cuando por parte de los servicios médicos se atiende a una persona que ha resultado lesionada como consecuencia de una posible agresión, proceder a su cumplimentación y remisión a la autoridad judicial conforme a lo señalado en dicho estudio.

347. Las habitaciones deberían disponer de sistemas de llamada o alarma o sistemas alternativos para aquellos casos en los que fuese precisa la asistencia inmediata del personal a los internos.

348. Las condiciones materiales de los centros deben estar enfocadas al tratamiento y bienestar de los residentes y a crear un ambiente terapéutico positivo, conforme al parágrafo 34 del 8º Informe General (CPT/Inf (98) 12). Las instalaciones requieren un especial cuidado en cuanto a su mantenimiento y a las condiciones de seguridad, limpieza e higiene. Se deben cumplir las normas de carácter sanitario, higiénico, de prevención de riesgos y de emergencia.

Asimismo, debe procurarse la confortabilidad de las áreas, las zonas comunes, la comida y espacios de interacción positiva por la mayoría de residentes. Por otra parte, todas las habitaciones deberían tener una capacidad máxima de dos personas, proporcionando suficiente espacio a cada residente.

Las instalaciones deberían permitir cierta privacidad a los residentes, en particular en los baños, pues aunque la falta de mamparas o separaciones favorece la accesibilidad y el manejo por parte del personal, puede vulnerar el derecho a la intimidad de los pacientes. Asimismo, los residentes con mayores niveles de autonomía deberían poder disponer de armarios con llave para guardar sus pertenencias y tener acceso a sus dormitorios durante el día.