



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarteen
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN LA CAPV



Necesidades y retos de futuro para
personas con problemas de salud mental

Estudio elaborado
en colaboración
con las asociaciones:



Con el
apoyo de:



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SARLA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES



edefundazioa

Publicado en 2019.

Estudio elaborado por FEDEAFES y sus asociaciones Agifes, Asafes y Asasam.
Con el apoyo técnico de Fundación Ede.

Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES)

Tres Cruces 14, Bajo Dcha · Polígono Arza · 01400 Laudio – Llodio Alava
www.fedeafes.org · fedeafes@fedeafes.org

Depósito Legal: BI-1029-2019



Fedeafes

Buru gaitutasuna
duten pertsona
eta sende elkarleen
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental

Reconocimiento – No Comercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga un uso comercial. Tampoco se puede utilizar la obra original con finalidades comerciales.

AGRADECIMIENTO

Este estudio realizado por nuestra federación, Fedefes en colaboración con las asociaciones Agifes, Asafes y Asasam, y con el apoyo técnico de Fundación Ede nos ha permitido adentrarnos en los recursos sociosanitarios para personas con problemas de salud mental en la CAPV.

Tenemos que agradecer a todas las personas profesionales de nuestras entidades su participación. Es también preciso agradecer la colaboración e implicación en el proyecto de las personas participantes en las distintas fases del mismo, desde las entrevistas en profundidad, seminarios y aportaciones posteriores, profesionales tanto del ámbito social como del ámbito de salud y de los tres territorios.

Además en este trabajo también hemos participado personas familiares y representantes del Comité en primera persona de Fedefes.

Son muchas las necesidades que existen para las personas con enfermedad mental, nuevos retos que debemos ir abordando tanto desde el ámbito social como el de salud con el objetivo puesto en la atención de calidad que se merecen las personas.

Esperamos que este trabajo sirva para reflexionar sobre un futuro cercano de los servicios sociosanitarios para personas con problemas de salud mental.

Y para finalizar, queremos agradecer el apoyo económico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, sin cuya colaboración no hubiera sido posible el proyecto.

M^a Ángeles Arbaizagoitia Telleria

Presidenta de Fedefes.

INDICE

0.- PRESENTACIÓN.....	4
1.- INTRODUCCIÓN	5
2.- EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	6
2.1.- Avances realizados	6
2.2.- Necesidades identificadas	7
2.3.- Colectivos prioritarios	13
2.4.- Nuevos retos.....	14
3.- EN RELACIÓN A LA OFERTA DE RECURSOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA CAPV	18
3.1.- Análisis de la oferta actual	18
3.2.- Gestión de la oferta de recursos	24
3.3.- Diferencias territoriales.....	27
4.- EN RELACIÓN AL MODELO DE INTERVENCIÓN	29
5.- EN RELACIÓN A LA COORDINACIÓN CON LAS ADMINISTRACIONES Y ORGANIZACIONES SOCIALES	30
5.1.- Coordinación con las administraciones públicas	30
5.2.- Coordinación con las organizaciones sociales	31
<i>Anexo 1. Participantes en el proyecto</i>	<i>33</i>

0. PRESENTACIÓN

El presente documento responde al interés de Fedeaefes y las entidades participantes que forman parte de la organización de incorporar una visión cualitativa al trabajo del mapa de servicios dirigidos a personas con enfermedad mental en la CAPV que se elaboró en una primera fase. Donde se analizaron los servicios ofrecidos por las entidades de Fedeaefes actualmente incluidos en la cartera de prestaciones y servicios y aquellos que, si bien se están ofreciendo desde las organizaciones y la propia federación, no se incluyen actualmente en el decreto de cartera de prestaciones y servicios.

En esta segunda fase los objetivos han sido:

- Analizar las necesidades de las personas con enfermedad mental y sus familias.
- Identificar déficits y áreas de mejora en relación con posibles necesidades no cubiertas por el sistema de recursos actuales.
- Comparar la actual oferta realizada en los tres territorios.
- Identificar elementos clave del éxito de cara a la atención del colectivo.

Para el desarrollo de esta fase, en un primer momento, se realizaron un total de 5 entrevistas en profundidad semiestructuradas a agentes clave.

En un segundo momento, se realizó un seminario de trabajo con agentes clave externos en el que participaron además de las entidades que forman parte de Fedeaefes, otros agentes. El total de 34 personas asistentes estuvo formado por personal tanto de administraciones públicas especialmente del ámbito socio sanitario, como de entidades sociales de los tres territorios, además de familiares y personas participantes en las mismas. En el encuentro se presentó el mapa de recursos elaborado en una primera fase y se identificaron necesidades no cubiertas. Asimismo se reflexionó sobre los recursos en la CAPV y su ajuste a las necesidades, y además sobre los distintos ámbitos de intervención y las claves a reforzar. Finalmente, se identificaron posibles iniciativas innovadoras a las actuales necesidades del colectivo.

Como tercer momento se produjo un seminario interno de las entidades de Fedeaefes, en él participaron 15 personas vinculadas profesionalmente a Asafes, Agifes, Asasam y la propia Fedeaefes. El trabajo se centró en avanzar las principales conclusiones del seminario de agentes externos

El documento que se presenta recoge tanto las reflexiones realizadas por el grupo motor, las aportaciones recogidas en las entrevistas realizadas, así como las conclusiones recogidas en los seminarios.

1. INTRODUCCIÓN

Las personas que sufren enfermedad mental, ante el desconcierto de la enfermedad, necesitan, fundamentalmente, manejar información y saber cómo vivir con la mejor calidad de vida posible. Para ello es clave disponer de un espacio psicosocial donde poder relacionarse, contar con apoyo emocional y entrenar todos los aspectos dañados por la enfermedad.

De igual manera, las familias ante la aparición de una enfermedad mental viven una situación de incertidumbre y readaptación que no siempre resulta fácil. Para ello, necesitan también manejar información para conocer de forma objetiva qué son las enfermedades mentales, contar con pautas para su mejor manejo y comprensión y con apoyos para generar una actitud proactiva en la convivencia con el familiar que tiene una enfermedad mental.

En esta línea, los objetivos que debe perseguir cualquier intervención son conseguir un proyecto vital, integral e individualizado de la persona con enfermedad mental y sus familias, orientado hacia el futuro, con la mayor integración y normalización posible, fomentando e incidiendo al máximo en las potencialidades de estas personas y, logrando, en definitiva, mejorar su calidad de vida.

En esta línea, la Ley de Dependencia supuso un gran avance ya que empezó a reconocer a las personas con enfermedad mental una serie de derechos. Sin embargo, la Ley de Racionalización de Recursos conllevó, por un lado, la reducción de los grados de dependencia y, por otro, la desaparición del proyecto de desarrollo de servicios para personas valoradas con una dependencia de grado I donde se incluían, principalmente, muchas personas con enfermedad mental. De tal manera que muchos de los servicios destinados al colectivo no se pusieron en marcha (terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial/estimulativa y ocio y tiempo libre...).

Ante esta situación el marco de trabajo es la Ley de Servicios Sociales y, a pesar de que la ley evita hablar de colectivos, sí que figura expresamente el colectivo de personas con enfermedad mental visibilizándose expresamente en los siguientes recursos:

- Servicio o centro de día para personas con enfermedad mental crónica, de naturaleza socio sanitaria (2.2.1.)
- Servicio o centro ocupacional (2.2.2.)
- Centros residenciales para personas con enfermedad mental (2.4.3.)
- El servicio de apoyo a la vida independiente (2.7.2.1.)

En los capítulos siguientes se profundizará en las necesidades que presentan las personas con enfermedad mental y sus familias haciendo especial hincapié en las necesidades que no se están cubriendo de forma adecuada, prioridades y retos de futuro. En el siguiente apartado se analizarán los recursos del decreto de cartera, su gestión y las diferencias actualmente territoriales existentes. Posteriormente, se analizará el modelo de intervención para finalmente, profundizar en la coordinación con las administraciones públicas y organizaciones sociales.

2. EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

En este capítulo se reflexiona sobre las necesidades de apoyo que presentan las personas con enfermedad mental y sus familias. Para ello se identifican las necesidades que se están cubriendo de forma adecuada y aquellas a las que no se está dando respuesta o, en cuyo caso, debiera mejorarse. También se hace referencia a los colectivos prioritarios y a los retos de futuro a los que habrá que responder a medio o largo plazo.

2.1. AVANCES REALIZADOS

Apuesta por el enfoque comunitario desde la red de salud mental

En línea con el enfoque comunitario, en alguna red de salud mental se ha ido reduciendo el presupuesto destinado a los hospitales psiquiátricos, reduciendo plazas e invirtiendo en los recursos a nivel comunitario. Esto ha permitido que sin incrementarse las fuentes de financiación se hayan creado grupos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) con equipos multidisciplinares formados por personal de campos como la psiquiatra, medicina, profesionales de trabajo social y enfermería que están teniendo un gran éxito y un elevado nivel de satisfacción por parte de las familias ya que se han reducido las hospitalizaciones y se sienten mejor atendidos.

Unido al punto anterior, se está generando poco a poco una red de recursos comunitaria facilitando que la persona se integre en su comunidad y abandone los hospitales psiquiátricos de larga estancia.

Mejora de la atención psiquiátrica en los centros residenciales

Mejora de la atención psiquiátrica en las unidades de psicogeriatría de las residencias de mayores y en los centros residenciales para personas con discapacidad. Actualmente, los equipos de profesionales de psiquiatría están atendiendo a pacientes con enfermedad mental y demencias, que están alojados en centros residenciales.

Desde el ámbito social se ha aprobado el Decreto de Cartera y planes estratégicos

Desde el ámbito social se aprobó el Decreto de Cartera de Servicios Sociales, lo que supuso un acuerdo interinstitucional (Departamento de Políticas Sociales, las Diputaciones Forales y Eudel). Igualmente se ha realizado una labor de planificación con el Plan estratégico de los Servicios Sociales de la CAPV y se han realizado los planes estratégicos de la Diputación Foral de Araba y de Gipuzkoa, Bizkaia no ha realizado el plan estratégico.

Desde las entidades sociales se ha enfocado la atención hacia el modelo de calidad de vida

Desde las entidades sociales se ha enfocado la atención hacia el modelo calidad de vida, para ello las entidades sociales llevan tiempo con un enfoque de intervención con las personas apostando por la autonomía y decisión de las personas, en este sentido desde el movimiento asociativo de Fedefes se ha invertido en formación e investigación sobre el modelo calidad de vida.

Ampliación de la perspectiva de intervención

De tal manera que no toda persona que tiene una enfermedad mental tiene que ser atendida desde un recurso específico para salud mental sino que se valora previamente cuál es su recorrido anterior, donde encaja en mayor medida y cuál es su deseo.

2.2. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Continuar avanzando en el enfoque de calidad de vida y planificación centrada en la persona

Se sigue estructurando la intervención por colectivos concretos y no en base a las necesidades de las personas. Es preciso cambiar la mirada ya que partimos de un modelo en el que algunas personas cuando abandonan el hospital psiquiátrico son derivadas a los servicios residenciales. Sin embargo, este modelo de atención no es compatible con los enfoques de calidad de vida y planificación centrada en la persona, ya que si realmente se apuesta por potenciar la autonomía de las personas y que las personas decidan por sí mismas hay que creer en sus capacidades. Sin embargo, a pesar de los avances realizados, todavía existe un volumen significativo de personas con enfermedad mental que permanecen en centros residenciales. Unido a esto, la oferta de recursos tiene que ser mucho más flexible, con un enfoque comunitario y a la carta, con profesionales que realicen apoyo individualizado.

Romper la barrera de la discriminación debido al estigma social asociado a la enfermedad mental

Continúa existiendo discriminación hacia las personas que sufren enfermedad mental basada en un prejuicio hacia lo que es "diferente", hacia lo que no podemos "encajar" nuestro modo de pensar y tiene su origen, fundamentalmente, en el desconocimiento de la enfermedad mental.

El estigma continúa siendo una de las barreras invisibles que las personas con enfermedad mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación personal e inclusión social sea posible.

Dada la relevancia de trabajar este asunto se está impulsando la creación de un grupo de trabajo para combatir el estigma de forma similar a como se ha venido trabajando

con el colectivo de personas mayores iniciando un trabajo de concienciación de la ciudadanía hacia la enfermedad mental.

Para poder afrontar este reto es imprescindible el papel de la sociedad en su conjunto y de los medios de comunicación en particular, mediante guías de estilo para una mejora en la transmisión de la situación de las personas con enfermedad mental, sus necesidades, sus capacidades y su papel como ciudadanas de pleno derecho. Unido a esto parece imprescindible la necesidad de estrategias políticas para erradicar el estigma asociado a las enfermedades mentales, desde el movimiento asociativo vasco de Fedefes se lleva tiempo reclamando dicha estrategia mediante la puesta en marcha de una mesa de trabajo interinstitucional sobre el estigma y discriminación asociada a la enfermedad mental que analice y planifique acciones para la inclusión social de las personas con enfermedad mental.

Reforzar y adaptar los recursos sociales y sanitarios a las necesidades de las personas

El modelo de atención sanitaria está cambiando. Se han modificado los criterios de ingreso en las unidades de agudos y la derivación a media y larga estancia se ha modificado reduciéndose la temporalidad de los ingresos. Cuando la persona ingresa en urgencias psiquiátricas, tras recibir el tratamiento, en muchos casos se realiza una devolución inmediata al centro residencial o a su domicilio con la familia cuando el diagnóstico realizado es un trastorno de conducta pasajero. Como consecuencia de ello se produce un deterioro de la convivencia en el centro, o en el ámbito familiar, al ser tan limitada la intervención sanitaria. Y, estas situaciones se dan con relativa habitualidad. La razón se debe, principalmente, a problemas de protocolo sanitario que determina, generalmente, que salvo la existencia de un trastorno de personalidad contrastado se indique que se trata de un trastorno de conducta pasajero lo que implica que la persona es estabilizada y en horas se deriva a su domicilio o centro residencial como consecuencia de ello el volumen de ingresos psiquiátricos es muy reducido. Sin embargo, desde el sistema sanitario, en estos casos, no se ofrece otro tipo de atención (atención domiciliaria, apoyo y coordinación) que pudiera apoyar a los recursos sociales o a las familias.

Este reajuste en el modelo de intervención que está llevando a cabo el sistema sanitario no es paralelo a la creación de una red de recursos comunitarios. Si bien en su día se creó una red comunitaria para externalizar a personas que llevaban muchos años institucionalizadas y tenían un perfil determinado, actualmente, los servicios sociales no tienen capacidad de absorber la demanda y por parte del sistema sanitario debiera establecerse coordinaciones y apoyos que no se están dando.

Mejorar la respuesta a las necesidades de las personas con trastornos de personalidad y consumos

Actualmente, la atención se dirige principalmente a las personas con trastorno mental crónico y grave que proceden de un contexto normalizado. Sin embargo, el perfil está cambiando. Ahora la población que llega a la sección de salud mental mayoritariamente son personas con trastornos de personalidad y consumos (patologías duales), algunas con edades muy jóvenes, que tienen muchas dificultades

para realizar un proceso de inserción laboral y tampoco encajan en las unidades residenciales socio sanitarias. Como consecuencia de ello las personas con trastornos de personalidad y conducta en ocasiones son atendidas en recursos dirigidos para personas en situación de exclusión con las limitaciones que ello supone.

Añadido a esto, los recursos actualmente existentes en el sistema de salud en relación a los trastornos de personalidad son deficitarios, sería necesario la puesta en marcha en el ámbito sanitario de una unidad de trastorno de personalidad en cada territorio histórico, y sobre todo es necesario formación a las personas profesionales en la atención a estos trastornos se detecta falta de especialización de las y los profesionales. Y en el ámbito social quizás no sean necesarios recursos específicos sino una visión multidisciplinar centrada en la persona, manteniendo a las personas profesionales referentes.

Potenciar la prevención y la atención de la población infanto juvenil

Aunque las organizaciones que trabajan con el colectivo de personas con enfermedad mental vienen realizando un trabajo de carácter preventivo en los centros escolares, es necesario reforzarlo e implicar al Departamento de educación ya que es el agente que debiera liderar en mayor medida el trabajo de la salud mental en los colegios tanto de la prevención como del abordaje de casos cuando se encuentran con menores con trastornos de conducta o enfermedad mental. Por ello se plantea la necesidad de valoraciones multidisciplinarias desde los Berritzegunes.

El trabajo en salud mental infanto-juvenil es clave porque implica que podemos evitar desarrollar posteriormente otro tipo de trastornos o, en su caso, mantener a los y las jóvenes en su entorno durante más tiempo y mejor atendidos. Sin embargo, el esfuerzo que se está dedicando es reducido.

Asimismo, debe existir mayor continuidad en la transición de infancia a edad adulta. Lo socio sanitario es aquí fundamental para tener un enfoque de visión de conjunto familiar y ordenar en mayor medida la intervención.

Unido a esto, hay que dar respuesta a la población adolescente consumidora (patologías duales), promover una intervención precoz con adolescentes que consumen alcohol, cannabis y otras drogas por el riesgo que conlleva a sufrir problemas de salud mental, intervención que debe realizarse en los diversos ámbitos, educativo, social, atención primaria, salud mental. Es uno de los retos en el que ya se está trabajando como es el caso del trabajo con alcohol y menores (no sólo de la red de salud mental).

En la actualidad existen tres centros terapéuticos educativos en la CAV (UTE), uno en cada territorio, con financiación de los Departamentos de Sanidad y Educación del Gobierno Vasco, y personal perteneciente a ambos. En ellos se atienden a menores hasta los 16 años con problemática relacionada con la salud mental que no pueden cursar sus estudios dentro de una escolarización normalizada, durante un tiempo límite de año y medio. La creciente demanda hacia estos centros hace necesaria un aumento del número de plazas o la creación de nuevos recursos de estas características.

Desde el sistema sanitario sería necesaria la creación de hospitales de día en los tres territorios destinados a la población infanto juvenil, así como la puesta en marcha de

programas para los primeros episodios psicóticos. Recientemente en Araba se ha puesto en marcha el hospital de día infanto juvenil, siendo necesario en Gipuzkoa y en Bizkaia

Existe riesgo de judicialización del abordaje de adolescentes con trastornos de conductas que pueden ser considerados como “menores infractores”, con lo que supone de estigmatización y falta de tratamiento adecuado. Por ello es importante reforzar la atención.

Se considera importante una visión específica y con criterios homogéneos en los recursos de ocio y tiempo libre.

Dada la necesidad de trabajar la prevención desde diversos ámbitos, es importante la formación de las personas profesionales que desarrollan su labor profesional en este ámbito.

Es importante también en el caso de menores el apoyo e intervención con la familia, en este sentido en Asafes están desarrollando un programa de atención a familias de menores con enfermedad mental.

Ofrecer recursos de apoyo a las personas de edad madura con trastorno mental grave que viven con sus padres y/o madres

Es importante adelantarse a las futuras necesidades de las personas con trastorno mental grave que permanecen en sus domicilios conviviendo con sus padres y/o madres con edades muy avanzadas. Es preciso vincular a estas personas con su entorno comunitario y empoderarlas para que sean capaces de permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible dotándolas de apoyos y recursos para ello.

En aquellos casos en los que la única opción sea la residencialización, será necesario crear espacios específicos en las residencias de mayores, ya que se entiende que son itinerarios diferentes y que la oferta debiera ser mayor y más adecuada. En todo caso el objetivo es que la persona permanezca en su domicilio el mayor tiempo posible con los apoyos que precise y para ello hay que dotarles de recursos

Dar respuesta a las personas sin diagnóstico de enfermedad mental

El primordial déficit con el que se encuentra el equipo de profesionales de servicios sociales es que la red sanitaria especializada no considera paciente a aquellas personas que, pudiendo tener una enfermedad mental, no son conscientes de la misma o no la aceptan por lo que no acuden voluntariamente a los centros de salud mental. De igual manera, muchos de los recursos sociales exigen un diagnóstico de enfermedad mental.

Esta situación provoca que haya personas con enfermedad mental que no disponen del tratamiento médico preciso ni pueden acceder a recursos sanitarios, sociales, formativos, laborales, ocupacionales,...Y, por consiguiente, no pueden desarrollar su proyecto integral vital de vida sufriendo el riesgo de vivir una situación de exclusión social. Parece necesario que en estos casos el sistema sanitario sea más proactivo y se acerque a estas personas mediante equipos de TAC o ambulantes o bien psiquiatría

de calle, en su caso, y que por parte de los servicios sociales se flexibilicen ciertos servicios que puedan servir de vínculo con estas personas.

Crear recursos de apoyo específicos para jóvenes con enfermedad mental

Los actuales recursos, como centros de día o de rehabilitación psicosocial, no responden a las necesidades de las personas jóvenes porque están dirigidos a un público de mayor edad por lo que tendría que haber centros de atención precoz para mayores de 18 adaptados a sus necesidades y con mayor flexibilidad para facilitar el vínculo así como otros servicios de apoyo para personas jóvenes y ello aunque no tengan declaración de dependencia y no exista un diagnóstico claro de enfermedad mental.

Incorporar la perspectiva de género en los servicios

En base al *"Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres en FEDEAFES"* elaborado por la propia federación se puso de manifiesto el escaso empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental, así como la sobreprotección ejercida por las propias familias. En esta línea, es clave sensibilizar a las familias para que se den cuenta de la importancia que tiene favorecer la participación social de sus hijas haciendo especial incidencia en el empleo.

Por otro lado, también se detectó que *"los servicios y programas dirigidos directamente a personas con enfermedad mental atienden de media al doble de hombres que de mujeres"*. A su vez, históricamente, en las listas de espera, siempre ha habido más hombres que mujeres y esto es debido a que las mujeres han encontrado un hueco más acorde y funcional en la familia realizando las tareas del hogar. Hay que trabajar en mayor medida con las familias para que las mujeres con trastorno mental grave incrementen la participación social y facilitar así el empoderamiento de las mujeres. Esto es especialmente importante en las personas adultas ya que se ha constatado que las mujeres tardan mucho más tiempo en pedir ayuda. Habitualmente, cuando el caso llega a los servicios sociales está muy cronificado.

En relación a los servicios se detectaba, en el citado estudio, que prácticamente todos los servicios están diseñados para los hombres con un patrón muy masculino, basado en aspectos normativos, sin contemplar el tema de la conciliación familiar... Es importante, por tanto, diseñar servicios mixtos dirigidos tanto a hombres como a mujeres donde la atención sea individualizada.

Para poder responder a esta creciente necesidad, se plantea la importancia de trabajar a nivel grupal con mujeres con características comunes como por ejemplo madres solas. También es importante contemplar las terapias personalizadas.

Así mismo, se deberá contemplar la discriminación de los datos que se obtienen tanto en los diagnósticos como en la atención en los recursos desde una perspectiva de género, para tener mayores certezas respecto a esta situación.

Finalmente, se aporta la necesidad de realizar seguimientos e investigación sobre las mujeres embarazadas con posibles patologías mentales, de cara a conocer la repercusión que tiene en el feto, la búsqueda de alternativas y la formación sobre el mito de la maternidad. Se considera necesario que desde el sistema sanitario se establezcan unidades de psiquiatría perinatal de apoyo a mujeres con trastornos mentales que se quedan embarazadas e igualmente que tengan un seguimiento y

apoyo psicológico en el postparto y la crianza, en otras comunidades autónomas han puesto en marcha servicios de apoyo para estas mujeres.

Otro ámbito que ha sido investigado por Fedeaefes y sus asociaciones ha sido el estudio *Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental* que ha puesto de manifiesto la enorme vulnerabilidad que tienen frente a la violencia las mujeres con problemas de salud mental y las cifras elevadas, así como la necesidad de ajustar los servicios de atención a mujeres que sufren violencia a las necesidades de estas mujeres, especialmente las casas de acogida y el apoyo psicológico especializado, y la necesidad de crear mecanismos de coordinación y apoyo entre estos servicios y salud mental.

Ajustar los servicios y la intervención a los casos con multiproblemáticas

Un error habitual suele ser que prácticamente todos los servicios están dirigidos a personas que únicamente tienen una discapacidad, o se encuentran en situación de exclusión, o de violencia de género, etc. Sin embargo, la realidad es muy diferente. Cada vez nos encontramos con más problemáticas añadidas a la enfermedad mental. Cuando existen grados de dependencia elevada en los que a una enfermedad mental se añaden otros como consumo de sustancias tóxicas, VIH, discapacidad física y/o psíquica, violencia de género y/o doméstica surgen las dificultades ya que no existen recursos adaptados para estas situaciones.

Esto requiere cambiar la forma de trabajar y disponer de personas especializadas en materias muy diversas porque el camino no puede ser crear múltiples dispositivos específicos sino dispositivos transversales atendidos por personas con diferentes especialidades. El problema es, fundamentalmente, de falta de recursos y formación para ello.

Incrementar el ratio de profesionales/personas usuarias

El ratio de profesionales/personas usuarias en los servicios tanto sociales como sanitarios es reducido tanto en atención primaria como en atención secundaria. Las personas con enfermedad mental requieren de un tiempo de atención profesional y esto no es tenido en cuenta. Esta situación conlleva una merma en la calidad de la atención prestada dada la sobrecarga de trabajo que supone para las personas profesionales.

2.3. COLECTIVOS PRIORITARIOS

Aunque las necesidades son muchas, los colectivos con los que prioritariamente es preciso intervenir a medio y largo plazo son:

- Menores, como se ha indicado anteriormente es necesario potenciarla prevención y atención de la población infanto-juvenil, y en especial de menores con dificultades que proceden de los sistemas de justicia juvenil y de los servicios de desprotección infantil. Hay que hacer una reflexión respecto a la trayectoria de vida de estas personas jóvenes y cuando llegan a la mayoría de edad cuales son los recursos más adecuados. Para este colectivo se debieran abrir nuevas vías de trabajo, por ejemplo en el domicilio, ya que las UTEs solo atienden los casos más graves.
- Personas jóvenes mayores de 18 años sin diagnóstico de enfermedad mental. El decreto de cartera siempre hace referencia a la existencia de un diagnóstico médico y éste es uno de los mayores vacíos actualmente existentes en lo que a atención se refiere. Es necesario flexibilizar los requisitos en estos tramos de edad y disponer de recursos con capacidad de establecer vínculos con estas poblaciones jóvenes.
- Personas con trastornos de personalidad graves, algunas con serias dificultades para vivir en grupo, en las que un recurso residencial no se adecúa a este perfil de personas. Habría que valorar otras formas de atenderlas tomando como referencias modelos alternativos como *housing first* y articulando apoyos pero sin vivir en grupo.
- Personas con edades entre 50 y 64 años o incluso con edades superiores que necesitan de un recurso residencial pero al ser autónomos o contar con una valoración de dependencia de grado I son atendidos en los servicios sociales de base municipales. Esta situación es debida a que no existen suficientes recursos residenciales (viviendas o centros residenciales) para ellas y un centro residencial para personas mayores no es lo más adecuado ya que la edad media de las residencias es de 80/85 años y tienen un alto nivel de dependencia. Es importante destacar que este colectivo de personas mayores, en ocasiones se encuentra en recursos que no cubren sus necesidades, o que ocupan plazas para otras personas con un perfil más acorde a ese recurso. Es necesario profundizar sobre este ámbito y valorar recursos específicos que se puedan ajustar a sus necesidades.
- Personas que residen en su domicilio y necesitan de apoyo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria evitando tener que acudir a un centro residencial.
- Mujeres con problemas de salud mental, para aumentar su participación social, para ello será necesario recursos con perspectiva de género en los ámbitos de intervención tanto en los sociales como sanitarios mediante el enfoque de género en la intervención, sin olvidar la atención adecuada en los casos de violencia de género, así las entidades de Fedeaefes ya trabajan en esta línea en

la organización de talleres específicos y la elaboración de planes de igualdad dentro de las entidades.

- Personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión. Lo primero que debe indicarse es que no es el lugar adecuado para una persona con enfermedad mental, la mayoría está más por una cuestión de falta de apoyo y de exclusión social, así como por la falta de recursos. Es necesario recursos para estas personas que no tengan que estar en prisión, otra cuestión importante es la dificultad para conseguir plaza en recursos normalizados y la falta de agilidad a la hora de conceder una plaza. Se trabaja un proceso de recuperación en prisión pero si no se da una respuesta ágil con recursos de apoyo fuera de prisión es muy difícil que la persona pueda seguir adelante, una vez sale de prisión.

2.4. NUEVOS RETOS

De cara a la implementación de nuevos retos a abordar, se debe tener en cuenta que el ámbito más importante desde el que se debe trabajar es el referido a la sociedad en su conjunto y a la comunidad en particular, y por lo tanto deben ser los marcos desde los que llevar a cabo las principales líneas de avance. El segundo ámbito importante que ha aparecido es aquel que señala a las instituciones públicas, tanto de competencia municipal como foral y por lo tanto se reclama una responsabilidad hacia ellas para la puesta en marcha de mejoras en la atención. En tercer lugar aparecen las entidades que trabajan con personas con enfermedad mental, quienes también deberán asumir un liderazgo y papel en las acciones que se planteen.

A medio y largo plazo es preciso avanzar en el trabajo en determinados ámbitos como la prevención de los suicidios, la atención a personas inmigrantes y determinados servicios como la atención psiquiátrica de calle, las competencias laborales de las personas con enfermedad mental y los programas de apoyo a la comunidad y progresar en la cofinanciación de los servicios. Para esta línea preventiva también es necesario el trabajo con la Ertzantza y las policías locales, sanidad, educación y justicia.

Potenciar líneas de intervención para prevenir los suicidios

Es un ámbito de trabajo que es necesario reforzar porque los avances han sido escasos. En esta línea, avance importante del último año ha sido la realización de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi, liderado por el departamento de salud en un grupo interinstitucional e interdepartamental, y con otros agentes en el que han participado representación de salud, servicios sociales (coordinadoras sociosanitarias de diputaciones y dirección servicios sociales de gobierno vasco), y las asociaciones de personas afectadas por suicidio de un familiar y también ha participado Fedefes, además de la Ertzaintza, educación etc. Es importante que ahora se avance en el impulso de esta estrategia, ya que un porcentaje mayoritario de los suicidios son de personas con algún problema de salud mental.

Mejorar la atención a las personas inmigrantes con enfermedad mental

Aunque no existen estudios específicos sobre el volumen de personas inmigrantes con enfermedad mental se ha detectado que en el programa de primeros episodios psicóticos hay muchas personas menores inmigrantes no acompañadas a las que es difícil garantizar el seguimiento del tratamiento médico ya que muchas de ellas se encuentran en situación de exclusión residencial. Es necesario incorporar profesionales con conocimiento de diferentes idiomas para facilitar la realización del diagnóstico e impulsar acciones como formación específica sobre enfermedad mental e inmigración a las personas que trabajan en salud mental de cara a incorporar algunas claves culturales.

Potenciar en mayor medida la atención psiquiátrica de calle

Por parte de la Dirección de Servicios Sociales y del Departamento de Salud existe un creciente interés en trabajar en psiquiatría de calle con personas sin hogar ya que se estima que el 30% de las personas sin hogar tienen una enfermedad mental y problemas añadidos de consumos y patologías asociadas,... En esta línea, se está realizando formación con el personal sanitario y la Ertzaintza para atender adecuadamente a las personas sin hogar. Sin embargo, la dotación de equipos en los TAC (Tratamiento Asertivo Comunitario) continúa siendo escasa e incluso en algunos territorios como Araba y Gipuzkoa no existe la psiquiatría de calle por lo que no se llega a muchas de las personas con enfermedad mental en esta situación.

Realizar una clara apuesta por reforzar las competencias sociolaborales

Hay que continuar trabajando en esta línea porque es muy importante la orientación laboral en lo ocupacional ya que llega mucho más a las personas jóvenes. Trabajar desde lo laboral pero con baja exigencia y no vinculado obligatoriamente a la inserción laboral sino que permita ir empoderando a la persona y aportándole una visión más rica de sí mismo. Es importante la flexibilidad en los procesos de ida y vuelta en este ámbito ocupacional.

Impulsar los programas de apoyo a la comunidad

Hay personas con disponibilidad de vivienda pero que requieren de apoyos en el domicilio para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria. En esta línea en Gipuzkoa, por ejemplo, se está desarrollando un programa piloto en el que un equipo de educadores y educadoras a domicilio apoyan a la persona en su realización de actividades de la vida diaria y en su inserción social. Disponen asimismo del soporte de una persona profesional de la psicología.

Por otro lado, es clave también dotar de formación en el tratamiento de personas con enfermedad mental a los servicios de ayuda a domicilio.

También se reclama que dentro de las políticas de vivienda exista un tratamiento concreto hacia las personas con enfermedad mental o incluso un SAD (servicio de apoyo a domicilio) específico para ellas, porque la finalidad sería que pudiesen realizar el "salto" a una vida independiente.

Progresar hacia la cofinanciación de los servicios

Es preciso empezar a trabajar en la cofinanciación de los servicios y buscar vías de cofinanciación de servicios como las Unidades Residenciales Socio sanitarias (URSS) que son financiadas íntegramente por el ámbito foral de servicios sociales y que debieran ser cofinanciadas por el departamento de salud, al igual que ocurre con el personal sanitario de las residencias de personas mayores.

Uno de los principales problemas para avanzar en la cofinanciación de los servicios socio sanitarios es el coste/hora inferior de los servicios privados respecto a los de Osakidetza. Además, existen diferencias de coste/plaza entre los diferentes territorios en función de la titularidad pública o privada. Unido a esto, existe un problema de prescripción ya que, normalmente, el número de horas de atención de cualquier servicio sanitario es inferior a la demanda de las familias y de las propias asociaciones que trabajan con el colectivo.

Otro reto al que hay que hacer frente es el perjuicio que supone el copago para una persona con enfermedad mental que cuando abandona un centro hospitalario psiquiátrico que es totalmente gratuito y accede a una mini residencia tiene que asumir el copago que le corresponda.

Otro aspecto a tener en cuenta si se implantara el copago en los servicios socio sanitarios es que, en la actualidad, el copago se financia de forma distinta por servicios sociales y por el sistema sanitario. Así, a nivel macro el copago total que realizan los servicios sociales de cualquier diputación siempre es menor que el que efectúa el sistema sanitario. Ya que servicios sociales financia el 50% del copago y salud financia el 50% del coste total del servicio porque las personas usuarias no financian nada y habría que reflexionar sobre cuál es la forma más adecuada. Además, en las comunidades terapéuticas se encuentra el problema añadido de que son financiadas íntegramente por salud y muchas de estas personas no disponen de ayudas por lo que habría que valorar si en estos casos la persona tiene que asumir o no el copago.

En cualquier caso se considera desde Fedeaefes que las personas no tiene que pagar por los apoyos que reciben para alcanzar la igualdad de oportunidades debido a su enfermedad, discapacidad o dependencia.

Trabajar con el colectivo de menores desde la prevención

Para poder revertir las situaciones relacionadas con la salud mental con este colectivo se considera imprescindible trabajar la promoción de la salud desde la prevención. Ello facilitaría que el proceso de intervención pudiera ser más rápido.

En la misma línea, serán importantes las políticas concretas de promoción de la salud mental desde aspectos como la resiliencia, la buena crianza, la disminución del estrés...con políticas de conciliación, cursos prepartos, detección de embarazos de riesgo, la atención temprana y en definitiva, la implicación de las familias. Todo ello ayudara a mitigar los efectos de los actuales contextos sociales que se perciben de manera estresantes, el avance de las tecnologías y sus efectos, las altas expectativas como ciudadanía y la falta de respuestas claras a las nuevas realidades sociales.

Mejorar la atención específica en las zonas rurales

El trabajo en las zonas rurales se debiera atender principalmente en el territorio de Araba, aunque en algunas zonas de Bizkaia como las Encartaciones, Orduña u Orozko también será necesario. De igual manera, encontramos en Gipuzkoa algunos núcleos como El Alto Deba o Mondragón que requieren de una atención concreta. Para estas zonas se debieran poner en marcha lanzaderas de tratamiento asistencia, con una mayor flexibilización entre los territorios que facilitara el que las personas pudieran acudir al centro que se encuentre más cerca de sus domicilios. Ese acceso también pasa por una mejora en cuanto a los medios de transporte o el transporte a domicilio en un intento de no desarraigarlas. Para este último objetivo son importantes los equipos ambulantes de atención, acercando los equipos especializados a la atención primaria.

Atender el envejecimiento de las personas con enfermedad mental

Las personas con enfermedad mental con edades avanzadas suelen quedar fuera de los recursos de tercera edad porque obtienen poca puntuación para entrar en las residencias públicas, y sin embargo, las personas que se encuentran ya en recursos de alojamiento continúan en ellos porque no se les puede dejar fueran con más de 65 años, como sucede en Bizkaia. La falta de preparación *ad hoc* de las y los profesionales dificulta la atención a este colectivo aunque en Gipuzkoa, por ejemplo, existe el recurso de psicogeriatría en las residencias.

Para paliar esta situación existen dos tendencias: aquella que apuesta por la creación de recursos específicos (centros de día o programas psicosocioeducativos...) y otra que defiende que los recursos para la tercera edad se adapten a las personas con enfermedad mental mediante actividades específicas para ellas.

En cualquier caso, dentro de un enfoque comunitario, se debiera facilitar la atención en sus domicilios incluyéndolas dentro de la corriente del envejecimiento activo.

Investigar e innovar en la atención a las personas con enfermedad mental

Trabajar la innovación y la investigación en torno a la enfermedad mental para mejorar la atención a las personas afectadas, la planificación de necesidades y la definición de recursos pertinentes, tanto desde las administraciones públicas como desde las entidades, basándose en las evidencias.

Dentro de este apartado se señala concretamente la importancia de investigar los efectos secundarios de la medicación que toman las personas con enfermedad mental y alternativas a ella como puede ser el apoyo psicológico. Aunque se consideran alternativas positivas el hecho de tener trabajo, el deporte, tener una red de apoyo social saludable, no se puede obviar que en los casos más graves se prescribe medicación.

Se considera necesario que la investigación e innovación en relación a las personas con problemas de salud mental tenga sesgo de género para poder adecuar la atención a las necesidades de hombres y mujeres.

Se considera imprescindible la formación en nuevas tecnología en la línea de innovar las herramientas que se pueden utilizar en la atención a las personas con problemas de salud mental.

Poner en marcha la figura de agente de apoyo mutuo

Fomentar la línea de agentes de apoyo mutuo remunerados en las entidades, canalizando el potencial de las personas que van asumiendo el rol de apoyo a compañeras y compañeros. De esta manera se podría oficializar su figura mediante la contratación y la formación específica. En esta línea, en Gipuzkoa a través de Agifes se está desarrollando un proyecto piloto, al igual que la Fundación Argia en Bizkaia.

3. EN RELACIÓN A LA OFERTA DE RECURSOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA CAPV

3.1. ANÁLISIS DE LA OFERTA ACTUAL

En general, existe un incremento progresivo en las administraciones públicas de la partida presupuestaria destinada a servicios sociales, constituyendo ya casi el 50% del total. A grandes rasgos, el territorio que cuenta con mayor número de recursos dirigidos a personas con enfermedad mental es Gipuzkoa. No obstante, no se puede generalizar ya que depende sobre todo del colectivo objeto de atención. Así, por ejemplo, en Servicios Sociales dirigidos a personas mayores con enfermedad mental quizás sea Bizkaia la que dispone de menor oferta.

En lo relativo a las diferencias en la oferta de recursos dirigidos a las personas con enfermedad mental, señalar, que en Araba y en Gipuzkoa no existen equipos sanitarios de calle que son las y los profesionales que se acercan a las personas con enfermedad mental que de otra manera no llegarían a la red de Osakidetza. Éste es un déficit importante. Unido a esto, en general, las zonas rurales al estar siendo atendidas en menor medida, lo que está ocurriendo es que las bolsas de exclusión se están ubicando en las grandes ciudades.

En general, los servicios más significativos se han incluido en el decreto de cartera, aunque no se deben obviar algunos como la prestación de atención psicológica o el ocio que también son fundamentales y no se contemplan, siendo imprescindible visibilizar la demanda y la posible financiación a través de convenio con Osakidetza. No obstante, hay algunos servicios que se han incorporado y no existen en la actualidad. Tal es el caso del 2.3.1. Centro de Noche para atender necesidades derivadas de limitaciones de autonomía.

Asimismo, hay servicios que en la actualidad están incluidos dentro de otros servicios como modalidad pero podrían ir surgiendo cosas nuevas que, tal como se recoge la ley, tras un periodo experimental de dos años pudieran ser incluidos en el Decreto de Cartera. Por ejemplo, el modelo *housing first* para personas en situación de exclusión podrá incluirse en un futuro en cartera.

En este sentido, se detectan situaciones de inequidad ya que una persona con diferentes trayectorias accede a distintos recursos. Así, cuando una persona accede a un recurso de discapacidad tiende a estabilizarse mientras que en un recurso de inclusión se accede para programas temporales.

A continuación se analizan los diferentes servicios tanto de competencia municipal como foral, destacando la necesidad de que los servicios de competencia municipal continúen trabajando desde la cercanía, accesibilidad y agilidad y aquellos de ámbito foral desde la transparencia y flexibilidad como características primordiales. En cualquier caso, se reclama la necesidad de homogeneizar el Decreto de Cartera en los tres territorios.

Servicios de competencia municipal

Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial (1.3.)

El servicio no está destinado expresamente a personas con enfermedad mental por lo que el acceso se puede realizar por ser personas en riesgo de exclusión social o riesgo de dependencia. Los servicios de intervención psicoeducativa y psicosocial municipales son fundamentales para la prevención de la exclusión y de la dependencia y pueden ajustarse a las necesidades de algunas personas con enfermedad mental con lo que debieran potenciarse como apoyos para que la persona pueda continuar en el ámbito comunitario.

Servicio de apoyo a personas cuidadoras (1.4.)

El servicio de apoyo a personas cuidadoras pese a que el decreto de cartera no establece límites de edad, en algunos territorios como Araba el acceso está restringido a personas dependientes mayores de 65 años. Por lo que las y los cuidadores que forman parte de la red sociofamiliar de personas con enfermedad mental con edades inferiores a los 65 años no pueden acceder a este servicio. Sin embargo desde las asociaciones del movimiento asociativo de Fedeaefes se ofrece información, orientación y formación (prestaciones contempladas en este servicio en el Decreto de Cartera) a las personas cuidadoras de personas con enfermedad mental.

Servicios de atención diurna (1.7.)

Los servicios de atención diurna están dirigidos a personas mayores en riesgo o situación de dependencia Grado I o a personas en situación de exclusión social por lo que las personas con enfermedad mental con edades inferiores a 65 años tendrían que acceder por la vía de personas en situación de exclusión social. Esto limita poder trabajar con estas personas la prevención para que no lleguen a encontrarse en una situación de exclusión social especialmente en las zonas rurales ya que, por ejemplo, en la zona rural alavesa existe un espacio de inclusión social que sólo funciona dos días a la semana (miércoles y viernes, de 9h – 13h) y es claramente insuficiente para atender a las necesidades del grupo formado por personas en su mayoría con enfermedad mental.

Servicios de alojamiento/vivienda tutelada para personas en riesgo de exclusión (1.9.2.)

Al igual que ocurre con el resto de servicios no se dirigen a las de personas con enfermedad mental y con necesidad de una alternativa al domicilio por lo que las personas con enfermedad mental únicamente podrían acceder a un recurso de estas características por la vía de riesgo de exclusión social. Además, no existe un recurso de estas características en alguna zonas rurales de Araba.

Servicios de alojamiento para personas mayores (1.9.3. y 1.9.4.)

En la actualidad existen viviendas comunitarias ubicadas en zonas rurales que no tienen servicio nocturno y el ratio de personal es insuficiente para el desempeño de las funciones que tienen asignadas, así como ofrecer una atención adecuada a las necesidades que presentan las personas usuarias de este recurso. Por otra parte, la derivación a un recurso de mayor intensidad genera largos procesos burocráticos por lo que, en ocasiones, la persona usuaria tiene que buscar alojamiento alternativo en la red privada siempre que su situación económica se lo permita. En caso contrario, son las y los profesionales del recurso y el Servicio Social de Base correspondiente, quienes afrontan la “carga generada” por una persona con una nivel de dependencia superior para la que el recurso está dotado.

Servicios de competencia foral

Servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección (2.1.)

La valoración de la dependencia en muchos casos no ha favorecido a las personas con enfermedad mental ya que genera derechos a los que no pueden acceder porque están valoradas como grado de dependencia I o incluso como autónomas. Esto es debido a que la valoración se centra en mayor medida en la dependencia física y no recoge los ítems necesarios para la valoración de las personas con enfermedad mental. El endurecimiento de la valoración de dependencia es una queja muy general por parte de todos los colectivos ya que hay muchas personas que se quedan fuera. En cualquier caso, es necesario que la valoración de la dependencia se adapte a las diversas situaciones que presentan las personas con enfermedad mental.

Asimismo, para realizar la valoración de discapacidad se precisa de un informe diagnóstico de salud mental pero en muchas ocasiones las personas se niegan a acudir al centro de salud mental por lo que se cierra la puerta para el acceso a los recursos y prestaciones a los que pudiera tener derecho. En cualquier caso, es importante que estas baremaciones se hagan con un enfoque centrado en la enfermedad mental, con recursos destinados específicamente a la adaptación de las herramientas, así como profesionales especializados.

Destacar, por otra parte, que cuando se trata de casos de enfermedad mental diagnosticados como estables y en los que no se prevé un cambio significativo sería necesario no realizar una revisión continua de la discapacidad.

Servicio o centro de día para personas con enfermedad mental crónica (2.2.1.)

En relación a los servicios y centros de día también se considera que es preciso cambiar el modelo de funcionamiento. En la actualidad, el centro de día para personas con enfermedad mental es un modelo muy similar al de personas mayores. El decreto de cartera, de hecho, hace referencia a “servicio o centro de día” y, en esta línea, una persona puede acudir al centro para recibir algunas prestaciones concretas (comida, realización de actividades,...) pero no debe tratarse de un servicio en el que la persona permanece todo el día. Esto requiere que los modelos sean más flexibles y dinámicos, con personal suficiente y con conocimiento en modelos de intervención centrados en la persona.

Por otra parte, se detecta necesidad de plazas en centros de día para personas con enfermedad mental y gran discapacidad física dirigidos a personas menores de 65 años. Unido a esto, en la red privada, nos encontramos que los recursos a día de hoy no están preparados para atender a este colectivo por lo que aunque a la persona le pudiera corresponder la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) el recurso no respondería adecuadamente a las necesidades de la persona.

En las zonas rurales el acceso a las plazas de centros de día se hace inviable, al no existir medio de transporte para poder acceder a los recursos por lo que el coste generado se hace muy gravoso para las economías de estas personas. Sin embargo, el Decreto de Cartera establece el transporte como prestación de servicios sociales en los casos de dificultades de acceso al centro por transporte público.

Por otra parte, desde la red de salud mental se está intentando que cada Centro de Salud sepa en qué centro de día tiene a las personas que atiende para que se puedan llevar a cabo intervenciones grupales mixtas.

Mencionar respecto a Araba, que en la zona de Ayala no existe este recurso y se considera necesario.

Servicio o centro ocupacional (2.2.2.)

Los centros ocupacionales son una buena apuesta hacia una inmersión laboral siempre y cuando el centro ocupacional tenga un camino de ida y vuelta que se base en las capacidades y en los deseos de las personas. Esto supone que una persona no tiene que permanecer todo el tiempo en el centro ocupacional sino que habrá momentos en los que acceda a un empleo protegido o un empleo ordinario con apoyos y momentos en los que no podrá estar en un centro ocupacional y tendrá que estar en un centro de día. Y si estamos pensando en realizar itinerarios, el itinerario tendrá avances y retrocesos y debe ser, por tanto, muy flexible.

También incluye la prestación de transporte adaptado cuando resulte necesario por las dificultades de acceso al centro por transporte público, lo que permitiría también acercar este servicio a personas de las zonas rurales.

Dentro de este aspecto socio laboral, se deberían reservar plazas y adaptar el temario dentro de la oferta pública de empleo. También existe la reclamación de adaptar la formación, en concreto, los certificados de profesionalidad. Todo ello debería ir

acompañado de formación para las personas profesionales y compañeras en los respectivos puestos de trabajo.

También es importante trabajar en la línea de dedicar espacios a descubrir los talentos y las capacidades de las personas con problemas de enfermedad mental para enlazarlo con el aspecto laboral.

La oferta es insuficiente en los tres territorios.

Centro residencial para personas con enfermedad mental (2.4.3.)

En relación a la oferta de servicios o centros residenciales nos encontramos con una oferta pública insuficiente que da respuesta, fundamentalmente, a las personas con edades superiores a 50 años pero con servicios que no están preparados para el deterioro que se produce a medida que avanza la edad de las personas con enfermedad mental.

Partiendo de este contexto, actualmente se está debatiendo respecto a cuál es el mejor modelo de atención residencial para el colectivo. En esta línea, es necesario reflexionar respecto a si es adecuado que una persona con enfermedad mental acceda a una residencia de mayores a pesar de no tener la edad o si es más apropiado reconvertir algunas residencias de mayores para personas con enfermedad mental, ya que en estos momentos en las residencias de personas mayores hay muchas personas con un deterioro físico importante por lo que incluir a personas con enfermedad mental en este tipo de residencias no parece lo más adecuado. De hecho, actualmente, sólo se realiza un ingreso en un centro residencial para mayores cuando la persona, además de la enfermedad mental, tiene un deterioro físico importante. Si no es así se sigue manteniendo a la persona en el recurso en el que viene siendo atendida a pesar de que tenga una edad superior a 65 años.

Otro problema con el que se encuentran es que algunos servicios dirigidos a personas con enfermedad mental no están dotados de personal capacitado y suficiente para atender a personas con bajos niveles de autonomía, por lo que parece necesario crear plazas residenciales para personas con enfermedad mental e importante deterioro físico para personas menores de 65 años.

Servicio de respiro (2.5.)

En salud mental, debiera existir igual que existen para personas con discapacidad ya que en ocasiones se ven obligados a utilizar las plazas de las personas que están un tiempo en la unidad de subagudos como servicio de respiro.

En algunos territorios como Araba se accede a este servicio en recursos residenciales de carácter privado con prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS) con un máximo de 45 noches al año. Sin embargo, los únicos recursos residenciales privados acreditados para PEVS por el Servicio y Registro de Inspección de Servicios Sociales de Araba, son residencias y viviendas comunitarias para personas mayores. En Gipuzkoa únicamente hay una plaza de respiro, y resulta insuficiente.

Se considera que las personas usuarias no conocen las plazas de los servicios de respiro. Para paliar esta situación se debiera informar desde las propias entidades. Al

mismo tiempo, desde la Federación se debiera de trabajar en la línea de reivindicar más plazas de este tipo y supervisar que las existentes se usen para tal fin, y no como plazas residenciales.

Servicio de apoyo a la vida independiente (2.7.2.1.)

Este servicio es importante para mantener a las personas en su ámbito comunitario y supone un apoyo a la vida independiente. En el decreto de cartera se contempla el Servicio de apoyo a la vida independiente para personas con enfermedad mental, y se está desarrollando por ejemplo en Araba por Asasam, aunque habría que impulsarlo en mayor medida para que estuviera reconocido como tal dentro del decreto de cartera. También hay que destacar la apuesta existente en Gipuzkoa por este servicio.

Servicio de tutelas (2.7.2.3.)

El servicio de gestión de tutelas es mejorable. Se detecta un exceso de tutelas y una vinculación directa con el acceso a determinados recursos. Es preciso clarificar que una persona puede tener una incapacidad para realizar determinadas acciones pero no para otras, por lo que previo a solicitar una tutela es preciso realizar un plan de intervención ya que si una persona no desea acudir a un servicio o recurso concreto no se le puede forzar.

Otro tema importante es revisar las normas que regulan los procedimientos para la modificación de la capacidad de obrar y proponer aquellas que permitan una asistencia para la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona y tener claro que cuando se está cuestionando la capacidad de obrar de una persona es preciso saber qué es lo que se quiere conseguir y hasta donde.

Otra línea en el ámbito de los servicios de tutela sería apostar por fórmulas innovadoras que posibiliten apoyos a las personas con protección, acorde los principios de la Convención, sin necesidad de incapacitación judicial, como podrían ser gestionar patrimonios jurídicos protegidos o fórmulas jurídicas similares.

Prestación Económica de Asistencia Personal- PEAP- (3.1.1.)

En algunas zonas rurales existe gran dificultad para acceder a esta prestación por no contar con personas profesionales que cumplan los requisitos formativos exigidos.

3.2. GESTIÓN DE LA OFERTA DE RECURSOS

En relación a la oferta existente en la CAPV se han identificado algunos déficits y elementos a reforzar en relación a diferentes aspectos como procedimientos y requisitos de acceso, gestión de las listas de espera, mantenimiento de plazas en los recursos, accesibilidad y flexibilidad.

Requisitos de acceso

Respecto a los requisitos de acceso que se manejan son prácticamente similares en los tres territorios:

- ✓ Personas que tienen que estar siendo atendidas por un centro de salud mental de la red de Osakidetza¹.
- ✓ Existencia de un diagnóstico de enfermedad mental grave
- ✓ Existencia de dependencia
- ✓ Personas con diagnóstico social

Uno de los primeros déficits detectados es la excesiva procedimentación derivada de parcializar el caso (mujer/protección/discapacidad/infancia,...)lo que en ocasiones tiene como consecuencia que determinados perfiles se queden fuera. En esta línea, es interesante la dinámica de funcionamiento de Gipuzkoa donde existe una Comisión Socio sanitaria en la que están presentes: Osakidetza, trabajadora social de la red de salud mental, la Diputación Foral de Gipuzkoa, los ayuntamientos y la delegación de salud. En dicha comisión se realiza la valoración de las demandas que les llegan y se debate caso por caso si, además de cumplir los requisitos, la red puede responder a sus necesidades. Prácticamente se da respuesta a todos los casos, únicamente algunos casos excepcionales quedan fuera². En Bizkaia, sin embargo, se mantienen reuniones mensuales entre red de salud mental, el área de discapacidad de la diputación foral y las entidades sociales que gestionan servicios y se abordan los casos. Contar con una mesa de coordinación para la valoración de los casos y, sobre todo, para asignar recursos es clave porque siempre va a haber que realizar excepciones a la hora de priorizar determinados casos porque las personas, generalmente, no tienen sólo una situación (exclusión, enfermedad mental, consumos,...). A partir de aquí, quedaría resaltar la importancia de que vuelva a activarse la Comisión Socio sanitaria en Araba, la cual lleva varios años sin funcionar. Otra cuestión interesante es la participación de las entidades sociales que gestionan servicios en dichas comisiones tal y como se realiza en Bizkaia.

Por otro lado, el decreto de cartera, salvo en atención psicoeducativa y en los Centros Ocupacionales, exige que tengan como mínimo un nivel de dependencia de grado I. La atención a personas autónomas es importante también pero para ello sería necesario disponer de más recursos y, además, habría que reforzar los servicios municipales.

¹En relación a los requisitos exigidos se considera adecuado exigir un informe diagnóstico médico elaborado por una entidad pública como Osakidetza.

²Personas con trastorno de personalidad con conductas muy impulsivas en los que se han incorporado con anterioridad a algún recurso y no ha funcionado adecuadamente o con consumos muy activos que requieren de un proceso previo de desintoxicación o un ingreso previo.

Procedimiento de acceso

En cuanto al procedimiento de acceso es diferente en los territorios. En Gipuzkoa es el propio Centro Salud, o las trabajadoras sociales de los Servicios Sociales de Base en algunos programas, quienes realizan la derivación mientras que la Diputación Foral de Araba la prescripción del servicio o recurso social se realiza desde la propia diputación en base a un diagnóstico social realizado por la red de salud mental. En Bizkaia, sin embargo, se mantienen reuniones mensuales entre red de salud mental, el área de discapacidad de la diputación foral y las entidades sociales que gestionan servicios y se abordan los casos. No obstante, el objetivo es que sea la propia diputación la puerta de entrada manteniendo una coordinación fluida con la red de salud mental disponiendo de una mesa de coordinación para casos con características especiales.

Por otro lado, las administraciones tienen que mejorar los procedimientos de acceso simplificando la documentación y reduciendo el tiempo de respuesta.

Sería interesante apostar por la figura de gestor o gestora de caso cuando una persona accede al Sistema.

Mantenimiento de plazas

Respecto al mantenimiento de plazas, señalar, que es habitual mantener las plazas durante un tiempo. Así, por ejemplo, en Araba se mantiene la plaza durante 6 meses si una persona tiene que realizar un ingreso psiquiátrico o cuando accede a un recurso para la vida autónoma para no perder la plaza si la persona deseara regresar al centro residencial. En Gipuzkoa la reserva de plaza por norma tienen un plazo de 3 meses y la persona usuaria tiene que pagar un pequeño porcentaje del coste de la plaza. En este sentido, se considera que las personas no deben pagar por la reserva de la plaza, especialmente si ésta es por motivos de salud (ingresos). Como norma general, cuando se trata de estancias prolongadas se aprovecha la plaza vacante en el recurso como respiro durante el tiempo que la persona se encuentra en el centro hospitalario.

Lista de espera

Aunque la gestión de la lista de espera se mantiene prácticamente estable en todos los servicios. Se detecta que existe un tiempo de espera importante para acceder a las plazas residenciales y a los centros de día para personas con enfermedad mental tanto para la población joven como adulta. De hecho, en la actualidad, algunos territorios históricos están respondiendo a la necesidad de alojamiento utilizando pensiones privadas, sin embargo, este tipo de servicios no cuentan con las y los profesionales adecuados ni se elabora el Plan de Atención Integral que se ofrece a las personas usuarias en el resto de recursos públicos.

Por otro lado, uno de los aspectos positivos es que generalmente las listas son dinámicas no cronológicas donde prevalece la situación de la persona en base a las siguientes variables:

- Nivel de dependencia
- Necesidad social
- Situación de alta hospitalaria sin domicilio

- Ajuste a la unidad residencial a la que va a ser derivada

Se menciona el hecho que de Araba es el único territorio que está respondiendo a la necesidad de alojamiento utilizando pensiones privadas.

Otra cuestión importante es la transparencia en las listas de espera, que deben ser públicas y conocidas por las entidades sociales.

Accesibilidad

La accesibilidad geográfica de los recursos en general es adecuada. No obstante, en Araba habría que impulsar servicios en Rioja Alavesa y Llanada Alavesa con servicio de transporte para que puedan acceder personas residentes en distintos municipios y en Gipuzkoa en las comarca de Beasain.

Respecto a la accesibilidad física de los recursos uno de los problemas que se encuentran es la alta comorbilidad de algunas personas con enfermedad mental y las barreras físicas existentes en algunos centros.

En relación a la accesibilidad económica de los servicios, el copago es un asunto que preocupa porque minora la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales- PECEF (3.2.1.) con el uso simultáneo de otro u otros servicios sociales. Unido a esto, los servicios dependientes del área de inserción no tienen copago mientras que los servicios sociales dirigidos a las personas con enfermedad mental sí. Además, si permanecen en la red de servicios sociales pueden cobrar la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) siendo también los niveles de exigencia mayores respecto a los recursos dependientes de inserción.

Todo esto pudiera provocar que las personas con enfermedad mental no acudan a determinados servicios, especialmente, las personas con edades jóvenes. Es clave en este sentido realizar una adecuada orientación y derivación del caso realizando un trabajo previo con la persona y su familia antes de acceder a cualquier recurso de la red.

Otro factor que limita la utilización de recursos de salud mental es el recorrido previo ya que en ocasiones sucede que pese a que la persona tenga una enfermedad mental se ubica mejor en un recurso de inserción.

También señalar la importancia de la proximidad de los recursos para que las personas con enfermedad mental puedan acceder, lo que pasa por la no centralización de los recursos.

Flexibilidad y continuidad

Generalmente, la red es flexible y permite realizar tránsitos, aunque a la hora de asignar una plaza o mantener una plaza a alguien que tiene un ingreso psiquiátrico durante un tiempo determinado, esa flexibilidad tiende a desaparecer. Sin embargo, a veces no se lleva a cabo por miedo a la desestabilización de la persona con enfermedad mental. No es habitual proponer cambios hacia un recurso de menor intensidad de apoyos para evitar posibles recaídas. Se detecta, en esta línea, cierto proteccionismo. Existe una concepción general de que las personas están más protegidas en una unidad residencial de enfermedad mental, por lo que es importante trabajar desde un enfoque de promoción de la autonomía y conseguir que avancen en

autonomía accediendo a una vivienda comunitaria. Es clave hacer ver a la familia que la persona tiene derecho a realizar un tránsito hacia una vida independiente. El trabajo previo desde los propios dispositivos es primordial para que la familia y la persona acepte el tránsito como un éxito y comprender que si fracasa no pasa nada ya que el objetivo siempre tiene que ser lograr que tenga una vida lo más plena posible.

Por otro lado, en determinados casos cuando surgen comportamientos disfuncionales es importante establecer protocolos internos para que la flexibilidad se aplique con criterios técnicos en cada intervención evitando así la discrecionalidad. Asimismo, es clave conjugar los derechos subjetivos de las personas con las normativas de los centros, tratando de no llevar a cabo medidas desproporcionadas y ofreciendo alternativas a medidas sancionadoras. También hay que evitar aportar visiones subjetivas de los casos ya que conllevan estigmatización y ser imaginativos con las medidas que se toman.

3.3. DIFERENCIAS TERRITORIALES

Desequilibrios territoriales

Cada territorio tiene una historia, de hecho, se está haciendo un esfuerzo importante para que las tres redes de salud mental tengan unos mínimos comunes de atención. En Gipuzkoa la atención sanitaria está concertada casi en su totalidad por lo que de entrada modificar algunos temas es bastante más complejo. Bizkaia, sin embargo, ha reconvertido su modelo de atención psiquiátrica porque los recursos eran públicos. Debemos señalar las dificultades de atención que tienen las PCEM de Orduña y Orozko, municipios de Bizkaia pegados a Araba y que, a pesar de la proximidad territorial, no pueden acceder a los recursos de titularidad pública como el programa de alojamiento y el Centro Ocupacional de Asasam. En Araba el mayor peso está en Vitoria-Gasteiz y esto determina mucho la estructuración de los servicios. También es preciso tener en cuenta que en salud mental no se atiende sólo por territorio histórico sino que es necesaria la coordinación con otros municipios de zonas limítrofes.

En esta línea, es importante clarificar qué tipo de atención se va a ofrecer desde el sistema sanitario y cuáles son los perfiles a los que se va a atender y, por parte de los servicios sociales realizar un análisis sobre la propia capacidad del sistema. Y se debe realizar de forma conjunta. Unido a esto, es necesario definir un mapa de recursos socio sanitarios a largo plazo y construirlo en función de los perfiles emergentes con un compromiso de ponerlo en marcha evitando construir de manera reactiva.

Mejorar la transversalidad de la atención con otros ámbitos de diferentes niveles

En primer lugar, es preciso mejorar la coordinación entre la red primaria y secundaria, especialmente, cuando la persona con enfermedad mental se encuentra en su domicilio.

Otro de los déficits significativos es la coordinación con las y los profesionales de salud mental. Aunque existe coordinación especialmente con las trabajadoras sociales de la red aun así queda mucho trabajo por hacer para avanzar en el ámbito socio sanitario. Así se detectan discrepancias en determinadas situaciones de inestabilidad de las personas que según los criterios utilizados por la red de salud mental no justifican un ingreso psiquiátrico, especialmente si se trata de un ingreso involuntario. Sin embargo, la red de servicios sociales considera que en dicha situación es incapaz de atender a la persona siendo a su vez responsable de lo que pudiera ocurrir y esto supone un problema importante. Nos estamos refiriendo por ejemplo al tratamiento de adicciones y los trastornos de personalidad. En estos casos debiera existir mecanismos para que desde la red de salud mental se apoye a los servicios sociales o en determinadas situaciones (atención domiciliaria, coordinación y apoyo.).

Con el sistema judicial aunque la coordinación no fluye como debiera, se ha dado un avance importante en la apuesta por las curatelas parciales en lugar de las totales y hay que seguir trabajando en esta línea. Sin embargo sería deseable explorar otras fórmulas que posibiliten apoyar a la persona, sin necesidad de declaración de incapacidad judicial.

Se plantea la importancia de sensibilizar a los juzgados en temas relacionados con personas con enfermedad mental, en ingresos involuntarios, en el ámbito penal penitenciario y en lo que tiene que ver con juzgados de violencia de género para la adecuada atención a mujeres con problemas de salud mental.

Con Lanbide no suele haber problemas de coordinación aunque se trabaja caso por caso y no tanto en una dinámica general de cooperación.

Con educación se está avanzando, así en Gipuzkoa se ha estado trabajando, aunque no se ha materializado todavía, en un centro de día con características socioeducativas.

Gobernanza socio sanitaria

Tal como se contemplaba en la estrategia 2017-2020³ se está avanzando en la gobernanza socio sanitaria para la creación de la cartera socio sanitaria. En esta línea, se ha creado el Consejo Vasco de atención socio sanitario, los consejos territoriales, los coordinadores autonómicos y territoriales, los referentes de caso,... En la actualidad, los servicios que están en el decreto de cartera de servicios sociales pero que pudieran incluirse en un futuro decreto de cartera socio sanitario y ser, por tanto, financiados por Sanidad serían:

- Centro de Día para limitaciones de autonomía personal
- Centro ocupacional
- Centros residenciales específicos para personas con enfermedad mental
- Servicios de respiro
- Servicio de apoyo a la vida independiente

³Prioridades Estratégicas de atención socio sanitaria Euskadi 2017-2020.

Asimismo, aunque no existen centros psicogerítricos si se incluyen en la modificación del decreto de residencias las unidades psicogerítricas dentro de las residencias.

Dentro de los servicios sanitarios se incluirían:

- Centros de salud mental infanto juvenil y de adultos
- Unidades de hospitalización de corta estancia
- Hospitales de día
- Unidades de media estancia de subagudos.

Financiación de los servicios

Existen diferentes modelos de financiación en cada uno de los territorios históricos. Así, en Araba se realiza en base al coste del servicio financiando el importe global del mismo independientemente de si está o no ocupada la plaza. No obstante, se exige a la entidad prestadora del servicio la justificación de todas las facturas.

En otros territorios, sin embargo, se financia en base a precio/plaza lo que supone que cuando tienes la plaza ocupada se paga un importe concreto y cuando no está ocupada se paga un porcentaje del precio de la plaza. De cara a garantizar el movimiento de plazas de un centro a otro es importante agilizar la ocupación de las plazas vacantes.

En relación a la financiación global de los servicios socio sanitarios se demandan más recursos económicos tanto por parte del sistema sanitario como de los servicios sociales. En atención temprana se ha avanzado mucho en esta línea pero hay que ir progresando en la financiación del resto de recursos.

4. EN RELACIÓN AL MODELO DE INTERVENCIÓN

Los elementos clave del éxito de cara a la atención del colectivo están vinculados a la incorporación del enfoque comunitario y a la recuperación de las capacidades de las personas. En esta línea es preciso:

Avanzar hacia un modelo de atención centrado en la persona

El enfoque comunitario es primordial. Se están llevando a cabo nuevas iniciativas en esta línea (huertos comunitarios/cine fórum en el centro de salud,...) y se está creando una cultura de “esto es nuestro” siempre respetando la identidad de cada persona. Sin embargo, todavía es preciso cambiar los esquemas mentales de trabajo, reforzar la proximidad y la flexibilidad como elementos clave. Si se quiere avanzar en un modelo de atención centrada en la persona y realmente las entidades sociales y las administraciones creen en la autodeterminación es preciso modificar la forma de trabajar desde el primer momento que se inicia la intervención. El mayor reto de futuro es cambiar de paradigma y desarrollar un modelo de atención centrado en la persona, aumentando su presencia en todos los niveles de la atención.

El propio decreto de cartera al hablar de prestaciones permite trabajar desde lo individual a la carta de las necesidades de las personas. Las administraciones públicas tiene que consensuar con la persona su plan individualizado de atención (PAP) y determinar entre las dos partes que dificultades tiene la persona y por dónde empezar y, a su vez, trabajar con las entidades del tercer sector prestadoras de servicios para reflexionar sobre cómo se puede ayudar a la persona a lograr los objetivos tratando de conseguir que sea un compromiso a tres bandas. El avance más importante es hablar de recuperación y promoción de la autonomía como proyecto individual y un enfoque de calidad de vida. Tener un modelo de plan consensuado y la figura de gestor de caso contribuirían a lograrlo con mayor agilidad.

Reforzar el trabajo de recuperación y promoción de la autonomía

Es importante trabajar la recuperación de las capacidades. Tener en cuenta que la red de servicios sociales no tiene que ser asistencial, ni paternalista sino de recuperación y para eso la coordinación es básica y desde ahí hay que avanzar hacia un modelo de diseñar planes de vida incluyendo los deseos y capacidades de las personas no desde sus debilidades. Esto requiere trabajar el desempeño psicosocial para que no sólo se ponga el ojo en lo que no pueden hacer sino en lo que son capaces de hacer. Entendiendo, en términos de recuperación, que empiece a hacer algo de actividad comunitaria en un recurso normalizado. Esto probablemente supone incrementar los ratios de profesionales y no diferenciar los servicios por capacidades de las personas ya que hay que partir del principio de que siempre hay una posibilidad de mejora porque si no se intenta una posibilidad de mejora difícilmente se avanzará.

5. EN RELACIÓN A LA COORDINACIÓN CON LAS ADMINISTRACIONES Y ORGANIZACIONES SOCIALES

5.1. COORDINACIÓN CON LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Las organizaciones sociales han construido, conjuntamente con las administraciones, muchos de los servicios de responsabilidad pública actualmente existentes. Esa colaboración se ha llevado a cabo mediante modelos de gestión mixta, vía convenio de colaboración, en el que las dos partes construyen conjuntamente. Dentro de las mejoras en lo referente a la coordinación, se plantea la necesidad de elaborar protocolos de colaboración socio-sanitaria en los cuales se regule cómo coordinarse, qué información compartir y una formación compartida específica para todo el personal.

La existencia de personal profesional referente de caso facilita la coordinación entre la persona participante, su familia y las y los profesionales de diferentes recursos que trabajan con ella para garantizar el continuo social. Además, sería imprescindible la

realización de planes conjuntos de atención, a los que dedicar esfuerzos para que sean compartidos entre el personal implicado en el caso.

5.2. COORDINACIÓN CON LAS ORGANIZACIONES SOCIALES

Las entidades sociales han avanzado muchísimo en la coordinación con otras entidades que trabajan con el colectivo de personas con enfermedad mental ya que la forma de trabajar de las organizaciones es mucho más ágil que las de la administración y enriquecen desde su visión y contacto diario con las personas usuarias. Aun así es preciso avanzar en los siguientes aspectos:

Ampliar la formación de las personas profesionales de las organizaciones sociales

Para atender la enfermedad mental hay que tener conocimientos y profesionales con capacidad para trabajar desde un enfoque de calidad de vida y promoción de la autonomía ya que una atención inadecuada puede generar riesgos significativos en las personas atendidas. Las entidades sociales deben reforzar la formación de sus equipos para continuar mejorando la atención al colectivo. En este sentido, las entidades de Fedefes llevan tiempo trabajando desde el modelo calidad de vida y se han formado y siguen formándose, así mismo han realizado dos investigaciones sobre el enfoque de calidad de vida para profundizar en las mejoras sobre el mismo.

Cooperar en mayor medida con las organizaciones sociales que trabajan con otros colectivos, de manera transversal

Las organizaciones sociales que trabajan con el colectivo de personas con enfermedad mental han progresado en el trabajo en red con otras organizaciones que trabajan con el mismo colectivo, sin embargo, deben dar un paso más allá e iniciar también procesos de colaboración con organizaciones que trabajan con otros colectivos, especialmente, del ámbito de inclusión. Así, desde la red de salud mental tienen más relación con las organizaciones que trabajan en discapacidad que con entidades de inclusión, básicamente porque realizan dinámicas de reunión para hablar de casos concretos. De hecho, al existir una coordinación fluida con discapacidad se permite incluir a personas con enfermedad mental con valoración de dependencia 0 en los centros residenciales dependientes de diputación. Sin embargo, con inclusión no sucede lo mismo y no se cuenta con la incorporación de profesionales de la red de salud mental en sus propios centros.

Colaborar con organizaciones del ámbito comunitario

Si se quiere trabajar desde un enfoque de atención centrada en la persona es clave colaborar con otras asociaciones del contexto comunitario dirigidas a toda la población que faciliten su vinculación con el entorno próximo, formando parte del mismo las entidades que trabajan con personas con enfermedad mental.

Formar parte en el ejercicio de sus derechos y ser parte de esa comunidad es otra de las líneas de trabajo de cara a la mejora de la intervención con las personas con problemas de salud mental. En este sentido, es importante no confundir hacer parte de las actividades en la comunidad con ser parte de la comunidad. Es habitual por parte de las organizaciones hacer uso de los servicios comunitarios pero se trabaja menos con ser parte de un grupo comunitario. No se trata tanto de que el colectivo de personas con enfermedad mental haga uso de los servicios comunitarios sino de que las personas se integren activamente en las actividades de la comunidad. Esto no significa que el uso de los servicios comunitarios no sea útil para algunas personas, ya que puede ser la única forma de relacionarse, pero este modelo no debe hacerse extensible a todas las personas como grupo específico sino que el objetivo debe ser que las personas con enfermedad mental participen en actividades colectivas abiertas a toda la población. Este modelo integrativo requiere dedicar mucho esfuerzo de una persona profesional a acompañar y a crear vínculos con el grupo pero de cara al futuro esto va a suponer que la persona permanezca más tiempo en su entorno.

Reforzar el papel reivindicativo de las organizaciones sociales

Las organizaciones deben reforzar su papel reivindicativo, el cual se ha visto reducido, en algunos casos, en parte por el propio desarrollo y gestión de servicios para la administración pública. Deben impulsar su labor crítica hacia las instituciones y exigir servicios públicos que respondan a las necesidades del colectivo evitando transformarse únicamente en entidades prestadoras de servicios. También señalar la importancia de retomar la labor de sensibilización que les caracterizó en el pasado, dándole mayor protagonismo. En este sentido debe indicarse que las asociaciones del movimiento asociativo de Fedeaefes como la propia federación dedican un importante esfuerzo a labores de reivindicación y sensibilización.

Anexo 1 . PERSONAS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

Grupo Motor:

RUTH ENCINAS. Gerente de Agifes.

ROCÍO MATÍAS. Gerente Asasam.

ANA BELÉN OTERO, Gerente de Asafes.

AMAIA ARBAIZA, Responsable de proyectos de Fedeaefes.

M^a JOSÉ CANO, Gerente de Fedeaefes.

Apoyo técnico:

ISABEL MASSA, Fundación Ede.

ARANTZA REMIRO, Fundación Ede.

Personas entrevistadas

ARANTZA AIARZA Sección de Salud Mental y Área Socio sanitaria de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

MARIAN LARRINAGA Coordinadora de Trabajo Social de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

EMILIO SOLA Director de Servicios Sociales del Gobierno Vasco.

BEGOÑA MORAZA Coordinadora de Programas Sectoriales del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Araba.

PALOMA ARANCETA Trabajadora Social zona rural de la Diputación Foral de Araba.

Personas asistentes al seminario externo

ELENA AYARZA Responsable de la Oficina de la Infancia y la Adolescencia ARARTEKO

JOSE ANTONIO DE LA RICA Coordinador sociosanitario, departamento de Salud Gobierno Vasco

AMAIA ARBAIZA Responsable de proyectos de Fedeaefes.

MARIA ANGELES LARRINAGA Coordinadora de Trabajo Social del RSMB.

GOTZON VILLANO Presidente de Colegio Trabajo Social Araba y trabajador social RSMA.

NEREA LOIZANAGA Gerente de Fundación Argia.

PALOMA ARANCETA Trabajadora Social zona rural IFBS .Diputación de Álava.

ESMERALDA NUÑEZ Técnica Media de Servicios Sociales Polivalentes IFBS .Diputación de Álava.

BELÉN SASTRE Técnica Media de Servicios Sociales Polivalentes IFBS Diputación de Álava.

EGUZKIÑE DE MIGUEL Directora Gerente de la Red de Salud Mental de Araba.

LUCIA PEÑA Trabajadora Social del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

ELENA REDONDO Jefa Sº Acción Comunitaria Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

MONICA FERNANDEZ Gerente de Fundación Beroa.

MAITE ABAITUA Directora Hogar Alavés.

Mª ISABEL GARCIA Miembro del Comité Primera Persona de Fedeaefes.

ADOLFINA DIAZ Miembro de la J.D. /Familiar de Fedeaefes.

Mª ANGELES ARBAIZAGOITIA Miembro de la J.D. /Familiar de Fedeaefes.

ROCIO MATIAS Gerente de Asasam.

JOSUNE LARREATEGI Psicóloga del Centro Ocupacional de Asasam.

GURUTZE VILLANUEVA Trabajadora social de Asasam.

ANA BELEN OTERO Gerente de Asafes.

ANTONIO CARIDAD Gestor de procesos y terapeuta ocupacional de Asafes.

ENDIKA MINGUELA Coordinador RAEP S.L.U. de Asafes.

SUSANA MONTESINO Responsable del área tutelar Fundación Urkoa.

ONINTZA LASA Directora de Fundación Gizaide

RAQUEL LITAGO Trabajadora Social C.S.M.G.

MERTXE AMUNARRIZ RODRIGUEZ Trabajadora Social C.S.M.G.

XIXILI EGIGUREN PEREA Trabajadora Social C.S.M.G.

VERÓNICA PAZOS Coordinadora de programas y trabajadora social de Agifes.

NEKANE AZUABARRENA Coordinadora de programas y psicóloga general sanitaria de Agifes.

MARÍA GÓMEZ DE SEGURA Coordinadora de programas de Agifes.

IKER ARRIZABALAGA Psicólogo general sanitario de Agifes.

Personas asistentes al seminario interno de Fedeaefes

ROCIO MATIAS Gerente de Asasam

OIANE LARRAZABAL Psicóloga del Centro Ocupacional de Asasam

GURUTZE VILLANUEVA Trabajadora social de Asasam

NAIARA GABIÑA Educadora social de Asasam

ELENA ETXEBARRIA Psicóloga general sanitario de Asasam

VERÓNICA PAZOS Coordinadora de programas y trabajadora social de Agifes

IKER ARRIZABALAGA Psicólogo general sanitario de Agifes

RUTH ENCINAS Gerente de Agifes

M^a JOSE CANO Gerente de Fedeaefes

AMAIA ARBAIZA Responsable de proyectos de Fedeaefes

ANA BELEN OTERO Gerente de Asafes

ANTONIO CARIDAD Gestor de procesos y terapeuta ocupacional de Asafes

FATIMA ITURBE Trabajadora social de Asafes

YASHIRA FERNANDEZ Educadora social de Oreka de Asafes

MARINA GONZALEZ Prácticas de Educación social de Asafes

