

LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN EL PAÍS VALENCIANO

Manuel Gómez Beneyto¹, Manuel Girón Giménez², Elena Albert Roberto³, Begoña Frades García⁴, Mikel Munárriz Ferrandis⁵, Francisco Pérez Prieto⁶ y Francisco Verdú Asensi⁷

1 Catedrático de psiquiatría Universidad de Valencia (jubilado), 2 Profesor asociado de psiquiatría Universidad Miguel Hernández, 3 Directora General de diversidad funcional y salud mental, Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, 4 Jefa de Sección Área de Salud Mental Hospital Padre Jofré Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, 5 Coordinador Oficina Autónoma de Salud Mental, Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, 6 Coordinador adjunto Oficina Autónoma de Salud Mental, Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, 7 Jefe de sección de drogodependencias, Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública

2022

RESUMEN EJECUTIVO:

La pandemia Covid19 ha supuesto un cambio en la salud y la sanidad del País Valenciano, y ha puesto en cuestión la idoneidad de la atención y organización de los servicios de salud mental del País Valenciano (SSMPV). Por otra parte, la incorporación de la Convención sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas en la Ley 8/2021 ha supuesto una modificación de gran calado en la concepción de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Por último, recientemente el SSMPV ha experimentado cambios que podrían disponerle a desarrollar un modelo de atención comunitaria en salud mental

El objetivo de este informe es realizar un análisis de la situación actual del SSMPV y ofrecer recomendaciones para avanzar en el desarrollo del modelo de atención comunitaria de salud mental en nuestro país.

Para ello un grupo de siete profesionales con conocimientos y experiencia en la gestión de los servicios de salud mental, drogodependencias y servicios sociales, debatieron y alcanzaron consensos sobre la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental, sobre la definición y la importancia de las intervenciones basadas en el modelo de salud mental comunitaria, sobre el funcionamiento actual y las carencias del SSMPV, identificaron diez intervenciones prioritarias y establecieron recomendaciones para transformar el SSMPV en un modelo de atención comunitaria en salud mental

Palabras clave: (3-4 palabras clave). Salud mental, derechos, organización servicios de salud mental

LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN EL PAÍS VALENCIANO

INTRODUCCIÓN

A raíz de la pandemia se ha despertado en nuestra sociedad un vivo interés por los problemas relacionados con la salud mental. El supuesto incremento reciente de estos problemas ha dirigido el interés mediático y político hacia los servicios sanitarios públicos, cuestionando su capacidad para atenderlos. En este contexto la Cátedra Prospect ha solicitado del Comisionado de la Presidencia en salud mental y drogodependencias un informe sobre la idoneidad de los servicios de la Generalitat Valenciana para dar respuesta a las necesidades en materia de salud mental de las personas residentes en el País Valenciano.

Lamentablemente, no fue posible obtener la información necesaria para preparar este informe sobre los recursos, ni sobre la actividad asistencial de los servicios, a pesar de la actitud colaboradora de la Administración para proporcionárnosla, lo que nos ha obligado a cambiar el proyecto inicial de llevar a cabo una evaluación de la estructura, el proceso y los resultados de los servicios, basada en datos, por una evaluación narrativa sobre su organización.

El ámbito de estudio

El ámbito de estudio de este informe se circunscribe a la organización de los servicios sanitarios, especializados en salud mental y drogodependencias, dependientes de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, la parte de servicios sociales que se ocupa del cuidado de las personas con trastorno mentales, concretamente la Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental, dependiente de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, así como otros sectores de la Administración que también atienden las necesidades de las personas con discapacidad, tales como Empleo, Vivienda, Hacienda, Educación, Economía y Justicia. Queda fuera de este conjunto, por su carácter generalista, la atención primaria, a pesar de los estrechos vínculos que la unen a salud mental. A este subsistema de cuidados le denominamos Servicio de Salud Mental del País Valenciano (SSMPV).

Una nota sobre la palabra atención

El grupo de expertos (en adelante el Grupo) preferiría emplear la palabra *cuidados* en lugar de la palabra *atención* para referirse a la naturaleza de la acción integrada – que no sólo coordinada - de los servicios sanitarios y los servicios sociales. Parafraseando a JP Kiernan de la OPS, el "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado integral es intersectorial, multisectorial y multi e interdisciplinario, incluye la promoción y la prevención, es participativo y descentralizado, mientras que la atención, con frecuencia, deviene sectorial o institucional. No obstante, en evitación de errores, ya que la palabra *cuidados* tiene otra connotación en la cultura sanitaria española, continuaremos usando la palabra *atención* en este texto.

El porqué la salud mental es diferente de la psiquiatría

Para el lector no especializado puede sorprender la complejidad conceptual y organizativa de la salud mental, en comparación con la mayor sencillez de la estructura asistencial de otras especialidades médicas. Para entenderlo, tenemos que remontarnos a su origen y desarrollo histórico.

A lo largo de la década de los años cincuenta del siglo pasado, por diversas circunstancias de carácter económico, científico y ético, los manicomios y los hospitales psiquiátricos comenzaron a ser valorados negativamente y la idea de tratar a las personas con trastornos mentales en la comunidad empezó a abrirse paso, dando lugar al proceso conocido como desinstitucionalización.

Sin embargo, exhospitalizar a las personas internadas en las instituciones al tiempo que se atendían los nuevos casos y se evitaban nuevas hospitalizaciones, resultó ser más complejo de lo previsto.

Las personas con un trastorno mental grave padecen discapacidades que constituyen un serio obstáculo para llevar una vida autónoma, a lo que se añade una extraordinaria resistencia de la ciudadanía a incluirlas.

Satisfacer las necesidades sanitarias y sociales de las personas con trastorno mental grave, para poder vivir de una manera autónoma en su entorno, requiere una amplia gama de recursos, dispositivos y apoyos que, de manera integrada, proporcionen los cuidados donde y cuando las personas los necesitan, contando con su participación activa, respetando sus derechos y preferencias y orientados a la recuperación de su ciudadanía. Sanidad, servicios sociales, empleo, justicia, educación son, entre otras, las instituciones responsables de ello.

En concreto, para lograrlo, fue necesario desarrollar unidades de salud mental en los hospitales generales y en la comunidad, coordinadas con Atención Primaria; satisfacer las necesidades de trabajo proporcionando rehabilitación y empleo con apoyo; de vivienda proporcionando viviendas con diversos grados de supervisión; de educación, facilitando el acceso a centros de educación; de tiempo libre organizando clubs de actividades lúdicas y de socialización. Para integrar acciones de tan diversos sectores fue necesario dotar a los servicios de equipos multiprofesionales capaces de intervenir de forma integrada, con profesionales de la psiquiatría, la psicología clínica, la enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional, integración social y otras muchas especialidades y para prevenir la incidencia de nuevos trastornos y evitar que el sistema deviniese en un eterno hilar y deshilar, se adoptaron estrategias destinadas a promover la salud mental y prevenir la incidencia de nuevos trastornos.

A este complejo conjunto de cuidados, concebido para lograr el máximo grado de salud, de bienestar, de inclusión social y de autonomía de las personas afectadas con un trastorno mental, se le conoce como Salud Mental Comunitaria, modelo reconocido como el más idóneo por la Organización Mundial de la Salud, la Comisión de la Comunidad Europea y en nuestro medio, por la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Salud de la Comunidad Valenciana de 2014.

La reforma psiquiátrica en el País Valenciano

A partir de los años 50, comienzan los procesos de desintitucionalización en los países anglosajones y un poco mas tarde en Europa. En España, inmersa en plena dictadura, la reforma psiquiátrica se inicia oficialmente casi treinta años después, con la publicación del Informe de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y la publicación de la Ley General de Sanidad en abril de 1986, que sentaron las bases para el desarrollo de los servicios de salud mental, según el modelo de Salud Mental Comunitaria.

Pero, previamente a esta fecha oficial, en toda España y también en el País Valenciano, en la década de los 70, se iniciaron procesos de desinstitucionalización liderados de forma voluntarista por psiquiatras jóvenes que fueron rápidamente reprimidos por el régimen franquista.

En noviembre de 1986, se publica el Decreto 148/1986 por el que se regula la atención en salud mental, estableciéndose la creación en cada área sanitaria de centros de salud mental (CSM), como unidades de apoyo a la Atención Primaria. En el Decreto se plantea la necesidad de Centros de Día, dependientes de los CSM, para la rehabilitación y reinserción social, evitando los ingresos innecesarios. Asimismo, se contempla que los ingresos se efectuarán en unidades de psiquiatría en los hospitales generales, tal y como se recoge en la Ley General de Sanidad. En cuanto a los hospitales psiquiátricos, el Decreto establece que se procederá a realizar planes de transformación que permitan la disminución de sus camas y faciliten el trasvase de recursos hacia otras actividades de salud mental y unidades asistenciales en la comunidad. Las disposiciones finales tratan sobre la necesaria coordinación entre las Consellerias de Sanidad y la de Bienestar Social, en orden al desarrollo de programas de rehabilitación y apoyo social, y con la Administración del Estado, en lo referente a pacientes sometidos a un procedimiento penal, y con las Diputaciones Provinciales de la Comunidad. Las competencias en materia de sanidad son traspasadas a la Comunidad Valenciana en el Real Decreto 1612/1987, año en el que se promulga la Ley del Servicio Valenciano de Salud, que establece la integración de todos los recursos sanitarios en una única red, en un sistema único y armonizador, fijando un máximo de tres años para llevar a cabo la integración. En este marco normativo en 1991 se publica el primer plan de salud mental de la comunidad valenciana, cuyo objetivo es implantar el modelo de atención comunitaria.

Incomprensiblemente y con un fuerte rechazo por parte de los y las profesionales, se publica en 1996 el Decreto 132/1996, por el que se asignan competencias en materia de salud mental a la entonces Conselleria de Bienestar social y Trabajo. Esta dependencia de salud mental de dos consellerías ha supuesto a lo largo de los años, la creación de dos redes paralelas, poco o nada vinculadas entre sí, provocando importantes vacíos de atención y cuidados.

En 2016, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, publica la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020, que consolida el modelo de atención comunitario y orienta la organización de los servicios y atención desde el paradigma de la recuperación y en 2017, la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, publica la Estrategia de Apoyo Social a las Personas con Trastorno mental Grave

En 2018, se publica la ley 8/2018, de 20 de abril de la Generalitat, de modificación de la ley 10/2014 de salud, que por primera vez dedica un capítulo a la salud mental y recoge en su Preámbulo que " la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016.2020 se sustenta sobre la atención comunitaria como herramienta de planificación para mejorar la salud mental de las personas".

Paradójicamente, a pesar del considerable progreso normativo, el desarrollo material de los servicios de salud mental en el PV una vez una vez completada la estructura básica constituida por las unidades de hospitalización en los hospitales generales y las unidades de salud mental comunitaria durante los años noventa, se ha hecho más lento, prácticamente no se ha avanzado en la diversificación de los servicios y se ha acentuado la regresión de la atención hacia el modelo biomédico. En relación con el proceso de desinstitucionalización, es cierto que se ha producido una reducción muy significativa de camas de larga estancia, pero no por reintegración de las personas deshospitalizadas a su entorno comunitario, si no por transinstitucionalización, es decir, por su traslado a Centros Especiales para Enfermos Mentales, una red de residencias privadas concertadas por la Generalitat. Por otra parte, se han hecho avances en el papel cada vez más visible que juegan las personas usuarias.

Objetivos del estudio

En primer lugar, evaluar narrativamente por un grupo de expertos el grado en el que el SSMPV se ajusta a los principios organizativos del modelo de Salud Mental Comunitaria y derivar de esta comparación recomendaciones para mejorar su organización y la calidad de los cuidados que presta

En segundo lugar, con el mismo objetivo, identificar las diez intervenciones del modelo de Salud Mental Comunitaria que, en opinión del grupo de expertos, tendrían que incorporarse al SSMPV y las cinco propuestas clave o palanca más urgentes

Tres observaciones antes de terminar esta introducción.

Este es un informe, no un estudio científico, no se basa en datos, no contiene citas u referencias y pone más énfasis en comunicar que en fundamentar lo que se comunica. La subjetividad, con lo que tiene de sesgo y de riqueza, domina este informe. Es sencillamente la opinión coral de seis profesionales que conocen el tema.

No obstante, a pesar del elevado acuerdo que los autores han alcanzado en sus análisis y sus propuestas, el resultado finalmente consensuado y plasmado en este informe puede diferir de las opiniones individualizadas de cada autor. Con una excepción. El apartado de derechos de las personas con discapacidad ha sido elaborado por una sola persona del Grupo y revisado y aceptado por el resto. Se hizo así porque solamente una de las personas expertas tenía conocimientos y experiencia específica sobre el tema.

SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la adopción de reformas legislativas

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, fue ratificada por España el 21 de abril de 2008 entrando en vigor el 3 de mayo de ese mismo año, fecha desde la que pasa a formar parte del nuestro ordenamiento

jurídico, motivo por el que tanto el Derecho estatal como los Derechos civiles territoriales han de adecuarse a la misma.

La principal aportación de la CDPD, es el reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas con diversidad funcional, es decir que las personas con diversidad funcional tienen los mismos derechos y en igualdad de condiciones que el resto de personas en cualquier aspecto de la vida diaria.

La otra aportación, cualitativamente diferente, es la mirada de la discapacidad desde una perspectiva social, en la que la discapacidad se valora desde las barreras sociales que impiden a la persona su plena inclusión y no desde una perspectiva sanitaria que enfoca la discapacidad como un problema de salud individual de la persona.

La CDPD destaca la eliminación de las barreras, barreras que más que físicas en muchos de los aspectos son sociales. El preámbulo establece que la discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. En el ámbito de la salud mental, las barreras añaden a quienes las padecen sufrimientos no atribuibles a la enfermedad, relacionadas con el miedo y los prejuicios basados en el desconocimiento, que causan importantes menoscabos en su bienestar, adaptación y participación social, dando lugar al denominado “estigma mental”. Este es la primera barrera que debemos romper para hacer valer los derechos de las personas con problemas de salud mental, en igualdad de condiciones.

Las aportaciones de la CDPD ha supuesto la adopción de las medidas necesarias para que las personas con diversidad funcional tengan los apoyos necesarios para ejercer su capacidad jurídica. Esta reforma normativa tuvo lugar con la entrada en vigor de la ley 8/2021. Esta reforma dio paso a una modificación de gran calado que afecta a un sector muy amplio en el ordenamiento jurídico al introducir un nuevo concepto de capacidad. Desaparece la figura de la tutela de las personas incapaces, la patria potestad

prorrogada y la patria potestad rehabilitada, figuras nada adaptadas al sistema de promoción de la autonomía de las personas adultas con discapacidad o, mejor dicho, necesidad de apoyo y cuidado.

En este nuevo escenario que se nos presenta la capacidad que no puede ser modificada al ser una condición inherente a la persona, en igualdad de condiciones, pero para ello deben de contar con los apoyos necesarios, respetando la voluntad y preferencias y estableciendo las salvaguardas necesarias para garantizar los derechos de las personas.

Entre las medidas preventivas para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental grave tenemos que destacar la autocuratela. Cualquier persona mayor de edad o menor emancipada, en previsión de que concurran circunstancias que puedan dificultarle el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás, podrá prever o acordar una medida de apoyo voluntaria consistente en proponer en escritura pública el nombramiento o la exclusión de una o varias personas determinadas para el ejercicio de la función de curador) y los poderes preventivos (es un acto de voluntad por el que una persona capaz delega en otra/s la facultad de realizar determinadas acciones que le vinculan jurídicamente), a las que se puede añadir las instrucciones previas reguladas en la Ley de Autonomía del Paciente, aunque estas últimas se circunscriben únicamente al ámbito sanitario.

Otra medida de apoyo reforzada en el cambio del código civil es la Guarda de hecho, siendo la medida informal de apoyo provisional siempre que se considere suficiente y adecuada para la salvaguarda de los derechos de las personas y no existan medidas voluntarias o judiciales que se apliquen efectivamente para prestar apoyos a la persona.

La anterior tutela se cambia por la curatela que pasa a ser la principal medida de apoyo de origen judicial para las personas con discapacidad, pero tiene carácter subsidiario, ya que su aplicación está condicionada a la inexistencia de otras salvaguardas adecuadas y suficientes para la protección de la persona, es de aplicación cuando se necesitan apoyos de forma continuada.

Este respeto a la voluntad de la persona en la toma de decisiones puede plantear y conducir en ocasiones a situaciones que pueden considerarse no adecuadas; para estos casos en situaciones claramente judiciales la reforma del código civil en la ley 8/2021 contempla la curatela representativa.

Según el preámbulo de la ley, la curatela representativa es una medida de asistencia “en situaciones donde el apoyo no pueda darse de otro modo y solo ante esa situación de imposibilidad, esta pueda concretarse en la representación en la toma de decisiones” dando lugar a una curatela representativa que habrá de adoptarse “solo en los casos excepcionales en los que resulte imprescindible por las circunstancias de la persona con discapacidad”; en tales casos, la autoridad judicial determinará los actos en los que el curador habrá de asumir la representación de la persona con discapacidad.

Otro de los aspectos más relevantes de la Ley 8/2021 es que se ha suprimido la incapacitación judicial. Anteriormente, cuando una persona con discapacidad requería de apoyos para el ejercicio de su capacidad jurídica, se iniciaba un procedimiento judicial para incapacitarla.

Tenemos que recordar que venimos de un periodo donde en muchas de las ocasiones por el mero hecho de ser una persona con discapacidad intelectual o por tener un problema de salud mental grave, se modificaba la capacidad jurídica de las personas, vulnerándose el derecho fundamental de tomar sus propias decisiones y de actuar en consecuencia. De especial relevancia de vulneración de derechos son los internamientos involuntarios y de los tratamientos involuntarios.

En el art. 249 de la ley 8/2021, sólo se indica que los encargados del apoyo deberán actuar atendiendo a la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad con la “finalidad de permitir el desarrollo pleno de su personalidad y su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad”. Estas medidas de apoyo deberán estar inspiradas en el respeto a la dignidad de la persona y en la tutela de sus derechos fundamentales y deberán ajustarse a los principios de necesidad y proporcionalidad. Igualmente procurarán que la persona con discapacidad pueda desarrollar su propio proceso de toma de decisiones, informándola, ayudándola en su comprensión y razonamiento y facilitando que pueda expresar sus preferencias. También fomentarán que la persona con discapacidad pueda ejercer su capacidad jurídica con menos apoyo en el futuro. En definitiva, el criterio es la “pro-capacidad plena”.

El Comité sobre los derechos de las Personas con Discapacidad lleva muchos años diciendo que nuestro ordenamiento jurídico relacionado con este tema debía de cambiar, en concreto el artículo 763 LEC debía ser derogado y sustituido por una ordenación jurídica que permitiera el ingreso o tratamiento basado simplemente en el consentimiento informado del paciente, ya que se estaba permitiendo la privación de libertad por motivos de diversidad funcional y motivar la derogación de las disposiciones que autoricen el internamiento forzoso a causa de una incapacidad manifiesta o diagnosticada. Esta tarea sigue pendiente a pesar de haberse declarada inconstitucional mediante la Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de diciembre.

El ingreso por vía involuntaria es una medida sanitaria excepcional, llevada a cabo por indicación médica y en exclusivo beneficio del paciente. Implica una pérdida de libertad personal, por lo que afecta a derechos fundamentales de la persona, lo que motiva el necesario control judicial. El art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no regula cuando hay que acordar un ingreso involuntario, la necesidad de la medida ha de evaluarla un médico, sino las garantías procesales necesarias para garantizar que no se vulneran los derechos del afectado.

En el ámbito civil, la decisión de acordar el ingreso involuntario corresponde al ámbito sanitario, así se desprende de lo previsto en el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (coloquialmente denominado Convenio de Oviedo) en vigor en España desde el 1 de enero del 2000.

En el Capítulo II “Protección de las personas que sufren trastornos mentales”, art. 7, se indican las situaciones en que una persona con problemas de salud mental grave puede recibir tratamiento sin su consentimiento: “La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para la salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso”; el art. 8 se refiere a las situaciones de urgencia que define como aquella en la que “debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada”.

Los supuestos en los que el facultativo puede llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento se recogen en el art. 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Nos encontramos con una regulación normativa que necesita adaptación inmediata a lo que la convención de los derechos de las personas con discapacidad nos marca, independientemente de lo que ya se esté dictando desde los diferentes tribunales, que normalmente si lo contemplan.

En la práctica, lo que encontramos es que

- la mayoría de los internamientos en los CEEM se realizan de forma voluntaria y consensuada, lo que hace innecesaria la autorización judicial. Paradójicamente,

hasta la reforma de la Ley 8/2021, la Administración tutelar usaba una directriz generalizada (no escrita) que indicaba que para el ingreso en un CEEM (o incluso también el acceso a una vivienda tutelada) debía de existir un internamiento involuntario, a pesar de que la persona usuaria quisiera realizarlo voluntariamente.

- los principales motivos de ingresos involuntarios en CEEM son por alteraciones de conductas o agravamiento de los problemas graves de salud mental, dado a los escasos recursos de atención comunitaria que pueden detectar y prevenir los casos de problemas de salud mental y su agravamiento.

Otro tema, que tampoco ha sido objeto de modificación es el internamiento en centro adecuado a las características de la persona a que se destina como medida de seguridad sustitutoria de la pena en el ámbito penal; en tal caso el que ordena el ingreso es el juez. En el País Valencià, no se ha producido este cambio ni se han dado medidas de seguridad en centros adecuados, principalmente por la falta de plazas de CEEM, porque los centros son abiertos y porque no se adaptan a las necesidades de estas personas ni a las medidas de seguridad que habitualmente dictan los y las juezas.

Desde la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas se han diseñado mini residencias abiertas (dentro del desarrollo de la normativa de autorización y funcionamiento de centros y servicios), para poder dar atención adecuada a estas personas, donde se pueden adaptar las necesidades de las personas y no forzar un internamiento involuntario en instituciones penitenciarias.

Dependiendo del momento en el que se autorizan judicialmente (si procede) podemos distinguir dos tipos: los que cuentan con autorización previa o posterior al ingreso.

En nuestra legislación se contempla la autorización judicial previa al internamiento, excepto por razones de urgencia, pero la realidad del día a día y más común es que se realizan internamientos por vía de urgencia, que por lo tanto no cuenta con la autorización judicial, a pesar de que debería de ser algo excepcional.

El internamiento involuntario llevado a cabo por la vía ordinaria se realiza “previa” autorización judicial. Se inicia con la solicitud de internamiento involuntario ante el Tribunal Civil competente en función de la residencia de la persona afectada (en caso de existir juzgados especializados en esta materia deberá remitirse a éstos para dicho internamiento) deben aportarse informes médicos acreditativos de la patología psiquiátrica, en los que deberá constar expresamente que en el momento de la solicitud la persona con problemas de salud mental grave precisa de tratamiento médico en su beneficio bien porque existe grave riesgo para su persona o para los demás en caso de no ser compensado, o bien porque el deterioro que pueda sufrir la persona.

Se realiza un examen previo por parte del juez y del forense adscrito al Juzgado para determinar si procede o no el internamiento, dictando el auto oportuno autorizando o denegando el ingreso involuntario.

Dado que la ley no dice nada al respecto de quien está legitimado para poder promover un internamiento, y se olvida de la libre elección de la persona con problemas de salud mental, el hecho de que cualquier persona lo pueda solicitar nos sitúa ante una nueva vulneración de sus derechos fundamentales.

Debemos tener en cuenta que el internamiento involuntario no puede prolongarse lícitamente sino en la medida en que persista una situación de problemas de salud mental real con un carácter o magnitud que lo justifique”. Esta medida según la ley de enjuiciamiento civil (art. 763.4) debe revisarse a los seis meses para mantener o no la medida a no ser que el órgano judicial que había determinado el internamiento señale un plazo inferior. Recibidos los informes, el órgano judicial resolverá sobre la necesidad de continuación o no del internamiento, previa práctica, en su caso, de las actuaciones que considere oportunas.

El fin del internamiento no lo determina un juez, lo determina el personal facultativo. El papel del juez garantiza en este caso la seguridad jurídica, ya que estamos privando de libertad a una persona, afectando a un derecho fundamental. Al dar el alta debe dejarse clara la finalidad terapéutica del internamiento.

La mayor vulneración del derecho a decidir y de no prestar los apoyos de la manera que se marca en la ley 8/2021 es con las medidas coercitivas y con las contenciones de las personas con problemas de salud mental grave.

La coerción y la contención en la práctica de la salud mental desgraciadamente tienen una amplia aplicación y una larga y oscura historia. Estas son las de mayor visibilidad, pero existen otras muchas, que están en las praxis diarias, como la persuasión, la influencia interpersonal, la inducción, el chantaje y la amenaza. El panorama en los distintos países europeos es muy variado, tanto en relación a la frecuencia como al marco jurídico que las regula, lo que hace que las personas con problemas de salud mental sean especialmente vulnerables a la vulneración de sus derechos.

El reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona debe ser el eje vertebrador de la atención y apoyos a todas las personas, por lo que todas las personas usuarias tienen derecho a una atención libre de restricciones y coerciones sean del tipo que sean (físicas, mecánicas, químicas, farmacológicas o verbales) y para ello se deben prestar los apoyos necesarios. A esta manera de actuación le corresponden medidas alternativas basadas en la escucha activa, la anticipación y el respeto a los derechos de las personas.

Actualmente en los centros de la red pública de servicios sociales ya han eliminado las coerciones y las restricciones en su funcionamiento diario. Los datos de resultados sobre el estudio de los cambios en la práctica están demostrando que la eliminación de las coerciones y de las contenciones, aumenta el éxito en las terapias de las personas con problemas de salud mental. Estos resultados respaldan que la coerción, la contención y la restricción no son medidas terapéuticas, mientras que sí que lo son las prácticas basadas en un modelo centrado en los apoyos y en la toma de decisiones y de voluntades anticipadas.

Para la consolidación de la eliminación de las coerciones en los todos los centros residenciales, se está elaborando desde la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas un plan de buenas prácticas de actuación que contempla la eliminación de las coerciones

y de las restricciones y que culminara en una resolución de obligado cumplimiento por todos los centros residenciales de atención a personas con problemas de salud mental.

Los centros de atención residencial deberán tener una acreditación formal respecto a la atención libre de restricciones y coerciones mediante la existencia de un Plan de atención libre de restricciones y coerciones que contemplará la supresión total y segura de las coerciones y la adopción de medidas alternativas de apoyo preventivo, positivo y respetuoso.

Para ello será necesaria la formación certificada de todo el personal de atención directa en la atención libre de coerciones y en los modelos de intervención de enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas que suponen un desafío para el servicio con metodologías como el Apoyo Conductual Positivo.

Las medidas urgentes para poder desarrollar los cambios efectuados en la ley 8/2021 se incluyen en la sección de recomendaciones

La promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia

La salud mental es un fenómeno complejo, que debemos plantearnos desde una visión holística, enfocada desde una atención multidisciplinar, centrándonos en las personas y su familia y en su atención integral. Con este planteamiento debemos abarcar la vida de las personas desde todos los puntos de vista que intervienen en su día a día, dese una perspectiva biológica, psicológica y social a partir de un modelo de salud integral.

Es por esto por lo que las personas con problemas de salud mental tienen derecho a una atención integral tanto sanitaria como social. Donde sus necesidades e intereses y preferencias sean escuchadas, sus derechos se vean reconocidos. Esto supone que ninguna persona puede ser discriminada ante el acceso de a las prestaciones y servicios, ya que constituye una vulneración de la dignidad y de los derechos fundamentales de igualdad.

Las personas con problemas de salud mental grave, tiene derecho a una plena autonomía y al nombramiento de representantes y apoyos tal como se plasma en la ley 8/2021 y derecho al uso de estrategias de decisiones anticipadas en base a lo recogido en la ley 41/2002. Para su atención se desarrollarán un conjunto de prestaciones, servicios y actuaciones de carácter integral y continuado que se orientan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental necesarios.

En la actualidad, se cuenta con la siguiente cartera de servicios de atención a la dependencia:

- El servicio de prevención de las situaciones de dependencia
- Los servicios de promoción de la autonomía personal que podemos encontrar para el apoyo a las personas con problemas de salud mental son los siguientes:
 - a. Asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria.
 - b. Habilitación y desarrollo de la autonomía personal.
 - c. Terapia ocupacional.
 - d. Estimulación y activación cognitiva.
 - e. Atención biopsicosocial para personas con trastorno mental en Centros de Rehabilitación e Inserción Social.
 - f. Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, incluidos los productos técnicos y productos de apoyo.
 - g. Apoyos personales y cuidados en viviendas tuteladas.
 - h. Habilitación profesional y social prestada en centros ocupacionales y/o polivalentes para personas con diversidad funcional

La prestación económica vinculada a los servicios de prevención y promoción es la que permite que las personas en situación de dependencia tengan acceso a los servicios anteriores.

La prestación económica vinculada al servicio tendrá que ser aplicada a la obtención de una plaza no concertada de centro o servicio que se encuentre debidamente acreditado para la atención a personas en situación de dependencia.

Dentro de los servicios públicos de promoción para personas con diversidad funcional, las personas con problemas de salud mental grave pueden acceder a los siguientes servicios:

- Centro de Reinserción e Integración Social (CRIS)
- Centro de día /Centro ocupacional
- Viviendas tuteladas asistidas y supervisadas
- Centros Especiales para Enfermos Mentales (CEEM)

Se puede acceder a una plaza pública en los anteriores servicios y en caso de que no exista plaza pública se abre la posibilidad de disponer de la prestación vinculada de garantía.

El asistente personal es una prestación destinada a fomentar la inclusión, la autonomía personal y la libre elección de las personas con sus funciones de acompañamiento.

Tenemos que destacar un nuevo servicio de la CIPI que no viene recogido en la ley de dependencia: el Servicio de Atención y Seguimiento para la Enfermedad Mental (SASEM). Este es un recurso de ámbito municipal dentro del sistema público valenciano de la Red de Servicios Sociales, destinado a personas con problemas de salud mental grave. Se articula como un servicio de atención a la persona y su familia en su entorno natural, intentando garantizar la permanencia de la persona en su domicilio o entorno social, educativo, laboral, ofreciendo una atención cercana y centrada en las necesidades, inquietudes y preferencias de la persona que evite la institucionalización. En el País Valenciano, tenemos que seguir apostando por el trabajo en el ámbito municipal o próximo al entorno de la apersona, fortaleciendo la atención primaria tanto en el ámbito sanitario como en el social.

Actualmente dos de nuestras grandes debilidades son tanto el número limitado de plazas que tenemos en los diferentes recursos y servicios como la persistencia de una cultura de institucionalización, el que se siga pensando en las instituciones como la referencia primaria para la atención a la persona. Este segunda debilidad se ve mantenida en cierta manera por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de

la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y que debe actualizarse con las nuevas realidades de atención a las personas dependientes y el marco jurídico y legal. De manera paralela a los servicios que ofrece y se recogen en la ley de Dependencia, se van creando nuevos que se centran más en la persona y en entornos naturales y comunitarios, como es el SASEM. Estos nuevos servicios están en consonancia con la Ley de Servicios Sociales Inclusivos del País Valenciano aprobada en 2019, que cierra la etapa de las políticas asistencialistas y en donde se orientan las intervenciones al desarrollo comunitario, para lo cual se tendrán que ir proporcionando progresivamente los recursos y los apoyos.

El Estatuto de las personas con discapacidad (ley 11/2003, de 10 abril) es el que impulsa en el País Valenciano las actuaciones a desarrollar por parte de las Administraciones públicas, por medio de una acción coordinada, dirigida a la atención, promoción y protección de los derechos y libertades fundamentales, el bienestar y calidad de vida de las personas con discapacidad, posibilitando su autonomía, habilitación, o en su caso, rehabilitación así como su participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, con el fin de asegurar el derecho a la igualdad y dignidad reconocido por la Constitución española y demás derechos protegidos por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.

La Ley Orgánica 1/2006 de 10 de abril en su texto habla de la no discriminación y derechos de las personas con discapacidad y sus familias a la igualdad de oportunidades, a la integración y a la accesibilidad universal en cualquier ámbito de la vida pública, social, educativa o económica.

Con la Ley de Servicios Sociales Inclusivos de 2019 del País Valenciano se da prioridad a los derechos de las personas, al acceso al sistema social como un derecho subjetivo en igual de condiciones y con equidad.

El primer derecho con el que nos encontramos es **el reconocimiento de discapacidad**.

Actualmente nos encontramos que el tiempo que transcurre desde la presentación de la solicitud de valoración de la discapacidad hasta que la obtienen la valoración ha disminuido notablemente en los tres últimos años. Se ha pasado de un tiempo medio de resolución en diciembre de 2018 de 17 meses a pasar 4 meses de resolución en diciembre de 2021.

Para todas las personas que sufren diferentes tipos de discapacidad, se les especifica su grado de discapacidad mediante un certificado de discapacidad, enmarcado dentro de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social (LGD), anteriormente conocida como Ley de Integración Social de personas con discapacidad (LISMI).

A pesar de este gran esfuerzo por resolver en un tiempo menor desde los centros de valoración y del aumento de recursos los centros de valoración no han conseguido llegar a resolver la valoración de la discapacidad de las a personas en menos de tres meses.

Como medidas de mejora efectiva desde el Imsero y desde la Conselleria de Igualdad y políticas Inclusivas se está trabajando para la mejora en la valoración y el tiempo de reconocimiento de la discapacidad. El 20 de abril de 2023 entrara en vigor una nueva baremación que evitara las demoras en la valoración y que facilitara en la obtención de los derechos y ayudas de las personas con diversidad funcional y manteniéndose el grado de discapacidad hasta la resolución de la revisión de la valoración, permitiendo que se mantengan las prestaciones y derechos fiscales de las personas beneficiarias.

Respecto a la mejora en la accesibilidad universal, desde la Conselleria de Igualdad y políticas inclusivas se ha impulsado el proyecto de ley de Accesibilidad Universal e inclusiva que abarca todos los aspectos de accesibilidad universal, incluyendo aspectos tan importantes como la accesibilidad en los bienes de consumo y la accesibilidad cognitiva, imprescindibles para poder dar una plena autonomía a las personas .

SOBRE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

En este apartado el Grupo, tomando como punto de partida los principios organizativos del modelo de salud mental comunitaria, llevó a cabo dos tareas distintas. La primera consistió en identificar las intervenciones que de aplicarse al SSMPV podrían ayudar a transformarlo en un modelo comunitario. Para seleccionar las intervenciones prioritarias se empleó un sistema de rondas con puntuaciones que se llevaron a cabo tras extensos debates sobre el significado de cada intervención, pero a la hora de puntuar cada miembro del grupo lo hizo independientemente de los demás y el consenso del Grupo se expresó como la puntuación media obtenida en cada intervención.

La segunda tarea, llevada a cabo con metodología narrativa, consistió en debatir la situación actual del SSMPV bajo el prisma de los principios organizativos del modelo comunitario. Las opiniones consensuadas del grupo se presentan como series comentarios críticos breves, tal como fueron consensuados, sin hacer ningún intento de síntesis para que el lector pueda desarrollar su propia opinión.

Priorización de los intervenciones basadas en los principios comunitarios

Para llevar a cabo la evaluación del SSMPV se formó un grupo de seis expertos, tres de ellos fueron los profesionales que habían estado al frente de la Oficina Autónoma de Salud Mental de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública en los cinco últimos años y que por lo tanto conocían a fondo la situación de los servicios, que eran Begoña Frades García, Mikel Munárriz Ferrandis y Francisco Pérez Prieto, otro estaba al frente de la Servicio de Drogodependencias desde su creación Francisco Verdú Asensi y dos más que habían trabajado más de treinta años en los servicios de salud mental de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública y que además poseían una extensa experiencia en investigación epidemiológica Manuel Gómez Beneyto y Manuel Girón Giménez, cuyos currícula pueden ser consultados en (<https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Gomez-Beneyto>) y

<https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Giron>, respectivamente). A todos ellos se les ofreció figurar como coautores de este informe.

Para facilitar el debate que eventualmente conduciría al consenso, se utilizó como punto de partida la descripción de los principios organizativos del modelo de Salud Mental Comunitaria citados en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional, previamente actualizados por el Grupo.

El objetivo del grupo de expertos (en adelante, el Grupo) en este apartado del informe consistió en identificar los principios y las intervenciones que prioritariamente tendrían que incorporarse al SSMPV para acercarlo al modelo de Salud Mental Comunitaria.

Al comienzo del trabajo de grupo se constató una diferencia de criterios entre sus componentes para acordar la validez nominal de las intervenciones y para priorizarlas según los objetivos acordados. En una primera ronda de puntuaciones en la que cada miembro del Grupo puntuó de forma independiente de 1 a 10 cada una de las 55 intervenciones en términos de prioridad, no se alcanzó un acuerdo estadísticamente significativo (W de Kendall 0,26, $p=0.11$). Tras largos debates, en una segunda ronda de puntuaciones se consiguió un nivel aceptable de concordancia (W de Kendall 0,53, $p<0,000$).

Resultados

A continuación, se muestran las Tablas con las definiciones de los principios y las puntuaciones medias en las intervenciones de cada uno de estos.

ACCESIBILIDAD es la capacidad de un servicio para informar y prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando, donde y en la medida que la necesiten. En los servicios que se promueve la accesibilidad:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Los recursos están cerca de los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales. 	9,04
<ul style="list-style-type: none"> Existe una red de transporte accesible para que la que la persona o su entorno próximo pueda hacer uso y de esta manera desplazarse al centro o servicio. 	8,88
<ul style="list-style-type: none"> Los equipos sanitarios y sociales se organizan para que las personas usuarias reciban atención en su entorno. 	9,48
<ul style="list-style-type: none"> En los centros de salud mental se atiende por la mañana y por la tarde. 	8,54
<ul style="list-style-type: none"> Se evalúan los tiempos de espera y se toman medidas concretas para reducirlos. Las situaciones urgentes valoradas por el equipo de salud mental son atendidas de inmediato. 	9,06
<ul style="list-style-type: none"> La información que se le ofrece a la persona y a su entorno próximo es accesible y fácil de entender. Se garantizan la existencia de apoyos necesarios para que la persona o su entorno próximo accedan a la información 	8,98
<ul style="list-style-type: none"> Se favorecen las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías. 	7,52
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios disponen de los recursos y apoyos necesarios para garantizar una comunicación efectiva con las personas que lo necesiten. 	8,34

AUTONOMÍA es la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas usuarias con trastorno mental grave para a) tomar decisiones por sí mismas o con el apoyo que necesiten de acuerdo con la CDPD y b) llevar una vida independiente en la comunidad. En los servicios que se promueve la autonomía:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Las personas con problemas de salud mental grave cuentan con los apoyos necesarios para la toma de decisiones en las cuestiones que le afectan y para el desarrollo de su capacidad jurídica, de acuerdo a la convención. La salvaguarda judicial a las personas que hayan de contar con apoyo al ejercicio de su capacidad jurídica está adecuadamente dotada de personal capacitado y dispondrá de una defensoría específica. 	9,08
<ul style="list-style-type: none"> Las entidades tutelares/curatelares cuentan con profesionales encargados del apoyo individual al ejercicio de los derechos y planes individualizados orientados a la autonomía. 	8,76
<ul style="list-style-type: none"> Las personas que actualmente estén tuteladas o curateladas por una persona de su entorno próximo, tienen asignada una persona de apoyo para poder ejercer su derecho en la toma de decisiones y en el desarrollo de sus planes individualizados para una plena autonomía. 	8,52
<ul style="list-style-type: none"> La regulación de los ingresos involuntarios y otras medidas restrictivas de la libertad incluyen el acceso rápido y gratuito a asistencia letrada accesible. 	8,36
<ul style="list-style-type: none"> Se priorizan las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales de las personas usuarias 	8,45
<ul style="list-style-type: none"> Se priorizan las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad. En los departamentos se crean los recursos alternativos comunitarios (viviendas con y sin apoyo, hogares sala, mini residencias y recursos para el apoyo en el entorno) al tiempo que se cierran los hospitales psiquiátricos y los CEEM. 	9,16
<ul style="list-style-type: none"> Se priorizan las prácticas que suponen la inclusión de las personas usuarias en las redes y dispositivos naturales de la comunidad en la que residen. 	9,00
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios facilitan de manera proactiva la elaboración de voluntades anticipadas/planificación anticipada de decisiones que garantice que en situaciones de crisis no se tomen decisiones contrarias a la voluntad de la persona 	8,96

CONTINUIDAD es la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, cuidados, rehabilitación, empleo, tiempo libre y apoyo social, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente entre los servicios que la componen (continuidad trasversal). En los servicios que se promueve la continuidad de cuidados:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Funcionan las comisiones de coordinación entre los dispositivos del departamento sanitario y los diferentes sectores institucionales implicados, incluyendo los equipos base de los municipios de residencia de las personas con problemas graves de salud mental 	8,04
<ul style="list-style-type: none"> La atención es multidisciplinar. El equipo incluye, además de las categorías profesionales tradicionales (psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental, trabajo social y terapia ocupacional.) otras categorías, tales como educación social, técnicos de inserción social, integración laboral 	8,68
<ul style="list-style-type: none"> Está implantado el uso de "Planes Individuales de Atención" (PAI) para las personas con trastorno mental grave. El PAI se diseña y ejecuta con la participación activa de la persona usuaria 	9,06
<ul style="list-style-type: none"> Se dispone de procedimientos y recursos para evitar la discontinuidad de la atención. Está implantando el uso de procedimientos proactivos de seguimiento o acompañamiento domiciliario y comunitario. Cada persona usuaria dispone de un referente personal que le facilita la autogestión de sus necesidades sanitarias y sociales. 	9,16
<ul style="list-style-type: none"> Existe la historia informatizada a la que tienen acceso todos los profesionales implicados en la asistencia de cada persona y abarca atención primaria y atención especializada hospitalaria, atención primaria y secundaria de servicios sociales, comunitaria, e instituciones penitenciarias. El formato se adapta a las peculiaridades de la atención a las personas con trastornos mental. 	8,76

EQUIDAD es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales. En los servicios que se promueve la equidad:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Existe información fiable sobre las necesidades de la población en salud mental (índices de desempleo, desigualdad, pobreza, migración, etc) que puede ser utilizada para una distribución equitativa de los recursos. 	8,40
<ul style="list-style-type: none"> La cantidad y la clase de recursos se adecua a las necesidades de salud de la población (más recursos donde haya más factores de riesgo, como la pobreza, el consumo abusivo de sustancias, un elevado nivel de desempleo o inmigración, etc.) 	9,12
<ul style="list-style-type: none"> La atención médica y social es gratuita y universal, no existe el copago 	9,56
<ul style="list-style-type: none"> Se vigila que no existan desigualdades en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de las personas con trastornos mentales por razones de género, etnia, edad, clase y lengua, entre otros. Las personas con Trastorno Mental Grave tengan acceso al empleo. 	9,14
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios proporcionan una atención directamente proporcional a las necesidades de las personas atendidas. No se cumple la ley de cuidados inversos 	8,90

<ul style="list-style-type: none"> Las personas con mayor influencia no disfrutaban de privilegios (no se saltan las listas de espera, ni se ofrecen las mejores habitaciones en el hospital, ni intervienen los mejores especialistas, etc.) 	8,64
--	------

RESPONSABILIZACIÓN es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias y sociales de su responsabilidad frente a las personas usuarias, sus familiares y la comunidad. La responsabilización incluye la transparencia y la rendición de cuentas. Los servicios de salud mental comunitarios funcionan con una doble responsabilidad, tanto en relación con el paciente como con el conjunto de la sociedad. Los servicios que se promueve la responsabilización:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> La gestión, la administración y la financiación de los servicios de salud mental son explícitos y transparentes. 	9,06
<ul style="list-style-type: none"> La Administración ordena y audita el funcionamiento de los centros sanitarios y sociales Esta información es pública y revierte en la mejora de los servicios. 	9,52
<ul style="list-style-type: none"> La cartera de servicios y prestaciones en salud mental ha sido publicada en el DOGV y en las páginas web de las diferentes Consellerías concernidas para que la ciudadanía conozca sus derechos en esta materia. 	8,56
<ul style="list-style-type: none"> Existe un plan integral e integrado que incluye a todas las administraciones implicadas en salud mental (sanidad, servicios sociales, educación, empleo, vivienda, justicia etc). Este plan se acompaña de un cronograma, una dotación presupuestaria y de una memoria económica y ha sido aprobado por el Consell. 	9,52
<ul style="list-style-type: none"> Existen cauces institucionales y administrativos adecuados y conocidos para tramitar las quejas y darles respuesta. Las quejas se analizan y el resultado revierte en la mejora del servicio. 	8,36

CALIDAD Es una característica de los servicios que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas o en el consenso de expertos. Para la sociedad en general y para las personas usuarias en particular, significa que los servicios deben lograr resultados positivos. Para el personal y los gestores y gestoras de los servicios, significa que estos deben hacer el mejor uso de los conocimientos y la evidencia científica disponibles. En los servicios que se promueve la calidad:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> El modelo biopsicosocial guía la formación de especialistas y la formación continuada, así como la práctica clínica. Los profesionales asisten regularmente a cursos de formación que no están financiados ni organizados por la empresa privada 	8,52
<ul style="list-style-type: none"> La formación de especialistas y la formación continuada, así como el trabajo clínico básico se llevan a cabo en equipo y de forma interdisciplinar 	8,70
<ul style="list-style-type: none"> Se garantiza la participación de representantes de las asociaciones de personas usuarias y sus familiares en los procesos de mejora continua de la calidad y esta participación no es meramente simbólica. 	9,08
<ul style="list-style-type: none"> El uso de la evidencia científica se supedita a la defensa de la dignidad y los derechos de las personas usuarias Alternativa: La evidencia científica juega un papel importante en la toma de decisiones a nivel clínico y a nivel institucional, pero siempre supeditada a la protección y defensa de la voluntad y derechos de los usuarios. 	8,84
<ul style="list-style-type: none"> Se llevan a cabo regularmente encuestas de satisfacción de los usuarios, se hacen públicos los resultados y se toman en consideración para mejorar el sistema 	7,94
<ul style="list-style-type: none"> Se emplean procedimientos para la mejora continua de la calidad 	8,08

COMPRESIVIDAD/ INTEGRACIÓN es la capacidad de un servicio para cubrir de forma integrada todas las necesidades de la población en salud mental dentro de un área geográfica definida. En los servicios que se promueve la comprensividad/ integración:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> La cobertura está territorializada y organizada en departamentos y zonas básicas. Todos los servicios terapéuticos, de rehabilitación, empleo, tiempo libre y de apoyo social, para las personas con trastornos mentales y drogodependencias, están disponibles en cada departamento. Los equipos multidisciplinares no tendrán una cobertura superior a 50.000 habitantes, tomando en consideración la prevalencia, los determinantes sociales y la dispersión geográfica. 	9,48
<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones y los escenarios asistenciales están muy diversificados para que el sistema se adapte a las necesidades de las personas usuarias y cubran además de las necesidades sanitarias, sociales y laborales, las relacionadas con la recuperación personal. 	8,88
<ul style="list-style-type: none"> Los departamentos cuentan con servicios de acompañamiento, asistencia personal y atención domiciliaria. Cada persona usuaria dispone de un referente personal que le facilita la autogestión de sus necesidades sanitarias y sociales. 	8,92
<ul style="list-style-type: none"> La atención no se centra solamente en el tratamiento, sino también en la promoción y prevención de la salud mental, por lo que se tienen en cuenta las necesidades de toda la población, no sólo de los que tienen un problema de salud mental y buscan ayuda. 	9,28
<ul style="list-style-type: none"> En las intervenciones se aplican procedimientos que permiten integrar las acciones de todos los profesionales implicados en cada caso, así como la coordinación de los dispositivos a nivel departamental, siempre con la participación de las personas usuarias. 	8,44

<ul style="list-style-type: none"> Existen alternativas al ingreso en prisión y recursos para facilitar la inclusión tras la excarcelación para las personas sometidas a medidas penales y problemas graves de salud mental 	8,78
<ul style="list-style-type: none"> La atención se organiza en forma de red que incluye a todos los recursos sanitarios y sociales involucrados, pero el eje de la atención reside en los equipos comunitarios sanitarios (UCA y USM) y sociales con el objetivo, entre otros, de evitar el hospitalocentrismo. 	9,38

RECUPERACIÓN Entendida como proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata de retomar el propio curso vital y recuperar al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano En los servicios que se promueve la recuperación:

	PUNTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Se garantiza la inclusión de personas usuarias en los equipos y organismos encargados de la organización, diseño, prestación y evaluación de los servicios y dispositivos de salud mental, tanto sanitarios como sociales. 	8,92
<ul style="list-style-type: none"> Se promueve la creación de grupos de apoyo mutuo de personas usuarias y se reconoce su papel, tanto en relación al proceso de recuperación, como en su actuación complementaria del trabajo de los profesionales 	8,78
<ul style="list-style-type: none"> Usuarios expertos por experiencia y profesionales trabajan conjuntamente en los servicios para alcanzar objetivos de salud y bienestar social 	9,10
<ul style="list-style-type: none"> Se garantiza que las personas sean las protagonistas de sus procesos de recuperación. 	9,28
<ul style="list-style-type: none"> Se emplean prácticas basadas en pruebas o en el consenso para facilitar y promover la recuperación (por ejemplo WRAP). 	9,00
<ul style="list-style-type: none"> Se toman medidas (informando, sensibilizando, educando, entrenando, entre otros) para adaptar las actitudes del personal sanitario a los principios de la recuperación. 	8,62
<ul style="list-style-type: none"> Existe un compromiso, al más alto nivel institucional, para orientar la organización y gestión de los servicios de acuerdo con los principios de la recuperación personal. 	9,14
<ul style="list-style-type: none"> Todas las intervenciones terapéuticas, rehabilitadoras, de apoyo social y empleo del tiempo libre tienen que estar informadas por los principios de la recuperación 	8,52
<ul style="list-style-type: none"> Existe una comisión independiente de la administración para la lucha contra el estigma y la promoción de la recuperación de las personas con problemas de salud mental, integrada por asociaciones, personas usuarias y familiares y cualquier persona vinculada o relacionada con la salud mental. 	8,36
<ul style="list-style-type: none"> Existe un compromiso para facilitar la creación de servicios gestionados por personas usuarias orientados a la Recuperación 	8,52

Las 10 intervenciones de alta prioridad

- La atención médica y social es gratuita y universal, no existe el copago (Equidad3)
- La Administración ordena y audita el funcionamiento de los centros sanitarios y sociales. Esta información es pública y revierte en la mejora de los servicios. (Resp2)
- Existe un plan integral e integrado que incluye a todas las administraciones implicadas en salud mental (sanidad, servicios sociales, educación, empleo, vivienda, justicia etc). Este plan se acompaña de un cronograma, una dotación presupuestaria y de una memoria económica y ha sido aprobado por el Consell. (Resp4)
- La cobertura está territorializada y organizada en departamentos y zonas básicas. Todos los servicios terapéuticos, de rehabilitación, empleo, tiempo libre y de apoyo social, para las personas con trastornos mentales y drogodependencias, están disponibles en cada departamento. Los equipos multidisciplinares no tendrán una

cobertura superior a 50.000 habitantes, tomando en consideración la prevalencia, los determinantes sociales y la dispersión geográfica. (Comp1)

- Los equipos sanitarios y sociales se organizan para que las personas usuarias reciban atención en su entorno. (Acc3)
- La atención se organiza en forma de red que incluye a todos los recursos sanitarios y sociales involucrados, pero el eje de la atención reside en los equipos comunitarios sanitarios (UCA y USM) y sociales con el objetivo, entre otros, de evitar el hospitalocentrismo. (Comp7)
- La atención no se centra solamente en el tratamiento, sino también en la promoción y prevención de la salud mental, por lo que se tienen en cuenta las necesidades de toda la población, no sólo de los que tienen un problema de salud mental y buscan ayuda. (Comp4)
- Se garantiza que las personas sean las protagonistas de sus procesos de recuperación. (Rec4)
- Se dispone de procedimientos y recursos para evitar la discontinuidad de la atención. Está implantando el uso de procedimientos proactivos de seguimiento o acompañamiento domiciliario y comunitario. Cada persona usuaria dispone de un referente personal que le facilita la autogestión de sus necesidades sanitarias y sociales. (Cont4)
- Se priorizan las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad. En los departamentos se crean los recursos alternativos comunitarios (viviendas con y sin apoyo, hogares sala, mini residencias y recursos para el apoyo en el entorno) al tiempo que se cierran los hospitales psiquiátricos y los CEEM (Auto6)

Las 10 intervenciones priorizadas cubren un abanico amplio de elementos que pueden ser considerados imprescindibles para construir un servicio comunitario de salud mental

Distribución de las intervenciones priorizadas en un modelo matricial

A continuación se presentan las 10 intervenciones priorizadas por el Grupo, usando el modelo matricial "geográfico-temporal" de la salud mental de Graham Thornicroft y Michelle Tansella (The Mental Health Matrix).

La matriz es una tabla de 3x3 (abajo) construida a partir de dos dimensiones, una hace referencia al nivel "geográfico" de aplicación (a nivel de País, a nivel de zona o departamento, a nivel del paciente) y otra en función de la fase "temporal" propia de los análisis de calidad asistencial (recursos, procesos y resultados).

	Recursos	Procesos	Resultados
Nivel de País	1A	1B	1C
Nivel de zona y departamento	2A	2B	2C
Nivel del Paciente	3A	3B	3C

A continuación una breve definición de los conceptos usado en este modelo.

<p>El <u>nivel de País Valenciano</u> hace referencia al nivel estatal o regional del modelo matricial de Thornicroft y Tansella. En sus palabras por nivel estatal o regional "entendemos el nivel en el que un gobierno puede promulgar leyes sobre salud mental y los estándares clínicos mínimos, el nivel en el que se formula la política global y en el que, habitualmente, se organiza la formación de los profesionales."</p> <p>El <u>nivel de zona y departamento</u> corresponde al nivel local de Thornicroft y Tansella. "Por <u>nivel local</u> entendemos un área de captación en la que presta sus cuidados un sistema de salud mental general para adultos."</p> <p>"Por <u>nivel del paciente</u> entendemos el ámbito terapéutico en el que se incluyen el tratamiento, los cuidados y el apoyo a los pacientes como individuos o como grupos que comparten características o problemas comunes, así como a las intervenciones sobre los miembros de sus redes sociales en un sentido amplio, incluyendo familiares y cuidadores."</p> <p><u>Recursos</u> "son aquellos elementos que alimentan el conjunto del sistema de servicios de salud mental. Estos elementos deben distinguirse de las actividades que tienen lugar en el propio sistema con el objetivo de suministrar los cuidados de salud mental, las cuales se describen ... como la fase de proceso ... Los recursos visibles consisten principalmente en personal y dispositivos ... los recursos invisibles activan los recursos visibles del sistema y potencian el funcionamiento efectivo de la red asistencial ... una buena relación de trabajo entre los servicios especializados y los de atención primaria, entre los servicios de salud y los servicios sociales, con el objetivo de proporcionar cuidados conjuntos ... la experiencia, cualificación y formación del personal ... los marcos de referencia legal y político ... la organización del sistema en la que tiene lugar la asistencia"</p> <p><u>Procesos</u> son "aquellas actividades cuyo objetivo es proporcionar servicios de salud mental ... los procesos son el vehículo para la provisión de los cuidados y no el contenido mismo del tratamiento"</p> <p>Con <u>resultados</u> se "remite ... al estado de salud de un paciente concreto o a la agregación de datos de pacientes individuales, e implica la toma de mediciones en momentos de tiempo, antes y tras una intervención clínica."</p> <p><i>Graham Thornicroft, Michele Tansella. La Matriz de la Salud Mental. Ed. Tricastela 2004 / The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge University Press, 1999</i></p>
--

Las 10 intervenciones priorizadas afectan a todos los elementos del modelo matricial. El resultado de la distribución de las intervenciones se muestra en la tabla siguiente:

	Recursos	Procesos	Resultados
País	<p>La atención médica y social es gratuita y universal, no existe el copago EQUITAT3</p> <p>Existe un plan integral e integrado que incluye a todas las administraciones implicadas en salud mental</p>	<p>La Administración ordena y audita el funcionamiento de los centros sanitarios y sociales. Esta información es pública y revierte en la mejora de los servicios RESP2</p>	<p>La atención no se centra solamente en el tratamiento, sino también en la promoción y prevención de la salud mental, por lo que se tienen en cuenta las necesidades de toda la población, no sólo de los que</p>

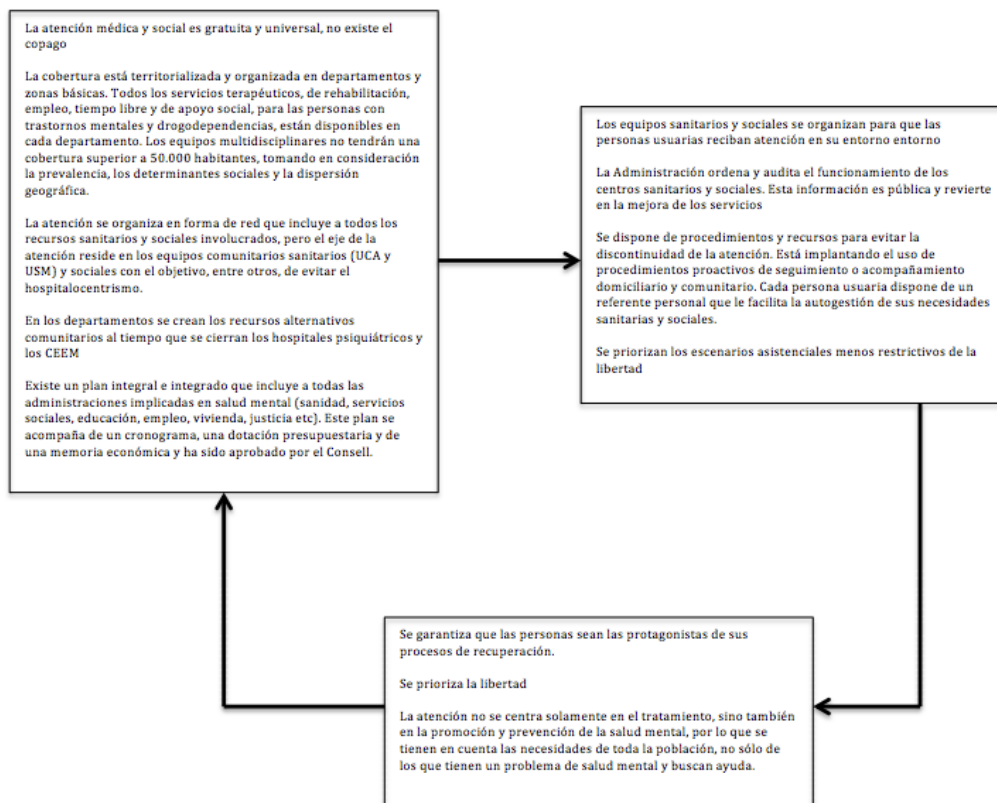
	(sanidad, servicios sociales, educación, empleo, vivienda, justicia etc). Este plan se acompaña de un cronograma, una dotación presupuestaria y de una memoria económica y ha sido aprobado por el Consell. RESP4		tienen un problema de salud mental y buscan ayuda. COMP4
Zona y Departamento	<p>La cobertura está territorializada y organizada en departamentos y zonas básicas. Todos los servicios terapéuticos, de rehabilitación, empleo, tiempo libre y de apoyo social, para las personas con trastornos mentales y drogodependencias, están disponibles en cada departamento. Los equipos multidisciplinares no tendrán una cobertura superior a 50.000 habitantes, tomando en consideración la prevalencia, los determinantes sociales y la dispersión geográfica. COMP1</p> <p>En los departamentos se crean los recursos alternativos comunitarios al tiempo que se cierran los hospitales psiquiátricos y los CEEM AUTO6</p> <p>La atención se organiza en forma de red que incluye a todos los recursos sanitarios y sociales involucrados, pero el eje de la atención reside en los equipos comunitarios sanitarios (UCA y USM) y sociales con el objetivo, entre otros, de evitar el hospitalocentrismo. COMP7</p>	<p>Los equipos sanitarios y sociales se organizan para que las personas usuarias reciban atención en su entorno ACC3</p> <p>Se dispone de procedimientos y recursos para evitar la discontinuidad de la atención. Está implantando el uso de procedimientos proactivos de seguimiento o acompañamiento domiciliario y comunitario. Cada persona usuaria dispone de un referente personal que le facilita la autogestión de sus necesidades sanitarias y sociales CONT4</p>	
Paciente		Se priorizan los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad. AUTO6	<p>Se garantiza que las personas sean las protagonistas de sus procesos de recuperación REC4</p> <p>Libertad. AUTO6</p>

Estas 10 intervenciones prioritarias se pueden organizar en 5 áreas, que orientan al desarrollo de la asistencia:

- Pública universal, gratuita, accesible y organizada de forma planificada en base a departamentos y zonas (Equitat3, Acc3, Comp1)
- Que cuenta con un plan aprobado y dotado, y mecanismos de evaluación para la mejora de su funcionamiento (Resp2, Resp4)
- Organizada en forma de una red integral e integrada, en donde la gestión pasa de estar basada en el hospital a estar basada en la comunidad, y que incluye las tareas de promoción y prevención (Comp7, Comp4)
- Que dispone de procedimientos para evitar la discontinuidad de la atención, así como de dispositivos de acompañamiento y de referentes personales (Cont4)
- Que se basa en el uso de los escenarios menos restrictivos de la libertad y que facilita la recuperación personal (Rec4, Auto6)

Estas 10 intervenciones se pueden organizar en base a su relación con las dimensiones clásicas de Recursos, Procesos y Resultados de forma que una serie de elementos estructurales y normativos orientan el desarrollo de un servicio comunitario, el cual se pone al servicio de la prevención, de la capacidad de vida autónoma y de la recuperación de las personas con enfermedad mental. Por último, los resultados del sistema sirven para orientar su evaluación y desarrollo.

Las relaciones entre estos 3 elementos, representadas en la figura siguiente, deben tomarse en su conjunto y pueden formar un ciclo, en donde el desarrollo de un componente sirve de estímulo positivo para el desarrollo de los otros. Pero también nos indica que un bloqueo en significativo de cualquiera de los componentes puede bloquear el desarrollo del sistema, algo que puede suceder con facilidad en el desarrollo de un sistema comunitario.



Por supuesto, el desarrollo del sistema se verá influido por elementos externos a los principios de la atención, como los recursos que son destinados a su financiación o los recursos destinados a la financiación de los servicios sanitarios o de protección social destinados a la población general. Así, las medidas de austeridad vinculadas a los recortes sanitarios y sociales se convierten en una amenaza muy evidente.

Análisis crítico de la situación actual SSMPV

En esta segunda parte se presentan los comentarios críticos sobre la situación actual del SSMPV, vistos desde la perspectiva del modelo de salud mental comunitaria, en el siguiente orden: primero el nombre del principio organizativo seguido de su definición conceptual y las intervenciones que lo caracterizan y a continuación se presentan los comentarios consensuados por el Grupo

ACCESIBILIDAD es la capacidad de un servicio para informar y prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando, donde y en la medida que la necesiten. En los servicios que se promueve la accesibilidad:

- Los recursos están cerca de los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales.
- Existe una red de transporte accesible para que la persona o su entorno próximo pueda hacer uso y de esta manera desplazarse al centro o servicio.
- Los equipos sanitarios y sociales se organizan para que las personas usuarias reciban atención en su entorno.
- En los centros de salud mental se atiende por la mañana y por la tarde.
- Se evalúan los tiempos de espera y se toman medidas concretas para reducirlos. Las situaciones urgentes valoradas por el equipo de salud mental son atendidas de inmediato.
- La información que se le ofrece a la persona y a su entorno próximo es accesible y fácil de entender. Se garantizan la existencia de apoyos necesarios para que la persona o su entorno próximo accedan a la información
- Se favorecen las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías.
- Los servicios disponen de los recursos y apoyos necesarios para garantizar una comunicación efectiva con las personas que lo necesiten.

Comentarios

- Las barreras para acceder a los servicios de salud mental comunitaria o para recibir la información desde los mismos son diversas y son una de las causas más importantes para que muchas personas con trastornos mentales no reciban el tratamiento que necesitan o cuando lo necesitan.

- La barrera financiera es considerada en el principio de Equidad. Otras barreras importantes son las geográficas, de lengua, de comunicación e información, culturales (estigma), y las causadas por condiciones asociadas a la carencia de recursos personales que sufren algunos colectivos vulnerables (tales como la senilidad, la pobreza, el “sinhogarismo” o la carencia de conciencia de enfermedad de algunas personas con trastorno mental grave).

- Las comarcas del interior están menos dotadas de centros de atención sanitaria y social que las comarcas próximas al litoral, lo que supone una dificultad para el acceso a los servicios, especialmente al tratarse de territorios con población dispersa, a la cual se añade la escasez relativa de medios de transporte adecuados en las zonas rurales. Las

unidades de salud de salud mental que se sitúan en los centros de salud ofrecen mejor accesibilidad y permiten una relación más estrecha con los profesionales de atención primaria.

- Más importantes sin embargo por su grado de extensión son las barreras debidas a las listas de espera que afectan a algunos servicios y que pueden llegar a ser motivo de desviación hacia la atención privada en el caso de las personas usuarias que se lo puedan permitir o de un retraso crítico en el inicio del tratamiento. El Grupo considera que las listas de espera en muchos centros sanitarios son inaceptables, por su extensión – a veces hay que esperar más de seis meses para acceder a un tratamiento psicológico - así como por la actitud despreocupada de la Administración sanitaria, que no de la CIPI, hacia este problema. Aunque para reducir las demoras la Administración sanitaria siempre propone la idea de optimizar el uso de recursos, es evidente que en muchos casos el factor determinante de las demoras es la escasez de recursos humanos y materiales para satisfacer la demanda.

- La implementación de intervenciones relacionadas con el acceso a la información, como favorecer las consultas telefónicas, atención mañana y tarde, información comprensible y efectiva y las atenciones de urgencia están relativamente generalizadas en los servicios sanitarios y sociales.

- Una barrera menos visible pero más importante por el efecto que tiene sobre ciertos colectivos vulnerables es la carencia de recursos personales que dificulta o impide el acceso a los servicios, unas veces por resistencia activa a recibir tratamiento como ocurre en personas que carecen de conciencia de enfermedad, que quieren evitar el estigma asociado al diagnóstico o que no toleran los efectos secundarios de las medicaciones, como es el caso de las que padecen trastornos psicóticos, o también otras que desconocen las vías de acceso a causa de las limitaciones personales que imponen ciertas condiciones de vida como la pobreza, la ancianidad o el “sinhogarismo”. Este tipo de barreras no se resuelven mejorando la gestión ni incrementando los recursos, este tipo de barreras requiere la puesta a punto de estrategias que busquen proactivamente facilitar el acceso, como por ejemplo las intervenciones “*outreach*”, en las que un profesional del equipo multidisciplinar o un equipo móvil se desplazan al lugar donde se encuentra la persona afectada, a su domicilio, en el entorno laboral, en una residencia,

en la calle o en un centro de ocio y ofrecen ayuda *in situ*. Aunque desconocemos la extensión de esta problemática si que podemos afirmar que los recursos para abordarla han crecido recientemente en servicios sociales mientras que en el sector sanitario están casi ausentes.

- Otro ejemplo de la misma problemática lo encontramos en el caso de algunas personas que después de haber experimentado sentimientos muy negativos en relación con alguna intervención sanitaria, tienen reparos en entrar en contacto de nuevo con los servicios sanitarios, pero se muestran más accesibles a recibir ayuda por parte de otros/otras pacientes. En nuestro entorno, los grupos de ayuda mutua -aún escasos- cumplen esa función. En los países anglosajones existe una variedad de “refugios”, o centros de atención en crisis, gestionados por expacientes (personas expertas a partir de su experiencia), que colaboran en la red pública de atención comunitaria, en los cuales tanto la entrada como la salida (“walk in” centers) y la duración de la estancia son libres, facilitando así el acceso a personas que de otra manera no recibirían ningún tipo de ayuda. En nuestro medio existen escasísimos dispositivos de este tipo que prestan una atención de baja exigencia orientados a la “reducción de daños”, que ofrecen servicios de alimentación, higiene, ropero, lavandería, y atención médica, de trabajo social y psicológica de forma transitoria. Para mejorar la accesibilidad para estas personas la Administración debería aportar soluciones que se adapten más y mejor a las necesidades y preferencias cambiantes de las personas usuarias, aún a costa de rebajar las pretensiones terapéuticas

AUTONOMÍA es la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas usuarias con trastorno mental grave para a) tomar decisiones por si mismas o con el apoyo que necesiten de acuerdo con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y b) llevar una vida independiente en la comunidad. En los servicios que se promueve la autonomía:

- Las personas con problemas de salud mental grave cuentan con los apoyos necesarios para la toma de decisiones en las cuestiones que le afectan y para el desarrollo de su capacidad jurídica, de acuerdo a la convención. La salvaguarda judicial a las personas que hayan de contar con apoyo al ejercicio de su capacidad jurídica está adecuadamente dotada de personal capacitado y dispondrá de una defensoría específica.

- *Las entidades tutelares/curatelares cuentan con profesionales encargados del apoyo individual al ejercicio de los derechos y planes individualizados orientados a la autonomía.*
- *Las personas que actualmente estén tuteladas o curateladas por una persona de su entorno próximo, tienen asignada una persona de apoyo para poder ejercer su derecho en la toma de decisiones y en el desarrollo de sus planes individualizados para una plena autonomía.*
- *La regulación de los ingresos involuntarios y otras medidas restrictivas de la libertad incluyen el acceso rápido y gratuito a asistencia letrada accesible.*
- *Se priorizan las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales de las personas usuarias*
- *Se priorizan las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad. En los departamentos se crean los recursos alternativos comunitarios (viviendas con y sin apoyo, hogares sala, mini residencias y recursos para el apoyo en el entorno) al tiempo que se cierran los hospitales psiquiátricos y los CEEM.*
- *Se priorizan las prácticas que suponen la inclusión de las personas usuarias en las redes y dispositivos naturales de la comunidad en la que residen. Se garantiza que las personas con trastorno mental grave tengan acceso a una vivienda digna y al empleo con apoyo.*
- *Los servicios facilitan de manera proactiva la elaboración de voluntades anticipadas/planificación anticipada de decisiones que garantice que en situaciones de crisis no se tomen decisiones contrarias a la voluntad de la persona*

Comentarios

- En la Europa desarrollada la atención a las personas con trastornos mentales graves hasta mediados del siglo pasado se basó en la custodia. Con la desinstitucionalización se inició un proceso orientado a conseguir que estas personas gocen de una vida autónoma como todas las demás. Este objetivo está lejos de conseguirse debido a la existencia de dos poderosas barreras, el estigma y la discapacidad.

- El estigma, que está en nuestra cultura, nos impregna e impregna el funcionamiento de nuestras instituciones, de ahí la dificultad para erradicarlo. No obstante, de vez en cuando se producen avances, el más destacado ha sido la aprobación de la ley estatal 8/2021 de 2 de junio. En esta nueva legislación se reconoce que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida y, consecuentemente, se anula la situación jurídica de incapacitación y la existencia de tutorías. El Estado tiene que

adoptar las medidas pertinentes para proporcionar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

- El Grupo de Expertos apoya que en el Sistema de Salud Mental del País Valenciano (SSMPV) se priorice una organización asistencial, una dotación de recursos y una implementación de programas destinados a lograr la máxima autonomía de las personas usuarias. Hay carencias materiales que bloquean el desarrollo de una vida autónoma, la pobreza económica y la pobreza habitacional son dos de ellas. El SSMPV debe incluir la resolución de estas dos carencias entre sus prioridades.

- En la adjudicación de las prestaciones hay que considerar el binomio autonomía/dependencia: la promoción de la autonomía puede tornarse en desprotección y la promoción de la protección en dependencia.

- Alrededor de mil quinientas personas con trastorno mental grave han permanecido internadas, en situación de incapacitación por orden judicial, en más de treinta Centros Especiales para Enfermos Mentales (CEEM) de gestión privada. Esta pervivencia anacrónica del manicomio en nuestro medio acaba de concluir en su aspecto jurídico con la aprobación de la Ley 8/2021 de 2 de junio, pero todavía persiste en cuanto a las condiciones materiales en las que viven estas personas.

- Actualmente existe personal de apoyo a la toma de decisiones en las entidades tutelares/curatelares pero su número es claramente insuficiente. La ratio de personas tuteladas/curateladas por profesional de apoyo es demasiado alta, lo cual hace que la atención no sea todo lo directa y personalizada que hace falta. Es cierto que el número de profesionales dedicados a dar apoyo ha aumentado recientemente, pero aun es insuficiente para poder dar un servicio centrado en la persona.

- La cuantía de las prestaciones, en estos momentos es tan escasa que impide a las personas la posibilidad de tomar decisiones libres sobre qué vida deseen seguir. La Renta Valenciana de Inclusión, una prestación que es un claro avance con respecto a la situación de desprotección previa, no es compatible con los ingresos por el trabajo, lo que dificulta las posibilidades de inserción laboral y con otras prestaciones económicas mínimas.

- En cuanto a la pobreza habitacional: en este último periodo de tiempo se ha hecho un esfuerzo por crear plazas de viviendas tuteladas (un número de plazas que

antes era más que insignificante), pero su número sigue siendo escaso. No hay una red sectorizada de recursos residenciales y de vivienda con grados diferentes de atención, desde la miniresidencia hasta la vivienda unifamiliar permanente.

- Gran parte de los profesionales desconoce la posibilidad de elaborar un plan de decisiones anticipadas con la persona usuaria. Mejorar esta situación será complicado mientras el discurso sea el de la autonomía y la realidad sea la de dependencia

CALIDAD *Es una característica de los servicios que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas o en el consenso de expertos. Para la sociedad en general y para las personas usuarias en particular, significa que los servicios deben lograr resultados positivos. Para el personal y los gestores y gestoras de los servicios, significa que estos deben hacer el mejor uso de los conocimientos y la evidencia científica disponibles. En los servicios que se promueve la calidad:*

- *El modelo biopsicosocial guía la formación de especialistas y la formación continuada, así como la práctica clínica. Los profesionales asisten regularmente a cursos de formación que no están financiados ni organizados por la empresa privada*
- *La formación de especialistas y la formación continuada, así como el trabajo clínico básico se llevan a cabo en equipo y de forma interdisciplinar*
- *Se garantiza la participación de representantes de las asociaciones de personas usuarias y sus familiares en los procesos de mejora continua de la calidad y esta participación no es meramente simbólica.*
- *El uso de la evidencia científica se supedita a la defensa de la dignidad y los derechos de las personas usuarias Alternativa: La evidencia científica juega un papel importante en la toma de decisiones a nivel clínico y a nivel institucional, pero siempre supeditada a la protección y defensa de la voluntad y derechos de los usuarios.*
- *Se llevan a cabo regularmente encuestas de satisfacción de los usuarios, se hacen públicos los resultados y se toman en consideración para mejorar el sistema*
- *Se emplean procedimientos para la mejora continua de la calidad.*

Comentarios

- Los parámetros que caracterizan la calidad del SSMPV son: la formación de los profesionales, el uso eficiente de los recursos, el impacto en la salud y la satisfacción de los usuarios.

- La formación de los profesionales sanitarios y de servicios sociales debe estar reglamentada. La formación tiene por objeto dotar a los profesionales de las competencias necesarias para trabajar en un sistema de salud mental comunitaria. Un único organismo debería dirigir y planificar la formación con la participación de los profesionales y de las personas usuarias. Cinco ideas clave articulan la formación: el modelo biopsicosocial, la atención comunitaria, el trabajo multidisciplinar, la recuperación personal y el respeto a los derechos de las personas usuarias.

- El Grupo propone que la Administración debe velar por el uso efectivo y eficiente de los recursos. La efectividad y la eficiencia se apoyan en pruebas y, en su ausencia, en el consenso de expertos. La evaluación sistemática de resultados debe informar y orientar el crecimiento del SSMPV. Para ello hay que establecer mecanismos de retroalimentación que permitan la mejora continua de la calidad evaluada conforme a los resultados que se obtienen. El Grupo defiende que la mejor evidencia científica, y en su ausencia el consenso de expertos, debe pesar a la hora de tomar decisiones a todos los niveles, administrativo, de gestión y clínico, pero siempre supeditada a la protección de los derechos, preferencias e intereses de los usuarios.

- El impacto de los servicios sanitarios en la salud de la población es teóricamente un parámetro esencial de la calidad, pero de difícil operativización. Este impacto solamente puede tener lugar en los servicios que incluyen la prevención de los trastornos y la promoción de la salud.

- La satisfacción de los usuarios se relaciona con la calidad del servicio que reciben y se mide mediante encuestas. La calidad mejora si los usuarios participan activamente en la detección de sus necesidades y en la planificación, la gestión, la dispensación y la evaluación de los servicios

- Una financiación adecuada es necesaria para mantener un mínimo de calidad de los servicios. La falta de transparencia de la Administración impide valorar objetivamente si la financiación del SSMPV es adecuada, pero la infradotación de recursos humanos y materiales en nuestro medio en comparación con otros indica su insuficiencia.

- Para mejorar la calidad es necesario que los profesionales dispongan de tiempo -de un “tiempo dedicado”- para reunirse y debatir y tomar decisiones sobre cuestiones

clínicas y no clínicas, administrativas, de gestión y de investigación. Un servicio en el que los profesionales solamente tienen tiempo para el trabajo clínico es un servicio que no se actualiza.

- La formación continuada es una de las carencias del sistema. A pesar de tener una escuela, la EVES, dedicada a este fin, el sentido de la formación continuada está pervertido, más orientado a obtener puntos para las oposiciones que a la mejora de las competencias profesionales

- La formación de los profesionales sanitarios en teoría se adapta al modelo biopsicosocial, pero en la práctica está fuertemente sesgada hacia el componente biológico, lo que implica un desinterés o desvalorización de los aspectos contextuales y biográficos de los trastornos mentales y en consecuencia de las intervenciones de naturaleza psicosocial. En nuestro medio predomina la formación que se adquiere a partir de la asistencia a jornadas o cursos financiados por la industria farmacéutica u otras empresas privadas, lo cual obstaculiza la adquisición de capacidades de ayuda y potencia el desarrollo de la medicalización. La formación en las destrezas y actitudes básicas para el establecimiento de una relación de ayuda está prácticamente ausente en los currículums de formación en salud mental en nuestro medio.

- En el Grupo se discutió sobre la necesidad de dotar de formación especializada en salud mental al personal de trabajo social, pero no se alcanzó consenso. Para algunos miembros del grupo las carencias de esta formación limitan la eficacia del trabajo social; la formación que reciben en salud mental es informal, ganada por la experiencia durante los primeros años de trabajo y, por lo tanto, con lagunas y muy variable. Sin embargo, en este tema no se alcanzó un consenso, para algunos miembros del grupo la formación transversal, no especializada, es la más adecuada para trabajar en la comunidad.

- No existe un programa de formación multiprofesional, las diferentes especialidades reciben formación por separado excepto en ocasiones excepcionales. La creación de las Unidades Multiprofesionales en el sector sanitario no ha contribuido a mejorar esta situación. El Grupo considera que la formación específica en la acción multiprofesional debería ser regulada e implementada si se pretende que los equipos funcionen multiprofesionalmente en la práctica.

- El equipo multiprofesional no funciona en la práctica como tal, los profesionales que lo componen realizan su trabajo especializado por separado, y si surge la necesidad de conocer la opinión de otro profesional del equipo se recurre a la derivación, y no a convocar una reunión presencial y simultánea de todos los miembros del equipo dando lugar al proceso deliberativo necesario para que se integren los diferentes puntos de vista y no simplemente un intercambio de opiniones.
 - Es muy irregular, casi inexistente, la participación de personas usuarias, asociaciones y familiares en los procesos de mejora de la calidad de los servicios de salud mental. No obstante, las asociaciones de madres y padres de usuarios y afectados drogodependientes si que participan en el seguimiento del tratamiento, pero no en su diseño y en su calidad. Los usuarios en tratamiento residencial participan activamente en la dinámica de su tratamiento.
 - No existe un sistema reglado y sistematizado de encuestas de satisfacción entre los usuarios de los servicios de salud mental, pero en drogodependencias se realizan encuestas de calidad en los centros y servicios de atención, siendo éstas de ámbito interno de cada recurso.
 - En salud mental no existe una conciencia generalizada sobre la necesidad de eficiencia en el empleo de los recursos, o al menos no se pone en práctica, más bien la tendencia es optar siempre por la solución más económica. Hay ejemplos, como el del trabajo psicosocial familiar, de cómo la Administración ha rechazado incorporar una determinada técnica en los servicios a pesar de tener una mejor relación costo-beneficio demostrada in situ. En general, la “evidencia científica” no figura entre las razones que se ponen en juego cuando se trata de tomar decisiones, ni a nivel de gestión ni a nivel clínico.
 - No se tiene en cuenta el impacto de la actividad sanitaria en la salud poblacional como medida de la calidad del SSMPV, entre otras razones porque requiere una inversión de recursos y de esfuerzo cuyo coste ha sido considerado inasequible en nuestro medio.
-

COMPRESIVIDAD/ INTEGRACIÓN es la capacidad de un servicio para cubrir de forma integrada todas las necesidades de la población en salud mental dentro de un área geográfica definida. En los servicios que se promueve la comprensividad/ integración:

- La cobertura está territorializada y organizada en departamentos y zonas básicas. Todos los servicios terapéuticos, de rehabilitación, empleo, tiempo libre y de apoyo social, para las personas con trastornos mentales y drogodependencias, están disponibles en cada departamento. Los equipos multidisciplinares no tienen una cobertura superior a 50.000 habitantes, tomando en consideración la prevalencia, los determinantes sociales y la dispersión geográfica.
- Las prestaciones y los escenarios asistenciales están muy diversificados para que el sistema se adapte a las necesidades de las personas usuarias y cubran además de las necesidades sanitarias, sociales y laborales, las relacionadas con la recuperación personal.
- Los departamentos cuentan con servicios de acompañamiento, asistencia personal y atención domiciliaria. Cada persona usuaria dispone de un referente personal que le facilita la autogestión de sus necesidades sanitarias y sociales.
- La atención no se centra solamente en el tratamiento, sino también en la promoción y prevención de la salud mental, por lo que se tienen en cuenta las necesidades de toda la población, no sólo de los que tienen un problema de salud mental y buscan ayuda.
- En las intervenciones se aplican procedimientos que permiten integrar las acciones de todos los profesionales implicados en cada caso, así como la coordinación de los dispositivos a nivel departamental, siempre con la participación de las personas usuarias.
- Existen alternativas al ingreso en prisión y recursos para facilitar la inclusión tras la excarcelación para las personas sometidas a medidas penales y problemas graves de salud mental
- La atención se organiza en forma de red que incluye todos los recursos sanitarios y sociales involucrados, pero el eje de la atención reside en los equipos comunitarios sanitarios (UCAs y USM) y sociales con el objetivo, entre otros, de evitar el hospitalocentrismo.

Comentarios

- Proponemos un modelo de atención integrada a la salud mental organizado en Zonas de Salud Mental. Cada zona de Salud Mental abarca un número de zonas básicas de salud hasta un máximo de 50.000 habitantes. Cada médico de atención primaria tiene asignada una USM y una UCA de referencia, cada profesional de trabajo social de atención primaria tiene asignado un SASEM. Todos los dispositivos sanitarios y sociales de distintas titularidades públicas y de distintos niveles asistenciales asentados en la Zona de Salud Mental involucrados en la salud mental, conforman una Red de Salud

Mental de Zona. La Red funciona a partir de reuniones estables de trabajo multidisciplinar. La Red está coordinada por un profesional elegido democráticamente entre los que trabajan en ella.

- El Grupo propone que, para facilitar la coordinación, las zonas de influencia de atención primaria, salud mental, drogodependencias y servicios sociales coincidan.

- El Grupo propone que la integración de la gestión del conjunto de los servicios sanitarios y sociales relacionados con el bienestar y la salud mental a nivel de zona y de departamento, cuenten con una planificación común central y a nivel de departamento basada en la identificación de necesidades tanto las de la población general (identificadas a partir de índices de determinantes sociales y de los datos de prevalencia e incidencia) como las de las personas con problemas de salud mental grave. Así mismo propone comisiones de coordinación especializadas (vivienda, apoyo domiciliario, inserción laboral, derechos) como mínimo a nivel de departamento de salud.

- El Grupo propone crear un Órgano Colegiado Autónomo de Salud Mental, integrado por representantes de la dirección Autónoma de salud mental, la Jefatura de servicio de drogodependencias, la Dirección General de Diversidad Funcional y salud mental, representantes de las asociaciones de personas usuarias y sus familiares y representantes de Las Redes de Zona de Salud Mental. El órgano tendrá funciones decisorias, de propuesta, de asesoramiento y de seguimiento y control en todo lo relacionado con la salud mental. El Plan Autónomo de Salud Mental lo elaboran la dirección de salud mental, la de drogodependencias y la DG de diversidad funcional y salud mental representantes de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familiares y representantes de los coordinadores de las Redes de Zona de Salud Mental.

- El Grupo propone desarrollar una normativa mediante Orden o Decreto que regule el trabajo integrado de los dispositivos de salud mental de la Generalitat Valenciana y garantice el trabajo en común de sus profesionales en el desarrollo de un modelo comunitario integral.

- El sistema asistencial actual no funciona de forma integrada, ni siquiera se da una coordinación eficaz entre salud mental, drogodependencias y servicios sociales. Los servicios de atención residencial, los CRIS y los CD de servicios sociales están gestionados

mayoritariamente por empresas privadas, lo que también añade otra dificultad a las posibilidades de coordinación.

- La atención primaria de salud, de servicios sociales y la asistencia especializada no comparten la misma distribución departamental y de sectores asistenciales. La organización de los servicios sociales es por zona, área y departamento, pero todavía está constituyéndose ya que el decreto de mapificación se aprobó el año pasado.

- La idea central de disponer en todos los departamentos sanitarios de todos los recursos está asumida en general, pero la coordinación real entre los diferentes dispositivos es irregular y depende más de las personas que de una organización clara y concreta.

- El sistema está fragmentado, es poco flexible y al final las personas reciben atención en los recursos más por posibilidad y oferta que por adecuación a las necesidades.

- En servicios sociales las personas usuarias disponen de una persona de referencia, pero no ocurre lo mismo en los servicios sanitarios. En estos últimos, pueden que tengan una persona de referencia en su USM, pero cada referente tiene un número tan excesivo de personas usuarias asignadas, que puede que incluso las personas usuarias desconozcan quien es su referente. Esta figura suele recaer en la trabajadora social de la unidad de salud mental que es quien contacta con los servicios sociales municipales. .

- Aunque la Ley 8/2018 aprobada por el Consell de la Generalitat establece como prioridad la atención domiciliaria, esta última prácticamente no existe. La atención domiciliaria en los servicios sanitarios está prácticamente sin desarrollar y en los servicios sociales se ha comenzado a desarrollar recientemente y todavía es insuficiente.

- No hay recursos adaptados a las necesidades de las personas más vulnerables, tanto para situaciones de crisis, como de respiro o recursos de baja exigencia. No hay una red de recursos residenciales y de vivienda con grados diferentes de atención que puedan ajustarse a las necesidades de las personas más vulnerables.

- En salud mental y en servicios sociales la promoción y la prevención solo está en los papeles, no se ha desarrollado. Por contra, la organización de las Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas está en todos los municipios de la País

Valenciano mayores de 20.000 habitantes, dependen de la administración local y aplican programas de prevención acreditados por el Comité de personas expertas en los distintos ámbitos de intervención, pero no se han hecho estudios controlados para analizar el efectos de estas intervenciones.

- Las competencias en salud penitenciarias siguen sin transferirse. La atención en salud mental en las prisiones es deficiente y está desconectada del sistema sanitario general, los reclusos no disfrutan de “equivalencia de trato sanitario”.

- Prácticamente no existen recursos públicos para facilitar la inclusión tras la excarcelación para las personas con problemas graves de salud mental sometidas a medidas penales.

- No existen alternativas al ingreso en prisión para las personas que han cometido un delito, pero son inimputables. Solo si un juez lo dictamina, podría producirse la entrada en un CEEM pero esto se ha producido en pocos casos por falta de plazas, por lo que las personas inimputables terminan entrando en prisión.

- En el País Valenciano no solo pervive el anacronismo de un hospital psiquiátrico penitenciario en Fontcalet (Alicante) sino que Instituciones Penitenciarias tiene el proyecto de construir otro en Sieteaguas (la Foia de Bunyol), un proyecto rechazado por las Cortes Valencianas y por diversas entidades asociativas de salud mental

- Para configurar un sistema integral e integrado, el Grupo considera urgente la transferencia a la Generalitat tanto de la responsabilidad de la atención a las personas del País Valenciano presas con un problema de salud mental, como la transferencia de recursos e inversiones presupuestarias correspondientes, con el objetivo de integrar su atención dentro de sus servicios sanitarios y sociales.

CONTINUIDAD es la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, cuidados, rehabilitación, y apoyo social, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente entre los servicios que la componen (continuidad trasversal). En los servicios que se promueve la continuidad de cuidados:

- Funcionan las comisiones de coordinación entre los dispositivos del departamento sanitario y los diferentes sectores institucionales implicados, incluyendo los equipos

base de los municipios de residencia de las personas con problemas graves de salud mental

- *La atención es multidisciplinar. El equipo incluye, además de las categorías profesionales tradicionales (psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental, trabajo social y terapia ocupacional.) otras categorías, tales como educación social, técnicos de inserción social, integración laboral*
- *Está implantado el uso de “Planes Individuales de Atención” (PAI) para las personas con trastorno mental grave. El PAI se diseña y ejecuta con la participación activa de la persona usuaria*
- *Se dispone de procedimientos y recursos para evitar la discontinuidad de la atención. Está implantando el uso de procedimientos proactivos de seguimiento o acompañamiento domiciliario y comunitario. Cada persona usuaria dispone de un referente personal que le facilita la autogestión de sus necesidades sanitarias y sociales.*
- *Existe la historia informatizada a la que tienen acceso todos los profesionales implicados en la asistencia de cada persona y abarca atención primaria y atención especializada hospitalaria, atención primaria y secundaria de servicios sociales, comunitaria, e instituciones penitenciarias. El formato se adapta a las peculiaridades de la atención a las personas con trastornos mental.*

Comentarios

- Las estrategias de continuidad de cuidados aplicadas a las personas con trastorno mental grave tienen por objeto impedir o reducir los abandonos del tratamiento por parte de las personas usuarias o las discontinuidades de la atención relacionadas con la organización del servicio.

- Una revisión de la literatura sobre este tema concluye que, entre las personas con trastorno mental grave, la proporción que no completa el Plan Individualizado de Atención (PIA) es muy alta y que aquellos que no lo completan tienen una elevada probabilidad de experimentar deterioro clínico, “sinhogarismo”, violencia y suicidio. De manera que la continuidad de cuidados en un sistema de atención de orientación comunitaria es una característica de los servicios de salud mental altamente deseable.

- Las estrategias para mantener la continuidad de cuidados presentan un doble filo. Por una parte, sirven para facilitar que el usuario permanezca en contacto con los servicios de acuerdo con su voluntad y preferencias, pero por otra parte pueden emplearse como un muro invisible que le retenga, incluso en contra de su voluntad. Un

ejemplo es el Tratamiento Ambulatorio Involuntario, el cual viola los derechos a la libertad y a la dignidad de las personas usuarias sin mejorar los resultados de la atención comunitaria estandar. Menos grosero, más eficaz y muy extendido es el Tratamiento Asertivo Comunitario, que logra evitar la desconexión de los servicios aunque a veces puede interferir con el derecho a la libertad. Incluso las funciones de acompañamiento y apoyo comunitario pueden tornarse en funciones de vigilancia y control si las actitudes de los que las emplean no son las que corresponden al modelo de atención comunitaria y los mismo podríamos decir de cualquier otra estrategia de continuidad de cuidados.

- No puede existir continuidad de cuidados sin la participación de las personas usuarias. La cantidad y la diversidad de recursos comunitarios, así como la calidad de la relación de ayuda profesional son elementos clave para garantizar su posibilidad y su efectividad.

- Lamentablemente no disponemos de información sobre las tasas de pérdidas de la continuidad en nuestro medio y por esta razón no podemos dar una respuesta objetiva sobre la eficacia del SSMPV para evitarlas.

- Cinco estrategias de continuidad de cuidados fueron consideradas imprescindibles por los expertos para sostener una atención continuada: las Comisiones de Coordinación, la Atención Multidisciplinar, el Plan Individualizado de Atención (PAI), el Referente Personal (“Mediador”, “Profesional Referente”, “Asistente Personal”), el acompañamiento domiciliario y comunitario y la Historia Clínica Informatizada. Ninguno de estos procedimientos ha sido desarrollado específicamente para favorecer la continuidad de Cuidados, pero todos ellos cumplen esa función y desde esa perspectiva los consideraremos aquí.

- Las Comisiones de Coordinación a nivel institucional no funcionan, juegan un papel meramente testimonial. Las Comisiones establecidas a nivel asistencial varían en eficacia, dependiendo de los diferentes equipos, pero se puede afirmar que existe un déficit de coordinación con atención primaria, tanto en los servicios sanitarios como sociales. La coordinación con los servicios educativos, aunque regulada en un decreto, no siempre es efectiva y se reduce a experiencias piloto.

- La Atención Multidisciplinar es una de las claves operativas del modelo biopsicosocial y por ello se le dedicó unas líneas arriba cuando se trató la Calidad del

sistema. El Grupo considera que la mayoría de los departamentos están dotados de equipos multidisciplinares compuestos de profesionales de diversas especialidades, pero sin datos disponibles, no puede opinar sobre la eficacia como estrategia de continuidad de cuidados.

- El Plan Individualizado de Atención (PIA) junto con el “Mediador” o “Referente Personal” en sus distintas variantes, es uno de los medios más extendidos en países de nuestro entorno para mantener la continuidad de cuidados, y así ocurre también en el ámbito de los servicios sociales en nuestro caso. La atención en los centros y servicios de servicios sociales es multidisciplinar y se desarrollan planes individualizados de atención coordinados por un Referente Personal y centrados en la persona. Sin embargo, existe un gran problema con los centros privados de atención a personas en situación de dependencia que actúan como CEEM en los que la atención va más dirigida a la vigilancia y asistencia a causa de la escasez de personal y al desarrollo de un modelo custodial.

- En salud mental la implementación del PIA y del referente personal no ocurre en la gran mayoría de los departamentos. Por otra parte, en drogodependencias, este recurso es innecesario ya que está implantada la Gestión Clínica por Procesos, que lo sustituye de forma más tecnificada y a la cual se hace referencia en el apartado de Calidad.

- Las intervenciones a domicilio, que son un elemento clave en la atención comunitaria, no están estandarizadas en los servicios, habiendo muchas diferencias de unos lugares a otros, pero en general su práctica es casi inexistente.

- La historia social única, está en proceso de elaboración, casi finalizada: con esta aplicación informática compartida entre el ámbito sanitario y el social, las personas autorizadas que trabajan con personas con problemas de salud mental grave podrán acceder tanto a la información sanitaria como social. Por otra parte, el sistema informático de registro de datos sanitarios actual tiene formulaciones o programas informáticos diferentes para los hospitales y para atención primaria y salud mental. Esta división junto con la imposibilidad de que puedan acceder al sistema de todos los agentes implicados en cada caso limita considerablemente su utilidad.

- Más allá de las deficiencias en las estrategias concretas para mejorar la continuidad de cuidados que hemos analizado el Grupo opina que el obstáculo más importante reside las barreras culturales. A continuación se citan tres ejemplos que reflejan una cultura y actitudes que chocan con una estrategia de continuidad de cuidados basada en una atención comunitaria. En algunas unidades de salud mental hospitalarias se registran los abandonos como “Fugas”, lo que revela la pervivencia de una actitud custodial generada en la época de los manicomios, más que la actitud que corresponde a la cultura actual de cuidados. Las visitas a domicilio no forman parte de la cultura asistencial de los especialistas, siendo excepcional que las practiquen, cuando en realidad se trata de intervenciones eficaces para mantener la continuidad asistencial que están explícitamente recomendadas en el primer artículo del apartado sobre salud mental de la Ley 8/2018 (“La atención a los problemas de salud mental se realizará principalmente en el ámbito comunitario, potenciando sus recursos y la atención domiciliaria”). Por otro lado, existen barreras culturales entre sanidad y servicios sociales. La cultura sanitaria, especialmente la biomédica, que pone el cuerpo en primer lugar, es muy diferente de la cultura de servicios sociales que se centra en los derechos y en la promoción del bienestar social, lo cual genera objetivos, legislaciones, métodos y herramientas a veces incompatibles que causan brechas en la continuidad entre ambos sectores.

- Por último, en relación con la historia clínica informatizada, la principal dificultad radica en que no hay una cultura de utilización de los datos para planificar y evaluar los servicios, ni a nivel de servicios centrales ni desde los dispositivos asistenciales. De esta manera, los datos se convierten en cifras que, sin contextualizar, no aportan ninguna información relevante. A pesar de la existencia de diferentes sistemas de información unos datos sin contexto no aportan la información necesaria para tomar decisiones. Además, en estos sistemas, la variabilidad de criterios por parte de los profesionales, que son los que aportan la información, produce una falta de homogeneidad. Otro elemento, que complica aún más las cosas, es la ausencia de una devolución a los profesionales de la información procedente de la explotación de los datos que permita que puedan tener un impacto y ver su utilidad.

EQUIDAD es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales. En los servicios que se promueve la equidad:

- Existe información fiable sobre las necesidades de la población en salud mental (índices de desempleo, desigualdad, pobreza, migración, etc) que puede ser utilizada para una distribución equitativa de los recursos.
- La cantidad y la clase de recursos se adecua a las necesidades de salud de la población (más recursos donde haya más factores de riesgo, como la pobreza, el consumo abusivo de sustancias, un elevado nivel de desempleo o inmigración, etc.)
- La atención médica y social es gratuita y universal, no existe el copago
- Se vigila que no existan desigualdades en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de las personas con trastornos mentales por razones de género, etnia, edad, clase y lengua, entre otros.
- Los servicios proporcionan una atención directamente proporcional a las necesidades de las personas atendidas. No se cumple la ley de cuidados inversos
- Las personas con mayor influencia no disfrutan de privilegios (no se saltan las listas de espera, ni se ofrecen las mejores habitaciones en el hospital, ni intervienen los mejores especialistas, etc.)

Comentarios

- Equidad es justicia social. Se trata de organizar los recursos para poder dar una respuesta proporcionada a las necesidades. Aunque su justificación es ética, las consecuencias de no respetarla son sanitarias y económicas.

- La pobreza, con sus relaciones con la vivienda, el desempleo y la precariedad laboral, la baja educación y la etnia, es un ejemplo de determinante de la salud mental, el cual al igual que otros que no puede ser tratado desde el sistema sanitario tradicional. Por ello, el modelo de atención comunitaria que defiende este Grupo incluye el componente de salud pública el cual permite analizar y abordar los determinantes sociales de la salud.

- Para actuar con equidad en el nivel asistencial es necesario conocer las necesidades de las personas usuarias, lo cual requiere activar recursos, actividades y competencias disponibles y conocidas. Sin embargo, para lograr que el sistema de una respuesta equitativa a las necesidades a nivel poblacional es necesario conocer las necesidades de la población, bien de forma directa (mediante estudios epidemiológicos)

lo cual puede suponer un esfuerzo añadido a menudo difícil o imposible de cumplir, bien de forma indirecta (a través de indicadores sobre determinantes sociales).

- Militan contra la equidad el estigma, el elitismo y la mala gestión de los recursos. El estigma afecta sobretodo a las personas con trastorno mental grave, al colectivo LGTBI y a las personas que tienen problemas de comunicación, sensorial o cultural. El elitismo conduce a que los barrios con más nivel socioeconómico disfruten de mejores servicios y en cuanto a la mala gestión, algunos gestores confunden la distribución de recursos equitativa con la distribución igualitaria.

- La ausencia de recursos comunitarios y de protección social dificultan gravemente la atención a los problemas más complejos y graves. En la actualidad se asignan los recursos más costosos a personas que tienen dificultades para mantenerse de forma autónoma, como el ingreso en un CEEM, en lugar de proveer servicios de apoyo en el domicilio y en el entorno.

- No hay planificación basada en necesidades. La dirección de los servicios de salud mental no usa la información sobre prevalencia de trastornos mentales existente en la historia clínica informatizada para ajustar y desarrollar los recursos.

- En cuanto a disponer de información epidemiológica sobre los determinantes sociales para hacer una distribución equitativa de los recursos no se ha tenido en cuenta en ningún momento, ni en salud mental, ni en drogodependencias ni en servicios sociales.

- En servicios sociales, el mapeo de necesidades, no se basa en índices de desempleo, desigualdad, pobreza, o migración, sino en el tamaño de la población y los recursos existentes.

- Hay más recursos en los grandes municipios, quedándose las zonas rurales desprotegidas. En servicios sociales se intenta compensar esta situación con equipos móviles.

- Todavía persisten situaciones de copago. Las plazas residenciales públicas dependientes de servicios sociales son gratuitas, pero las personas con ingresos altos pagan una tasa que se calcula de forma individualizada. En el caso de personas que tienen pensión, se les resta una parte de su pensión. Si la persona no tiene ingresos no paga, pero tardan más en darle plaza. En sanidad, excepto para los grupos más

vulnerables, se paga parte del material ortoprotésico y de las sillas de ruedas, pero en drogodependencias la atención es gratuita y universal, tanto la atención médica, psicológica y social como la de manutención en las comunidades terapéuticas o viviendas. No existe copago.

- En la distribución de recursos residenciales no existe planificación, y así las entidades privadas ponen en marcha el servicio allí donde más les conviene.
- Los recursos públicos y privados habilitados para la atención de las personas drogodependientes son bastante adecuados en su distribución territorial, pero insuficientes para atender la demanda globalmente.
- En drogodependencias existen recursos denominados de “Baja Exigencia” donde los las personas que viven en la calle son atendidos, y cuentan con el apoyo profesional para resolver las necesidades mínimas vitales y ponerse en tratamiento normalizado por su adicción, pero estos recursos son insuficientes
- Hay que intensificar el trabajo, tanto de salud como de servicios sociales para potenciar, fomentar y establecer políticas e iniciativas permitan reducir las desigualdades en salud; en educación, garantizando el acceso universal a una mayor formación en prevención y en salud; en inclusión y respeto a la diversidad, fomentando la plena inclusión de las personas independientemente de su etnia o género

RECUPERACIÓN Entendida como proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata de retomar el curso vital propio y recuperar al máximo las capacidades como persona y como ciudadano.

En los servicios en los que se promueve la recuperación:

- *Se garantiza la inclusión de personas usuarias en los equipos y organismos encargados de la organización, diseño, prestación y evaluación de los servicios y dispositivos de salud mental, tanto sanitarios como sociales.*
- *Se promueve la creación de grupos de apoyo mutuo de personas usuarias y se reconoce su papel, tanto en relación al proceso de recuperación, como en su actuación complementaria del trabajo de los profesionales*
- *Usuarios expertos por experiencia y profesionales trabajan conjuntamente en los servicios para alcanzar objetivos de salud y bienestar social*

- *Se garantiza que las personas sean las protagonistas de sus procesos de recuperación.*
- *Se emplean prácticas basadas en pruebas o en el consenso para facilitar y promover la recuperación (por ejemplo, el Plan de Acción para la Recuperación y el Bienestar, WRAP).*
- *Se toman medidas (informando, sensibilizando, educando, entrenando, entre otras) para adaptar las actitudes del personal sanitario a los principios de la recuperación.*
- *Existe un compromiso, al más alto nivel institucional, para orientar la organización y gestión de los servicios de acuerdo con los principios de la recuperación personal.*
- *Todas las intervenciones terapéuticas, rehabilitadoras, de apoyo social y empleo del tiempo libre están informadas por los principios de la recuperación*
- *Existe una comisión independiente de la administración para la lucha contra el estigma y la promoción de la recuperación de las personas con problemas de salud mental, integrada por asociaciones profesionales, personas usuarias y familiares y otras personas interesadas.*
- *Existe un compromiso a nivel institucional para facilitar la creación de servicios gestionados por personas usuarias orientados a la Recuperación*

Comentarios

- El movimiento de la recuperación es una iniciativa y un desarrollo de las personas usuarias y para las personas usuarias de los servicios de salud mental. La Administración y los profesionales de los servicios sanitarios y sociales reconocen, respetan y apoyan activamente este proceso. La recuperación no es un proceso que se añade, la recuperación tiene que informar, inspirar e impregnar la gestión, la planificación y la evaluación de los servicios, así como toda la actividad terapéutica, rehabilitadora y de apoyo social.

- La mejoría clínica y social es el resultado de un proceso de colaboración mantenido en el tiempo entre los profesionales y las personas usuarias, pero la recuperación personal de un proyecto de vida es un proceso que fundamentalmente atañe a la persona usuaria, pero que muchas veces requiere de los apoyos necesarios para vencer las barreras con las que, inevitablemente, se encontrará. La mejoría clínica y social facilita la recuperación personal, pero puede haber recuperación personal sin mejoría clínica o social.

- Las personas con trastorno mental grave disponen de diversas estrategias para “viajar” hacia la recuperación. Para algunas personas supone salir del armario o presentar la propia biografía en público, para otras seguir procedimientos para la

autogestión de la enfermedad, participar en grupos de apoyo mutuo, trabajar como experto por experiencia, desarrollar estrategias personales para aliviar los síntomas psicóticos, entre otras. No obstante, el motor de la recuperación es la esperanza.

- Ha habido un cierto avance en cuanto al conocimiento de la recuperación entre los profesionales aunque todavía predomina el escepticismo, particularmente entre los que mantienen un enfoque biomédico. Este avance es menos generalizado entre las personas usuarias y prácticamente ignorado a nivel institucional, excepto a nivel documental. Por otra parte, parece que la receptividad hacia la idea de la recuperación está mejorando, aunque más lentamente que las actitudes que la pueden facilitar.

- No existe un compromiso al más alto nivel para orientar la organización de los servicios de acuerdo a los principios de la recuperación personal. El concepto de recuperación pone en cuestión muchas barreras, prejuicios, mitos, y bulos sobre las personas con enfermedad mental que forman parte nuestra cultura en general y en particular también de la sanitaria. Sin este compromiso se dificulta el desarrollo de servicios alternativos de alojamiento, el diseño de sistemas de respaldo económico (como la Renta Valenciana de Inserción) que pueda ser compatible con la posibilidad de un empleo, o de servicios de apoyo a las iniciativas relacionadas con la recuperación.

- La recuperación es en general una idea poco conocida entre las personas con trastornos mentales. A nivel colectivo, funcionan algunos grupos de ayuda mutua constituidos por personas con trastornos mentales graves, algunos con gran dinamismo, en donde el concepto de recuperación y emancipación están presentes. La construcción y el mantenimiento de estos grupos de ayuda mutua no es una tarea sencilla para nadie, ni para las profesionales ni para las personas expertas por experiencia, dado que las personas que más podrían beneficiarse de ellos son personas que viven en estados de aislamiento social y de desconfianza en las posibilidades de cambio del entorno (por su vulnerabilidad, el fuerte estigma y el autoestigma inducido por aquel) del cual les es muy difícil visualizar una salida constructiva que suponga un cambio.

- La cobertura de necesidades logísticas y de apoyo, así como el desarrollo y la difusión de experiencias exitosas de ayuda mutua y del trabajo de expertos por experiencia son elementos necesarios para que el modelo de recuperación adquiera fuerza real.

- Otras actividades que facilitan la recuperación como las narrativas biográficas, salir del armario o el uso de procedimientos de autogestión de la enfermedad son prácticamente inexistentes en nuestro entorno.
- La posibilidad de que personas usuarias expertas por experiencia y profesionales trabajen conjuntamente, hasta el momento no es una realidad, pues esto pasaría por poder contratar a las personas usuarias desde los servicios públicos, lo que probablemente requeriría cambios normativos y cambios en las actitudes de los profesionales. No obstante, la idea va abriéndose camino mediante experiencias concretas exitosas en las que la contratación laboral la ha asumido una asociación de personas usuarias
 - La Administración no plantea ni apoya campañas de lucha contra el estigma. No existe una oficina de lucha contra el estigma. La lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental es una lucha constante con las direcciones y los servicios centrales de la administración para que la lucha contra el estigma social sea una prioridad.

RESPONSABILIZACIÓN es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias y sociales de su responsabilidad frente a las personas usuarias, sus familiares y la comunidad. La responsabilización incluye la transparencia y la rendición de cuentas. Los servicios de salud mental comunitarios funcionan con una doble responsabilidad, tanto en relación con el paciente como con el conjunto de la sociedad. Los servicios que se promueve la responsabilización:

- La gestión, la administración y la financiación de los servicios de salud mental son explícitos y transparentes.
- La Administración ordena y audita el funcionamiento de los centros sanitarios y sociales. Esta información es pública y los resultados de la auditoría revierten en la mejora de los servicios.
- La cartera de servicios y prestaciones en salud mental ha sido publicada en el DOGV y en las páginas web de las diferentes Consellerias concernidas para que la ciudadanía conozca sus derechos en esta materia.
- Existe un plan integral e integrado que incluye a todas las administraciones implicadas en salud mental (sanidad, servicios, educación, empleo, vivienda, justicia etc). Este plan se acompaña de un cronograma, una dotación presupuestaria y de una memoria económica y ha sido aprobado por Les Corts.
- Existen cauces institucionales y administrativos adecuados y conocidos para tramitar las quejas y darles respuesta. Las quejas se analizan y el resultado revierte en la mejora del servicio.

Comentarios

- El principio de la Responsabilización es tal vez el menos valorado y sin embargo uno de los más importantes para garantizar la calidad de los servicios .
- La Responsabilización requiere que la entidad en cuestión, en este caso las consellería de sanidad y de servicios sociales, describan sus objetivos de manera que se puedan evaluar, regulen sus procesos con normas explícitas y públicas, evalúen sus resultados mediante una agencia independiente, los hagan públicos y los utilice para mejorar los resultados del sistema
- El Grupo apoya un sistema en el que el peso del esfuerzo burocrático y jerarquizante que puede entrañar el principio de la responsabilización no conduzca a la pérdida de espontaneidad de las conductas profesionales y no reste humanidad, creatividad y eficacia al sistema
- Las normas de rendición de cuentas no pueden elaborarse y aplicarse únicamente sobre la base de juicios técnicos o de expertos, sino que también deben incorporar aspectos contextuales, éticos, estructurales y culturales.
- El Grupo cree imprescindible que existan normas acordadas y explícitas sobre la financiación, organización y funcionamiento del sistema
- Hay poca o nula transparencia en cuanto a la financiación y administración de los servicios de salud mental. La financiación no es explícita, ya que hay tres grandes líneas presupuestarias, donde se dota económicamente a todos los centros y recursos, independientemente de la actividad de los sectores implicados.
- La cartera de servicios está en la página de la Conselleria de Sanitat pero hay muy poca información a la población en general sobre los recursos y los derechos de los ciudadanos. Tampoco está actualizada.
- La cartera de servicios esta publicada en la pagina web de la CIPI, pero la forma de presentar la información es poco intuitiva lo que merma la transparencia y la accesibilidad. Mucho más acusado es este problema en el caso de la Cartera Ciudadana.
- Hay una estrategia autonómica de salud mental 2016-2020 que recoge el modelo y el plan de acción para organizar la red y la atención desde el paradigma de la

recuperación, pero no ha sido respaldada políticamente, ni ha sido evaluada, a pesar de que contiene los indicadores adecuados para hacerlo

- En Sanidad, las quejas se tramitan a través de los servicios del SAIP que están en todos los recursos, pero no parece un servicio de utilidad

- Las inspecciones de los Centros Especiales para Enfermos Mentales (CEEM) se llevan a cabo por inspectores competentes que redactan informes objetivos, denunciando la existencia de irregularidades si las hay. Sin embargo, el número de inspectores y de inspecciones es insuficiente y la Administración rara vez toma medidas para corregir las deficiencias que se denuncian en las actas de inspección.

- Los cauces institucionales para la tramitación de quejas son conocidos en el caso del Sindic de Greuges, el cual está dotado de recursos económicos y personales para poder realizar su tarea, pero no es esta la situación de la Defensora de las personas con discapacidad del municipio de Valencia, la cual aparece en la página web del ayuntamiento, pero no tiene dotación presupuestaria.

- Aunque, existen cauces para presentar quejas, en ocasiones estos son ineficaces. Agrupaciones de personas usuarias o de profesionales de salud mental han presentado quejas que afectan a procedimientos coercitivos (sujeciones) o de control como el uso de cámaras de video en las unidades de agudos, que han quedado sin una respuesta adecuada o, sencillamente, sin respuesta. Esta situación se ha de poner en relación con la ausencia de mecanismos eficaces de participación y colaboración entre los servicios y las personas usuarias.

RECOMENDACIONES

I. En cuanto a los derechos de las personas con discapacidad en función de la aplicación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y para poder desarrollar los cambios efectuados en la ley 8/2021, se consideran medidas urgentes las siguientes:

- Revisión urgente y adaptación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil
- Estudio individual de las circunstancias de cada una de las personas que actualmente tuteladas por la Administración, para su revisión y cambio a una curatela o autocuratela o la recuperación de su propia capacidad.
- Fomento de la Planificación anticipada de decisiones en salud mental o voluntades anticipadas
- Creación y puesta en marcha del plan de buenas prácticas no coercitivas en centros y servicios de atención para personas con problemas de salud mental.

II. En cuanto a la promoción de la autonomía personal y de la recuperación personal, y de acceso a los servicios de atención a la dependencia para las personas con problemas graves de salud mental:

- Desarrollar y consolidar los servicios de apoyo comunitario a la autonomía y la recuperación personal: La asistencia personal como prestación destinada a fomentar la inclusión y la libre elección de las personas y el Servicio de Atención y Seguimiento para la Enfermedad Mental (SASEM).
- Desarrollar viviendas en la comunidad y empleo con apoyo para la inserción laboral para que las personas con discapacidad por un trastorno mental grave puedan llevar una vida digna y con la máxima autonomía posible.

III. En cuanto a las medidas clave para seguir avanzando en el desarrollo de la salud mental comunitaria en el País Valencià, se consideran clave las cinco siguientes:

- Regular normativamente la creación de una Organización Colegiada de Salud Mental Comunitaria entre las consellerías implicadas en la atención integral de las personas con problemas de salud mental, consellería de educación y deporte, consellería de función pública y justicia, consellería de vivienda y LABORA, que diseñe, coordine y negocie con el conjunto de agentes implicados sanitarios, sociales, de empleo, vivienda, educación y justicia, la atención integral de la salud mental, tal como se expresa en el “Pacto Autonómico Valencià para la atención integral social y sanitaria de la salud mental”, desde un enfoque de *salud mental en todas las políticas* y con la participación efectiva de los profesionales y de las personas usuarias.
- Regular normativamente la estructuración de los servicios de salud mental en zonas no superiores a 50.000 habitantes, atendidas cada una por una red coordinada desde el centro de salud mental por un profesional elegido democráticamente por los integrantes de la red, que integre los servicios correspondientes de salud mental y servicios sociales. Cada Departamento incluirá una o varias zonas de salud mental y dispondrá de todos los servicios necesarios para atender las necesidades de su población en materia de salud mental.
- Regular normativamente la desinstitucionalización de los servicios custodiales en el País Valencià, cerrando los servicios sanitarios y sociales de tipo custodial, en concreto los dos hospitales psiquiátricos de larga estancia, los centros específicos para enfermos mentales y, consecuentemente, cancelando los proyectos de creación de nuevos dispositivos de este tipo, a la vez que se proveen los recursos comunitarios necesarios.
- En la misma línea que la anterior, conseguir la transferencia de las competencias en sanidad penitenciaria, cancelar el proyecto de Hospital Psiquiátrico de Sieteaguas y

dar pasos para cerrar el Hospital Psiquiátrico de Fontcalent, con la finalidad de desarrollar un sistema que permita implementar *la equivalencia de cuidados* de las personas judicializadas que padecen un trastorno mental.

- Regular normativamente la realización de un plan de choque quinquenal para la formación del personal que presta atención sanitaria y social a las personas usuarias que padecen trastornos mentales, especialmente diseñado para los profesionales en formación especializada, orientado a la adquisición de las competencias necesarias para trabajar en Salud Mental Comunitaria, en el modelo biopsicosocial y en el trabajo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

Barrios Flores LF Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS Gac Sanit. (2020) ;34(S1):76–80

Davidson, Larry & Roe, David. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. Journal of Mental Health (2009). 16. 459-470. 10.1080/09638230701482394.

Davidson L et al Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. World Psychiatry (2012),11:123-128

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May;137 (5): 535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535. PMID: 7369396.

Gómez-Beneyto M, Rodríguez Pulido F, Caamaño Sánchez V, Cifre Lull A, del Río Noriega F et al Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (2018) 38 (133): 19-43 doi: 10.4321/S0211-57352018000100002

Henderson, Julie. The National Mental Health Strategy: Redefining Promotion and Prevention in Mental Health?. Australian Journal of Primary Health (2007). 13. 82-89. 10.1071/PY0704

Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, et al Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. BMC Psychiatry. (2019) Jun 10;19(1):174. doi: 10.1186/s12888-019-2162-z. PMID: 31182058; PMCID: PMC6558752

Kiernan JP Alma-Ata: 25 años después. Revista de la Organización Panamericana de Salud Perspectivas de Salud (2003), 8,1

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J, Hamilton B. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. World Psychiatry. (2022) Feb;21(1):96-123. doi: 10.1002/wps.20940. PMID: 35015358; PMCID: PMC8751572.

Koyanagi C, David I. Learning from history: deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long-term care reform disponible en:

https://www.academia.edu/es/6687897/Learning_From_History_Deinstitutionalization_of_People_with_Mental_Illness_As_Precursor_to_Long_Term_Care_Reform_Prepared_by_Chris_Koyanagi_Judge_David_L_Bazelon_Center_for_Mental_Health_Law

Patel, V. & Lund, Crick & Hatherill, S. & Plagerson, Sophie & Corrigan, J. & Funk, M. & Flisher, A.J.. (2010). Mental disorders: Equity and social determinants. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. 115-134.

Sadeniemi M, Almeda N, Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosía MR, García-Alonso C, et al. A Comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A Service Mapping Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 1133; doi:10.3390/ijerph15061133

Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. (2016) Oct;15(3):276-286. doi: 10.1002/wps.20349. PMID: 27717265; PMCID: PMC5032514.

Thornicroft G Tansella M The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press. 1999. ISBN 0 521 62155 0

Tondora J, Miller R, Davidson L The top ten concerns about person-centered care planning in mental health systems. The International Journal of Person Centered Medicine (2012). Vol 2 Issue 3 pp 410-420