



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Sobrino Calzado, Teodosia; Rodríguez Pulido, Francisco; Vallespi Cantabrana, Ana M.; López Álvarez, Marcelino; López Gómez, Desiderio; Rodríguez González, Abelardo; San Pío Tendero, María Jesús; Simón Expósito, Miguel; Uriarte Uriarte, José J.; Villegas Miranda, Francisco; Ferrera Rodríguez, Beatriz; Ruiz Periago, Bartolomé; Balanza Martínez, Pilar; Blas Vicente, Esther; Bravo Ortiz, Mari Fe; Martínez Jambrina, Juan José; Pastor Martínez, Ananías; Pérez Pérez, Fermín
IMPACTO DE LA "LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA" EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 32, núm. 114, 2012, pp. 329-348
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024499009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Impacto de la “Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” en las personas con trastorno mental grave.

Impact of the “Law on promotion of personal autonomy and care for people dependent” in population with severe mental disorder.

Teodosia Sobrino Calzado ^a, Francisco Rodríguez Pulido. ^b, Ana M. Vallespi Cantabrana ^c, Marcellino López Álvarez ^d, Desiderio López Gómez ^e, Abelardo Rodríguez González ^f, María Jesús San Pío Tendero ^g, Miguel Simón Expósito ^h, José J. Uriarte Uriarte ⁱ, Francisco Villegas Miranda ^j, Beatriz Ferrera Rodríguez ^k, Bartolomé Ruiz Periago ^l, Pilar Balanza Martínez ^m, Esther Blas Vicente ⁿ, Mari Fe Bravo Ortiz ^ñ, Juan José Martínez Jambrina ^o, Ananías Pastor Martínez ^p, Fermín Pérez Pérez ^q.

^a*Psicóloga Clínica de los dispositivos de Rehabilitación del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés, España. Presidenta de la Sección de Rehabilitación de la AEN.* ^b*Psiquiatra. Profesor titular Psiquiatría ULLOA, Director PIPR de Tenerife, España. CIRPAC Dirección Área de Salud. Presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental.* ^c*Psicóloga Clínica. CSM Actur- Sur. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza, España. Vicepresidenta de la FEARP.* ^d*Psiquiatra y Sociólogo. Director de Programas, Evaluación e Investigación de FAISEM. Andalucía, España.* ^e*Psicólogo Clínico. Jefe de Sección de la Unidad de Rehabilitación en Salud Mental de Salamanca. Vicepresidente de la Asociación de Neuropsiquiatría de Castilla y León, España.* ^f*Psicólogo Clínico. Coordinador Técnico de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Subdirección General de Atención a la Discapacidad y Enfermedad Mental. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid, España.* ^g*Coordinadora Técnica de FEAFES.* ^h*Psicólogo Clínico. Ex-director General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD, Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura, España.* ⁱ*Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Gestión Clínica Red de Salud Mental de Bizkaia, España. Presidente de la FEARP.* ^j*Psicólogo Clínico. Jefe del Servicio Rehabilitación CHM Les Corts. Barcelona, España.* ^k*Psicóloga Clínica. Responsable del CRPS Camino del Hierro. Santa Cruz de Tenerife, España. Secretaria de la sección de Rehabilitación de la AEN.* ^l*Psicólogo Técnico Responsable. Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.* ^m*Psicóloga Clínica. Servicio de Salud Mental de Murcia, España. Vicepresidenta de la AEN.* ^ñ*Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental de Tarazona. Aragón, España.* ^o*Psiquiatra. Jefa de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. Presidenta de la AEN.* ^p*Psiquiatra. Jefe del área de Salud Mental de Avilés (Asturias), España.* ^q*Psicólogo Clínico. Jefe de los dispositivos de rehabilitación del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Madrid, España.* ^r*Psicólogo Clínico. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Puerto de Santa María. Cádiz, España.*

Correspondencia: Teodosia Sobrino Calzado (teosobrino@gmail.com; rpsaen@gmail.com)

RESUMEN: La Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia, ha generado, desde su aprobación, desconfianza por estar enfocada a la atención a la dependencia, siendo la promoción de la autonomía personal un elemento apenas desarrollado y secundario.

En el caso de las personas con trastorno mental grave, lo que mayor preocupación ha causado a las organizaciones de profesionales de la salud mental y a las

ABSTRACT: Law 39/2006, known as Dependence Law, has generated skepticism since its approval, for being focused on dependency and barely promoting personal autonomy, treating it as a secondary issue.

As it relates to people with severe mental disorder, a major concern to mental health professional organizations and family associations

asociaciones de familiares ha sido la compatibilidad de dicha Ley con las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y si el baremo establecido se ajustaba a las necesidades de este colectivo.

Este artículo recoge el trabajo realizado desde diferentes comunidades autónomas por diferentes profesionales en un intento de, tras un análisis de la Ley, plantear a la administración responsable de la misma el necesario ajuste para adaptarla a las características de las personas con trastorno mental grave.

Se analizan, en primer lugar, sus fortalezas y debilidades. Posteriormente se exponen tres formas diferentes de contrarrestar sus riesgos, en tres comunidades autónomas diferentes, Extremadura, Andalucía y Madrid. Finalmente se dan las claves de los aspectos de la Ley sobre los que hay que seguir trabajando para que sea una oportunidad para las personas con trastorno mental grave, y no una barrera.

PALABRAS CLAVE: Ley, dependencia, autonomía personal, trastorno mental grave, sanidad, servicios sociales, rehabilitación psicosocial.

has been the compatibility of the law with the services provided by the National health service and whether the established selection criteria for qualifying for the service fits the needs of this group.

This article reflects the work done across several Spanish autonomous regions by different professionals in an attempt to convince the administration to make the necessary adjustment to suit the characteristics of people with serious mental disorders.

After discussing its strengths and weaknesses, it outlines three different ways to offset their risks in three different regions, Extremadura, Andalucía and Madrid. Finally it addresses the key aspects of the law which need to be worked on, in order to become a benefit for people with severe mental disorder, and not a barrier.

KEY WORDS: Law, dependence, personal autonomy, severe mental disorder, health, social services, psychosocial rehabilitation.

1. Introducción

Ante la progresiva implantación y desarrollo en nuestro país de la “*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*” (1), especialmente siendo objeto de su atención las personas con trastorno mental grave en situación de dependencia y, ante los trabajos del Consejo Inter-territorial del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y de las Comisiones Técnicas de las Comunidades Autonómicas, para la configuración de un Sistema de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal, asociaciones de profesionales (Asociación Española de Neuropsiquiatría- AEN y Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial- FEARP) y de Familiares (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental- FEAFES), manifiestan su preocupación por su desarrollo y se constituyen diferentes grupos de trabajo con un doble objetivo: instar al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a que se tomen las medidas oportunas para que el desarrollo de esta Ley suponga una oportunidad para las personas con trastorno mental grave (TMG) y no una barrera, un elemento de cohesión social entre los territorios y las personas, asumiendo la misión de esta ley -como recoge en su preámbulo- de cambiar, mediante la creación de un sistema estable de provisión de recursos, un modelo de cuidados informales a otro de cuidados profesionales que faciliten la autonomía.

La sección de Rehabilitación de la AEN, continuando con los trabajos previos desarrollados por un comisión de sus Juntas directivas (2, 3), quiso recoger todo este esfuerzo sistemático y debatir con las personas que más habían trabajado en ello el impacto que la Ley está teniendo y puede tener en el futuro en las personas con TMG. Con esta finalidad organizó en el mes Febrero unas Jornadas de trabajo interno en las que participaran diferentes ponentes de toda España.

Con sus exposiciones y los documentos que aportaron, se ha elaborado este trabajo.¹

2. Aspectos positivos e implicaciones de la ley 39/2006 en la atención a personas con TMG.

La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia constituye una oportunidad histórica que recoge las aspiraciones, reivindicaciones y anhelos de los colectivos en los que la existencia de discapacidades personales genera una situación de dependencia. Es un paso más para lograr la ciudadanía plena, ampliar los derechos del bienestar y logran un modelo de cuidados que sustituya la carga familiar por atención profesional.

Entre los aspectos positivos de la Ley, destacan:

Reconocimiento de un derecho social y de prestaciones para dar soporte a las discapacidades propias de un TMG.

Participación de los servicios sanitarios, estableciendo un marco de coordinación interinstitucional a dos niveles: Asistencial (informe de salud) e institucional (coordinación socio-sanitaria).

La valoración de la Dependencia se realiza en las Comunidades Autónomas, a través de equipos específicos de valoración, que emiten el informe del evaluador, con la presencia de las familias.

Las prestaciones y servicios establecidos en la Ley se integrarán en la red de servicios sociales de las Comunidades Autónomas (art. 16.1).

Constituye una oportunidad social de las personas afectadas y sus familias de complementar la atención que reciben por parte de los servicios sanitarios. Establece y facilita el acceso y proporciona prestaciones de varios tipos y servicios.

La ley 39/2006 establece la creación de Servicios de Promoción de la Autonomía. En este sentido, comparte un objetivo básico con la rehabilitación psicosocial (4), el concepto de autonomía personal. Implica promover los soportes adecuados,

¹ A todos ellos y a las personas que han estado trabajando desde diferentes comunidades autónomas en la elaboración de propuestas para el SAAD, nuestro agradecimiento.

a partir de las expectativas personales y sociales, para alcanzar la mayor autonomía posible.

3. Retos y aspectos a mejorar.

La Ley ha sido objeto desde el inicio de controversias en su posible aplicación a las personas con TMG. Ha generado desconfianza por estar enfocada a la atención a las situaciones de DEPENDENCIA, las prestaciones, hasta ahora, ofrecidas mayoritariamente giran en torno a las prestaciones económicas (5), y la promoción de la Autonomía es un elemento secundario y apenas desarrollado.

La DEPENDENCIA se define como “*el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o perdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria; o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.*” (1)

La definición de Dependencia se ajusta mal y de un modo problemático a las necesidades psicosociales de las personas con TMG (plurales, cambiantes, individualizadas, etc.).

Las personas con TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos psiquiátricos graves) presentan dificultades en su autonomía y funcionamiento psicosocial, por ello, además de la atención sanitaria psiquiátrica, requieren apoyos desde el sistema de servicios sociales para cubrir sus necesidades y ayudarles en la mejora de su funcionamiento personal y social y apoyarles en su integración social y laboral. Sin embargo en el marco de la Ley 39/2006 y de acuerdo a los baremos de valoración, muchos de ellos no van a ser valorados como dependientes en alguno de los niveles establecidos. La valoración de dependencia se centra sobre todo en las dificultades para el desempeño de actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, deambular, asearse, etc.) y en la necesidades de apoyo intermitente o continuado para el desarrollo de dichas actividades de cuidado personal.

Gran parte de las personas con enfermedad mental van a presentar distintas dificultades de funcionamiento psicosocial pero éstas no se van a expresar en graves problemas para que desarrollem con autonomía las actividades básicas de cuidado personal por lo que un porcentaje importante no va a ser reconocido como dependiente sobre todo en los grados más graves (Grado III Gran dependencia o Grado II Dependencia severa). En su caso podrán optar en la mayoría parte de los casos al grado I de Dependencia Moderada.

La Dependencia implica discapacidad importante, pero no toda discapacidad es dependencia. Las personas con discapacidad necesitan distintos tipos de centros, servicios y recursos. Algunos son dependientes y otros no.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es una parte del Sistema General de Atención en Servicios Sociales y es un complemento y refuerzo de las redes de atención a mayores y a discapacidad, aunque hay un claro riesgo de que la parte (dependencia) absorba el todo (sistema de atención general de servicios sociales y en especial del sistema de servicios sociales especializados para la atención a personas mayores o con discapacidad).

Por otra parte, ha habido excesivas expectativas con la Ley en relación a la mejora de la red de servicios de atención social y de apoyo a las personas con discapacidad en general y de las personas con enfermedad mental en particular.

Una cuestión importante es la compatibilidad entre el modelo de atención comunitaria en salud mental y el modelo de atención del SAAD (4). Las diferencias entre ambos modelos se exponen en la tabla 1.

Existen varias amenazas posibles en relación a la continuidad de cuidados de las personas con TMG, entre otras (3):

- Ruptura de cuidados entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.
- Asignación de nuevas misiones de los sistemas: servicios sanitarios dedicados a los cuidados a corto plazo, a patologías agudas y servicios sociales dedicados a los cuidados largo plazo, a patologías crónicas.
- Ruptura de las líneas integradoras de atención continua.
- Nueva puerta de entrada a los recursos de rehabilitación y alojamiento.
- Asignación heterogénea de usuarios a los recursos de rehabilitación y de soporte comunitario.

Otras amenazas son las que tienen que ver con la interrelación entre el sistema sanitario y el catálogo de prestaciones y servicios del SAAD, entre otras:

- Coexistencia de dos Planes Integrados de Atención (PIA), uno proveniente de la Ley de Dependencia y otro de la Estrategia en Salud Mental.
- Duplicidad sin conexión de Planes de atención para una misma persona.
- Inexistencia de una oferta de Red de Servicios Sociales Públicos acreditados para la elección de los usuarios o derivación de los técnicos.
- Inhibición o escasa implicación del tercer sector
- Puerta de acceso a los recursos y prestaciones infravalorando el peso de las enfermedades y del sistema sanitario.

El hecho de que las competencias de desarrollo y aplicación de la Ley 39/2006 correspondan a las Comunidades Autónomas tiene ventajas e inconvenientes. Ventajas porque la cercanía de la Administración al administrado facilitará la aproximación a la situación concreta del medio en el que se produce la necesidad. Sin embargo, los inconvenientes son numerosos, destacando entre ellos la manera de

Tabla 1.

Compatibilidad entre el modelo de atención comunitaria en salud mental y el modelo de atención del SAAD

Características principales del modelo de atención comunitaria al TMG	Características principales del modelo de atención del SAAD
<ul style="list-style-type: none">▪ Predominantemente orientado a la mejora de la autonomía y el funcionamiento y a promover la recuperación e integración.▪ Con un proceso individualizado y flexible de atención: itinerarios complejos y cambiantes de atención y utilización de servicios en base a los distintos momentos y necesidades de la persona con TMG.▪ Descentralizado, territorializado y basado en la coordinación técnica y el trabajo en Red entre Servicios de Salud Mental, recursos de rehabilitación y atención social y otros recursos comunitarios.▪ Basado en el uso de distintos servicios sanitarios y sociales▪ Con compatibilidad y simultaneidad en el uso de distintos servicios y dispositivos (Residencia y Centro de Día, por ejemplo). Entradas y salidas flexibles y dinámicas de distintos recursos (el usuario sale de una Miniresidencia y pasa a un piso supervisado, sale de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y pasa a un Centro de Rehabilitación Laboral, se hospitaliza en una Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación y luego pasa a una Miniresidencia, etc)▪ Donde prima el apoyo, la psicoeducación y el asesoramiento a las familias. Organizado para el alivio de la sobrecarga familiar y con servicios de respiro y descanso familiar.▪ Es, por tanto un modelo con las siguientes características:<ul style="list-style-type: none">- Integral y comunitario- Con coordinación entre la red sanitaria y social- Con trabajo en red- Organizado con una lógica de Continuidad de cuidados- En el que prima la individualización- Con una orientación de rehabilitación en toda la red de atención.- Con una filosofía y estilo de atención basada en los principios de integración, normalización, individualización, autonomía y apoyo social- Que promociona la calidad de vida, la integración y participación activa en la comunidad- Con énfasis en la promoción de la recuperación- Orientado a la atención y apoyo a las familias	<ul style="list-style-type: none">▪ Predominantemente asistencial▪ Rígido y burocratizado▪ Con una cartera de servicios o de prestaciones económicas▪ Con predominio en la práctica de la concesión de prestaciones económicas (sobre todo por cuidados en el entorno familiar) y de escasa cuantía respecto a la concesión de centros/servicios▪ Con régimen de incompatibilidades▪ Supone la vuelta, a cambio de una prestación económica, a descargar en las familias las tareas de cuidado, lo cual tiene especiales implicaciones negativas en el caso de personas con TMG que han de dejar de acudir a centros porque su familia opta por la prestación económica▪ Con Implicaciones simbólicas de la condición de dependiente para los procesos personales de rehabilitación y recuperación

seleccionar y proporcionar la formación específica en este tipo de trastornos mentales a los profesionales que componen los Equipos de Valoración de la Dependencia, el desarrollo de una cartera de servicios propia o concertada, con diferentes criterios autonómicos de acreditación y calidad, establecimiento de estructuras de coordinación con los servicios sanitarios que prestan la atención especializada y

INFORMES

continuada a estos ciudadanos, peso de la valoración realizada por la propia familia del afectado, o de la implicación de los servicios de atención especializada... etc..

La dotación de nuevos recursos para las personas con un TMG receptores de una nueva prestación social, en base a los criterios de la ley, podría suponer, en el caso de la no integración de las existentes a través de sus planes sectoriales, la duplicidad de servicios y de redes de atención sanitaria y social paralelas, en lugar de una política transversal en la acción de los gobiernos. Y en el caso de un débil desarrollo de la red sanitaria para TMG, su reconversión a servicios sociales, o una red paralela social sin comunicación con lo establecido.

La valoración de las solicitudes supone un proceso específico que ha de garantizar un adecuado conocimiento de la situación clínica, social, familiar, residencial, ocupacional, de organización del ocio y tiempo libre, etc.; de sus potencialidades y sus limitaciones, sus habilidades, discapacidades, expectativas personales y trayectoria vital. Todo ello en base a una evaluación psicodiagnóstica realizada por los especialistas de los servicios sanitarios de Salud Mental correspondientes, dirigida a identificar áreas problemáticas que serán la base del tratamiento y que debe recoger el Plan Individualizado de Atención (PIA).

En cuanto al uso del Baremo, es fundamental tener presente algunas cuestiones (6):

1.- *El informe del estado de salud*, que actualmente es asumido por los Equipos de Atención Primaria, no siempre incluye las especificidades necesarias en los casos de las personas con un TMG, debido a que la responsabilidad de la atención de esa parte de su salud es realizada por los servicios de Salud Mental. Sabiendo las carencias existentes en la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de los Centros de Salud Mental, es necesario que tenga que exigirse en la documentación un informe clínico y otro social realizados por los profesionales de los Equipos de Salud Mental correspondientes. Estos informes tendrían que proporcionar una información que incluya necesariamente:

- Datos clínicos: diagnóstico clínico actualizado (según la CIE-10), tratamiento psicofarmacológico, estimación de la cronicidad, conciencia de enfermedad, evaluación de funciones cognitivas superiores, alteraciones conductuales, etc.
- Aspectos psicosociales: recursos y habilidades personales, funcionamiento social, autonomía para las actividades de la vida diaria, conservación de roles sociales, laborales y de participación en la vida comunitaria, etc.
- Explicitación de los objetivos de prevención, promoción y mantenimiento de la autonomía personal de la persona o los específicos de rehabilitación psicosocial para su recuperación.

2.- *Informe del Entorno e Informe del Evaluador*. Estos dos documentos deberían recoger todos los aspectos relacionados con el solicitante referentes al medio social, familiar, residencial, personas de referencia, nivel de apoyo que supone para

la persona, relación con las mismas, tipo de ayudas técnicas disponibles, estado de la vivienda, etc., es decir, una estimación de los apoyos familiares y económicos existentes en el momento actual de la valoración, y otros datos que sean relevantes.

3.- La existencia de *comisiones mixtas de coordinación y valoración de las solicitudes* de personas con un TMG estructuradas por área/zona sanitaria o zona/distrito de servicios sociales, cuyo funcionamiento esté sistematizado, facilitaría la puesta en común de toda la información clínica y social relevante que permitiría conocer la realidad de las dificultades de la persona, de sus necesidades para lograr una vida lo más autónoma posible. Los profesionales de los servicios de salud mental tendrían que formar parte de dichas comisiones, puesto que, en un buen número de casos, conocerá adecuadamente la situación clínica, la evolución y las discapacidades de la persona con un TMG.

4.- *Seguimiento, evaluación y adecuación de las prestaciones.* La asignación de una prestación de la cartera de servicios que oferte cada Comunidad Autónoma es determinante en la consecución del PIA y, por tanto, en los objetivos de recuperación de la persona con TMG. En este sentido, la opinión cualificada de un profesional de los servicios sanitarios de Salud Mental, donde la persona sea atendida habitualmente tendría que ser determinante en la asignación de un servicio como soporte para su situación de dependencia. Sería necesaria, así mismo, una evaluación periódica de las necesidades y la efectividad de los servicios o prestaciones otorgados. Dicha valoración sería presentada a la comisión mixta sanitaria-social en el periodo de tiempo y plazos que se establezcan. Esto garantizaría que la prestación se adecuara a las necesidades reales y la evolución de la persona. Se trata de no potenciar el estigma interno que muchas de estas personas perciben cuando reciben más prestaciones o soportes. Esto implica también definir los servicios y/o prestaciones por tramos de necesidades y temporalidad, según la discapacidad y los apoyos que requiera la persona, individualizando cada proceso de valoración.

5.- *La familia* de la persona con TMG es fundamental en el diagnóstico de la situación de dependencia, en el establecimiento de objetivos de rehabilitación, en la aportación de datos sobre su evolución, sus dificultades en el entorno habitual diario, en el mantenimiento y/o ampliación de su red social de apoyo, en la prestación de apoyos concretos para promover su autonomía personal. En este sentido, son agentes terapéuticos que influyen en el proceso de recuperación y, por tanto, hay que tenerlos en cuenta en el proceso de valoración de la situación de dependencia.

6.- Garantizar una adecuada *formación específica a los profesionales que componen los equipos de valoración* con el fin de dotar de herramientas comprensivas de los aspectos más específicos de las personas con trastorno mental grave.

En el proceso de tramitación del PIA y asignación definitiva de un recurso o prestación, se están presentando la mayoría de las dificultades debido a la falta de

INFORMES

coordinación entre la red sanitaria y los servicios sociales comunitarios, con problemas por ambas partes.

Por parte de los Servicios Sociales Comunitarios, la elaboración de una propuesta de PIA sin tener en cuenta la información de los servicios de salud mental ni su valoración sobre la compatibilidad entre la propuesta y el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), que debería ser el marco de cualquier intervención sanitaria y social sobre la persona con TMG.

En todo caso, la elaboración del PIA sin conexión con el servicio de salud mental ni un conocimiento razonable de la red de servicios sanitarios y sociales existente, aumenta el riesgo de enfoques erróneos y frustración y malestar cuando desde la Comisión se corrige la propuesta., además de alargar todavía más el procedimiento.

Este problema se agrava cuando la propuesta se ha presentado a la familia antes de su envío a la Comisión.

Por parte de los Servicios de Salud Mental porque se encuentran con resoluciones de Programas y asignaciones de prestaciones económicas que no han podido valorar y que en no pocas ocasiones no encajan o bloquean el proceso de atención definido en el PIT. Esta situación contrasta con la existencia de personas que, a su juicio, necesitan un recurso y corren el riesgo de ser relegados por otras personas con derecho reconocido por el SAAD.

Por parte de la Comisión porque tienen que manejar algunas situaciones complicadas:

- Personas con problemas de salud mental diferentes del TMG que:
 - bien han sido erróneamente valoradas como dependientes por un problema que genera discapacidad pero no dependencia en sentido estricto, a pesar de su gravedad clínica y humana.
 - bien presentan una situación de dependencia en razón de padecer un problema que requiere un programa de atención social diferente del de las personas con TMG.
 - Personas con TMG de las que los servicios de Salud Mental no disponen de información en general o al menos actualizada, por no estar siendo atendidas en el sistema público o no tener conocimiento de la solicitud familiar.
 - Personas con TMG cuyo PIT establece la necesidad de un recurso de apoyo social pero que no han solicitado su inclusión en el SAAD y se encuentran en “dificultades competitivas” por el tiempo excesivamente largo que exige su tramitación.
- Todos estos problemas tienen que ver en definitiva con las carencias de información de profesionales de ambas redes, con el largo periodo de tramitación del proceso y con la falta de un mecanismo más ágil de intercambio de información.

4. *Como se han contrarrestado los riesgos en diferentes comunidades autónomas.*

4.1. *En Andalucía*

Se hizo un énfasis especial en la utilidad de la Ley y en contrarrestar sus riesgos. La posición desde la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) en Andalucía se basó (6) y se basa en:

1. Una valoración general de la Ley y el SAAD como una *oportunidad* que las personas con TMG no pueden perder, por ser una vía a la universalización de la atención social.

2. Un análisis de los *riesgos* que conlleva su aplicación a las personas con TMG y que se resumen en el énfasis en la atención a la dependencia, en detrimento del fomento de la autonomía, la aplicabilidad del baremo, las prestaciones concretas establecidas y su posible desarrollo práctico y la manera en que el procedimiento de aplicación del baremo puede afectar a la coordinación entre Salud Mental, los Servicios Sociales generales y los servicios de apoyo social específicos.

3. Un empeño por contrarrestar esos riesgos contribuyendo a definir un *modelo* más útil para las personas con TMG.

Los principales problemas a controlar y, en su caso, contrarrestar han sido los que tienen que ver con el acceso al sistema, los relacionados con el proceso de valoración y la elaboración del PIA y los que hacen referencia al tipo de servicios que se ofertan.

Para mejorar el acceso al sistema, han considerado imprescindible impulsar que se solicite desde los servicios de salud mental la valoración de la dependencia de quienes necesitan atención social, teniendo en cuenta que el reconocimiento de la dependencia debe ser la vía preferente para acceder a recursos residenciales y de soporte diurno, puesto que es un derecho reconocido por la ley.

Se ha visto que una buena conexión con los Servicios sociales comunitarios reduce el riesgo de solicitudes inadecuadas, por lo tanto habría que impulsar el contacto con los servicios de salud mental de quienes solicitan la atención. Habría que valorar, así mismo, situaciones “excepcionales” que requieran atención pero no tengan aún derecho por parte del SAAD.

En relación con el proceso de baremación, se ha comprobado que el baremo no funciona si se aplica mal y que, por el contrario, mejora tras una formación correcta de los evaluadores.

La aplicación según el baremo de la Ley al personal atendido en el programa residencial de FAISEM parece bastante razonable. De las personas valoradas en las tres modalidades del programa residencial, el 32% son de Grado III, el 45% obtendrían un Grado II, el 21 % serían de Grado I y el 2% serían no dependientes, porcentajes que varían según la modalidad de atención: en las Casas Hogar un 93% corresponderían a los Grados II y III y en las Viviendas supervisadas un 75 % a los Grados II y III.

INFORMES

FAISEM ha participado en la formación de la totalidad del personal valorador con módulos específicos sobre personas con TMG (al inicio y en actualizaciones periódicas).

No parece necesario, según esta Fundación, cambiar el baremo, sino a lo sumo revisar algunos aspectos de su funcionamiento, teniendo en cuenta que se puede mejorar con formación del personal.

Un aspecto clave es mejorar la información sanitaria que llega al personal que lo aplica, aportando Informes de salud útiles para el proceso, con especificación de si se trata o no de una persona con TMG y haciéndolo llegar también a la Unidad de Trabajo Social correspondiente antes de iniciar en su caso la elaboración del PIA.

Uno de los problemas clave del proceso, cuyo tratamiento en la ley es claramente insuficiente y con riesgos de fragmentar más la atención es la coordinación intersectorial. En Andalucía, han aprovechado la existencia de una Comisión provincial de coordinación para el acceso a los programas de FAISEM. En ella han establecido un procedimiento para que los PIA propuestos por los Servicios Sociales Comunitarios sean analizados antes de ser definitivos.

Han creado, además, una Comisión Autonómica para el análisis de los casos en que no haya acuerdo.

Se trata de conseguir, de esta forma que el PIA sea un aspecto más del plan global de atención sanitaria y social que la persona necesita (en Andalucía el Plan Individual de Tratamiento incluido en el Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave)

Para mejorar el proceso, la Comisión Central Intersectorial ha consensuado un nuevo procedimiento que amplia la cooperación y que debe ser traducido en una normativa específica:

- La Unidad de Trabajo Social y la Unidad de Salud Mental Comunitaria deben ponerse en contacto antes de la propuesta.
- Se debe poder discutir el PIA en la Comisión de Trastorno Mental Grave de la correspondiente Unidad de Gestión Clínica de SM.
- A la Comisión Provincial Intersectorial debe llegar la propuesta ya consensuada, debatiéndose en ella los casos sin acuerdo previo.
- No se debe plantear la propuesta a la familia hasta después de este momento.
- Se debe poder identificar las personas con TMG a lo largo del proceso a efectos estadísticos.

En relación con los servicios cubiertos, se han planteado que es necesario controlar las prestaciones económicas a la familia ya que éstas pueden bloquear la recuperación de la persona y desvíen recursos si no hay una correcta valoración de su utilidad.

Otra acción importante es impulsar el uso razonable de la ayuda a domicilio general, sola o complementando otras prestaciones, pero no renunciar a convencer

de la necesidad de programas específicos de soporte psicosocial en el domicilio (compatibles con ella).

Sería necesario, asimismo, incrementar las plazas residenciales con un adecuado balance entre niveles de apoyo y sin bajar los estándares de calidad.

4.2. En Extremadura

Todas las actuaciones que en materia de política social se venían desarrollando dirigidas a colectivos especialmente vulnerables que necesitan de una red especializada de atención para dar respuestas a sus necesidades de apoyo (personas mayores, con discapacidad, con deterioro cognitivo y con trastornos mentales graves) se agrupan bajo el mismo organismo, el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).

Con su creación, la Junta de Extremadura culminó la integración en la Consejería de Sanidad y Dependencia de los organismos responsables de gestionar la atención sanitaria, a través del Servicio Extremeño de Salud (SES), y la atención a la dependencia, a través del SEPAD, ofreciendo un sistema integral de cuidados continuados.

En el SEPAD, La Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia equivale a una dirección de tipo asistencial, por lo que le corresponde el desarrollo y coordinación de la política social en materia de atención a la dependencia y de los programas de promoción de la autonomía personal, así como el reconocimiento de las situaciones de dependencia y discapacidad y la coordinación asistencial de los dispositivos. Cuenta con tres Unidades, equivalentes a Servicios:

1. - Unidad de Gestión de Recursos, Dispositivos y Servicios que es la encargada de la organización central de las prestaciones establecidas en la Ley con criterios de planificación central y equilibrio entre los servicios residenciales y los de atención comunitaria, que permita al usuario disponer de alternativas para ser atendido en su domicilio.

Los contenidos de la unidad son cuatro fundamentales:

- Valoración de la dependencia, a través de los equipos de valoración ubicados en las 20 zonas sociosanitarias y en coordinación con los Servicios Sociales de Base.

- Establecimiento de los PIA previstos en la Ley con criterios de prioridad en el acceso a los servicios y seguimiento de los expedientes.

- Acceso a recursos comunitarios y residenciales públicos, privados o concertados para personas dependientes previstos en la Ley o desarrollados por la política social o sociosanitaria de la Comunidad, sea cual sea el origen de la misma.

- Publicación y resolución de subvenciones, conciertos de plazas y establecimiento de convenios con entidades públicas o privadas que desarrollan intervenciones en el campo de la discapacidad, la salud mental o las personas mayores.

INFORMES

2. - Unidad de Gestión de Programas Asistenciales, que es la encargada del diseño y evaluación de las políticas destinadas a la atención integral de las personas mayores, con discapacidad, con deterioro cognitivo, con trastornos mentales graves y las de los niños con déficits de desarrollo. Promueve la coordinación y continuidad de cuidados con el sistema sanitario y con todos aquellos que garanticen la atención intersectorial a las necesidades específicas de dichos colectivos.

Los contenidos de la Unidad se estructuran en tres áreas:

- Promoción de la Autonomía.
- Comisión Tutelar de Adultos.
- Diseño de la atención a los colectivos específicos y gestión de casos.

3. - Unidad de Gestión de Control de la Actividad Asistencial y Sistemas de Información que es la encargada del control de la actividad desarrollada por el SEPAD.

Sus contenidos son:

- Control y seguimiento del registro de centros y servicios para personas dependientes.
 - Autorización para la apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas dependientes y para su modificación o ampliación.
 - Inspección, seguimiento y evaluación de los centros y servicios a fin de comprobar el cumplimiento de las exigencias determinadas en la normativa y evaluación de la implantación de sistemas de calidad en los mismos.
 - Desarrollo de la acreditación de centros y servicios.
 - Desarrollo y modificación de la normativa que afecte a cada una de las funciones encomendada.
- Inspección y control de la calidad asistencial de los servicios derivados de las prestaciones económicas de la Ley

La reflexión que desde el SEPAD se hace es que la aplicación de la ley y la resolución de sus muchos interrogantes tiene que ver con la forma en que cada Comunidad haya abordado la separación competencial, organizativa y de servicios entre el sistema sanitario y social y la coordinación entre los mismos, pero también con cómo se esté abordando en cada caso la aplicación de la Ley y la propia estructura de la red de servicios sociales especializados.

En este sentido estructuras organizativas que integren los sistemas sanitarios y sociales, al tiempo que unifican la organización de la atención a la dependencia, contribuyen a superar estas dificultades.

No todas las personas con TMG son dependientes, ni la Ley da respuestas a todas las necesidades de estas personas. Por ello, es imprescindible hacer convivir el funcionamiento de la red actual con los beneficios que puede aportar a algunos usuarios la implantación de la Ley. Para ello es esencial formar adecuadamente a los valoradores, primar la evaluación clínica y social de los posibles beneficiarios.

rios sobre otro tipo de valoración, mantener el perfil de atención y la orientación terapéutica de cada centro o servicio, adecuar los criterios generales de la Ley al funcionamiento ordinario de los servicios de salud mental y aprovechar las posibilidades de la misma en el desarrollo y crecimiento de los servicios.

Que la Ley sea una amenaza o una oportunidad tiene que ver con la organización de las redes sanitarias y sociales de salud mental y su coordinación.

Respecto al Baremo, consideran que cuenta con adecuados medios para valorar lo que se pretende medir si se forma a los valoradores y se aporta un informe de salud.

Este sistema integrado permite conjugar la cartera de servicios de salud mental con la cartera de servicios de la Ley, disponer de toda la información necesaria, desarrollar servicios y acredecitarlos, resolver situaciones de no dependientes con necesidades sociales, flexibilidad en el uso de las prestaciones económicas y, en definitiva, adaptar la condición de dependiente al funcionamiento de la red y no al revés.

4.3. En Madrid

La Red Pública de Atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales tiene las siguientes características organizativas (7):

1. Compromiso del Sistema de Servicios Sociales en la atención e integración social comunitaria. Desarrollo de una Red amplia y diversificada de centros y recursos de atención social y apoyo a la integración comunitaria.

2. Coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Salud Mental. La única puerta de acceso a la red de atención social es mediante la propuesta y derivación desde los Servicios de Salud Mental de cada zona.

3. Gestión descentralizada y territorializada. Coordinación, acceso y listas de espera organizadas en cada zona desde la coordinación técnica con los Servicios de Salud Mental.

4. Gestión desburocratizada. La atención en cada recurso se articula sobre las necesidades psicosociales y sociales y no sobre requisitos administrativos. No se exige como requisito de acceso tener Certificado de Discapacidad ni reconocimiento del grado de Dependencia.

5. Atención Gratuita. No se exige Copago.

En lo que hace referencia a las personas con TMG, la aplicación de la Ley 39/2006 es compleja y difícil en esta Comunidad Autónoma.

Se han realizado múltiples esfuerzos de coordinación con la Dirección General de la Dependencia para explicar las características y especificidades de las personas con TMG y de las características, organización y funcionamiento de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental, desde una defensa del mantenimiento de la vía de acceso a este red desde la coordinación técnica y la derivación desde los SSM de cada zona responsables del seguimiento del paciente con TMG.

Se ha hecho especial hincapié en la importancia de la coordinación con la Red de Servicios de Salud Mental para la valoración de la Dependencia y para la formulación del PIA.

No se exige el reconocimiento de dependencia para acceder (y mantenerse) a la red de atención social. La derivación y el acceso se realiza exclusivamente desde los Servicios de Salud Mental (Artículo 7 Decreto 127/1997). No se exigirá reconocimiento de Dependencia para entrar ni para mantenerse en un centro o recurso de la Red. Pero una vez en atención sí que se está dando apoyo a usuarios para solicitarla sobre todo usuarios de estancia indefinida en Residencias (180 personas de estancia indefinida en las Miniresidencias han sido valorados, la mayoría con grado I Moderada).

De la red de centros de atención social, aquellos que están en relación con la Cartera de Servicios de Atención a la Dependencia son sobre las Residencias, los Centros de Día de soporte social y en menor medida los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Dichos centros son los que atienden a las personas con enfermedad mental con mayor dificultad y necesidad de apoyo y por tanto en situación de mayor riesgo de dependencia.

Se estima que el 50% de los usuarios de las Residencias y de los Centros de Día son personas potencialmente dependientes (sobre todo Grado moderado) y el 15% de los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Hay un escaso número de usuarios en el conjunto de la Red con valoración de Dependencia. NO hay datos generales sobre los dependientes reconocidos que tengan un diagnóstico de TMG.

De acuerdo a estos porcentajes en dicha Red, que contaba con 5.350 plazas en 2010, 925 son de dependientes. El resto de las plazas, un total de 4.425 plazas, se consideran de no dependientes y por tanto de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia.

La Ley se ve como una posibilidad pero sin romper la organización, flexibilidad y filosofía de atención del conjunto de la Red.

5. Puntos clave de la ley sobre los que hay que seguir trabajando.

5.1 Mejora de la implantación del nuevo baremo

El nuevo Baremo, publicado por Real Decreto el 11 de Febrero de 2011, supone una oportunidad para mejorar las condiciones en las que las personas con TMG pueden tener acceso a la cartera de servicios del SAAD. (8)

Reconoce las especificidades de este colectivo y la necesidad de coordinarse con los equipos de salud mental que constan como referentes en los informes de salud aportados y explicita que, en caso de duda, se ha de recabar información de salud complementaria (Tabla 2).

Tabla 2.

Comparación entre el baremo 2007 y el 2011 en la valoración de las personas con enfermedad mental

<p>Real Decreto 504/2007, de 20 DE ABRIL, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.</p>	<p>Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.</p>
<p>La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve.</p> <p>CRITERIOS DE APLICACIÓN</p> <p>1. La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa..... En el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, así como aquellas otras situaciones que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva....., el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y con la participación de persona que conozca debidamente la situación del solicitante.</p> <p>2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en que viva</p>	<p>La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve.</p> <p>CRITERIOS DE APLICACIÓN</p> <p>1. La aplicación del BVD se fundamentará en los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre su entorno habitual, así como en la información obtenida mediante la observación, la comprobación directa y la entrevista personal de evaluación llevadas a cabo por profesional cualificado y formado específicamente para ello. Además:</p> <p>a. Si el informe de salud documenta deficiencias en las funciones mentales y/o limitaciones en la capacidad de comunicación que puedan interferir en la entrevista, ésta deberá completarse con la participación de otra persona que conozca bien la situación.</p> <p>b. En el caso de deficiencias que se deriven de patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en su situación basal. Ésta se estimará de acuerdo con la frecuencia, duración y gravedad de los brotes. Durante el proceso de valoración deberá tenerse siempre en cuenta para establecer la distinción entre dependencia y otras situaciones lo siguiente:</p> <p>La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.</p> <p>En las tareas en que se presente situación de dependencia se identificarán los problemas de desempeño según su relación con el funcionamiento global de la persona valorada.</p> <p>Problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su realización.</p> <p>La relación de actividades y tareas que comprende la valoración del BVD se establece de acuerdo con la existencia o no de una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales, tales como la discapacidad intelectual, las enfermedades mentales, trastornos mentales orgánicos, el daño cerebral y las alteraciones perceptivo-cognitivas</p>

INFORMES

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN DE COLECTIVOS ESPECÍFICOS

Personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y otras condiciones de salud que afecten el funcionamiento mental: En estos casos, la entrevista personal puede requerir más tiempo y consideración en la realización de la entrevista, no se les debe presionar para que den una determinada información. Es mejor tener una información incompleta de la propia persona que no tenerla. Cuando existan dudas sobre si han comprendido bien o no lo que se está preguntando es recomendable que se haga referencia a alguna situación real de la persona y analizar con ella cómo lo hizo, si le ayudó alguien y cómo le ayudó, esto también suele ser de utilidad para personas con problemas de memoria. También, debe prestarse atención a la aparición de cierta tendencia a responder afirmativa o negativamente (sesgo de aquiescencia) a las preguntas por parte de estas personas. Para corregir dicho sesgo, se recomienda formular las preguntas en sentido inverso a la tendencia que muestre la persona valorada. En estos casos resulta clave la coordinación con los equipos de salud mental que constan como referentes en los informes de salud aportados.

En el caso de dudas en la objetivación de la situación de dependencia, el órgano de valoración deberá recabar información de salud complementaria en el marco del procedimiento administrativo.

No obstante, es necesario seguir insistiendo en la colaboración entre el SAAD y las Comunidades Autónomas para que se utilicen Guías metodológicas de aplicación del baremo, en las que identificar las técnicas a emplear por los valoradores.

FEARP ha elaborado la Guía para personas con TMG (9).

Esta misma organización ha publicado recientemente una guía de orientación para la valoración de la dependencia en personas con TMG en la que tras una revisión de las condiciones de salud del colectivo que pueden dar lugar a una situación de dependencia, hace recomendaciones sobre las áreas que debe recoger el informe específico de salud mental, sobre cómo se debe realizar la entrevista de valoración, con aspectos claves a tener en cuenta en la evaluación del entorno y con preguntas orientativas para valorar el desempeño en cada una de las actividades de la vida cotidiana que contempla el baremo. (10)

En esta misma línea, el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) de Tenerife, perteneciente al Servicio Canario de Salud, ha elaborado un Informe especializado de salud mental para la valoración de la dependencia (11), siguiendo el baremo oficial, utilizando los intersticios de la propia ley en sus procedimientos, que denotan una forma de implicación frente al no se puede hacer nada o esperar cambios más globales.

El Manual de aplicación del Baremo debería contemplar técnicas de comprobación en cada bloque de actividades para valorar si la persona puede o no realizar las tareas objeto de valoración.

Es importante, asimismo, mejorar la formación y capacitación de los evaluadores, determinando el nivel de cualificación que han de tener para poder aplicar el baremo, impartiendo cursos de formación a los formadores del Imserso y a los propios valoradores.

Habría que contar con un protocolo de control de calidad sobre la aplicación del baremo con el fin de detectar carencias de formación y para conseguir homogeneidad en todas las comunidades autónomas.

5.2. Creación de una comisión interdepartamental (Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda y Ministerio del Interior) para integrar las políticas de salud mental y asesorar en la elaboración del Plan de Salud Autonómico.

La ley 39/2006, en lo relativo a la Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas (art. 10) y en la participación de las Comunidades Autónomas en el sistema recoge la necesidad de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención (art. 11c).

Se trataría de velar porque exista una concordancia entre la dicha Ley y la Estrategia Nacional de Salud Mental de tal manera que existan procesos asistenciales integrados que garanticen la continuidad asistencial (12, 13).

5.3. Establecimiento de mecanismos de coordinación entre servicios sociales y salud mental

En la mayoría de las Comunidades Autónomas no se han establecido mecanismos de coordinación entre servicios sociales y sanitarios que garanticen la participación de los profesionales de SM en la valoración de la situación de la dependencia ni el diseño del PIA.

No hay intercambio ni comunicación sobre las necesidades individuales de atención del paciente con TMG, sobre los objetivos de rehabilitación (PIR) ni de atención a su situación de dependencia (PIA)

La rehabilitación es una competencia del sistema sanitario. No pueden las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas ceder la iniciativa a ningún otro órgano de gobierno, gestión o provisión de servicios. Toda reordenación en el uso de los recursos destinados a la rehabilitación de las personas con TMG deberá adaptarse a las políticas sanitarias previamente establecidas para esas personas y sus familias y nunca al revés (13).

Por tanto, las personas que no desean ejercer su derecho a una valoración de su dependencia deben poder acogerse a las plazas que actualmente ocupan a través de los Planes Autonómicos.

Es necesario eliminar criterios de incompatibilidad en el disfrute de servicios idóneos para la recuperación de la autonomía personal, sobre todo recursos destinados a la rehabilitación y recuperación de la autonomía personal

6. Conclusiones:

- La Ley es positiva. Introduce un derecho que permite acceder a un sistema de prestaciones.
 - No podemos ni debemos pretender que todas las personas con TMG se beneficien de las prestaciones de la Ley, por coherencia con los principios de rehabilitación. No debemos sustituir el discurso del empoderamiento y la recuperación por el de la dependencia.
 - Las personas con TMG deben ser bien valoradas. Para ello los equipos de valoración tienen que ser formados en aspectos esenciales de salud mental.
 - Asimismo, es necesaria la colaboración transversal entre los servicios sanitarios y sociales en la elaboración de los PIA.
 - La rehabilitación no es una suma de dispositivos sino un itinerario que es el que marca la Ley General de Sanidad.
 - Los responsables regionales de salud mental y los profesionales deberían colaborar con el sistema de Dependencia en las comisiones interinstitucionales, en las comisiones de acceso a las prestaciones y servicios, en el diseño de la cartera de servicios y en la acreditación de éstos.
 - Las prestaciones económicas no tienen que ser necesariamente incompatibles con el uso de dispositivos de rehabilitación. No deben ser, por tanto, una sustitución sino un valor añadido.
 - Debe haber una previsión del número de plazas que se han de crear y un plan financiero para ser efectivo el sistema de cuidado familiar por una red profesionalizada.
 - Es necesario hacer un llamamiento a la Comisión que lleva la estrategia para la creación de una Comisión Interinstitucional, según el artículo 11 de la ley.
 - Hay tres temas pendientes de regular y relacionados entre sí:
 1. La imprescindible coexistencia del SAAD con el resto de los servicios de apoyo social que atienden a personas que no tienen reconocido un nivel de dependencia con derecho a prestaciones.
 2. El desarrollo de programas y servicios de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia, aspecto que inevitablemente va a ser dificultado por la situación económica.

3. Garantizar que todas las personas con TMG no queden excluida de servicios o prestaciones por razones económicas.

En definitiva los gobiernos deben realizar en los tiempos de hoy políticas transversales para atender las complejas y variadas necesidades de las personas y así facilitar su recuperación y autonomía.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (B.O.E. núm 299 de 15 de Diciembre de 2006).
- (2) Valoración de la AEN sobre el Baremo de Valoración de la Ley de Dependencia. <http://www.aen.es/web/docs/AENyLeyDepen07.pdf>
- (3) La AEN y la aplicación de la Ley de la Dependencia http://www.aen.es/docs/ley_dependencia.pdf
- (4) Documento Técnico Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave. IMSERSO 2006.
- (5) http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm. Datos de gestión del SAAD a 1 Enero del 2012.
- (6) M. López, M. Laviana, A. López y C. Tirado. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial* 2007; 4: 11-27
- (7) Decreto 122/1997, de 2 de octubre (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997), por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados.
- (8) Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
- (9) FEARP (2011) Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. Imserso.
- (10) El Informe de Salud. <http://www.aen.es/docs/informeFEARP.pdf>
- (11) Informe especializado de salud mental en la valoración de la dependencia del Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife del Servicio Canario de Salud. http://www.aen.es/docs/Modelo_informeSM-dependencia.pdf
- (12) La ACN y la aplicación de la ley de la dependencia.-
http://www.aen.es/index.php?option=com_content&view=article&id=370:la-acn-y-la-aplicacion-de-la-ley-de-dependencia-02-06-2010&catid=9:seccion-de-rehabilitacion-psicosocial&Itemid=111
- (13) Rodríguez Pulido, F; Pérez Pérez, R; Robles Santos, A.I. y otros. Canarias: Una aproximación al desarrollo de la ley de la situación de dependencia en el ámbito de la salud mental. Norte de salud mental, 2011, vol. IX, no 40: 19-33.