

XV JORNADAS CONGRESO FEAFES

CALIDAD DE VIDA:
Afianzar, crecer y fortalecer
nuestro movimiento

Benidorm,
19, 20 y 21 de abril de 2007



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



CEiFEM

CENTRO ESPAÑOL DE
INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

XV JORNADAS FEAFES

BENIDORM
19, 20 Y 21 DE ABRIL DE 2007

**CALIDAD DE VIDA:
Afianzar, crecer y fortalecer
nuestro movimiento**



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



CEiFEM

CENTRO ESPAÑOL DE
INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Edición: 2007

Edita: FEAFES C/ Hernández Mas, 20-24 · 28053 Madrid (España)
Tel: 91 507 9248 · Fax: 91 785 7076
E-mail: feafes@feafes.com · www.feafes.com

Diseño: Doblehache Comunicación

Imprime: Impresos y Revistas, S. A. (Grupo IMPRESA)

Depósito Legal: M. 10.333-2008

COMITÉ DE HONOR

Molt Honorable Sr. D. Francisco Camps Ortiz
President de la Generalitat Valenciana

Sra. D^a. Elena Salgado Méndez
Ministra de Sanidad y Consumo

Sr. D. Jesús Caldera Sánchez- Capitán
Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

Honorable Sr. D. Rafael Blasco Castany
Conseller de Sanidad

Honorable Sra. D^a. Alicia de Miguel García
Consellera de Bienestar Social

Excmo. Sr. D. Manuel Pérez Fenoll
Alcalde - Presidente de Benidorm

Excmo. Sr. D. José Joaquín Ripoll Serrano
Presidente de la Diputación Prv. de Alicante

Ilmo. Sr. D. Manuel Cervera Taulet
Secretario Autonómico de la Conselleria de Sanidad
Director Gerente de la Agencia Valenciana de Sanidad

Ilmo. Sr. D. Francisco Javier Reverte Lledó
Secretario Autonómico de Prestaciones Sociosanitarias

Ilmo. Sr. D. Alberto Infante Campos
Director Gral. de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Sra. D^a. Ana Kringe Sánchez
Diputada de Salud Mental de la Excelentísima Diputación de Alicante

Ilmo. Sr. D. Alfonso Bataller Vicent
Director Gral. de Asistencia Sanitaria

Ilmo. Sr. D. Antonio Galán Serrano
Director Gral. de Calidad y Atención al Paciente

Ilmo. Sr. D. Francisco Villena Alarcón
Director Gral. de Integración Social de Discapacitados

Ilmo. Sr. D. José Martínez Olmos
Secretario General de Sanidad

Sr. D. Rafael Juan Cloquet
Presidente FEAFES-Comunidad Valenciana

Sr. D. Francisco Morata Andreo
Presidente FEAFES

COMITÉ ORGANIZADOR

Sr. D. José M^a Sánchez Monge
Vicepresidente de FEAFES

Sr. D. Nel A. González Zapico
Tesorero de FEAFES

Sr. D. José Luis Gutiérrez Calles
Secretario de FEAFES

Sra. D^a. Adela González Menadas
Vocal de la Comisión Permanente de FEAFES

Sra. D^a Francisca Monllor Ferrando
Gerente de AFEMA

Sra. D^a Llum Moral i Muñoz
Técnico de FEAFES CV

Sra. D^a Rosa Ruiz Salto
Gerente de FEAFES

Entidades Colaboradoras



Índice

ACTO DE INAUGURACIÓN	11
CONFERENCIA Calidad de vida	27
MESA REDONDA La inserción laboral de personas con enfermedad mental como eje de calidad ..	47
MESA REDONDA Calidad en el proceso de rehabilitación psicosocial	97
MESA REDONDA Realidad y oportunidades de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para las personas con enfermedad mental	113
MESA REDONDA Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	133
MESA REDONDA Experiencia de integración comunitaria a través de un Programa de Vivienda Tutelada	153
CONCLUSIONES	187



Acto de inauguración

D. Rafael Juan Cloquet

Presidente de FEAFES-Comunidad Valenciana

D. Francisco Morata Andreo

Presidente de FEAFES

D. Francisco Villena

*Director General de Integración Social de Discapacitados
de la Conselleria de Bienestar Social*

D. Antonio Galán

Director General de Calidad y Atención al Paciente

D^a María José Camps

Concejala de Bienestar Social del Ayuntamiento de Benidorm

D. Rafael Juan Cloquet

Presidente de FEFES-Comunidad Valenciana

Buenos tardes a todos, gracias por su asistencia. Aunque sabemos que falta bastante gente que está de viaje y está llegando hoy, empezamos el acto de inauguración del XV Congreso-Jornadas de FEFES. Yo soy Rafael Juan, presidente de FEFES-Comunidad Valenciana, y me ha tocado abrir la primera intervención.

Como Presidente de la Federación de Asociaciones de la Comunidad Valenciana quiero dar la bienvenida a todos los presentes en esta Comunidad Autónoma, esperando que su estancia en ella sea lo más satisfactoria posible. Como Presidente de FEFES-Comunidad Valencia, en primer lugar, quiero agradecer al Ministerio de Sanidad y Consumo, al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; a la Generalitat Valenciana, representada la Conselleria de Bienestar Social en la persona de Don Francisco Villena, y en la Conselleria de Sanidad en la persona de Don Antonio Galán; a la Diputación de Alicante; a la Fundación ONCE, y por último agradecer al Ayuntamiento de Benidorm y a su ciudad representada en esta mesa con la Concejala de Bienestar Social, María José Camps.

Acogemos estas Jornadas en una ciudad tan emblemática como es Benidorm, localidad que tiene costumbre en acoger a todo ciudadano del mundo para que su estancia sea lo más cómoda posible y vuelva a su hogar recordando su paso por esta ciudad como algo inolvidable, esperando para todos aquellos que la desconocían que su estancia aquí sea de su agrado en todos los aspectos. Bienvenidos a todos.

Estas XV Jornadas Congresos FEFES que hoy se inician en nuestra Comunidad Autónoma son para mí y para la Federación a la que represento una ocasión única para poder mostrar a la sociedad el trabajo que realizamos para mejorar la calidad de vida de nuestros familiares. A lo largo de estos días, tendremos a especialistas del campo de la enfermedad mental que nos contarán sus experiencias, su trabajo del

día a día, así como sus resultados para que toda la comunidad pueda avanzar en la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad, como ciudadanos de pleno derecho.

En representación de este colectivo les quiero agradecer la oportunidad que me brindan para manifestarles públicamente el compromiso de FEAFES para lograr que la marginación y el estigma que siguen teniendo las personas que padecen una enfermedad mental y sus familiares sea cada día menor. Y que al igual que la sociedad avanza rápidamente en los aspectos técnicos y científicos, nos gustaría caminar al mismo tiempo que estos avances, y no quedarnos siempre a la espera de subirnos siempre a este tren de las mejoras sociales. Y que por fin, las personas que tienen alguna responsabilidad en sus manos de mejorar nuestras vidas tengan en cuenta nuestro colectivo, y no nos quedemos como siempre en el andén de espera de nuestro tren.

Este Congreso es un paso más en la concienciación, la sensibilización y aceptación de la enfermedad mental en la sociedad actual. Agradezco de nuevo y de corazón a todas aquellas personas que por su cargo de trabajo están aquí presentes para cambiar la realidad, y que por fin seamos una parte activa de nuestra sociedad. Ya su sola su presencia demuestra su interés por la enfermedad mental y su aceptación social.

Aprovecho también el foro para, por lo que a nivel particular me toca como representante de mi entidad, la Asociación de Alcoy, invitarles a disfrutar de nuestras Fiestas de Moros y Cristianos que se inician este fin de semana. Están todos invitados.

Quedan inauguradas las XV Jornadas Congresos FEAFES, y sin más dilación doy la palabra al Presidente de FEAFES Nacional, el Sr. D. Francisco Morata.

D. Francisco Morata Andreo

Presidente de FEFES

Muchas gracias, en primer lugar saludar a la Sra. Concejala del Ayuntamiento de Benidorm; al Ilustrísimo Sr. Director General de Calidad y Atención al paciente, amigo Villena; al Ilustrísimo Sr. Director General de Integración Social; compañero Presidente de FEFES de la Comunidad Valenciana; personalidades que nos acompañan; señoras, señores; compañeros de las diferentes asociaciones, miembros del movimiento de Federación FEFES; a todos, muy buenas tardes.

Bienvenidos a esta nueva edición de nuestras Jornadas. Es un placer para mí darle a todos, en nombre de la Confederación FEFES, la bienvenida, y también agradecerles su asistencia y su participación. Señores representantes de las diferentes Administraciones Públicas que nos acompañan, querida Concejala, quiero dejar constancia que han acudido a estas Jornadas representantes de asociaciones de todas las Comunidades Autónomas. Benidorm es sin duda una ciudad cosmopolita. No podremos disfrutar de su maravillosa playa, pero sí de su clima y sus gentes. Agradecemos su hospitalidad.

Todas las citas de FEFES se convierten en una oportunidad para el debate, la reflexión y el intercambio de experiencias. En esta ocasión, sin duda, también lo vamos a hacer. Además, los temas que se van a abordar en esta ocasión son sin duda muy interesantes. En primer lugar, mañana vamos a dedicar toda la primera jornada a hablar de la calidad de vida, centrada en la persona, contando para ello con Anne Buechner, que ha cruzado el océano y viene de Filadelfia para estar con nosotros, además, durante todas las Jornadas. Por lo que quiero, expresa y públicamente, agradecerle su asistencia. Tan pronto conectamos con ella su disponibilidad fue inmediata. Estoy seguro que vamos a aprender mucho del modelo

que nos va a presentar. Luego, tenemos otros ponentes, igualmente de lujo, de gran prestigio profesional, laboral e institucional, técnicos de los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Ministerio de Sanidad y Consumo, de la Conselleria de Bienestar Social y de Sanidad, y de la Generalitat; así como técnicos de reconocida experiencia tanto de entidades miembros de la Confederación como de otras entidades del sector de los servicios sociales, de la salud, o de la discapacidad. Y como no podía ser de otra manera, también vamos a tener la oportunidad de conocer la experiencia personal de dos participantes en uno de los tantos programas, servicios y centros dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

Parece que está de moda la calidad, y efectivamente lo está, pero yo quiero dejar patente que cuando el movimiento FEFES ha apostado por la calidad no lo ha hecho por razón de moda, ni mucho menos. Hace años, muchos años que FEFES identificó que su misión era la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familiares. Y todos recordamos en nuestro proyecto FEFES Siglo XXI que, iniciado en el año 2000, privilegió este apartado de nuestra misión y marcó un antes y un después en la andadura de nuestra organización. El hecho de que esta XV edición de nuestras Jornadas se celebren aquí, en la Comunidad Valenciana, no es casualidad. No es necesario aclarar que en los últimos años las cosas de FEFES no pasan porque sí. Suceden porque los hombres y mujeres que en ella estamos vinculados elegimos, influimos, participamos, luchamos, exigimos y conseguimos que sean así.

Decía que no es casualidad que estemos hoy aquí. Hay varias razones pero sólo les voy a indicar una. En esta Comunidad Autónoma se va a instalar el centro de referencia de salud mental. De ello, Don José María García, del IMSERSO, nos hablará mañana.

Este centro que yo espero y confío que sea una oportunidad más para el avance de la salud mental, y el movimiento FEAFES estará muy cercano a la puesta en marcha y desarrollo de este centro.

No quiero extenderme más, sólo añadir que el esfuerzo y los recursos desplegados para que estemos hoy aquí ha sido por nuestra parte satisfactorio. Hemos puesto a disposición de este Congreso nuestros modestos pero dignos y adecuados recursos para que, espero, todo salga bien, y estas Jornadas respondan a las expectativas de todos los implicados. Si algo no es así, os solicito por adelantado nuestra disculpa y en cualquier caso no dejéis de hacer vuestras aportaciones y sugerencias. Con ellas, mejoraremos. Quiero agradecer el apoyo de las entidades que colaboran en la ejecución, muy especialmente a las entidades de la Generalitat, a la Diputación Provincial de Alicante, al Ayuntamiento de Benidorm, así como a los Ministerios.

A todos, bienvenidos y gracias. Quedo a vuestra disposición durante estos días para todo aquello que preciséis. Muchas gracias y buenas tardes.

D. Francisco Villena

Director General de Integración Social de Discapacitados de la Conselleria de Bienestar Social

Buenas tardes señoras y señores. Saludar a mis compañeros de mesa con mucho cariño, al Presidente Nacional de FEFES, D. Francisco Morata, cartagenero, amigo, ya son cuatro años que le conozco a él y a su señora, y me alegro mucho de verlo; a Rafael Juan, Presidente de FEFES Comunidad Valenciana; a la Concejala de Bienestar Social del Ayuntamiento de Benidorm, María José Camps; y a mi querido colega Director General de Calidad y Atención al Paciente, Antonio Galán, que somos partner en muchas inauguraciones.

Lo primero es agradecer la invitación y la deferencia que ha tenido FEFES España y FEFES-Comunidad Valenciana en invitarnos a este acto de inauguración. Estamos aquí encantados de venir a Benidorm. Estamos orgullosos y es un honor para nosotros que hayáis decidido elegir la Comunidad Valenciana como sede de vuestro Congreso nacional. La Comunidad Valenciana es una Comunidad abierta, una Comunidad moderna y organizadora de muchos Congresos, y aquí dejo a la Concejala, mi gran amiga María José, que os dé la bienvenida a esta localidad tan importante.

Los que me conocen en la Comunidad Valenciana saben que yo jamás leo un discurso. Pero éste lo he preparado, entre otras cosas porque tenía tiempo esta semana, así que he preparado unas breves palabras que voy a leer a continuación.

Yo lo quiero decirles es que en nombre de la Conselleria de Bienestar Social nos sumamos a este Congreso, con el deseo compartido y la convicción de que supondrá tanto un importante avance para el movimiento asociativo de FEFES como un mejor conocimiento para las administraciones públicas de vuestras ideas y experiencias, que deben de servir de base para las políticas sanitarias y sociales a aplicar en el campo de la enfermedad mental en el próximo futuro.

La calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, la integración laboral, las oportunidades que se deben abrir, si se hace bien, con la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, las políticas sanitarias, la calidad de las prestaciones sociales y de los procesos de rehabilitación psicosocial, los nuevos recursos emergentes como las viviendas tuteladas; son temáticas tan actuales que vais a tratar en este Congreso, como he podido comprobar en el Programa, que lo hacen del todo imprescindible para reflexionar, debatir y estudiar el estado de la salud mental en España, su situación, su inmediato futuro, sus expectativas.

En definitiva, desde la Administración Valenciana queremos escucharos y aprender de vuestra experiencia. Así lo hemos venido haciendo en los últimos años, siempre con voluntad de diálogo.

Nada para la discapacidad sin la discapacidad. O lo que es lo mismo, nada para las personas con enfermedad mental y sus familias sin contar con ellas. Yendo juntos se avanza mejor y más deprisa, y esa voluntad de colaboración ha existido, al menos así lo entendemos en la Conselleria de Bienestar Social y así lo hemos intentado en estos cuatro años de legislatura que ahora termina.

Desde lo social nunca nos debemos sentir satisfechos. Mientras exista una sola persona con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave que requiera un recurso de rehabilitación psicosocial y no se le preste adecuadamente, deberemos desde las administraciones Públicas trabajar denodadamente para que esto no suceda.

Señores y señores, con todo, en nuestra Comunidad hemos experimentado un trascendental avance en políticas sociales en este campo en los últimos años. En 1995, contábamos en la Comunidad Valenciana con 47 plazas de servicios sociales y un único centro para personas con enfermedad mental. En 2003, contábamos con 755 plazas y 19 centros. Y ahora en 2007, contamos con 2.110 plazas en 68 centros. Por tanto un incremento en esta legislatura de un

134 % en centros y del 179% en plazas, siendo nuestro objetivo culminar en 2010 el mapa de atención social que precisan las personas con enfermedad mental y sus familias en nuestra Comunidad.

Sin lugar a dudas, este importante avance en centros residenciales, centros de día, centros de rehabilitación e integración y viviendas tuteladas, se ha hecho de la mano del movimiento asociativo. Escuchándole en la ordenación normativa del sector, como en la Orden de centros y el Decreto de viviendas tuteladas muy especialmente. Y trabajando juntos en la planificación y creación de recursos, y en el imprescindible campo de la sensibilización social. Para mí esta es la gran asignatura pendiente de la sociedad actual. Creo que ya estamos a nivel que es casi más importante la sensibilización y la concienciación social que la asistencia de recursos; y en este campo también hemos colaborado.

Además, y lógicamente, con una importante inversión (porque esto también cuesta dinero) por parte de la Generalitat, que el campo social y en este ámbito de las personas con enfermedad mental, ha supuesto un desembolso de 82 millones de euros en la legislatura 2003-2007 en la Comunidad Valenciana.

Y termino porque hemos sido varios en el uso de la palabra, agradeciendo nuevamente que nos hayáis elegido nuevamente como sede del Congreso, felicitando a FEAFES-España y FEAFES-Comunidad Valenciana por su organización. Y deseando junto a todos vosotros que sea un éxito y un punto de inflexión en vuestro movimiento asociativo, para avanzar más deprisa en la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, que es el objetivo de todos.

Muchísimas gracias.

D. Antonio Galán

Director General de Calidad y Atención al Paciente

Aprovecho para dar la bienvenida y saludar a la Concejala de Bienestar Social, al Ilustrísimo Director General de Discapacidad, Francisco Villena, y al Presidente y Vicepresidente de la Federación. Muchas gracias por habernos invitado.

Se da una paradoja, y es que siendo una Dirección General enfocada al paciente no hemos tenido un contacto muy estrecho, muy directo, con vosotros. Aunque la Dirección General de Asistencia que arrancaba en esta Comunidad con la encomienda de llevar la salud mental, que antaño tenía otra Dirección General, ha querido estar muy encima, muy en contacto, con las asociaciones de pacientes. Y se da por tanto la circunstancia de que, no voy a hacer en contra de mi voluntad, pero sí a regañadientes porque es un tema que me gusta y en el que estoy implicado, pero he debido ir a una prudente distancia.

Me habían pasado unas palabras que empezaban con datos de prevalencia, y me ha dado apuro, porque hablaros a vosotros de la prevalencia de la salud mental... Yo quiero empezar diciendo que os felicito. Os felicito por la labor que hacéis, porque es una labor insustituible, complementaria con el ámbito sanitario, encomiable, porque nadie más que vosotros lo haría mejor. Así que empiezo por felicitaros y daros la enhorabuena.

Además, está vuestra labor de formación e información, la cobertura de seguir la adherencia al tratamiento, de vigilar los brotes, las agudizaciones. Todo eso os convierte en terapeutas, en colaboradores, en figuras fundamentales en el seguimiento de los pacientes. Además, os felicito también porque durante 15 años habéis realizado unas Jornadas que pocas Asociaciones de pacientes son capaces de organizar. Con citar, como decía el Presidente hace un

momento, el elenco de figuras que vosotros habéis sido capaces de reunir aquí, que es un programa anti-piscina porque va a ser difícil escaparse, es algo que es también merecedor de una felicitación de corazón.

Quando cambió el modelo asistencial, de custodia, de institución, de internamiento, a un modelo abierto y de inserción no existían suficientes dispositivos intermedios. Y eso ha supuesto un coste para vosotros: un coste económico, un coste en vuestro trabajo, en vuestro tiempo de ocio, y un coste en vuestra salud. Porque la verdad es que los últimos estudios apuntan a que las familias que son cuidadoras de pacientes con algún tipo de enfermedad mental tienen más prevalencia de ciertas patologías. Por lo tanto, eso es algo a valorar y a tener presente. Y además habéis tenido que vivir con algo que se dice a menudo, y los que de verdad sabéis lo que significa sois vosotros que lo vivís, y es la estigmatización de aquellos que estáis enfermos y secundariamente de vosotros como familia. De los que están enfermos, porque de una forma subliminal, y ejemplos hay recientes, lo que llega a la prensa a menudo es él que tenía una esquizofrenia y ha sacado un cuchillo, el que había disparado. Pero no se habla de los muchos momentos en los que uno ha convivido con su paciente y ha tenido ocasión de disfrutar de momentos buenos, de normalidad, de momentos de creatividad, de afectividad; y todo eso no suele trascender a la sociedad. Y eso es algo frente a los que vosotros como asociación que tenéis un desafío importante.

La Fundación que vamos a hacer en la Conselleria, en la que vosotros tenéis un papel fundamental, puede contribuir a romper esos estigmas, a que las asociaciones de enfermos mentales no sean guetos que generen sectarismo, y que cuando uno hace una iniciativa, cualquiera, y hay un error no se diga ¿eso lo ha hecho un enfermo mental? La respuesta ante eso es normalidad. Y eso es algo que hay que vivirlo desde vuestra óptica y tener la sensibilidad de percibirlo desde fuera.

Además del reconocimiento y la felicitación, nosotros hemos intentado dar un apoyo económico, de hecho en los últimos 5 años hemos incrementado en 10 estos recursos (estamos cerca del millón de euros). Y sobre todo más que el apoyo económico, ejemplo patente es lo que ha hecho el Ministerio, es abrir las puertas a participar en órganos de planificación y de evaluación de las iniciativas que se hagan desde la Conselleria. En nuestro caso, en el Consejo Asesor de Salud Mental, en el que la Federación está, y la mesa técnica en la que se están describiendo un marco estratégico de actuación con las líneas que están en sintonía, como no puede ser de otra manera, con las que ha planteado el Sistema Nacional de Salud en el Ministerio, en el Libro Verde, en la Unión Europea y la OMS. Estas líneas pasan por esa idea de normalidad que hay que traspasar al tratamiento. Y que sea un tratamiento asertivo, comunitario, con una idea de continuidad; para lo cual es fundamental tener una visión holística e integradora de todos los recursos.

Yo he tenido experiencias como médico. El hecho que trabajemos como champiñones aislados, allá las UCAS (Unidades de Convivencia Social), allá el sexólogo, allá el CRIS (Centro de rehabilitación e integración social), nos hace perder un potencial enorme. Aparte de que vosotros esas rupturas de continuidad las vivís con el dramatismo de la primera persona, es desmoralizante también para los profesionales. Por lo tanto esa visión holística e integradora debe ser capaz de encontrar sinergias, incluso con los mismos recursos que tenemos. No tiene sentido que un CRIS esté aislado en un departamento. Tiene que haber una interacción que genere un funcionamiento positivo entre todos los recursos. Y eso es algo que los que lo están haciendo nos pueden enseñar buenas prácticas, tanto en otras Comunidades como en los Departamentos que los están haciendo aquí en la Comunidad.

Además en Atención Primaria está pasando algo que ellos tienen la percepción, y lo leía en Diario Médico, que el 90% de la atención de la Salud Mental la están llevando ellos, y sólo derivan el 10%. Pero

la percepción en Salud Mental es casi la contraria, que les derivan todo. Algo pasa. Algo pasa porque vivimos en una sociedad de bienestar en el que el umbral de tolerancia al dolor, al duelo, a situaciones que antes estaban contempladas como normales, hoy no lo son. Y hoy fallece un familiar y uno se planta en la consulta al tercer día porque está llorando..., y además entra en el proceso asistencial.

Esto está generando una medicalización de problemas que no son tal. No sólo esto, sino que realmente es verdad que nuestros adolescentes están teniendo más patologías, están teniendo más contacto con drogas. Pero el incremento de esa presión hace que refluya, que se drene de Primaria a Especializada una cantidad de pacientes que restan potencial de actuación a otros pacientes más graves. Y a lo mejor, pacientes con una patología, no voy a decir banal, pero que podría ser asimilada por Primaria si hubiera una mejor coordinación, están consumiendo tiempo a otros las posibilidades de hacer psicoterapia especializada. Por tanto, esto es un desafío asistencial que para nosotros es importante acometer.

El espacio intermedio entre la familia y el alta es fundamental. Nosotros ahí hemos generado dos dispositivos que queremos que existan en todos los departamentos. Uno, los Hospitales de día, que ahora tenemos cinco y queremos llegar a 22 en el plazo de dos años. Y las unidades de hospitalización domiciliaria, que también tenemos ahora 5 y también queremos llegar a 22.

Estos dos dispositivos hacen que tanto aquellos que tienen una agudización en el curso de su enfermedad, o que no es lo suficientemente grave para ingresar en el hospital, o aquellos que van a ser dados de alta y no necesitan la complejidad de recursos de un hospital, pero tampoco están como para irse a casa; encuentren elementos que además sirvan de apoyo a la familia para que en estos momentos de trance, de transferencia hasta el domicilio, tengan un apoyo y un seguimiento por parte de profesionales sanitarios. En el caso de los centros de rehabilitación es otro tipo de apoyo y también juegan un papel fundamental ahí, más de tipo reinserción y desde otro enfoque.

Yo creo que lo que hemos trabajado en la Comunidad en salud mental infantil es una idea potente. Una de las cuestiones es tratar especialmente los grupos de población que requieren un tratamiento especial. En todos los departamentos ya tenemos una unidad de salud mental infantil. Esto es importante. Y ahora hay que ver qué hacemos con la emergencia que está habiendo de patología dual. Yo creo que las UCAS han quedado algo descolgadas y eso nosotros tenemos que tratarlo de otra manera, y darles más implicación dentro de las unidades de salud mental. Con los mayores todavía no hemos hecho nada específico y habrá que valorarlo.

Y en definitiva, otra idea que nos preocupa son las medidas de prevención de suicidio. Estas son algunas líneas que esbozo, que seguro que están recogidas dentro del Plan Estratégico, que posteriormente se desarrollarán en la Comunidad Valenciana para la salud mental. Ahora se están diseñando simplemente las líneas maestras y se acometerán en la próxima legislatura.

Los recursos no es un tema propiamente asistencial, pero es un tema que nos preocupa. Recursos humanos que ahora mismo son escasos. Ustedes vienen de otras comunidades, pero en la Comunidad Valenciana encontrar un psiquiatra es difícil, por no decir casi imposible. La Comisión Nacional de Especialidad y el Ministerio tendrán que arbitrar las medidas para que haya más especialistas. Y es verdad que otros profesionales como los psicólogos clínicos han entrado con fuerza y que están asumiendo una serie de competencias que están reconfigurando los equipos, y las propias enfermeras que cada vez deben adoptar un papel más activo. Es verdad que éstos pueden hacer que todo se reestructure para que las competencias de cada uno se adapten de una manera más operativa.

Yo no me extiendo más, les felicito de nuevo y les deseo, y seguro que será así, que este Congreso sea muy provechoso, y muchísimas gracias por su atención y por habernos invitado.

D^a María José Camps

Concejala de Bienestar Social del Ayuntamiento de Benidorm

Hola, muy buenas tardes. Después de todo lo que he oído durante estos momentos, que me lo he tomado además muy en serio, creo que la política que tenemos dentro de la Comunidad es una política importante en muchos casos, y espero además que las cosas vayan mejor, y se puedan hacer otras cosas de las que normalmente se suelen hacer.

Yo lo que voy a hacer es simplemente decir que quedan inauguradas estas Jornadas.

Muchas gracias.



Conferencia

Calidad de vida

Presenta y modera:

D. Nel A. González

Presidente de FEFES-Asturias

Miembro del Equipo de Calidad FEFES

Ponente:

D^a Anne Buechner

Miembro del Equipo de Directores

de The Council on Quality and Leadership. Towson. EEUU

Nel A. González

Presidente de FEAFES-Asturias. Miembro del Equipo de Calidad FEAFES

Buenos días a todos.

Gracias por estar aquí a todos, soy Nel A. González, Presidente de FEAFES-Asturias, Tesorero de la Confederación, y me corresponde el honor de abrir este congreso. Os voy a presentar a la primera ponente de la mañana.

Antes de nada, quiero explicaros como queremos que funcione esta ponencia:

Existe una justificación que yo quiero hacer, de por qué estoy yo hoy aquí, aparte de que sea miembro de la Comisión Permanente. Sabéis que desde el proceso Siglo XXI, FEAFES está embarcado en darse un plan de calidad, y la calidad tal y cómo se entiende desde fuera puede parecer una cosa innecesaria. Sin embargo, está demostrado que llegará a ser una cosa imprescindible y nadie va a poder gestionar recursos públicos si no tiene el suficiente aval en calidad.

Esto es un proceso independiente de lo que vamos a hablar hoy, porque Anne Buechner nos va a hablar de la Calidad centrada en la persona, que es una visión de mucho más largo alcance y es una visión estratégica de cómo nosotros hoy por hoy podemos hacer las cosas mejor, porque ya las hacemos bien. Queremos ser competitivos, queremos dotar al movimiento asociativo de una capacidad operativa notoria, de capacidad de diálogo, de capacidad de negociación; y lo hacemos bien, pero no es suficiente, hay que hacerlo mejor. Lo que nos va a decir Anne posiblemente nos desbarate un poco la ideas. Porque no sólo hay que hacerlo bien, sino hay que hacerlo según lo que quiere de verdad la persona destinataria del servicio final, la persona con enfermedad mental y por supuesto las familias.

D^a Anne Buechner

Miembro del Equipo de Directores de The Council on Quality and Leadership. Towson. EEUU

Gracias a todos por la oportunidad de colaborar con FEFES, porque lo importante para mí es afianzar el compromiso de todo el movimiento FEFES con la calidad de vida de la personas con enfermedad mental y sus familiares. Y por eso estoy aquí y agradezco la oportunidad de poder compartir nuestras experiencias del Council on Quality and Leadership” (CQL).

Somos una organización internacional que nos diferenciamos de otras organizaciones que hablan de calidad de vida porque tenemos tres cualidades que no tiene otras organizaciones que hablan de este tema. La primera es la definición de lo que es calidad de vida; la segunda es cómo medir calidad de vida; y la tercera es poder tener un proceso de mejora, y esto es lo que nos distingue de los demás.

Vamos hablar de lo que es calidad de vida, no solamente sobre los servicios y apoyos que se da a las personas con enfermedad mental. Sino viéndolas como una comunidad de personas que están experimentando un vida mejor, como personas que usan los mismos servicios que los demás ciudadanos. Para saber un poco de nuestra visión y de nuestra misión quisiera decirles que tenemos mucho en común con FEFES con la misión y la ética de FEFES.

Nosotros creemos que trabajamos tanto para la persona que está recibiendo nuestros servicios como para el personal, los empleados, la familia, la comunidad en general. Nuestra visión es un mundo de dignidad, oportunidades e inclusión en la comunidad para todas las personas. Nuestra misión es proporcionar liderazgo para una inclusión más amplia en todo el mundo y calidad de vida para las personas discapacitadas y personas con deficiencias mentales. Me ha gustado ver que en los principios de FEFES tenéis las mismas directrices con palabras diferentes. La idea compartida es afianzar

la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Quiero enseñarles que hay una conexión en la visión o los objetivos de FEA-FES con lo que hace CQL. Uno de nuestros principios más importantes es la inclusión de la persona con enfermedad mental en la sociedad. Todavía no lo hemos conseguido. Aunque nosotros intentamos crear puentes para ser un apoyo para que la persona tenga una vida en comunidad, y esto no es fácil.

CQL ayer y hoy

- El Consejo de Calidad y Liderazgo, "The Council on Quality and Leadership" (CQL).

Quiénes somos

- El Consejo de Calidad y Liderazgo, "The Council on Quality and Leadership" (CQL).
- Una organización internacional sin ánimo de lucro que se dedica a la definición, la medición y la mejora de la calidad de vida personal y comunitaria de personas con discapacidades y personas con deficiencias mentales.
- Visión: Un mundo de dignidad, oportunidades e inclusión en la comunidad para todas las personas.
- Misión: Proporcionar liderazgo para una inclusión más amplia en todo el mundo y calidad de vida para las personas discapacitadas y personas con deficiencias mentales.

Socios de excelencia; Liderazgo a lo largo del viaje

- A la vanguardia en el mejoramiento de la calidad del soporte y los servicios.
- Tres décadas de liderazgo.
- Todos tenemos el derecho a una vida digna, a las oportunidades y a la inclusión en la comunidad.

- Estableciendo relaciones verdaderas entre la teoría y la práctica respecto a las discapacidades.

Las décadas de 1970 y 1980: Basic Assurances® y el cumplimiento de los servicios

- Desarrollo de estándares nacionales de consenso para las organizaciones que brindan servicio a personas con discapacidades intelectuales y con enfermedades mentales.
- Reflejo de los principios y valores de los profesionales, las familias, las organizaciones proveedoras y las agencias gubernativas.
- Incorporación en decisiones de la Corte Federal, de Health Care Financing Administration (actual CMS), estándares de Medic-aid y en numerosos requisitos de licencias estatales.

Década de 1990: Medición de logros personales en Salud Mental

- Se inició con un enfoque en grupos de personas con discapacidades y de personas con enfermedades mentales, así como los familiares de las mismas.
- Realizada en dos estados y con diez estudios de campo efectuados en los Estados Unidos de Norte América y Canadá.
- Calidad redefinida en términos de logros personales, los cuales tuvieron un impacto subsiguiente en el desarrollo de los enfoques dirigidos a la persona.

Década de 2000: Capital social y Vida en comunidad con Salud Mental

- En el presente con un enfoque en el contexto social y comunitario para la realización de la calidad de vida.
- Realizada en varios países incluyendo Irlanda, Australia, Nueva Zelanda y Canadá.
- Desarrollo de franquicia en Canadá.

- Un fuerte Capital Social es fundamental para todos nosotros.
- El nuevo desafío es utilizar la orientación dirigida a la persona para construir un Capital Social y una Vida en comunidad con Salud Mental para todos.

Una vez conocida la historia de CQL, quiero cambiar el enfoque y hablar un poco sobre el contexto social y comunitario. El capital social nos ayuda a vivir más felices y mejor, y ejercer opciones y autodeterminación. Lo importante del capital social es que el nuevo desafío es utilizar la orientación dirigida a la persona para construir un Capital Social y una Vida en comunidad para todos. No sólo para las personas con enfermedad mental, sino también para sus familias, para los empleados, para la comunidad... Por lo que es muy importante construir los puentes de los que hablábamos antes, porque tenemos que crecer y hacer construir un canal social a través de esas conexiones. Esto incluye tener una reciprocidad, porque yo doy una cosa y usted me va a dar otra, e incluye tener confianza en la otra organización.

Es importante ir poco a poco llegando a acuerdos con las administraciones públicas para que se comprometan con nosotros: ir construyendo una relación no solamente tomando de ellos, sino que puedan recibir algo de nosotros. Poco a poco vamos a establecer una relación de confianza con distintas administraciones públicas: las instituciones médicas, el sistema educativo, sobre temas de transporte, y otros sistemas donde podemos crecer y construir puentes.

Mediciones de calidad 2005

Voy a hablar un poco sobre las mediciones de calidad 2005, con las que no sólo tenemos la forma de definir, evaluar y de mejorar la calidad de vida. También podemos ofrecer 7 estrategias a las organizaciones que están interesadas en la mejora la situación de sus servicios, de su forma de actuar, de avanzar y fortalecer sus valores. Hemos aplicado estas 7 estrategias al trabajo de muchas organizaciones y nos han dicho que sirven para ayudar, para ir hacia delante, para impulsarnos.

Siete estrategias de calidad de CQL

CQL utilizará Siete estrategias de calidad para brindar soporte al cambio de los sistemas y a la calidad de vida:

- Alineación con los valores compartidos.
- Certificación de seguridades básicas, “Basic Assurances”.
- Planeamiento con Logros personales.
- Medición de logros personales (Personal Outcome Measures).
- Mejoramiento de la calidad organizativa.
- Acreditación CQL.
- Vida en comunidad.

De las siete estrategias voy a hablar sobre todo de la medición de logros personales.

Mediciones de calidad 2005

- Mediciones de calidad para diversos usos organizativos.
- Desarrollados para estrategias de gestión de calidad integradas.
- Las mediciones de calidad “Quality Measures 2005” no constituyen estándares de acreditación.
- Combinan el enfoque previo de los Logros Personales de CQL para la definición y la mediciones de calidad con lecciones de capital social y la importancia de la Vida Comunitaria:
 - Centrada en la Medición de logros/resultados personales.
 - Arraigado en la tradición CQL.
 - Mismos Valores.
 - Mismas Seguridades básicas, “Basic Assurances”.

Las mediciones de calidad 2005 tienen usos múltiples: se pueden aplicar a la persona, dan un diseño para la organización y facilitan los usos para ambas. Las mediciones de calidad 2005 están centradas en resultados personales y nuestros valores, incluyendo las seguridades básicas.

Las seguridades básicas tienen que ver con los aspectos básicos: salud, ejercicio, derechos, ausencia de abusos y negligencia... Se trata de todo lo que, por derecho, debe ser tratado justamente y ser respetado, todo lo que son los derechos humanos, centrados en la Declaración Universal. Lo que hemos visto en las organizaciones que estaban progresando es que a veces estaban empezando a buscar calidad de vida en la comunidad y para la persona, pero dejan atrás la salud, los derechos, elementos que consideramos fundamentales. Tuvimos que convencer a las organizaciones que sin salud y sin derechos no podemos seguir adelante. Y es necesario estar conectado con sus familias, sus apoyos. Nosotros lo que tenemos es una forma de definirlo, de medirlo y de mejorarlo. Hablamos con la persona y sabemos si quiere tener más interacciones con la familia. Sabemos medirlo, evaluarlo y buscar una forma de mejorarlo.

Vamos hablar un poco de los sistemas, de recursos humanos y logísticos. Hablamos de cambiar sistemas en la organización no sólo para las personas con enfermedad mental, sino también para las personas con necesidades similares. Los indicadores de los que estamos hablando no son solamente se aplican dentro de una organización, sino de una comunidad mayor. Y eso tiene que ver con un cambio de cultura, porque a veces hemos visto que podemos cambiar la situación, pero sin haber construido puentes con la comunidad, ésta queda atrás. Por eso estamos introduciendo la palabra capital social, porque sin tener esas conexiones con la comunidad no vamos avanzar y nos hemos dado cuenta que eso no es calidad de vida para la persona. Puede ser que sí sea calidad para la organización, pero si estamos de verdad buscando calidad desde la perspectiva de la persona tenemos que ver cómo es en la comunidad. Por eso es tan importante el papel de la organización en construir puentes, relaciones.

Liderazgo progresivo centrado en:

- Defensa de los sistemas. No únicamente del sistema para las personas con enfermedades mentales o discapacitados, sino también para otras personas con necesidades similares.
- Indicadores: No solamente dentro de la organización, sino dentro de una comunidad mayor.

Redefine el papel organizativo como:

- Puente entre la gente y sus comunidades.
- Líder en la construcción de Capital Social para todos.

Pedimos que el capital social sea para todos incluyendo a los empleados. Esto es una experiencia nueva. Ellos no han trabajado de este modo, por lo que tenemos que buscar cómo apoyar al personal, a los empleados, a los familiares, ampliar también sus experiencias. Por eso el plan va dirigido a todos.

Las mediciones de calidad 2005 es una Creación de un sistema integrado de gestión de calidad:

- Valores.
- Mediciones.
- Mejora del rendimiento.

Nuestras mediciones buscan un sistema integrado de calidad con base en los valores, las mediciones y la mejora del rendimiento. Lo importante es recordar que todo se enfoca en la persona.

Las mediciones de calidad 2005 "The Quality Measures 2005®" requieren de una comprensión profunda de la identidad del cliente:

- El cliente es la persona con una discapacidad intelectual o con una enfermedad mental.
- Todos los demás son cointerésados en el proceso de brindar servicios y soporte a la persona.

Los logros personales expresan lo que la persona quiere para ella misma, no lo que queremos nosotros, ni lo que quiere la familia. Vamos a incluir a la familia porque es una gran parte del apoyo. También vamos a incluir a los profesionales, los técnicos, los clínicos, y a todo el que pertenece a la red de esa persona. Pero lo importante es empezar desde el punto de vista de la persona.

Las mediciones de calidad 2005 utilizan un principio de gran envergadura de Capital Social para dar soporte a cambios en el sistema y la calidad de vida.

- Capital Social. Redes sociales y normas de reciprocidad y confianza derivadas de las mismas:
 - El Capital social tiene que ver con las relaciones.
 - El Capital social depende de la confianza.
 - El Capital social tanto da como recibe.

El capital social ayuda a cambiar los sistemas dentro de las organizaciones y aquellas que están trabajando dentro de la comunidad (sistema de transporte, sistema educativo, etc). Otra de las 7 estrategias trata de la vida comunitaria.

Las mediciones de calidad 2005 “Quality Measures 2005[®] utilizan un principio de gran envergadura de la Vida ComunitariaSM como el contexto de discusión de la calidad de vida.

- La Vida Comunitaria en Salud Mental está formada por relaciones, recursos y conexiones comunitarias que brindan soporte a la calidad de vida personal.
 - Redefine la defensa del sistema creando oportunidades, recursos y confianza dentro de la comunidad mayor.
 - Aumenta las opciones y los recursos para obtener logros individuales, autodeterminación y presupuestos financieros individuales.

Las iniciativas de vida comunitaria de las mediciones de calidad 2005 “Quality Measures 2005® se ocupan de las siguientes áreas, aunque no se limitan a las mismas:

- Vivienda
- Empleo
- Atención sanitaria
- Transporte
- Educación y aprendizaje
- Capital social

Todas estas áreas son importantes para todos. Por eso tenemos que buscar puentes hacia ellas, porque las personas con enfermedad mental en muchos casos viven con lo justo o incluso mal viven.

Definiciones de calidad

Los supuestos de los enfoques tradicionales sobre la calidad:

- Uniformidad
- Consistencia
- Especialización en las tareas
- Jerarquías de autoridad
- Cumplimiento de los procesos

Deberíamos construir planes individuales para cada persona, y tener un enfoque desde su punto de vista.

Proceso Vs. Resultado

Hay varias distinciones en el proceso de cómo están funcionando las instituciones.

Enfoque en los estándares del programa	Enfoque en la persona
La acción del servicio se basa en los criterios profesionales.	La acción del servicio se basa en los criterios personales.
La persona es asignada al programa.	El programa está diseñado para la persona.
La expectativa de la prestación está definida por el programa.	La expectativa de la prestación está definida por la persona.

Tenemos que buscar cómo cambiar los sistemas para dirigirnos a la calidad y cómo enfocarlo en la persona.

En algunos lugares la calidad se entiende como conformidad con lo básico: la salud, la seguridad. Eso era lo que antes se llamaba calidad de vida. Lo que nosotros queremos es mejorar la calidad de vida usando los logros de la persona, con sus nuevas experiencias. Todo lo que es calidad para esa persona puede cambiar. Por eso el esfuerzo siempre va a estar presente. Buscamos experimentar cosas nuevas, ampliar la vida, los apoyos y la perspectiva de la persona va a cambiar poco a poco al probar cosas nuevas, por lo que la persona va a querer más.

Todos los esfuerzos para la Calidad no son iguales

La agenda de calidad en los ámbitos de servicio:

- Tolerancia con la ambigüedad.

- Menor control directo.
- Nuevas y mejores habilidades personales.
- Cambio constante.

Mediciones de logros personales 2005

Mi ser, personal, físico y ambiental. Esta presencia permite a las personas explorar las posibilidades y las oportunidades del mañana.

Mi ser:

- La gente está relacionada con redes naturales de soporte.
- La gente tiene relaciones íntimas.
- La gente está segura.
- La gente tiene la mejor salud posible.
- La gente ejerce sus derechos.
- La gente recibe un tratamiento justo.
- La gente no sufre abusos ni negligencia.
- La gente experimenta seguridad y continuidad.
- La gente decide cuándo compartir información personal.

Mi Mundo: conexión y vida en la comunidad. Ofrece oportunidades de aparición ya que las personas descubren y reaccionan a todas las interacciones humanas, los lugares y las posibilidades que se abren a ellas.

Mi Mundo:

- La gente elige dónde vivir y con quién.
- La gente elige dónde trabajar.
- La gente utiliza su ámbito.
- La gente vive en ambientes integrados.
- La gente interactúa con otros miembros de la comunidad.
- La gente desempeña diferentes roles sociales.
- La gente elige los servicios.

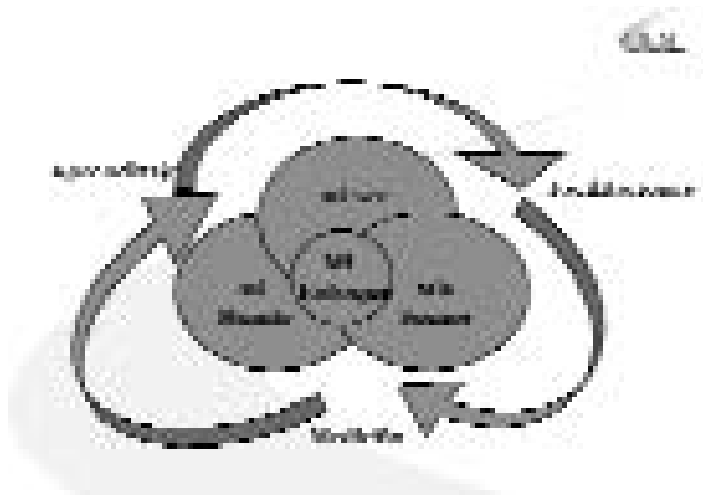
Mis sueños: Descubrimiento, posibilidad y autodeterminación.
Como quiere la gente que sea la vida (suya y del mundo).

Mis sueños:

- La gente elige objetivos personales.
- La gente comprende los objetivos personales.
- La gente participa en la vida de la comunidad.
- La gente tiene amigos.
- La gente es respetada.

Mi enfoque: lo más importante para mí ahora.

Estos veintiún logros son los más importantes para tener calidad de vida. Lo que ofrece CQL es que tiene las herramientas para poder definirlo, para poder medirlo y también para ir mejorando. Tenemos la forma de cómo mejorar esa situación, y esto es lo que nos distingue de los demás.



Es un proceso que nunca va a cambiar, y que si lo usamos bien da una fórmula para nuestras organizaciones para formular e integrar nuestros sistemas, para la cultura de la organización, y para organizar la estructura y facilitar este proceso para la persona. No es fácil, porque normalmente la estructura de las organizaciones tiene una jerarquía y normalmente buscamos que cambien la cultura de la organización, y que todo el sistema trabaje con la misma perspectiva.

Logros: Una cuestión de definición

Logros personales:

- Los asuntos más importantes en la vida de las personas.

Logros clínicos:

- Cura y reducción de síntomas.

Logros funcionales:

- Aumento del estado o la condición funcional.

Los logros clínicos y funcionales son una parte de los logros personales, pero se consideran apoyos del logro personal.

¿Qué es tan diferente respecto a los logros personales?

- Los logros son definidos por la persona, sus preferencias y por el contexto personal.
- Los resultados ponen de relieve lo que es más importante para la persona.
- Los logros basan la acción, la práctica y los servicios (el soporte individualizado) sobre aquello que sea más conveniente para la persona.

Pasos del proceso de revisión de logros

- Reuniones y conversaciones con la persona que recibe los servicios.
- Interacción con la persona en ambientes naturales y diferentes.
- Visitas con la familia, los amigos y el personal.
- Revisión de los expedientes (si fuera necesario).

Dos cosas que son medidas en cada logro

- Logro para la persona según lo define la persona (*Mi Enfoque*):
 - Prioridades
 - Preferencias
 - Perspectivas
- Soporte individualizado para ayudar a la persona a alcanzar y mantener cada logro:
 - Sólo es posible medir los soportes individualizados si antes se identifican los logros de la persona.

43

La calidad de los servicios se centra: en los logros y en el soporte (los dos)

- Logro para la persona = calidad de vida.
- Soporte individualizado = calidad de servicios y apoyos.

Mediciones de calidad 2005

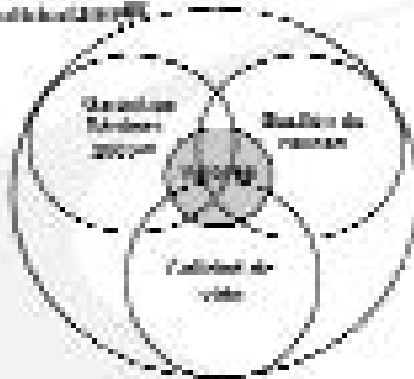
- Centrada en las Mediciones de resultados/logros personales
- Arraigado en la tradición CQL:
 - Valores
 - Seguridades básicas

- Liderazgo progresivo centrado en la redefinición de:
 - Defensa de sistemas
 - Indicadores basados en el lugar
- Redefine el papel organizativo como:
 - Puente entre la gente y sus comunidades
 - Líder en la construcción de capital social para todos
- Creación de un sistema integrado de gestión de calidad:
 - Valores
 - Mediciones
 - Mejoramiento del rendimiento

Gestión de calidad integrada



Modelo de calidad ISO 9000



“Al principio la gente se resiste a creer que una cosa nueva y extraña pueda realizarse, luego comienza a desear que sea posible hacerla, más tarde ve que puede hacerse -y una vez que está hecha- el mundo se pregunta por qué no se hizo siglos atrás.”

Frances Hodgson Burnett



Mesa redonda

La inserción laboral de personas con enfermedad mental como eje de calidad

Modera:

D^a M^a Isabel Rodríguez

Presidenta de FEFES-Empleo

Ponentes:

D^a Ana Pilar Cruz

Directora Técnica del Programa Operativo

Fundosa Social Consulting

D. Txema Franco

Director General de LantegiBatuaak

D^a Anna Cohí

Gerente de DAU. Miembro de FEFES

D^a M^a Isabel Rodríguez
Presidenta de FEAFES-Empleo

Buenos días. Todos los que estamos aquí representamos a asociaciones. Desde la organización me han pedido que hoy y con el permiso de los ponentes os haga una pequeña exposición de lo que es FEAFES- Empleo para que de alguna manera nos centremos.

Esta mesa fundamentalmente va a hablar sobre empleo, considerando el empleo como una de las partes que ayudan a la persona a integrarse en la comunidad.

FEAFES-Empleo es una asociación que integra a asociaciones que tienen centros especiales de empleo. La idea parte desde FEAFES y actualmente esta constituida por 16 CEE de personas con enfermedad mental. La idea principal es que el Centro Especial de Empleo es una vía útil para alcanzar el empleo normalizado. Lo consideramos una vía útil porque favorece a aquellas personas que tienen mayor dificultad a la hora de, por un lado darle un empleo, y por otro lado a que eso le sirva como paso como transición al empleo ordinario. Es decir, su puesto definitivo de trabajo, dependerá de cada persona. Una de las cosas que tiene actualmente FEAFES-Empleo es que parte desde centros especiales de empleo pertenecientes al movimiento asociativo, es decir que tienen un enfoque social.

El constituirse como asociación ha sido fundamentalmente porque ese matiz social es importante y debe seguir ahí, pero sentíamos que nos faltaba el matiz empresarial. Es decir, para que una empresa funcione, no se tiene que basar sólo en lo social, sino que hay que valorar otros aspectos de competitividad, actualización con el mercado. Una serie de aspectos que desde algunas asociaciones cuyo Centro Especial de Empleo es muy pequeño lo veían difícil hacerlo solas. Todo el fundamento de FEAFES-Empleo va dirigido a potenciar y apoyar a los CEE que trabajan con personas con enfermedad mental, bien

sean desde una asociación o de cualquier otro ámbito. El fin fundamental es apoyar, potenciar y mejorar la atención de los CEE, hacerles más competitivos, representarlos en aquellos lugares donde hasta ahora no estaban representados para que se tenga en cuenta las características de las personas con enfermedad mental a la hora de programar y organizar todo lo relacionado con el trabajo. Puesto que sí estaban muy representadas otras discapacidades, pero realmente en lo que es específico de empleo no había una representación clara.

Fines de FEAFES Empleo

- a) Fomentar y promover el desarrollo económico de los Centros Especiales de Empleo y demás entidades asociadas, defendiendo los intereses comunes y su aplicación particular a las mismas.
- b) Propiciar la consecución de la plena eficacia técnica, comercial y económica y, por tanto, la competitividad de los Centros Especiales de Empleo asociados en todos los ámbitos donde los mismos desarrollen su actividad.
- c) Fomentar y desarrollar la participación de los Centros Especiales de Empleo asociados en las acciones sectoriales, geográficas e institucionales relacionadas con el empleo y el trabajo de personas con enfermedad mental.
- d) Representar y defender los intereses generales y comunes de los Centros Especiales de Empleo del movimiento asociativo FEAFES en el mercado, ante las Administraciones Públicas u Organismos Internacionales y el resto de entidades y organismos intervinientes en su marco de actividad.
- e) Promover, desarrollar y fomentar la acción formativa relacionada con el ámbito de empleo de las personas con enfermedad mental, con el fin de adecuar y permitir el acceso de las mismas al mercado de trabajo.

FEAFES esta constituida por 16 asociaciones y somos miembros de FEACEM. FEACEM es la asociación que de alguna manera une a todos los CEE de las distintas discapacidades.

SOCIOS DE -FEAFES-EMPLEO- (I)

- AFAUS de Guadalajara
- TALLER DAU de Barcelona
- DESPERTAR de Toledo
- EL PUENTE MENNI de Valladolid
- AFAEPS de Albacete
- LABOR H.Q. de Cantabria
- ARFES de Logroño
- ASOVICAUTO de Soria
- EMPREGO SOCIAL de La Coruña
- GIRASOL de Mallorca
- DÉDALO de Badajoz
- RAEP de Vitoria, Álava
- LLIGALL de Mahón, Menorca
- MANANTIAL INTEGRA S.L. de Madrid
- ALFAEM LA SENDA de León
- ITINERA de Gran Canaria

Los sectores en los que nos movemos son muy diversos. De alguna manera esto puede ser un indicador de que no hay una tarea concreta que sepan hacer las personas con enfermedad mental. No tiene por qué haber una única tarea, va a depender del mercado, va a depender de la situación de donde se encuentre y de las posibilidades de esa zona.

SECTORES DE LOS CEE

- Carpintería
- Manipulados
- Montajes mecánicos y electrónicos
- Quioscos de prensa
- Confección textil industrial
- Arreglos de costura y confección
- Encuadernación artesanal
- Productos artesanales de escritorio y regalo
- Comercio al por menor
- Limpieza
- Reciclado de cartuchos de impresora
- Lavandería
- Jardinería
- Producción agrícola
- Servicio de catering

Dentro de FEACEN, actualmente, estamos formando parte de tres grupos de trabajo: el primero son los nuevos marcos que regulan los CEE, el segundo grupo de trabajo es la profesionalización de los CEE, y el último son los enclaves laborales. Eso quiere decir que de alguna manera que ahora, cuando se está regulando todo esto, hay representantes del colectivo de personas con enfermedad mental que están teniendo en cuenta cuáles son sus características, cuáles son sus necesidades de apoyo y en qué medida hay que moverse. Yo ahora voy a dar paso a los ponentes que son los que nos van a contar sus experiencias personales en el ámbito del trabajo.

Pasamos la palabra a Ana Pilar Cruz, Directora técnica del Programa Operativo Fundosa Social Consulting.

D^a Ana Pilar Cruz

Directora Técnica del Programa Operativo Fundosa Social Consulting

'Situación actual y perspectivas en la integración laboral de las personas con enfermedad mental'

ÍNDICE

- **Marco de actuación**
- **Principales acciones realizadas en el ámbito de la colaboración: FEAFES-Fundación ONCE-FSC**
- **Principales dificultades en la empleabilidad de las personas con enfermedad mental**
- **Datos de referencia: fuentes externas e internas**
- **Marco futuro de actuación**

Marco de actuación

FUNDOSA SOCIAL CONSULTING (en adelante FSC) nace como Sociedad Anónima en el año 1990 por decisión de la Fundación ONCE, formando parte del Grupo FUNDOSA. FSC es la empresa de recursos humanos de la Fundación ONCE, especializada en la inserción laboral de las personas con discapacidad, y desarrolla estrategias en materia de integración social orientadas a situar a las personas con discapacidad en condiciones de igualdad con sus conciudadanos, con el fin de disfrutar de los mismos derechos y servicios.

Desde el año 2000 gestiona el PROGRAMA OPERATIVO "LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN" DE FUNDACIÓN ONCE COFINANCIADO POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO, cuyo objetivo fundamental es el desarrollo de itinerarios integrados de inserción sociolaboral de las personas con discapacidad.

En este sentido, el paso de los/as usuarios/as por el itinerario de inserción supone que los/as mismos/as se beneficiarán de forma

flexible, y adecuada a sus necesidades, de todos o algunos de los siguientes servicios: Entrevista, Análisis Ocupacional y realización de un Plan de Empleo; Acciones de mejora de la empleabilidad; Intermediación laboral; Acompañamiento y tutorización de los/as beneficiarios/as, en particular de aquellos con mayores dificultades de inserción, bien por su tipo de discapacidad o bien por otros factores que se suman a ella.

Nuestro Programa persigue, por tanto, un objetivo de mejora cuantitativa y cualitativa de la inserción laboral de las personas con discapacidad, y este objetivo encaja, como no podía ser de otro modo, en la filosofía del Plan de Actuación 2004-2007 de la Fundación ONCE y el Grupo Fundosa, con el que se busca incrementar su eficiencia a la hora de integrar a las personas con discapacidad a través del empleo y mejorar la accesibilidad global. En estos años, el objetivo es reforzar el cumplimiento de las cuotas de reservas o medidas alternativas apoyándose en nuevos argumentos (como la Responsabilidad Social Corporativa) y potenciar la creación de empleo en los segmentos de discapacidad más desfavorecidos, con especial énfasis en conseguir un empleo estable y de calidad.

A través de los ejes estratégicos definidos en el Plan se desprende con claridad el fortalecimiento de las relaciones con el Movimiento Asociativo y la Mejora de la Calidad en el Empleo.

Así pues, el compromiso y esfuerzo de FSC va dirigido a:

- Potenciar la creación de empleo para personas con discapacidad gravemente afectadas o con especiales dificultades de inserción laboral, así como conseguir un mayor equilibrio entre hombres y mujeres.
- Continuar pues con nuestro formato de trabajo bajo los mejores estándares de calidad y estabilidad que sean posibles en función de nuestros recursos, así como de las condiciones del mercado laboral ordinario.

Principales acciones realizadas en el ámbito de la colaboración: FEAFES-Fundación ONCE-FSC

Alcanzar los objetivos indicados no es posible para FSC sin la colaboración estrecha de las principales organizaciones del movimiento asociativo, como la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Su conocimiento del colectivo y su “expertise”, es necesario para ayudarnos a analizar fórmulas tendentes a la mejora del empleo y a la formación de las personas con discapacidad, de forma que el trabajo conjunto reporte para ambas partes un valor añadido en sus entornos.

Por ello, identificadas las dificultades que podemos abordar conjuntamente, se hacía necesario desarrollar una metodología de establecimiento de sinergias basada en la gestión del conocimiento de los equipos técnicos de ambas entidades que permitieran definir las acciones a realizar para facilitar el acceso al empleo a personas con enfermedad mental.

La colaboración con FEAFES se empieza a desarrollar a mediados del año 2003 concretándose en acciones en el año 2004 a través de dos experiencias piloto en Castilla y León y en Asturias. Se diseñaron talleres ad hoc con la finalidad de incentivar al colectivo a iniciarse en su proyecto de inserción.

En esta línea, FSC ha venido trabajando con los responsables y técnicos de FEAFES en todo el territorio, habiendo desarrollado hasta la fecha, principalmente, las siguientes acciones:

Taller de Motivación para el Empleo y la Formación

Su objetivo es conseguir que el usuario se implique en su proyecto de integración laboral. Se dirige hacia las personas que muestran desánimo en la búsqueda de empleo, falta de confianza en sus posibilidades, trabas en la toma de decisiones y en la búsqueda de

soluciones a su situación de desempleo; unido, en algunas ocasiones, a un desajuste de expectativas, con los criterios técnicos requeridos por los puestos de trabajo a los que optar en el mercado de trabajo real. Tiene una duración de 30 horas.

Entre los años 2005 y 2006 se han realizado 16 acciones de este tipo en colaboración con las entidades de FEAFES en todo el territorio nacional.

Taller de Habilidades Prelaborales

El objetivo que se persigue es que los usuarios desarrollen conocimientos, destrezas y actitudes para realizar exitosamente cualquier actividad laboral, al tiempo de prevenir el posible riesgo laboral adaptando las medidas necesarias de seguridad, normas ergonómicas y de orden en el puesto de trabajo. Se dirige hacia usuarios que no tienen experiencia laboral. Se estructura en ocho sesiones con una duración total de 40 horas.

Entre los años 2005 y 2006 se han realizado 14 acciones de este tipo en colaboración con las entidades de FEAFES en todo el territorio nacional.

Cursos de formación profesional ocupacional

- Curso de Formación Ocupacional de “Jardinero” en Elche, con ASFEME (Asociación de Familiares y Enfermos Mentales de Elche) con una duración aproximada de 6 meses.
- Destacar el itinerario formativo realizado en Zaragoza, con ASAP-ME (Asociación Aragonesa pro Salud Mental), consistente en un curso de “WINDOWS, WORD, EXCEL E INTERNET” de mayo a julio de 2006; y otro de “DISEÑO Y CREACIÓN WEB MULTIMEDIA”, de septiembre de 2006 a mayo de 2007 aproximadamente. Es la primera vez que se realiza con la entidad una experiencia cuyo objetivo es la inserción del colectivo en el Sector Servicios.

Resultados

De forma esquemática y a modo de pincelada, puesto que la casuística es amplia, señalar que en general valoramos la realización de estas acciones como muy satisfactoria, si bien queda mucho por hacer de forma conjunta. Algunos de los alumnos de estas acciones han conseguido trabajo; otros han continuado un itinerario formativo para cualificarse profesionalmente; y en su mayoría están incentivados en la búsqueda de un empleo y un desarrollo profesional.

Nuevas acciones. Año 2007

Taller de habilidades personales y sociales.- En el año 2007 se coordinará la realización de otra nueva acción cuyo objetivo es que los usuarios adquieran y desarrollen actitudes, habilidades y estrategias intra e interpersonales a través del conocimiento personal y el desarrollo de habilidades sociales a fin de favorecer su adecuada inserción laboral. Se estructura en 28 sesiones con una duración total de 140 horas.

En estos días se trabaja conjuntamente para analizar el contenido y formato de la acción para ajustarla a las necesidades de colectivo, y lograr que sea eficaz.

Otras colaboraciones

Por otro lado, en el año 2005 se contó con la colaboración de FEAFES en el desarrollo de la fase de consultoría del Proyecto APTRA de Fundación ONCE- “Adaptación de puestos de trabajo, recomendaciones y ayudas técnicas” -, en el que FSC participó en la fase inicial de consultoría. La finalidad es realizar un análisis de puestos de trabajo de personas con enfermedad mental.

Este estudio tiene como objetivos:

- Analizar entornos empresariales y puestos de trabajo ocupados por personas con discapacidad con una doble finalidad:
 - Hacia las personas con discapacidad, al incorporar el estudio un mayor conocimiento de las necesidades de adaptación y posibles soluciones, logrando así una mejor adecuación al entorno y al puesto de trabajo en función de las diferentes deficiencias, de manera que se obtenga un aumento de la empleabilidad.
 - Hacia las empresas (responsables de recursos humanos, directores, etc):
 - Aportando soluciones (propuesta técnica y financiera) a las dificultades detectadas en los entornos y/o puestos de trabajo analizados.
 - Incrementando la productividad del conjunto de la empresa, al aumentar la productividad unitaria por puesto de trabajo; por reducción de bajas asociadas a desajustes en el binomio puesto/trabajador y por mejora asociada del clima laboral.
- Compilar las experiencias positivas encontradas y las soluciones aportadas como ejemplos de buenas prácticas y ponerlas a disposición de los responsables de recursos humanos de las empresas, en particular, y de los agentes sociales, en general, a través de Discapnet.
- Elaborar una herramienta informática que, incorporada a Discapnet, se convierta en instrumento útil en la selección de personas con discapacidad al aportar información sobre la adecuación puesto / trabajador y recomendaciones a implementar ante dificultades encontradas en la selección.

Principales dificultades en la empleabilidad de las personas con enfermedad mental

Las dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo a las personas con enfermedad mental, han sido clasificadas en 6 grandes grupos (Oscar Sánchez Rodríguez, Terapeuta Ocupacional del Centro de Rehabilitación Laboral “Vázquez de Mella”, 2004), que son:

1. Las derivadas de la pérdida de salud.
2. Las derivadas de la sintomatología de la enfermedad.
3. Las derivadas del prejuicio social.
4. Las derivadas del propio mercado laboral.
5. Las derivadas del entorno familiar y cercano.
6. Las derivadas de los sistemas de atención sociosanitario.

Dada nuestra especialidad y las características del Programa Operativo que gestionamos, las líneas de actuación que podemos abordar dentro de la relación de Fundación ONCE – FSC – FEADES, se deben enmarcar en las dificultades del propio mercado laboral y su relación con las derivadas del prejuicio social.

Datos de referencia

Fuentes externas:

Actualmente la única fuente estadística de datos sobre discapacidad es la “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud” (EDDS) del año 1999.

El estudio en profundidad de esta Encuesta tiene gran interés por su potencial contribución al diseño de políticas sociales y, en particular, de programas de atención a personas discapacitadas y dependientes. Este Informe General ofrece una panorámica completa de los resultados obtenidos en la EDDS.

Este Informe se ha realizado en virtud del Convenio de colaboración firmado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el IMSERSO, la Fundación ONCE y el Consorcio Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona y fue elaborado por este último organismo.

Dada la fecha del estudio, se pone en evidencia que el transcurso de los años ha debido influir notablemente en los resultados de dicho informe. El trabajo y esfuerzo de distintas Entidades y Organismos Públicos y Privados dirigido a la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad ha dejado obsoleto el estudio.

Es por ello que desde el año 2006 el INE trabaja en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2007. Según el INE, en el plazo aproximado de seis meses tras el trabajo de campo de encuestas podrían obtenerse los primeros resultados.

Fuentes internas. Datos registrados en FSC al cierre del año 2006

Colectivos multidiscriminados. Representación en Bolsa de FSC a 31 de diciembre de 2006 (desempleados y en edad laboral: menores de 65 años):

COLECTIVO	NÚMERO	%
Mujeres	29.955	40,76%
< 25 años	4.908	6,68%
> 45 años	24.125	32,83%
Psíquico intelectual	11.744	15,98%
Psíquico mental	11.113	15,12%
> 64% Grado minusvalía	28.479	38,75%
TOTAL DEMANDANTES	73.487	

Alumnos totales. Colectivos multidiscriminados

COLECTIVO	Año 2005	Año 2006
Mujeres	49%	50%
< 25 años	17%	10%
> 45 años	20%	20%
Psíquico intelectual	19%	14%
Psíquico mental	19%	29%
> 64% Grado minusvalía	49%	47%

Marco futuro de actuación

Los objetivos estratégicos del Fondo Social Europeo (en adelante FSE), así como los ejes prioritarios en los que se van a centrar las ayudas FSE para el periodo 2007-2013, mantienen una estrecha relación tanto con el Programa Nacional de Reformas de España (PNR), como con las directrices marcadas por la actual Estrategia Europea para el Empleo (EEE).

Las actuaciones en políticas de empleo deben centrarse en las siguientes prioridades:

- Atraer a más personas para que se incorporen y permanezcan en el mercado de trabajo, incrementar la oferta de mano de obra, modernizar los sistemas de protección social.
- Mejorar la adaptabilidad de los trabajadores y las empresas.
- Aumentar la inversión en capital humano mediante la mejora de la educación y las cualificaciones.

En esta misma línea se mueven los objetivos de la Estrategia de Lisboa.

Por todo ello, desde el propio Estado y de cara a la programación FSE, se pone de manifiesto la necesidad de favorecer tanto el incremento de la productividad, como el aumento del número de personas que se incorporen al mercado laboral, haciendo del trabajo una opción real para todos, fomentando la empleabilidad, la igualdad entre hombres y mujeres y la inclusión social.

Tanto el Reglamento FSE, como el Plan Nacional de Inclusión Social (PNAIS) vigente para el reino de España (2005-2006), se mencionan explícitamente determinados colectivos que pueden sufrir riesgo de exclusión y que serán considerados como objetivo de las ayudas en el nuevo periodo, entre éstos: las personas con discapacidad y las personas inmigrantes.

Concretamente en el documento de Estrategia de Desarrollo del FSE 2007-2013 se ha reservado una medida dentro del EJE 2 bajo el título “Proponer oportunidades de integración social y laboral a las personas con discapacidad” en la que la Fundación ONCE, sobre la base de las premisas indicadas, ha solicitado al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, fondos para seguir la ejecución del Programa Operativo “Lucha contra la discriminación”. Desde el pasado año se trabaja en la elaboración de un documento propuesta de acciones concretas a desarrollar con el colectivo de personas con discapacidad.

Obviamente, el desarrollo de nuevas líneas de actuación y la continuación de las ya definidas con mejores resultados requiere un estrecho marco de colaboración con las entidades del movimiento asociativo. En este sentido FSC como ejecutora del programa agradece el esfuerzo del personal de las entidades de FEAFES desarrollado en el programa que próximamente concluirá, y solicita la continuidad de la relación para lograr con el apoyo conjunto los mejores resultados en el ámbito de la integración socio-laboral de las personas con enfermedad mental, y demás colectivos de personas con discapacidad.

Posibles nuevas líneas de actuación

- Fomento del Autoempleo de las personas con enfermedad mental.
- Ampliar el catálogo de acciones formativas tendentes a desarrollar las competencias profesionales del colectivo.
- Promover la creación de CEE y otras fórmulas de Empleo Protegido, teniendo en cuenta su finalidad de tránsito al empleo ordinario.
- Potenciar el uso de las nuevas tecnologías y el teletrabajo, como forma de integración laboral.
- Facilitar la integración laboral de personas con enfermedad mental a través de una adecuación persona-puesto de trabajo, basada en el análisis y adaptación de los puestos de trabajo.
- Realización de jornadas y campañas de sensibilización basadas en la difusión de buenas prácticas en la integración sociolaboral de personas con enfermedad mental.

Páginas web de interés y otras referencias

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

Informe general. Instituto Nacional de Estadística:

http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/discapa_inf.htm

Guía de la OMS de la mejora de la Calidad de la Salud Mental

Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003 bajo el título de "Quality improvement for mental health".

Este módulo forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS, y proporciona información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

El propósito del Conjunto de Guías es ayudar a los planificadores y a los gestores de políticas a la hora de:

- desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones.
- utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles.
- proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten.
- colaborar en la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida.

http://www.feafes.com/detalle_documentos.asp?id_documento=359

Extracto de artículos de interés

“El 74% de los europeos cree necesario aumentar la presencia de estas personas en el trabajo.

En 2007 se celebra el Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todas las Personas, una iniciativa de la UE que pretende evitar las discriminaciones que aún sufren algunos colectivos, entre ellos, las personas con discapacidad. La discapacidad significa uno de los principales factores para no encontrar trabajo.

La Europa de hoy aún no está preparada para integrar socialmente y laboralmente a todas las personas por igual. Y uno de los colectivos que sufre más desventajas en este sentido es el de las personas con discapacidad. Así lo revela una encuesta realizada entre los habitantes de diferentes países de la Unión Europea (UE) de los 25 con motivo del Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todas las Personas, promovido por el Parlamento y el Consejo de Europa.

Según este estudio, una amplia mayoría de europeos –concretamente el 79%- considera que las personas discapacitadas sufren desventajas en la sociedad. Tras los discapacitados, los encuestados sitúan otros colectivos, como los gitanos (77%), las personas de más de 50 años (69%) o de procedencia étnica diferente (62%).

Respecto a la inserción laboral, los participantes del estudio sitúan en primer lugar la discapacidad, seguida de la edad, como los principales impedimentos para encontrar un trabajo.

Ante este panorama tan negativo, parece que se impone el inconformismo. Así, el 74% de los habitantes europeos opina que es necesario incrementar el número de personas con discapacidad en los puestos de trabajo y también los trabajadores con más de 50 años (72%). Algunos ya se han puesto a abordar esta tarea.”

“La Unión Europea prevé asumir algunas de las mejores ideas concebidas durante este Año Europeo en su nuevo programa de trabajo y solidaridad Progress, destinado a financiar actividades durante el periodo 2007-2013.”

Fuente: Dossier Econòmic de Catalunya

D. Txema Franco

Director General de LantegiBatuk

Experiencias de CEE

Buenas tardes, lo primero hay que agradecer a la organización que nos hayan invitado para contar la experiencia de un CEE que trabaja en Vizcaya. Cuando hemos llegado aquí a Alicante vemos que el sector está fuerte y da gusto ver que tanta gente después de comer, y con el día que hace, están aquí atentos a cómo explicamos nosotros esta experiencia. Espero que lo que nosotros hemos realizado en Vizcaya les pueda servir para hacer algunas reflexiones sobre el hecho de que otro modo de entender la empresa es posible.

Con ello quiero dar paso a explicar cómo nosotros empezamos a trabajar con personas con enfermedad mental. Nuestros orígenes son los de una organización que empezamos a trabajar en el año 83. Ya llevamos casi 25 años trabajando por el empleo de las personas con discapacidad, pero nosotros nacimos al amparo de la asociación vizcaína de familiares de personas con discapacidad intelectual. El movimiento asociativo como el vuestro de los familiares y las personas con enfermedad mental es un movimiento que, aunque lleva mucho tiempo trabajando, empieza desde unos años a esta parte a ser visible. Mientras que el movimiento asociativo de las personas con discapacidad lleva mucho tiempo trabajando en el campo de la integración laboral.

Ahora vamos a explicar una experiencia que recoge los frutos de muchos años de trabajo. Pero que da también un mensaje de que es mucho más fácil aprender de experiencias que ya han pasado para que no tengan que pasar 25 años para que el colectivo de personas con enfermedad mental se integre laboralmente; como han tenido que pasar 40 años para que una persona con discapacidad intelectual trabajando se vea como la cosa más normal.

Nosotros somos una organización que está implantada en Vizcaya. Tenemos 17 centros y estamos hablando de una organización que actualmente ocupa a 2.000 personas con discapacidad.

La "misión" de Lantegi Batuak

Somos una organización no lucrativa que genera oportunidades laborales, lo más normalizadas posibles, con el fin de lograr el máximo desarrollo de las personas con discapacidad, preferentemente intelectual y de Bizkaia.

Estas oportunidades son generadas creando y gestionando actividades industriales y de servicios, que posibilitan a las personas seguir un itinerario de inserción sociolaboral, que abarca desde la orientación y la formación, a los centros ocupacionales y especiales de empleo, hasta el empleo ordinario.

La sociedad está demandando calidad en todos los sentidos porque ya no vale el tener un empleo, sino que ese empleo tiene que ser de calidad. Ya no vale con hacer cualquier trabajo. Eso es fruto del avance de la sociedad que cada vez es más exigente y cada vez nos exigen más las empresas y las personas que trabajan con nosotros. Entonces tenemos que ser capaces de hacer frente a esa mejora continua de la calidad en los servicios que nosotros prestamos.

Certificaciones

- CALIDAD: Certificación de Calidad ISO-9001:2000 e ISO TS 16949 (Automoción).
- PREVENCIÓN: Auditoría Registrada de Prevención de Riesgos Laborales.
- MEDIO AMBIENTE: Calificación ambiental de proveedores y contratistas.
- Contratistas: Calificación de contratistas con la administración pública, estatal y autonómica.

Principales clientes

- Schneider Electric, Grupo Ormazábal, Grupo Arteché, Gorlan Team, Iberdrola, Medex, Pronutec, Vicrila, Unilever, Guardian, Seguros Bilbao, SPRI, Rothenberger, Uriarte Elektro, Tegui, Dibal, Sidenor, Burdinola, MCC (Batz, Eika, Consonni, Eroski, etc), BBK, Tecnichapa, Gre, Grupo Arteché, ZIV, Diputación Foral, Ayuntamientos, etc.

Premios y reconocimientos públicos

- Premio a la Excelencia Logística. 2.007. Fundación ICIL.
- Premio UTOPIA. 2003. Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.
- Reconocimiento “Homenaje al duro trabajo”-Beaz. 2002. Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Promoción Económica.
- Premio EUREKA. 2001. Periódico de Empleo y Formación de Bizkaia, Eureka.
- Premio IMSERSO. 1997. Imsero - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Premio BOLSA Y SOCIEDAD. 1.997. Fundación Empresa y Sociedad.

Valores en los que basamos la gestión

Nuestros valores, entendidos como los criterios y pautas de actuación que nos han de guiar para la toma de decisiones, siguen vigentes.

Tal y como hemos enunciado en la misión, nos basamos en un sistema sin ánimo de lucro, que reinvierte sus beneficios en los fines de la organización. Además, pretendemos compartir un proyecto común apoyándonos en una gestión ética, solidaria, participativa, dinámica, eficaz y eficiente, buscando la innovación y adaptación al

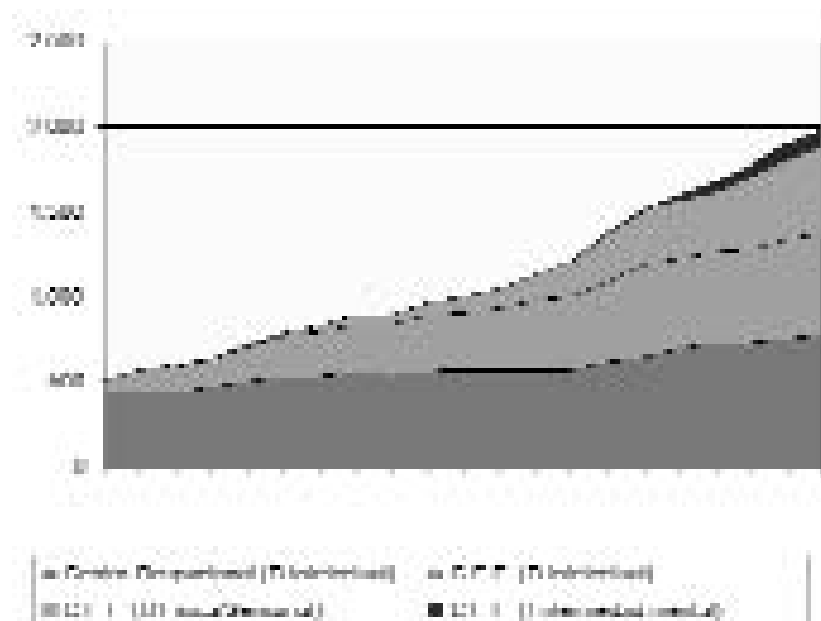
cambio, que potencie la estabilidad laboral, trabajando para conseguir la satisfacción de las personas, los clientes y la comunidad que nos rodea.

Es importante saber lo que queremos ser... en 2008

- Ser la referencia en intervención sociolaboral con Personas con discapacidad.
- Lograr que Lantegi Batuak sea un proyecto compartido por todas las Personas.
- Gestionar 155 plazas más en CO.
- Generar 120 puestos de trabajo en CEE.
- Promocionar a 45 personas de CO a CEE.
- Sumar 70 empleos en empresas ordinarias.
- Conseguir una carga de trabajo adicional equivalente a 500.000 horas productivas.
- Valor Añadido a Clientes por valor de 70 M.€.
- Obtener un Resultado de 10,5 M.€.
- Adaptar el modelo organizativo al crecimiento.

Como ya he dicho antes llevamos más de 20 años generando empleo. Empezamos en el año 83 , cuando ni si quiera había normativas de CEE. Entonces había 0 personas en CEE. Fue en el año 85 cuando se regularon los Centros Especiales de Empleo y a partir de ahí empezamos a generar empleo.

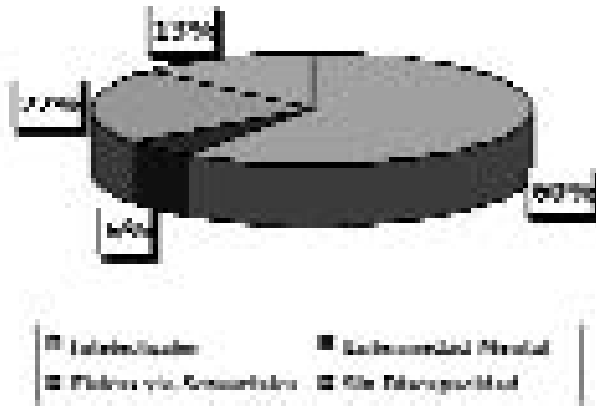
Distribución de personas por tipo de discapacidad



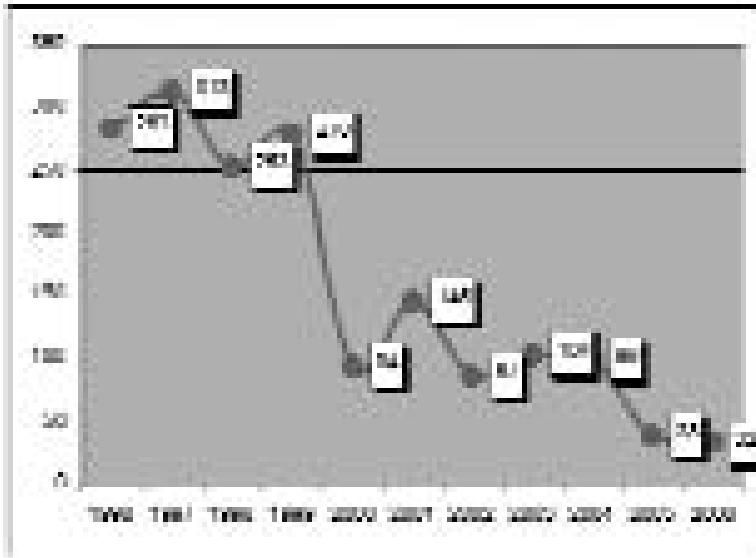
La evolución del peso en porcentajes de cada modalidad laboral nos da una idea de cómo este modelo que nosotros hemos desarrollado es un modelo mixto en el que conviven centros ocupacionales y CEE, pero que está orientado claramente al empleo. Menos de la mitad de las personas con discapacidad que hoy están trabajando el LantegiBatuak están en régimen ocupacional. Es decir, muchas personas de centro ocupacional han ido avanzando en el itinerario de inserción, de manera que vemos que en este momento hemos llegado en el año 2006 a tener menos personas en ocupacional que en empleo. Esto es un indicativo de que el modelo por el que nosotros hemos apostado, durante el desarrollo de nuestra organización en todos estos años, ha sido un modelo muy orientado hacia el empleo. Si este gráfico se hiciera en cualquiera Comunidad

Autónoma hay muchas en las que el gráfico está invertido: no se ha creado empleo y sí se ha creado mucha atención en plazas ocupacionales. Esto da una idea de que la cultura de cada una de las Comunidades Autónomas en las que estamos desarrollando nuestro trabajo influye de manera determinante en el que modelo que se sigue para buscar la integración laboral de las personas con discapacidad.

Por discapacidades, la intelectual representa el 70%



Evolución de la lista de espera de personas con discapacidad intelectual



Aquí vemos como hemos sido capaces de bajar la lista de espera desde el año 96. Hoy prácticamente no hay lista de espera en Vizcaya de personas con discapacidad intelectual. Este era nuestro objetivo, que nadie que solicite una plaza tenga que estar esperando para obtenerla. Porque vosotros sabéis mejor que nadie que una persona de determinadas características está en casa con mayor deterioro, menores posibilidades y como consecuencia el problema se hace mayor, en lugar de buscar una vía de solución.

Áreas de negocio de Lantegi Batuk

- Externalización Industrial
 - Mecanizados y montajes
 - Montajes eléctricos y electrónicos
 - Montajes diversos
- Servicios Auxiliares
 - Servicios y Medioambiente (Jardinería y Limpieza)
 - Publicidad Directa (y Gestión Documental)
 - Servicios Integrados (Enclaves y Servicios Diversos e Inserción laboral en empleo ordinario)

Distribución de las personas por actividades



La experiencia del empleo con el colectivo de personas con enfermedad mental

Nosotros empezamos a trabajar con este colectivo de la mano de AVIFES, que es la Asociación Vizcaína de Familiares de Personas con Enfermedad Mental que pertenece a FEAFES. Lo que se planteó era ver si éramos capaces de llegar a un acuerdo para aprovechar una estructura que ya estaba montada para dar trabajo a personas con discapacidad y si podíamos establecer alguna línea de colaboración para que las personas con enfermedad mental tuvieran un acceso al empleo. Desde que abrimos el plazo para entregar solicitudes de empleo recibimos 600 solicitudes en 2 meses. Había una necesidad social muy importante, porque no había grandes posibilidades de trabajo para el colectivo de personas con enfermedad mental.

Acciones de coordinación entre entidades y profesionales, dirigidas a promover la inserción laboral de personas con enfermedad mental en Bizkaia.

1. PRESENTACIÓN DE LANTEGI BATUAK A OTRAS ORGANIZACIONES

- Servicios Sociales de Base: 37
- Centros Salud Mental: 33
- AVIFES (Asociación Vizcaína perteneciente a FEAFES): 21
- Hospitales Generales y Psiquiátricos: 5
- Organizaciones sociales: 40
- Centros de orientación laboral comunitarios: 29
- Centros educativos: 125

2. FORMACIÓN DE PROFESIONALES POR PARTE DE AVIFES

- Dentro de Lantegi Batuak: 203 profesionales han pasado por el curso.
- Intercambio de profesionales con AVIFES (que vienen a Lantegi Batuak).

3. PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE CENTROS DE SALUD MENTAL DE LA RED DE OSAKIDETZA (SERVICIO VASCO DE SALUD) Y AGENTES DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL (LANTEGI BATUAK, ENTRE ELLOS)

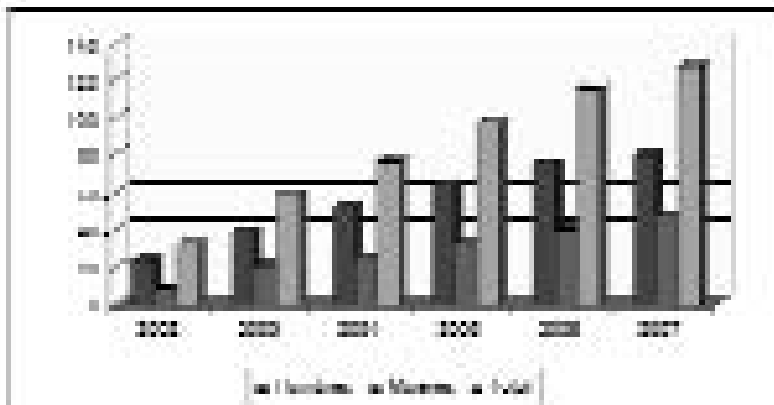
Llegamos a un acuerdo con el Servicio Vasco de Salud, al cual le benefició bastante porque ha reducido el gasto sanitario. Hemos retirado a 127 personas de la red del Centro de Salud Mental y no ha invertido nada de capital en este acuerdo. Lo único que pedimos al Servicio Vasco de Salud es que si nosotros derivamos a una persona de los que están empleados a un Centro de Salud Mental no me puede decir que lo va a recibir dentro de 15 días, lo tiene que recibir mañana.

4. PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE LA RED DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y AGENTES DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Datos relativos a personas con trastorno mental atendidas por Lantegi Batuak

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SOLICITUDES RECIBIDAS	407	197	604
ENTREVISTAS REALIZADAS (INCLUYE ORIENTACIÓN PROFESIONAL)	304	174	478
ALUMNOS/AS QUE HAN SEGUIDOCURSOS DE FORMACIÓN	59	23	82
PERSONAS TRABAJANDO EN LA ACTUALIDAD EN LANTEGI BATUAK	80	47	127
PERSONAS EN LISTA DE ESPERA (CON ORIENTACIÓN A EMPLEO)	40	24	64

Evolución de personas con enfermedad mental trabajando en Lantegi Batuak



Balance de las personas con trastorno mental que han realizado "acciones formativas de carácter prelaboral"

Se han realizado 8 Acciones Formativas con distintos contenidos (Montajes Electromecánicos, Montajes Diversos y Capacitación en Limpieza) y en distintos talleres y servicios (Otxarkoaga, Loiu, Derio, Basauri, Limpieza y Amorebieta), con un total de 82 participantes:

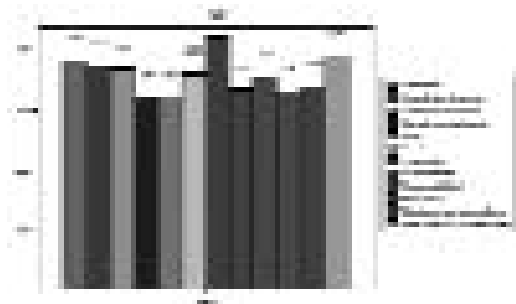
- Al 70 % se les realizó una oferta de trabajo al finalizar
- El 90% aceptó la oferta realizada
- El 72% de las personas a las que hicimos un contrato de trabajo, mantiene su empleo en la actualidad, lo que es una cifra muy alta.

Nosotros hicimos un estudio en el que llegamos a la conclusión que según nuestra experiencia, hemos encontrado 10 factores que favorecen a que las personas con enfermedad mental encuentren un empleo y lo mantengan.

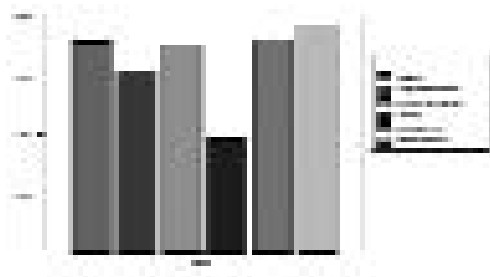
Diez factores que favorecen una mejor integración laboral de las personas con trastorno mental

- 1) Creación de una red de apoyos naturales en el puesto de trabajo a través de la *capacitación* específica de los profesionales en intervención sociolaboral con personas con trastorno mental.
- 2) La *motivación* de los usuarios/as hacia el empleo, enriquecida a través de un proceso de orientación y formación.
- 3) Buena *conciencia de la enfermedad* y adscripción a tratamiento psiquiátrico y farmacológico.
- 4) Una *formación prelaboral* acorde a intereses e historia laboral, donde desarrollar hábitos básicos de trabajo y habilidades de relación sociolaboral.
- 5) La *adecuación* del puesto de trabajo a las características y capacidades de la persona.
- 6) El establecimiento de sistemas de *seguimiento* de la evolución del trabajador/a.
- 7) El *grado de satisfacción* de la persona con el puesto de trabajo.
- 8) Contar con *apoyo externo* de carácter *social* (asociación de familiares e instituciones competentes) y *sanitario* (red de centros de salud mental).
- 9) Programación de la *intervención familiar* con el fin de que los familiares de usuario/as sean agentes activos de apoyo y colaboración en el proceso de integración sociolaboral.
- 10) Inserción a través de estructuras de apoyo, adecuadas y flexibles en cuanto a los *itinerarios* (formación, CO, CEE, EO, etc).

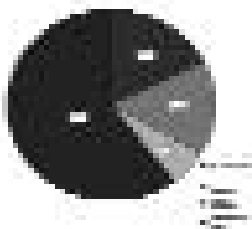
Rendimiento por dimensiones según los/as profesionales



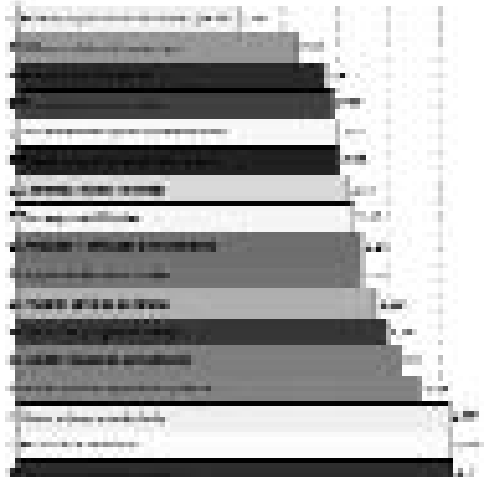
Satisfacción por ámbitos de las personas con enfermedad mental que trabajan en CEE



Intensidad de los apoyos requeridos por las personas con enfermedad mental en CEE, en comparación con otras PCD en opinión de los/as profesionales



Principales pautas de interacción utilizadas por el equipo de profesionales que trabaja con las personas con enfermedad mental en CEE



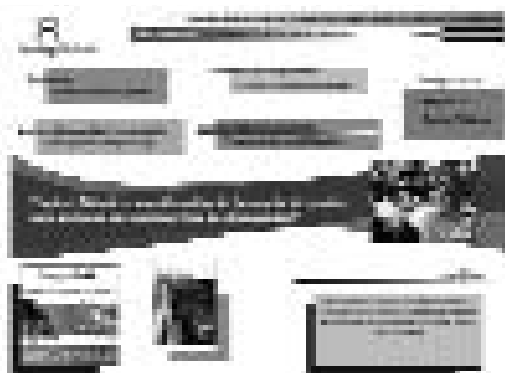
Aportaciones a la comunidad y eficacia del gasto social

Toda esta labor de integración se realiza, además, con el menor coste posible. La administración apoya a Lantegi Batuak mediante la concesión de subvenciones y bonificaciones del coste de seguridad social para personas con discapacidad.

El coste económico real que supone el apoyo de la administración, es la diferencia entre los conceptos de pagos e ingresos en nuestra interacción con la sociedad. Puesto que la administración recibe una contrapartida (reversión), a través de los impuestos (Seguridad Social, IRPF, etc.), y además evita que aumente el número de personas con discapacidad con derecho a pensiones, y con los ahorros sociales que conlleva el paso de políticas pasivas a políticas activas de las personas con discapacidad.

Además, en 2006, la DFB ahorró 800.000 € en las pensiones no contributivas a las que tienen derecho las personas con discapacidad superior al 65%, “sólo” por el hecho de que estaban trabajando en Lantegí Batuak.

Pagos de pensiones no contributivas a las personas con discapacidad superior al 65%					
Ejercicio 2006					
Concepto (euros)	2005	2006	2005	2006	2006
Pagos de la Pensión a la Vejez					
Autodeterminación de la D.F.P.	3.844	3.720	4.874	4.767	4.848
Beneficiarios del fondo	4.884	4.728	4.884	4.728	4.744
Indicador INEEO	129	271	271	167	228
TOTAL	8.857	8.719	10.029	9.662	9.820
Pagos de I.P. a la Vejez					
Indicador INEEO e Indiviso	1.770	1.872	2.877	2.877	2.877
INP	278	336	710	874	838
Id. por Trabajadores y Empresas	4.111	4.212	4.797	4.812	4.817
TOTAL	6.159	6.420	8.384	8.563	8.532
Total	15.016	15.139	18.413	18.225	18.352
Diferencia	3.824	3.824	3.824	3.824	3.824



¿Empleo ordinario vs. Empleo protegido? Un debate estéril

- El empleo ordinario es una opción más en el itinerario de inserción de las personas con discapacidad.
- Para algunas personas, no es la opción más adecuada para lograr su máximo desarrollo sociolaboral.
- El empleo ordinario, por sí solo, no es la respuesta a la universalización de la atención al colectivo.
- La contraposición de los modelos, frente a su complementariedad, deja sin respuesta de atención a los colectivos con problemáticas más graves de exclusión (discapacidad intelectual y enfermedad mental, por poner dos ejemplos ilustrativos).
- Lograr los propósitos de integración en empleo ordinario es una tarea de todos (administración, empresarios, sindicatos y asociaciones), no sólo de los Centros Especiales de Empleo.

La transición desde el empleo protegido al empleo ordinario se ha mostrado en Euskadi como la fórmula más adecuada para lograr los mayores índices de empleo de personas con discapacidad en el Estado.

Muchas gracias y que tengáis suerte en el camino.

D^a Anna Cohí

Gerente de DAU. Miembro de FEFES

Experiencias CEE

- **Associació de Pares de Malalts Mentals DAU**
- **C.E.E. Taller DAU**
- **Scaps DAU**
- **Servicio Prelaboral DAU**
- **Servicio Inserción Laboral**
- **Actividades Asociativas**

La Inserción Laboral de Personas con Enfermedad mental como eje de calidad

Buenas tardes, yo represento a la Asociación DAU que está en Barcelona. Esta asociación nació hace 15 años justamente porque un grupo de familiares creía en la capacidad de trabajo de sus hijos con enfermedad mental y se buscaron los apoyos para poder lograr esto con algunos profesionales. En este momento estamos aquí porque formamos parte de FEFES y de FECAFAM la Federación de Barcelona de asociaciones. Hace 15 años un grupo de padres decidió que como la empresa donde sus hijos podían trabajar no la encontraban, no existía o no la supimos encontrar en aquel momento, pues decidieron crearla. Esto ahora suena muy bonito, había mucha voluntad, había mucha motivación, pero poco conocimiento. En este caso la ilusión y la motivación compensaron bastante la falta de preparación empresarial. Cuando FEFES nos pidió que presentáramos nuestra experiencia laboral relacionada con la calidad tanto en el proceso de inserción laboral, como en el proceso de hacer una empresa competitiva de calidad dentro del mercado, pensamos que podría ser un buen ejemplo la forma cómo empezamos y la manera en que estamos ahora.

Producción/Comercial

1996-2001

- Se trabaja con voluntad de hacer bien las cosas pero sin método.
- Los pedidos de los clientes se realizan transmitiendo instrucciones verbales a los trabajadores.
- Los presupuestos se estiman aproximados según valores del mercado.
- Las averías se solucionan cuando aparecen.
- El criterio de identificación de clientes es intuitivo y azaroso, por parte del personal y los miembros de la Junta Directiva.

Cambio DAU

2002-2006

- Se siguen procedimientos validados y buenas prácticas de fabricación.
- El control de la gestión de producción se realiza mediante programa informático (órdenes de fabricación, presupuestos, productividad, albaranes, etc).
- Plan de mantenimiento de maquinaria.
- Plan de comercialización anual.

Vamos a presentar nuestra entidad. En estos momentos tenemos un CEE, que es el Taller DAU nos dedicamos al sector de los manipulados y el cambio es en ir especializándonos en este sector de manipulados en otras actividades. Tenemos un servicio de apoyo al trabajador con discapacidad, un servicio prelaboral, el servicio de inserción laboral a empresas ordinarias que no sean CEE y las actividades asociativas.

Lo que vamos a presentar es que podríamos ver dos periodos en la evolución de nuestra asociación. Nuestra asociación se creó en

1992 con mucha voluntad como decía, y los resultados sociales en seguida los vimos. Nuestros trabajadores, empezamos con 5, en el momento que les ofrecimos la posibilidad de tener un horario laboral, un trabajo que hacer, respondieron de una manera muy positiva. Lo que pasa es que empezamos sin ningún tipo de proyecto empresarial.

Proceso de cambio en la organización DAU

Primero hubo un periodo de sacar adelante la entidad, el proyecto de trabajo con una serie de características y luego un proceso de cambio en la organización hacia la manera en que actualmente estamos gestionando nuestra entidad, los servicios y nuestra empresa, que sería del 2002 al 2007. Hay una cosa muy importante en este proceso de cambio. En el primer periodo, la prioridad era un proyecto social, teníamos una serie de posibles trabajadores que querían trabajar y una serie de personas que veníamos del mundo asistencial (psicólogos, trabajadores sociales...), que creíamos en esta posibilidad. Pero en ningún momento ni los familiares, ni los profesionales, teníamos una mentalidad empresarial; lo que contaba en aquel momento era poder dar una ocupación real de trabajo a nuestros trabajadores. La prioridad era el proyecto social, a cuantas más personas pudiéramos dar ocupación mejor, cuantas más personas pudieran colaborar con nosotros mejor y el trabajo era visto más como un cambio del rol en la vida del trabajador, de pasar de ser un enfermo a ser una persona social. Era más una visión para evitar situaciones peores como quedarse en casa y que empeorase su situación.

Luego hubo una serie de circunstancias que generaron este proceso de cambio en la organización. El primero y más importante fue la respuesta de nuestros trabajadores: mejoraron en cuanto a sintomatología por lo que pudieron reducir su dosis de medicación, su estado de autoestima y su ánimo mejoró. Esto fue lo que impulsó a la entidad a

seguir adelante. Sin embargo, por otro lado, todo lo que eran los resultados empresariales y económicos eran un desastre, de tal manera que la misma asociación hacía prestamos si era necesario para poder pagar las nóminas a final de mes. Esto llegó a un punto que era insostenible.

Hubo varios factores que jugaron a nuestro favor como fue la iniciativa que tuvo FECAFAMM en aquel momento de juntarnos a los gerentes o gestores de los CEE catalanes que nos dedicábamos al colectivo de personas con trastorno mental grave. Eso hizo que nos conociéramos y que de alguna manera nos uniéramos; y aunque cada uno siguió trabajando en su empresa nos dimos cobertura mutuamente en muchos ámbitos legislativos, de prevención de riesgos de seguros, de sistemas de trabajo, de sectores de actividad donde trabajar y de problemas cotidianos que nos encontrábamos cada uno en nuestras entidades. Esto también nos llevó a ver claro que nuestro modelo de gestión tenía que ser empresarial. Si realmente queríamos mejorar la calidad de vida de nuestros trabajadores, teníamos que poder ofrecerles un trabajo de calidad digno. Y ese trabajo venía de poder hacer una empresa donde ellos se sintieran pertenecientes, importantes, con un sueldo digno y con unas responsabilidades. Era necesario que vieran que la empresa y el tirar de ella dependía de su aportación. A partir de ahí optamos por tener un modelo de calidad y profesionalidad, e intentar tener ciertos aspectos de innovación sobre todo en metodologías de trabajo y evidentemente en transparencia como entidad sin ánimo de lucro en la gestión de las ayudas que recibíamos.

1996-2001

- Prioridad Proyecto Social.
- Voluntarismo.
- Visión Asistencial del Trabajo para Personas con Discapacidad derivada de enfermedad mental.

2002-2006

- Modelo de gestión empresarial con criterios de Calidad.
- Profesionalidad.
- Transparencia.
- Innovación.

Áreas comparadas

- Estructura Organizativa.
- Sistema de Calidad.
- Producción / Comercial.
- Recursos humanos.
- Finanzas / Nuevas tecnologías.
- Área de Proyectos.

Estructura organizativa

Al comienzo, nuestra estructura organizativa trabajaba a corto plazo. Estábamos trabajando con nuestros trabajadores en un primer periodo y a lo mejor a la semana siguiente no sabíamos si íbamos a trabajar o no. Unas madres colaboraban con nosotros en ir a buscar trabajos que otros centros de otros colectivos de discapacidad nos pasaban, y así día a día, íbamos tirando. Pero sin tener un objetivo muy claro y sin tener una visión de dónde queríamos estar. El funcionamiento era posible gracias a un grupo de profesionales que también estaban muy motivados y que en cada momento intentaban solucionar los problemas que se planteaban. Teníamos claro que una política de calidad nos serviría para parar un momento y pensar quiénes somos, dónde vamos y qué queremos. Eso que parece tan fácil fue un duro camino porque nos tuvimos que sentar tanto con la Junta Directiva, las familias, los profesionales y poder

de alguna manera determinar cuál era nuestra misión y qué queríamos aportar a la sociedad desde nuestra asociación.

En cuanto al CEE se trabajaba en el primer periodo de una manera voluntariosa intentando funcionar lo mejor posible. Mientras que actualmente la gestión del centro especial de empleo sigue todos los procesos validados con una certificación de la ISO. Esto fue muy importante para nosotros porque este sistema de gestión te ayuda a organizarte y a definirte y concretar lo que vas a hacer y de qué manera lo vas a hacer. Se trata de establecer un procedimiento que ha demostrado que obtienes la calidad que buscabas.

En nuevas tecnologías instauramos todo un programa informático en donde pudiéramos tener al día todos los datos de fabricación que se hacían en el momento. Esto significa que la toma de decisiones era mucho más ágil y se podían prevenir posibles problemas que surgieran en producción. En este momento tenemos un proyecto que es poder aplicar en este sistema toda la gestión de la formación.

1996-2001

- Objetivos a corto plazo.
- Cada profesional decide la mejor manera de trabajar según su criterio.

Cambio DAU

2002-2006

- Implantación de la política de calidad como sistema de gestión de empresa. Plan anual de empresa. Misión – Visión.
- Implantación del sistema de Calidad ISO 9001:2000. Alcance: proceso productivo y proceso de inserción laboral.

Sistema de calidad

1996-2001

- La calidad se entendía de forma que no hubieran fallos en los productos del cliente comercial.
- Las quejas se responden o no dependiendo de la valoración del momento.
- Los clientes de DAU eran empresas comerciales.

Cambio DAU

2002-2006

- La calidad está implícita en todos los procesos y procedimientos de la organización.
- El procedimiento de mejora continua implica documentar y analizar las incidencias para poner soluciones inmediatas y de futuro.
- Clientes de DAU:
 - Trabajadores.
 - Clientes comerciales.
 - Usuarios de servicios.
 - Empresas insertoras.

Recursos humanos

En el primer periodo la motivación era esencial, mientras que en el segundo, si pudimos hacer ese salto, fue gracias a la formación de todas las personas que estábamos en la asociación, desde los directivos hasta los operarios. La formación fue lo que nos permitió entender que teníamos una empresa entre manos, y un compromiso con nuestros trabajadores y si queríamos realmente mejorar la

calidad de vida de nuestros trabajadores y de sus familias teníamos que poder ofrecer una empresa competitiva y en igualdad de condiciones que cualquier otra empresa. La única diferencia que habría en nuestra empresa es que si habían oscilaciones en el humor, si había problemas personales para mantener la productividad en algún momento nos podíamos permitir el lujo de aceptar aquella situación, poder dar una respuesta al trabajador y ser más flexibles que en una empresa ordinaria.

1996-2001

- La motivación del personal contratado y la colaboración de la Junta directiva permite sobrevivir.
- Cada profesional se organiza su función y responsabilidades.
- Se contrata al personal al margen de toda previsión de viabilidad y se remunera según ingresos de la entidad.

Cambio DAU

2002-2006

- La motivación del personal junto con la formación permite cumplir con nuestra finalidad. El relevo generacional en la Junta directiva asegura la continuidad del proyecto.
- Se constituye el Comité Directivo que integra a los profesionales de primer nivel en la toma de decisiones y su desarrollo.
- Política salarial y de prestaciones definida.
- Planificación de contrataciones, perfiles y descripción puestos de trabajo, plan de acogida.

En cuanto a la economía de la empresa nosotros ya planteamos obtener beneficios de la explotación del CEE, porque hemos aprendido que una empresa que no tiene beneficios no puede reinvertir en su objetivo; y nuestro objetivo sigue siendo la mejora de la calidad

de vida a través de la inserción laboral de personas con enfermedad mental. Por otro lado, el hecho de tener una cuenta de explotación positiva hace que las entidades financieras confíen más en ti y puedas también empezar proyectos de inversión más ambiciosos y que luego, sus resultados tanto económicos como sociales sean mucho más importantes.

Desde el 2002, cada año hemos tenido nuevos proyectos. Unos han salido mejor, otros han sido viables y otros no. Pero lo que hemos aprendido que lo que es importante es tener proyectos, si no tenemos proyectos difícilmente avanzaremos y lo que no podemos hacer es quedarnos estancados. De la misma manera que el mercado laboral y la sociedad evolucionan, nuestros trabajadores también merecen que su entorno laboral mejore, evolucione y que se puedan abrir puertas a otras posibilidades de empleo.

Un cambio conceptual muy importante que tuvimos en el año 2002 fue la orientación de nuestro CEE: Cuando una persona entra a trabajar, ¿es para toda la vida? ¿Tendría que jubilarse en nuestro CEE? ¿O hemos de ser capaces de poder dar la oportunidad de que quiera hacer otro tipo de trabajo? Esto último nosotros lo estamos haciendo en nuestro CEE, para que nuestros trabajadores puedan acabar en una empresa que nosotros llamamos ordinaria, que no sea para un colectivo ni un CEE. En ese momento hicimos un cambio, y decidimos que si había gente que probablemente deseaba quedarse en DAU trabajando toda la vida, tendría su puesto de trabajo y las adaptaciones que hicieran falta. Pero también abrimos las puertas a coordinarnos con otros CEE, con empresas ordinarias que estuvieran dispuestas a trabajar con nosotros en la empleabilidad de nuestros trabajadores ya preparados. Esto hace que aunque seamos un centro relativamente pequeño en cuanto a trabajadores (ahora tenemos 28 con discapacidad) tengamos la posibilidad de adaptar ese lugar de trabajo a cada uno de nuestros trabajadores o candidatos a trabajadores

de un modo relativamente fácil. Estar ubicados en Barcelona, nos permite poder tener acceso y colaboración con un gran número de empresas, sean ordinarias u otros centros especiales de empleo.

Finanzas/ Nuevas tecnologías

1996-2001

- Se lleva una tesorería doméstica, y si hace falta la Junta hace “préstamos”.
- Las inversiones dependen de la concesión de donaciones.
- En el 1999 nos hacen donación de un ordenador e impresora.
- Las tareas administrativas se hacían con máquina eléctrica.

Cambio DAA

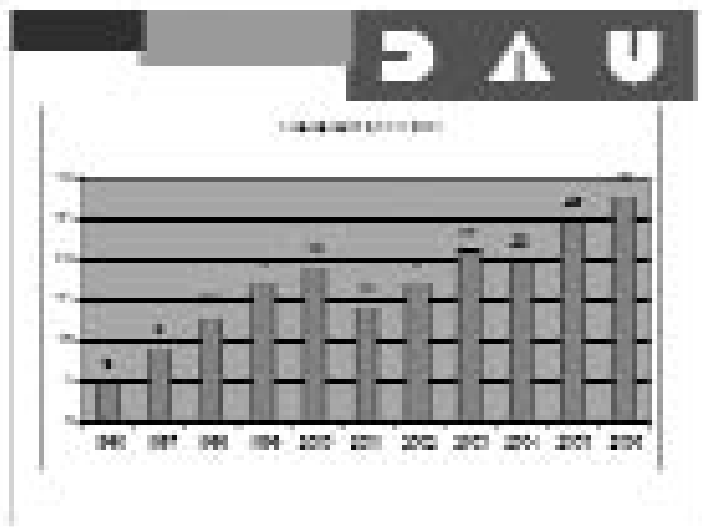
2002-2006

- Plan de tesorería, productos bancarios para la financiación de la empresa.
- Proyectos de inversión, financiación, plan de viabilidad, seguimiento y evaluación.
- Red Intranet de 6 ordenadores, sala informática para los trabajadores, conexión ADSL.
- Informatización y profesionalización de Administración/ Contabilidad.

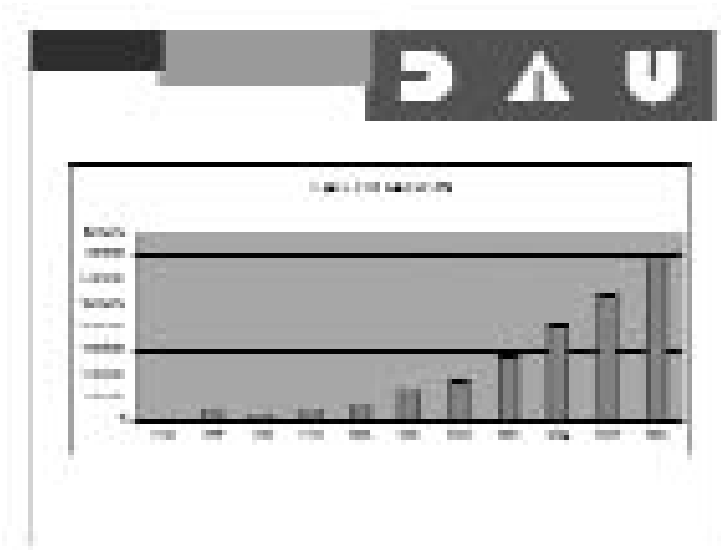
Resultado del Cambio a partir de 2002

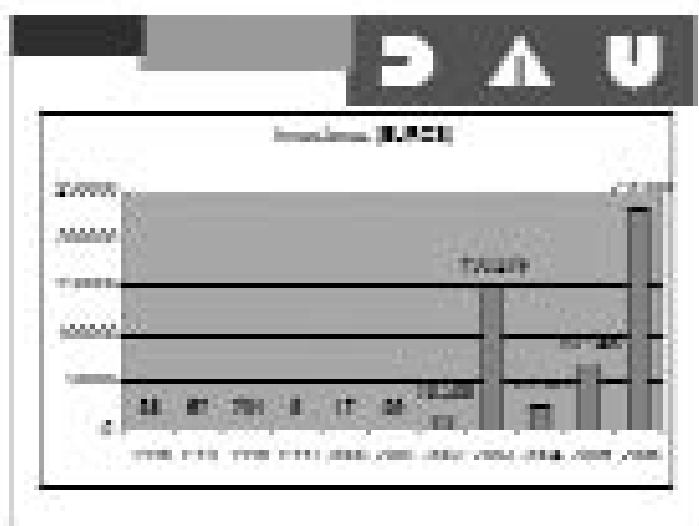
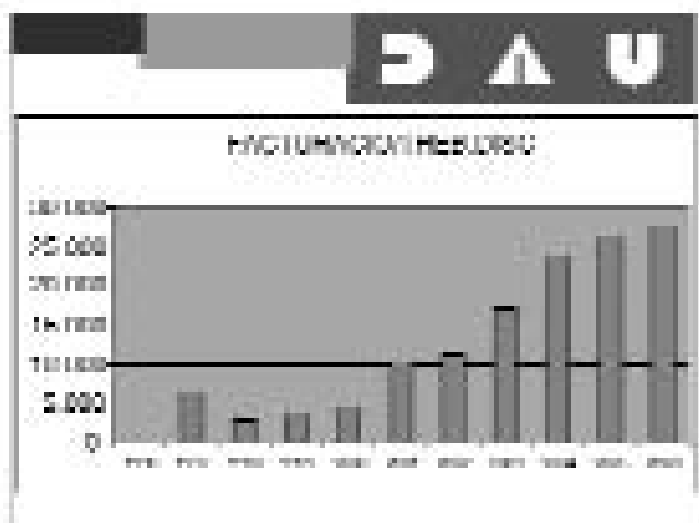
- Trabajadores contratados.
- Facturación.
- Facturación por trabajador.
- Inversiones.

En cuanto a la cantidad de trabajadores y el impacto social que hemos tenido, vemos que en el 2001 hay una bajada de trabajadores. Esta fue la época crítica. La gestión empresarial no iba bien, no había beneficios, había perdidas en aquel momento, la gente que se daba de baja, a partir del año 2002, no se suplía con nuevos trabajadores. Entre el 2001 y 2002 fue el periodo en que se gestiono el cambio, y no nos queríamos arriesgar a dar expectativas a más personas. Se paró la contratación y se mantuvieron los que ya estaban. A partir del 2003 ya se empezó de nuevo a generar más puestos de trabajo, sobre todo en el 2005.



A partir del 2003 se pudo empezar a pagar todo el sueldo mínimo interprofesional a los trabajadores. Antes se pagaba el 75%, sencillamente porque eran los resultados empresariales que había, mientras que en este momento ya está cobrando el sueldo íntegro.





Por fin, hace tres años acabamos de definir cuál es nuestra misión: mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental a través de su incorporación al mundo laboral, protegido u ordinario, con condiciones laborales y remuneración digna.

La misión que tiene DAU es, por un lado, garantizar la calidad de las prestaciones de servicios a todos sus clientes -trabajadores, usuarios, empresas, socios y otros colaboradores-, y por otro lado se propone la autofinanciación de sus centros de trabajo.

Nuestra estrategia la tenemos muy clara: ayudar a todas estas personas que vienen a pedirnos trabajo facilitándoles un lugar de trabajo, sea en nuestras empresas o en otras empresas. Pero nuestra responsabilidad es seguir cada caso y cada mejora en el lugar de trabajo, aunque no sea en nuestras propias empresas. Ese es nuestro compromiso.

Una cosa importante que destacamos es que nos hemos propuesto la autofinanciación de nuestros centros de trabajo. Evidentemente como en todos los CEE recibimos unas ayudas, pero creemos que la viabilidad de estos puestos de trabajo a largo plazo está en poder ser autosuficientes. Esto quiere decir que debemos innovar en los procesos porque muchas veces hay que compensar la baja productividad de la persona con discapacidad. Esa falta a veces de productividad o a veces este excesivo absentismo que tenemos hay que compensarlo con unas metodologías de trabajo y unos procedimientos que te permitan ser igual de productivo.

Lo que consideramos crítico son los proyectos que tenemos preparados. En estos momentos hemos optado por el crecimiento y el crecimiento no va a venir solo. No se trata sólo de crecimiento en estructuras, sino también en diversificación de servicios que queremos dar a las empresas y sobre todo en la especialización de manipulados.

Área nuevos proyectos

1996-2001

- Ante las necesidades de inversión se hacían solicitudes de donación o subvención por creación de lugares de trabajo.

Cambio DAU

2002-2006

- Procedimiento de elaboración, presentación, seguimiento y evaluación de proyectos.
- “Traslado, ampliaciones y mejoras del CEE Taller DAU” 2002-2003.
- “Comercio de Proximidad DAU Intim” 2003-2005.
- “Proyecto de ampliación y especialización del CEE taller DAU a servicios de acondicionamiento de medicamentos y de instalaciones sección cosmética” 2005-2006.

Muchas Gracias.



Mesa redonda

Calidad en el proceso de rehabilitación psicosocial

Modera:

D. Alberto Roy

Presidente de ASIEM. Miembro de FEFES

Ponentes:

D. Juan J. Moreno

Técnico de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad

D. José Ignacio Dorca

Técnico en Calidad de ASCASAM. Miembro de FEFES

D. Alberto Roy

Presidente de ASIEM. Miembro de FEFES

Buenas tardes a todos. Vamos a iniciar la segunda mesa de la tarde.

Soy Alberto Roy, pertenezco a la Asociación ASIEM de Valencia y como tal integrante de FEFES-Comunidad Valenciana. La mañana la hemos dedicado a hablar de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias. Este reto que se planteó FEFES ya hace años es el tema fundamental de estas jornadas y también el de nuestra mesa, que en concreto trata de la Calidad en el Proceso de Rehabilitación Psicosocial. En esta mesa van a participar Juan J. Moreno, Técnico de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad, y José Ignacio Dorca, Técnico en Calidad de ASCASAM, miembro de FEFES. Cada uno de ellos nos va a hablar de los distintos aspectos de la situación en salud mental.

El primero será Juan J. Moreno que ha sido interlocutor del colectivo asociativo en estos últimos años, conoce muy bien nuestras reivindicaciones y espero que lo tenga en cuenta en su exposición y recoja pues alguna de estas reivindicaciones que le hemos transmitido. Le doy la palabra y que empiece su exposición.

D. Juan J. Moreno

Técnico de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad

Organización de los Servicios de Salud Mental

Buenas tardes a todos. En primer lugar, agradecer a la organización de FEAFES que ha tenido la amabilidad de invitarme a estas jornadas y en segundo lugar pedirles disculpas porque seguramente no les gustará mi intervención. Les anticipo que no voy a abordar temas asistenciales, ni temas de calidad. Incluso, y pido perdón a la mesa, no voy a ceñirme al apartado que pone literalmente porque entiendo que a lo largo de estos días de Congreso seguramente lo habrán tratado con profundidad y mejor de lo que yo se lo puedo transcribir a ustedes.

En todo caso, el problema de la salud mental no es reciente. De hecho, en la mitología griega existía un personaje que era la esfinge. Ésta fue enviada a los tebanos como castigo de los dioses del olimpo y tenía como función devorar a aquellas personas que no respondieran a dos enigmas. Muchos fueron devorados por la esfinge hasta que llegó Sísifo, el más listo de los ciudadanos tebanos. Entonces la esfinge le hizo dos preguntas, la primera era: ¿cuál es el animal que en la infancia anda a 4 patas, en el periodo adulto va a 2 y cuando es adulto va a 3? Y Sísifo de una manera peyorativa le dijo: “Ni te contesto, porque me parece tan fácil tu pregunta que casi me insultas. Quiero que me hagas la segunda y que realmente esté a mi altura”. La esfinge estuvo pensando un tiempo y le preguntó después cómo organizarías la salud mental. Sísifo se quedó sin respuesta y le esfinge le devoró.

Como les comentaba, esto es un tema que viene de lejos porque además en ciertos foros como es este, el tono formalista o académico no va muy acorde con la necesidad de este auditorio. De hecho, les quiero comentar una anécdota personal mía, aunque les

ruego que no la trasladen mucho más allá. Hace dos años yo estuve en un congreso internacional y venía un profesor japonés de Tokio a hablarnos de las diferencias de la salud mental que había detectado entre un barrio urbano de Tokio y otro cercano pero rural. Yo disfrute de esa ponencia porque la mitad de ella la dormí. Es cierto que había auriculares y era en inglés y aquel sonido me iba adormeciendo, menos mal que no era el anfitrión, y estaba hacia el final... Se lo vengo a decir porque la mitad de la conferencia me la perdí, pero no acabo ahí mi desgracia. Luego en la cena, casi coincidí en frente de él. Entonces, en un inglés absolutamente macarrónico, intentamos hablar de cuestiones de salud mental. Vimos que en realidad tampoco nos entendíamos porque la salud mental para él era la salud mental japonesa, y yo estaba hablando de otra salud mental, la de España y concretamente la de la Comunidad Valenciana. Al final acabamos hablando de las virtudes del arroz y de lo bueno que estaba el arroz que nos estábamos comiendo. Con esto les quiero decir que seguramente organismos como la OMS o la Unión Europea, incluso me atrevo a decirles que a veces el ministerio, quedan realmente lejos de los problemas cotidianos que tienen los familiares y las personas con enfermedad mental. Este modelo global (no sólo en salud mental sino en muchas más disciplinas) que se viene propugnando, a mí particularmente no me convence.

Todo lo que voy a decir, por supuesto, es a título personal. Yo no represento a nadie, es una opinión que emito esta tarde y por tanto están ustedes en su derecho a discrepar de ella. Creo que lo que debemos hacer es pensar en global pero actuar en local. Aquellos aspectos de la globalidad, aquellas instituciones supranacionales que puedan aportarnos cuestiones interesantes, nos pueden ir muy bien. Pero creo que lo que nos interesa fundamentalmente a los pacientes, por extensión a sus familias y también, cómo no a los profesionales y a la administración, es de qué manera aplicamos eso a la cotidianidad, a nuestro entorno donde vivimos.

Por otra parte, yo también he de decirles que el termino “comunitario” particularmente a mí como tal no me gusta mucho. En su etimología probablemente esto arranque de las raíces del desembarco de los puritanos en Nueva Inglaterra, y en ese tiempo se empleaba de un modo maniqueo: o estamos en la comunidad o no estamos en la comunidad. Creo que hemos a veces empleado el término comunitario en ese sentido, y eso es un error. Todos estamos dentro de la comunidad, no hay nadie que no lo esté, porque la sociedad somos todos, absolutamente todos, y eso es un aspecto que a mí me parece bien. Pero yo aquí si que hilaría un poco más fino y me atrevo a decir que lo comunitario es todo, porque todos somos parte de esa comunidad. En este sentido entonces también tendríamos que ver un poco, después de 21 años largos de la Ley de Sanidad, en qué hemos fracasado, en qué nos hemos podido equivocar, que seguramente haya sido en bastantes cosas.

102

A mí me pidió la organización un pequeño esquema de la exposición y hablaré sólo de 4 puntos: la prevención; la autoayuda; la coordinación y la comunicación; y la calidad. Los puse intencionadamente porque todos hablamos de esos puntos, se escriben tratados, se rescriben libros, hay congresos. Pero después en el día a día, yo lo no veo, es algo que parece que se diluye, como que no existe. También les propondría otra cuestión y es que a mí ha habido dos modelos que me han impactado. Creo que tenemos que dar un salto, y estamos dando un salto importante, pero todavía no hemos aterrizado de ese salto. Hemos pasado de una asistencia psiquiátrica, de un modelo de asistencia de psiquiatría a, de repente, empezar a llamarse salud mental, que es un término mucho más amplio. A mi modo de ver estamos en un proceso de salto, aún no hemos aterrizado y yo creo además que en el aterrizaje en el planTEAMIENTO de salud mental nos hagamos “algún daño”.

Entonces se me ocurre que a lo mejor hay que imitar a algunos otros modelos. Por ejemplo voy a citar dos. El primero es el de las

discapacidades sensoriales, en concreto la evolución de la ONCE. Este es un modelo de unas personas con una discapacidad que durante unos años vendían cupones muy pequeños y que difícilmente les daba para llevar a cabo sus proyectos. Hubo un cambio de paradigma y como consecuencia de este cambio, y seguramente de muchos otros factores, la ONCE pasó de ser una organización subsidiaria, secundaria, a tener un protagonismo innegable.

Hay otro modelo que a mí me ha llamado la atención siempre y que he seguido un poco de cerca, que es el modelo de la oncología. Hace años se escuchaba decir “ha muerto de una larga y dolorosa enfermedad”, en lugar de decir que ha fallecido de cáncer. Actualmente el movimiento asociativo y toda la sociedad en general está mucho más concienciada con el cáncer. De hecho, si entran en la página web podrán comprobar que tienen una infinidad de recursos no solamente de detección precoz, sino también de abordaje terapéutico, de rehabilitación. Después, para aquellas personas que han superado procesos tumorales (y que afortunadamente son cada vez más) existe también un apoyo. Pero incluso más, en algunos casos ya se patentan implantes, por ejemplo estéticos, para aquellas personas que se las extirpado un tumor y como consecuencia ha habido que extirparles una mano.

Estos dos ejemplos me parecen no a imitar, pero sí por lo menos a reflexionar. Si bien nuestras necesidades puedan ser parecidas a las de las personas con discapacidad física, en los últimos años, en la última década o en los últimos 15 años nos han adelantado por la izquierda y por la derecha. Creo que nuestras barreras arquitectónicas no se ven, no son rampas que se ponen en las aceras, pero son tan importantes o más que ellas. Lo cierto es que también estaban en una situación de marginación, han hecho un esfuerzo, y posiblemente la sociedad también ha sido más “permisiva” con ellos.

Pero yo creo que a nosotros nos faltan algunas cosas, entre ellas por supuesto que nosotros mismos estemos convencidos de que

las personas que padecen algún trastorno a lo largo de nuestra vida, según datos de las OMS, podemos ser uno de cada cuatro personas. Esto quiere decir que es un colectivo muy importante, y estar en este colectivo nos puede tocar a cualquiera. Y de ahí nace la segunda idea errónea, es decir, a mí no me puede afectar. ¿Cómo que no? No sólo hablamos de trastornos de los denominados mentales graves, hay mucha tipología dentro de la salud mental.

Hemos pasado de un planteamiento psiquiátrico fundamentalmente farmacológico y de contención, y ahora estamos en tránsito hacia otros modelos organizativos, que permitan una integración real. Y esa integración real tiene que pasar porque todos sepamos que somos potenciales pacientes. De hecho, por eso decía antes lo de que no me gusta lo de “comunidad”, porque la comunidad somos todos: los pacientes. Es decir, nosotros como potenciales pacientes deberíamos ser los primeros en defender que tenemos derechos, que queremos mantener nuestros derechos. Y en ese sentido el esfuerzo que hacen ustedes, las familias y las asociaciones, supone no sólo un desgaste para ustedes -personal, psíquico, laboral- sino también por extensión es un desgaste social.

Yo creo que aquí hay un trabajo de todos. El modelo que yo les propongo es un modelo global, y no me refiero a lo que dice la OMS ni la UE. En este caso la sociedad española es lo que nos demanda. Tenemos algunos hándicaps que yo creo que se deberían solucionar y que no son sencillos. Pero no es tan difícil como a veces he escuchado aquí. Los medios de comunicación tienden a verter informaciones sobre acciones violentas muy puntuales; y las veces que están asociadas con personas con alguna patología mental es una noticia que figura al principio y con una potencia mediática muy importante. Este es un primer factor que habría que evitar para que la discriminación fuese menor. Y digo menor, porque el concepto de rehabilitación no es un concepto unívoco. No todos los pacientes pasan de un problema de salud mental a estar rehabilitados en un

corto tiempo. A lo mejor tendríamos que pensar que la rehabilitación puede ser una reducción de síntomas, una estabilización; y con esa reducción de síntomas y con esa estabilización se podría trabajar. Seguramente hay mucha gente no conocemos y está trabajando con problemas de salud mental.

En todo caso, yo quiero hacer hincapié en que ustedes tienen una especial importancia en la prevención. Tradicionalmente se hablaba de tres tipos de prevención. La primaria para prevenir que surjan nuevas patologías. En este caso los pacientes y las personas que les acompañan, sus familiares, tienen una enorme importancia. Porque si somos capaces de establecer programas psico-educativos eficientes y eficaces afrontaremos mucho mejor el estrés que seguramente se va a desencadenar.

Pero también en las denominadas secundaria y terciaria, es decir, cuando el paciente ha entrado en una fase asistencial, porque creo que como factor de autoayuda son esenciales los ejemplos de personas que han conseguido superar la enfermedad (y hay muchos ejemplos de ello). Las personas con problemas de salud mental podrían ser los primeros monitores de otras personas que en esos momentos están en fase de crisis. El problema, seguramente, es un problema más de magnitud. Quiero decir que cuando se produjo el accidente del metro de Valencia en julio del año pasado, se concentró en muy poco tiempo la atención sobre patologías de salud mental. Esto es lógico, y mediáticamente tuvo una gran reverberación como lo han tenido otros eventos traumáticos. Diría que una de nuestras dificultades es que, como tenemos a familiares o personas allegadas con problemas de salud mental, no tenemos esa capacidad de expresión frente a la sociedad.

Y yo creo que eso es un poco lo que a mi modo de ver echaría en falta. Echo en falta un poco que nos decidamos a dar ese salto. Es un poco la idea que me gustaría transmitirles, posiblemente la única que en el fondo subyace: estamos en un tránsito -repito- desde un

planteamiento que todavía no se ha superado de asistencia psiquiátrica; al menos no se ha superado en todas las comunidades y de hecho, en todas las comunidades está desigualmente implantado. Recientemente se han evaluado unas estrategias por parte del Ministerio de Sanidad y con la colaboración de las Comunidades Autónomas en las que se ha tenido un consenso unánime. Lo que yo me temo, es que probablemente se queden en eso, en un conjunto de estrategias aprobadas unánimemente, si no damos un paso más allá todos, los profesionales, los pacientes, los familiares y por su puesto la administración y las empresas. Porque el mundo laboral también tiene que implicarse, no puede permanecer ajeno el mundo laboral al igual que lo hizo en el pasado con las personas con discapacidad física. No va a ser un proceso inmediato, pero sí quiero transmitirles que nosotros los profesionales, la administración, la sociedad civil, el movimiento asociativo, llevemos una coordinación, tenemos que sentarnos todos. A veces es un problema de recursos económicos, es cierto, pero otras veces no. Sino que es un proceso de optimización de recursos, de voluntad de diálogo, que lamentablemente a veces o no la hay o es muy escasa. Y con esto reitero mi agradecimiento y vuelvo a pedirles disculpas porque seguramente esperaban otra intervención. Muchísimas Gracias.

D. José Ignacio Dorca

Técnico en Calidad de ASCASAM. Miembro de FEFES

Implantación de un sistema de Gestión de Calidad

El proceso de implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) en ASCASAM parte de las Jornadas FEFES Siglo XXI. A partir de aquí empieza a trabajarse en el estudio de la implantación, recursos necesarios, etc.

El primer paso consistió en la elaboración de un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de la asociación, teniendo en cuenta la situación dentro de su contexto, tanto por su ubicación geográfica como por sus recursos y el área de interés en el que se desarrollan sus actividades.

El siguiente paso consistió en establecer una serie de Líneas Estratégicas consideradas básicas:

- Actividades que se desarrollan para cumplir objetivos derivados de misión.
- Sostenimiento y financiación de la Asociación.
- Los miembros de la Asociación y sus relaciones.
- La comunicación externa y las relaciones con otros.

Aquí empezó el trabajo realmente duro. Por un lado había que desarrollar estas Líneas Estratégicas, para darle forma y consistencia de Plan Estratégico para nuestra Asociación, marcando una serie de objetivos, con sus respectivos Indicadores de seguimiento, responsables de los mismos y plazos en los que se debían alcanzar; y planificar todo un sistema de gestión nuevo, sobre el que no se tenía experiencia alguna.

Esta segunda parte conllevó el estudio de las alternativas existentes para poder llevarlo a cabo:

- Se decidió contratar a un profesional a media jornada para que desarrollara el Sistema.
- Se contrató la asistencia de una Consultora para que nos ayudara a alcanzar el objetivo de implantación en un tiempo no demasiado largo.
- Se apostó por el Modelo de Excelencia E.F.Q.M., por estimar que se ajustaba mejor a lo que buscábamos, aún siendo conscientes del mayor esfuerzo que nos iba a requerir.

En estos momentos sólo nos resta conseguir la Certificación Externa, según el Sello Bronce del Modelo, lo que esperamos realizar antes del verano. No estimamos que existan demasiados problemas para conseguirlo, pues disponemos de los puntos necesarios e incluso un “colchón” de margen de confianza.

Las principales ventajas que hemos encontrado en los C.PR.S. tras la aplicación de todo este proceso, podemos resumirlas en:

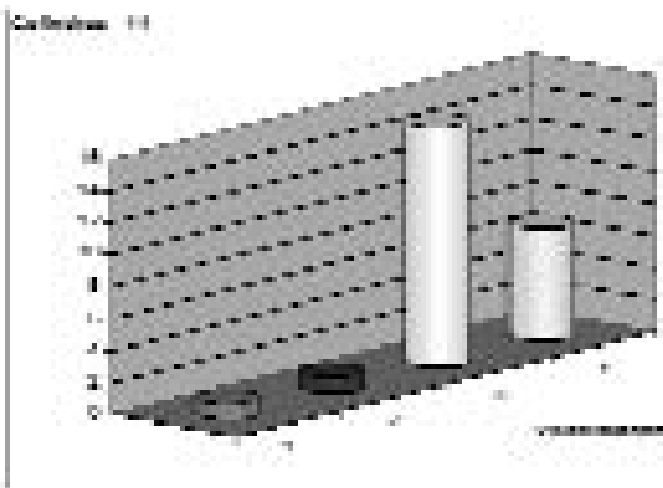
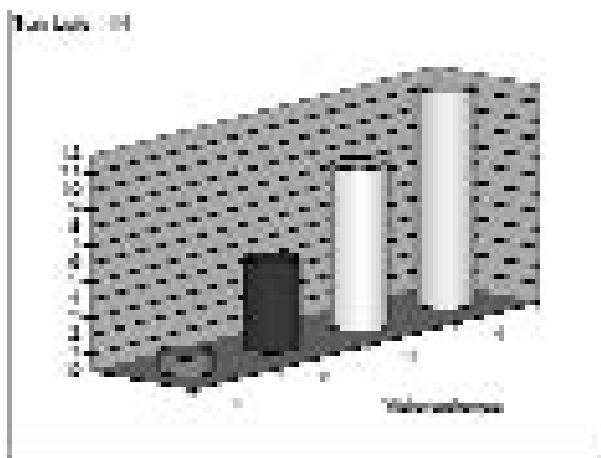
- 1) Funcionamiento de los centros más uniforme y por lo tanto eficaz, tanto a nivel interno de cada centro, como entre los distintos centros. Se ha conseguido sistematizar el trabajo desde todos los ámbitos: sugerencias de mejora de programas, análisis de resultados en los usuarios, valoración por usuarios y familiares, etc.
- 2) Mayor cohesión entre los profesionales de cada Centro, lo que proporciona mayor sentimiento de pertenencia al Equipo. Todos conocen claramente sus funciones, y cómo se encuadran dentro de los objetivos de cada Programa. Todos pueden participar en la mejora de los Programas según cauces establecidos, y que de ser aprobados se exportarán al resto de los Centros (y puede que a los otros Servicios).
- 3) Los centros han conseguido una mayor interrelación entre ellos. Aunque los programas siempre han sido comunes, ahora las mejoras o modificaciones que surgen en cada uno de ellos, son

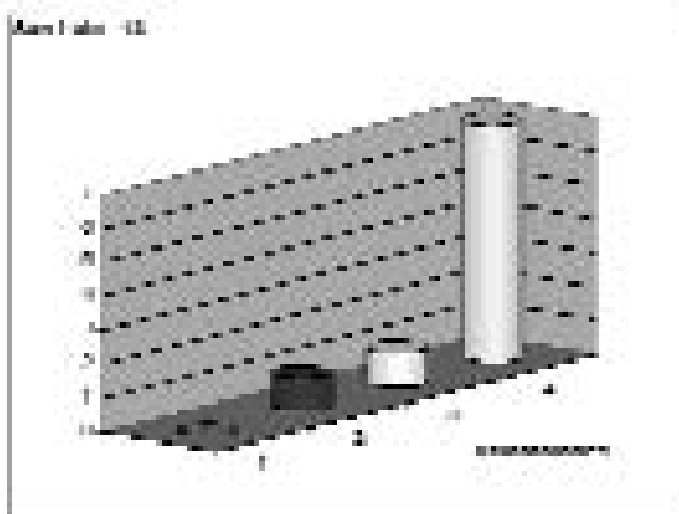
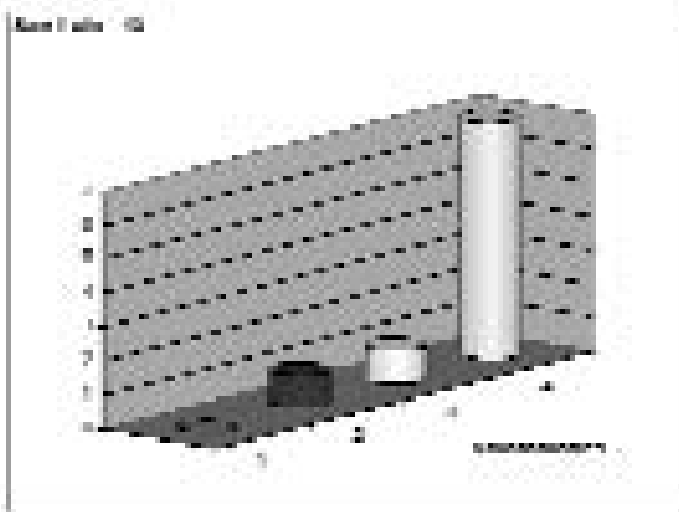
rápida y fácilmente exportables a los otros. Asimismo, los resultados obtenidos con los usuarios en cada Centro, y la apreciación de cada Centro por usuarios y familiares, permite comparar los Centros y proporciona así un elemento de mejora para los restantes.

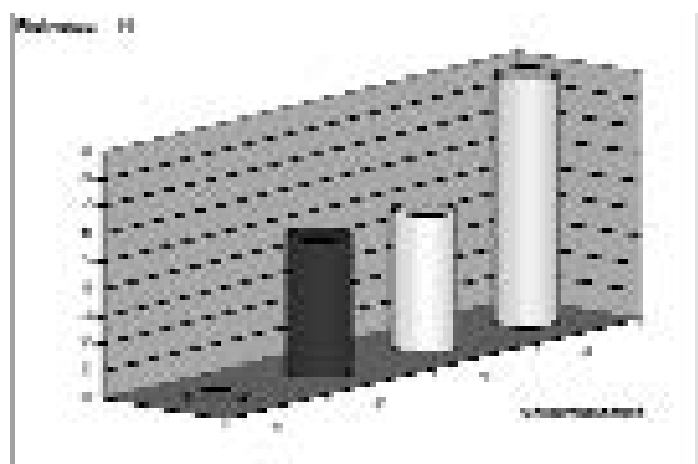
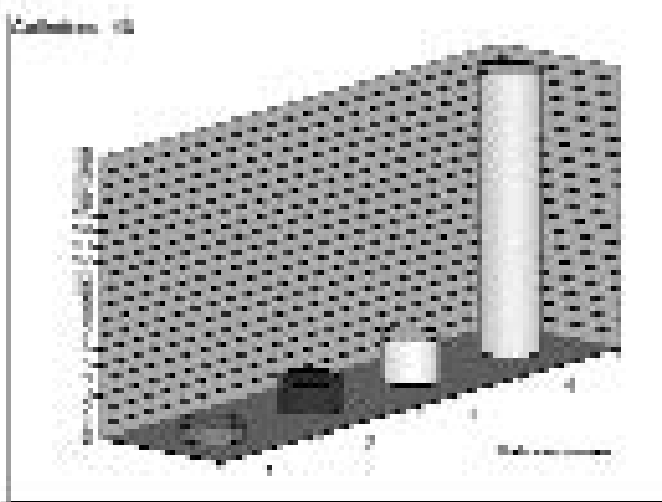
- 4) La incorporación de nuevos profesionales a cada Centro se ha facilitado. Casi desde el primer momento, el nuevo profesional conoce perfectamente sus funciones y cómo debe desarrollarlas. Se evita así el que el profesional se vea “perdido” y que los usuarios lo perciban, con lo que se sienten más seguros con el nuevo profesional.
- 5) Incluso los profesionales más veteranos tienen una documentación soporte a la que recurrir cuando tengan dudas sobre cualquier aspecto de los programas, o sobre cualquier aportación a los mismos que quiera realizar.
- 6) Esta es la principal ventaja que hemos encontrado, los usuarios y sus familiares, nuestros auténticos grupos de interés, han evaluado muy positivamente el funcionamiento de los Centros, lo que ha quedado reflejado en las encuestas de satisfacción que les hemos pasado. Como resumen de las mismas, presentamos los resultados obtenidos para la pregunta: “¿Recomendaría ASCASAM a otras personas con problemas relacionados con la Salud Mental?”

Implantación de un sistema de Gestión de Calidad en ASCASAM

Usuarios









Mesa redonda

Realidad y oportunidades de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para las personas con enfermedad mental

Modera:

D. José Luis Gutiérrez

Secretario de FEAFES

Ponentes:

D. José M^a García

Adjunto al Director General del IMSERSO

D. Francisco J. Reverte

Secretario Autonómico de Prestaciones

Sociosanitarias de la Conselleria de Bienestar Social

D. José Luis Gutiérrez

Secretario de FEA-FES

Buenas tardes a todos, soy José Luis Gutiérrez, pertenezco a FEA-FES- Andalucía y soy Secretario de la Confederación. Me corresponde abrir esta mesa de la XV Jornadas FEA-FES, que lleva como título genérico “Realidad y Oportunidades de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para las Personas con Enfermedad Mental”.

El trámite parlamentario que ha seguido esta ley ha sido bastante lento en las Cortes. Se trata de una ley pensada en principio para la tercera edad. El movimiento asociativo integrado en FEA-FES a través del CERMI dio la batalla para que se incluyera también a las personas con enfermedad mental como beneficiarios de esta ley y conseguimos que en el texto que definitivamente se aprobó incluyera específicamente entre otros colectivos a las personas con enfermedad mental. El segundo escollo que hubo que salvar fue su baremación. Una baremación que también inicialmente estaba pensada para la dependencia de carácter físico. Igualmente FEA-FES a través del CERMI hizo hincapié en que las personas con enfermedad mental deberían contar con un baremo específico para ellos y tras unos meses de negociaciones, se incluyó en el texto esta baremación específica, a la que se alude precisamente en la referencia que se ha dado hoy del Consejo de Ministros, celebrado en La Moncloa. Ésta ha quedado específicamente diseñada para las personas con enfermedad mental. Así que ahora queda el tercer y último escollo, el definitivo, es decir, poner los recursos personales y materiales necesarios para que los servicios y prestaciones que contempla la ley, se hagan efectivos.

D. José M^a García

Adjunto al Director General del IMSERSO

Oportunidades de la ley 39/2006 para las personas con discapacidad por enfermedad mental. Centro de referencia de salud mental

Buenas tardes. Gracias a los organizadores, gracias a FEADES por la amable invitación que han hecho al IMSERSO a participar en estas Jornadas. Estoy encantado de compartir la mesa con Francisco Reverte, amigo mío, porque simboliza muy bien la naturaleza de esta nueva Ley, cuyo desarrollo exige una gran cooperación entre los tres niveles de la Administración, especialmente entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

Estoy hablando de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

1. Los trastornos mentales en la Ley 39/2006 de Autonomía y Dependencia.

Sin entrar en un análisis detallado de sus contenidos, para el que no tenemos tiempo y, además, presumo que es bien conocido por la mayoría de los presentes, sí quisiera resaltar algunos valores de esta Ley, por el impacto positivo que tiene para el colectivo de personas con enfermedad mental.

La esencia de la Ley 39/2006 podríamos resumirla en que establece un derecho nuevo, el derecho que tienen las personas dependientes a acceder a una serie de prestaciones y servicios bien definidos, que se organizan para garantizar su atención en un Sistema de nueva creación: el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (S.A.A.D.)

Lo primero que quiero resaltar es que esta Ley es importante por dos razones: establece un nuevo derecho subjetivo, como el de Sanidad, Educación, Seguridad Social, (por primera vez en el ámbito de los servicios sociales) y crea un nuevo sistema proveedor el S.A.A.D. Realmente, es pionera en garantizar un derecho subjetivo en Servicios Sociales y tampoco es habitual la creación de un nuevo Sistema, en este caso deberíamos de hablar de un subsistema del Sistema de Servicios Sociales, pero de tal envergadura que está llamado a recomponer el marco global de los Servicios Sociales.

Decimos que insta un nuevo derecho subjetivo, que significa que están perfectamente definidas las personas que tienen el derecho y los requisitos que deben cumplir, que se han concretado las prestaciones y servicios y que tienen un procedimiento formalizado para el reconocimiento de la situación de la dependencia y para el reconocimiento del derecho. Y, finalmente, que la resolución que se dicte si no se estuviera de acuerdo, podrá recurrirse en vía administrativa y vía jurisdiccional.

Por supuesto, para garantizar el disfrute real del derecho reconocido a servicios y prestaciones, se crea un Sistema proveedor con la suficiente dotación económica para atender las atenciones reconocidas. No vale alegar falta de recursos ante un derecho subjetivo reconocido.

Pero, más allá de la trascendencia de esta Ley en el Sistema de Servicios Sociales, nos interesa comentar el impacto que va a tener para las personas con trastornos mentales.

Tengo que empezar diciendo que es verdad que en la última fase de la tramitación de la Ley, se hizo un esfuerzo especial, a instancias fundamentalmente del movimiento asociativo, para que la especificidad de las personas con enfermedad mental se contemplase mejor y, sobre todo, se visualizara de forma más clara en el texto de la Ley y de los Reglamentos.

Esto supuso retocar el concepto de Dependencia reseñando la autonomía, crear un baremo específico (versión DI/EM) para valorar mejor las situaciones de dependencia de las personas con discapacidad mental y de aquellas con enfermedad mental, y cuidar que las atenciones a ofrecer por los servicios del catálogo fueran definidas de manera abierta de modo que permitan su adaptación a cada tipo de dependencia.

El esfuerzo mayor, sin duda, se centró en el sistema de valoración de la dependencia. Como saben, ya se ha aprobado un procedimiento muy riguroso de valoración, que trata de conseguir el mayor grado posible de objetividad y de equidad.

Este procedimiento de valoración consta de:

- 1) Unos acuerdos sobre criterios básicos comunes de actuación y sobre la composición y funciones de los órganos de valoración.
- 2) La aprobación en Real Decreto de unos baremos únicos para todo el estado.
- 3) Sendos manuales de uso para el Baremo de Valoración de la Dependencia (B.V.D.) y para el Escala de Valoración Especifica de la situación de dependencia en edades de 0 a 3 años (E.V.E.).

El Real Decreto de Baremos, parte esencial del procedimiento de valoración, establece un Baremo de Valoración de la Dependencia (B.V.D.) y una escala específica para los menores de 3 años (E.V.E.); define los intervalos de puntuación para cada grado y nivel; y se acompaña de formularios para la recogida de información y para ponderar cada tarea y actividad en una escala de 0 a 100 puntos.

Se procedió, como dije, a crear además un baremo específico (DI/EM) en el que se introdujo una actividad nueva a valorar (toma de decisiones) que obligó a reponderar el resto de actividades, fundamentalmente a la baja aquéllas de naturaleza más motórica. Además se hace más hincapié en una más correcta interpretación

de los “problemas de desempeño” y de los “grados de apoyo”, tanto en el Manual de Uso como en la formación de los valoradores.

La pregunta que nos interesa contestar es si este sistema de valoración es sensible y capta a aquellas personas con enfermedad mental que estén en situación de dependencia.

Antes de contestar, es bueno precisar que no debemos identificar personas con discapacidad (que tienen limitaciones a la hora de realizar actividades) con personas en situación de dependencia (que también tienen limitaciones a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria - comer, beber, ir la baño, cuidar de su salud, tomar decisiones, etc – y además precisan de la ayuda de otra persona para realizar esas actividades). Estamos hablando del segmento más grave del colectivo de personas con discapacidad.

Aclarado esto, la respuesta es: claro que esta Ley protege a las personas con trastornos mentales, pero no a todos: sólo a aquellos que se encuentren en situación de dependencia, de acuerdo a cómo los define la Ley y los valora el sistema establecido para ello.

Y éstos ¿van a ser muchos? ¿cuántos pueden ser?. No tenemos una respuesta exacta a esta pregunta. Si les puedo decir que los baremos se han elaborado de forma muy rigurosa (con la intervención de las Universidades de Salamanca y Autónoma de Barcelona), que ha habido un pilotaje sobre 2.500 personas (comparando las puntuaciones en A.T.P. B.V.D. y Barthel), que la versión DI/EM del Baremo fue analizada, finalmente, con técnicos de FEALES y del CERMI sobre casos reales y después de todo este proceso podemos asegurar que el baremo actual define como dependientes a aquellas personas con enfermedad mental que sí lo son. Por ejemplo, en el pilotaje efectuado, aquellas personas con enfermedad mental que tenían un grado de minusvalía de más del 75%, cuando se les paso el baremo de A.T.P. y el B.V.D. (versión DI/EM), este último baremo catalogaba como dependientes a más personas que el actual A.T.P.

Hay que decir, no obstante, que éstas son valoraciones de “laboratorio” y que sólo cuando se empiece a valorar sabremos con certeza si el baremo efectivamente nos sirve para captar a las personas con enfermedad mental dependientes. Aun, en el caso de que hubiere disfunciones, la disposición adicional tercera del R.D. mandaba que se haga una evaluación y se propongan las modificaciones oportunas.

2. Los C.E.R. en el marco del S.A.A.D.

Más allá de estos valores que he resaltado, hay algunos contenidos en la Ley 39/2006 que sí me gustaría comentar porque, entiendo, que tienen un gran potencial de desarrollo y porque son de gran aplicabilidad a las personas con enfermedad mental. Me referiré, fundamentalmente, a dos:

- Los servicios de promoción de la autonomía, y
- Las medidas para garantizar la calidad del S.A.A.D.

Los servicios de promoción de la autonomía, que según la Ley podrán ser únicos o formar parte de los restantes servicios del catálogo (por ejemplo, de los servicios que oferte un Centro de Día) comprenden actuaciones de orientación, rehabilitación, terapia ocupacional, tecnologías de apoyo, apoyo comunitario, intervención de familias, etc. que son de mucho interés para el colectivo de personas con enfermedad mental, sobre todo los no muy cronificados.

Los otros contenidos, a los que quiero llevar su atención, son las medidas para garantizar la calidad, que la Ley da mucha importancia (les dedica un título entero: el Título II) y la razón es que nos ayudará a comprender el C.E.R. de Valencia.

La Ley 39/2006 cuida con mucho esmero la mejora de la calidad de los recursos del S.A.A.D. Son tres las grandes líneas de acción que se plantea al respecto:

- La tecnificación del S.A.A.D., a través de la aplicación de las nuevas tecnologías, tanto a la gestión como a los cuidados de las personas dependientes: sistema de información, tecnificación de las valoraciones y de la gestión de prestaciones, ayudas económicas para tecnologías de apoyo, accesibilidad y adaptación del hogar, etc.
- La profesionalización del S.A.A.D. mediante una especial atención a la cualificación y formación de los profesionales y mediante la mejora continua de las condiciones laborales (por ejemplo, formación y seguridad social de los cuidadores familiares).
- La acreditación y normalización de los recursos y servicios que integran la Red (protocolos, indicadores, estándares, guías de buenas prácticas, costes de servicios, sistemas de acreditación y de evaluación, etc.)

Pues bien, en este marco de cooperación interadministrativa es donde la Ley, en su artículo 16, sitúa a los Centros Estatales de Referencia como recursos integrantes del Sistema y realizando las funciones propias que corresponden a la AGE, que no son otros que la promoción de recursos especializados y el impulso y apoyo a la mejora de la eficacia y calidad de los recursos existentes.

Es importante resaltar en estos momentos que los CER del IMSERSO son dispositivos del Sistema de Servicios Sociales que desarrollan actuaciones de asistencia social y que son recursos estatales, creados y gestionados por la Administración General del Estado. Y esta pertenencia condiciona (y mucho) lo que este tipo de centros pueden hacer y cómo hacerlo. No es su misión ofrecer atención directa, por ejemplo, porque ésta corresponde hacerlo a las CC.AA o Corporaciones Locales.

Sin responsabilidad en la atención directa, nuestra misión es más de promoción: promover recursos especializados sin interferir en las competencias de las otras Administraciones. Promover recursos, significa, por ejemplo:

- Impulsar la creación de servicios y unidades especializadas y vincular en red los existentes.
- Formar especialistas e innovar prácticas profesionales.
- Impulsar y fortalecer el movimiento asociativo, etc.

3. El CER para la atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave de Valencia

El MTAS, a través del IMSERSO, está construyendo un Centro Estatal de Referencia para la atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave en Valencia.

Es un edificio importante, de 12.400 metros cuadrados y con una inversión de 16,5 millones de euros. Está prevista una plantilla de 80 personas, más otras 40 por contratación externa para el desempeño de labores auxiliares (seguridad, mantenimiento, limpieza, etc).

Se trata de un equipo multiprofesional, integrado por profesionales de diferentes disciplinas y con actitudes y metodologías complementarias. Coexisten perfiles sanitarios (psiquiatras, diplomados en enfermería, terapeutas ocupacionales, auxiliares de unidades de enfermería, etc), con perfiles psicosociales (psicólogos, neuropsicólogos, trabajadores sociales, técnicos en integración social, animador sociocultural...) y perfiles de intermediación laboral.

El edificio se organiza en torno a 3 áreas diferenciadas pero interdependientes: servicios comunes (administración, salón, cafetería...), zona para los servicios de rehabilitación psicosocial y de referencia y zona residencial.

Funcionalmente, el CER de Valencia se organiza en:

- Servicios de Referencia.
- Servicios de Atención Directa.

Los *servicios de referencia*, misión genuina de este Centro, tienen como cometido propio “la promoción, desarrollo y difusión de conocimientos, experiencias de buenas prácticas y métodos de intervención especializadas en personas con trastornos mentales graves. En desarrollo de esta misión:

- Gestionarán un centro de información y documentación sobre enfermedades mentales (portal, biblioteca, hemeroteca...), con la función de recopilación, análisis y difusión de datos, informaciones y conocimientos sobre el colectivo.
- Desarrollarán o impulsarán estudios o investigaciones sobre población, necesidades y demandas, evaluación de servicios, equipamiento, métodos y técnicas de diagnóstico o de intervención, etc.
- Impulsarán, programarán e impartirán acciones de formación: formación presencial en colaboración y a distancia.
- Implantarán sistemas de calidad y desarrollarán normas técnicas: protocolos, estándares, indicadores, guías de buenas prácticas, normas de acreditación y evaluación, etc.
- Llevarán a cabo la innovación y el desarrollo de recursos (modelos, programas, métodos, técnicas, etc.)

La atención directa, que se simultanea con los servicios de referencia, se ha de entender como servicios de alta especialización en materia de prevención, promoción de la autonomía y atención integral a las personas con enfermedades mentales y a sus familias.

La atención directa se organiza en el CER de Valencia en:

- Servicios de Rehabilitación Psicosocial e Inserción Sociolaboral.
- Servicios Residenciales.

Los servicios de promoción de la autonomía personal desarrollarán:

- Programaciones específicas de prevención e integrados posteriormente en los planes de prevención sociosanitarios de las CC.AA.

- Programas individuales de rehabilitación: orientación, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales.
- Programas de recuperación profesional y promoción del empleo mediante la orientación y formación ocupacional y la intermediación laboral.
- Programas intensivos de entrenamiento en actividades de la vida diaria y en educación para la salud.
- Programas individuales y familiares de apoyo comunitario: incrementar las habilidades sociales y las competencias de la familia, establecer hábitos normalizados, fomentar el uso de los servicios comunitarios normalizados y fortalecimiento de las redes naturales de apoyo.

Una parte importante de la atención directa va dirigida a las familias. El apoyo a familias comprende:

- Servicios de información y orientación (sobre recursos, consejo psicológico, asesoramiento jurídico).
- Programas de entrenamiento en cuidados y otras actividades de la vida diaria.
- Fomento de grupos de autoayuda y de redes de ayuda mutua.
- Estancias temporales de respiro.
- Impulso y apoyo a la creación, mantenimiento y fortalecimiento del movimiento asociativo.

La atención residencial está al servicio de los procesos de rehabilitación psicosocial. Se estima que unas 100 personas estarán siguiendo un proceso intensivo y temporal de rehabilitación. De ellos, 25 usuarios estarán en el Centro de Día y otros 25 en la Unidad Residencial. El resto (50 personas) asistirán al Centro en régimen ambulatorio.

Quiero finalizar resaltando otra de las características que mejor define a este Centro y que es su trabajo “hacia fuera”. Al no tener

responsabilidad en la atención directa estamos obligados “a trabajar con otros”, a buscar marcos estables de cooperación y a trabajar en red mediante alianzas de colaboración. Sabemos muy bien quiénes han de ser nuestros aliados, prioritariamente los Servicios Sociales de las CC.AA y en este caso los de la Comunidad Valenciana. Pero también, el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental. A todos nos mueve el mismo fin, que los derechos y que las atenciones a estos colectivos vayan mejorando progresivamente.

Muchas gracias por su atención.

D. Francisco J. Reverte

Secretario Autonómico de Prestaciones Sociosanitarias de la Conselleria de Bienestar Social

Papel de las CCAA en el desarrollo e implantación de la Ley

Muy buenas tardes a todos. En primer lugar quiero agradecer la amable invitación de FEAFES a participar en este Congreso. Para mí es un orgullo y un honor poder estar hoy aquí con ustedes.

En los últimos siete u ocho años, cada uno en su distinta administración, hemos venido colaborando para sacar adelante una serie de proyectos y el ánimo siempre es trabajar para aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, por lo que hemos hecho proyectos conjuntos y seguiremos haciéndolos seguramente.

Voy a hablarles de cuál es el papel de las Comunidades Autónomas en el desarrollo e implantación de la Ley. Si ustedes se dan cuenta, España, en los últimos 30 ó 40 años, ha dado un salto muy importante en todos los aspectos: en el económico, en el cultural, en el social, en el político, y eso ha permitido que se haya generado más empleo, más riqueza y por tanto más bienestar. A lo largo de estos últimos años se ha consolidado el sistema sanitario, la educación, las pensiones y llegaba el momento en que la propia sociedad demandase que las personas en situación de dependencia tuvieran reconocido su derecho subjetivo a recibir las prestaciones que necesiten. Por eso ya en el año 2003, El Pacto de Toledo, que lo conformaron todos los grupos políticos del arco parlamentario, instó al Gobierno de la Nación ha elaborar una Ley de la Dependencia.

Esta ley estaba pensada para la tercera edad, pero gracias al trabajo hecho por el movimiento asociativo de personas con discapacidad, se les ha incluido para que puedan ser beneficiarios de la ley.

Se instó al Gobierno a crear esta ley, se elaboró un libro blanco, y este libro se presentó en sociedad. A lo largo del año 2005 se estuvo trabajando por parte del Gobierno, en Madrid, con los agentes sociales: sindicatos y empresarios, para llegar a unos acuerdos básicos para el contenido futuro de la nueva ley. Se presentó por parte del gobierno de Madrid un borrador de Anteproyecto de Ley a principios del 2006 y a lo largo de todo el año 2006 ese borrador fue transformándose, fue mejorando gracias a las aportaciones de todos, asociaciones, agentes sociales, partidos políticos y una ley que al principio se llamaba de la dependencia, acabo llamándose Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Una ley que, al principio, quizás no recogía de forma clara el derecho subjetivo de las personas a tener unas prestaciones con carácter universal, pero ahora lo recoge claramente en su artículo primero, gracias a las aportaciones de todos. Una ley en la que al principio tampoco estaba muy claro que las personas con enfermedad mental estuvieran incluidas, pero se consiguió que de forma clara entrasen en la ley, gracias al trabajo de todos y a la participación activa por parte de toda la sociedad.

La ley se aprueba en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre del 2006 y se publica el 14 de diciembre. Pero la ley no puede arrancar todavía, porque se contemplan en su texto al menos unos 18 desarrollos reglamentarios mediante Reales Decretos o acuerdos, y éste es el momento en el que nos encontramos ahora. El Gobierno aprueba el baremo que es lo más importante, lo primero que tiene que haber: saber cómo medir la dependencia. Ha sido aprobado y apoyado por todas las Comunidades Autónomas. Ahora en lo que se está trabajando es en aprobar un Real Decreto de mínimos que garantice el Estado, y sobre la prestación o el régimen Seguridad Social que tendrán los trabajadores no profesionales y profesionales del sistema. Asimismo, hay encima de la mesa, en Madrid, en el Consejo Territorial de la dependencia, en el cual tuve

la oportunidad de estar, unos borradores de acuerdos para establecer varios de los desarrollos que se contemplan en la ley, como las intensidades, o el sistema de copago, etc.

Las Comunidades Autónomas están jugando y deben de jugar un papel fundamental en cooperación con la Administración General del Estado, porque son las que tienen las competencias. Pasamos de tener un sistema de subvenciones, un sistema digamos de presupuesto con fin, a un presupuesto sin fin. Pasamos de un sistema de subvenciones a un sistema de reconocimiento de un derecho de manera subjetiva, universal. Lo que va a pasar es que cuando una persona sea reconocida dependiente y requiera una prestación, pues habrá que dársela, haya o no haya el recurso, habrá que “pin-tarlo”. Quiero decir con esto que los Gobiernos Autonómicos tendrán que aportar los presupuestos necesarios para atender todas las demandas. Evidentemente es una ley que no se va a conseguir de la noche a la mañana. Ya la propia ley marca un período de tiempo hasta el año 2015, ocho años, para su implantación de manera generalizada. Es una ley muy compleja, complicada porque hemos de procurar que se garantice la cohesión territorial, la igualdad entre todos los ciudadanos de España a la hora de tener unos derechos, unas prestaciones y eso tiene a veces sus complicaciones por el sistema autonómico vigente en España. En eso es en lo que se está tratando ahora de trabajar y de limar todas las faltas que se puedan ver en esta ley y en los acuerdos que se presentan. Y aquí se está haciendo un trabajo muy completo, muy complejo y muy leal por parte de todas las Comunidades Autónomas.

Desde la Comunidad Valenciana, en los últimos cuatro años, conscientes de que esta ley iba a ser una realidad, hemos dado una serie de pasos para de alguna forma anticiparnos a su puesta en marcha. Hemos hecho un estudio general de la dependencia propio de la Comunidad Valenciana para tener nuestra propia radiografía. Hemos puesto en marcha una agencia de prestaciones sociales que

queremos que sea el instrumento para poder ejecutar muchas de las políticas que esta ley va a exigir en materia de dependencia. Hemos puesto a lo largo de estos últimos años en marcha un sistema básico de calidad aplicado a centros y programas en toda la comunidad: se han hecho muchísimos cursos y muchos centros en la Comunidad Valenciana han tenido la oportunidad de recibir esa formación de calidad en esos cursos. También en este último trimestre del año a instancias del Gobierno de Madrid hemos procedido a hacer unos cursos de formación de valoradores de la dependencia impartidos por la Universidad Politécnica de Valencia. Se han hecho de momento cuatro cursos en Valencia, Castellón y Alicante y son ya más de 200 personas las que se han formado y ya tenemos contratados a 35 valoradores de momento, y podemos decir que estamos preparados para el arranque de esta ley.

El baremo se va a aprobar ahora y ya podremos empezar a valorar. De momento no podremos asignar recursos o prestaciones hasta que no se tengan los desarrollos reglamentarios, pero eso será cuestión de un par de meses aproximadamente. Vamos a empezar a valorar en cuanto se dé el pistoletazo de salida, de hecho ya hemos empezado y voy a dar algunos datos de estos pilotajes que hemos llevado a cabo con los baremos con los que contábamos. En julio y agosto de 2006 se nos pasó a todas las Comunidades Autónomas un baremo para ser pilotado. Este baremo sufrió unas mejoras y en el mes de diciembre hubo ya otro baremo. Les voy a dar unos datos orientativos: valoramos a 413 personas con enfermedad mental que teníamos en centros. De los 413 valorados nos dio que 118 eran dependientes del grado 1; 94 estaban en el grado 2 y 105 en el grado 3. Es decir que entre el grado 1 y grado 2 podemos decir que tenemos aproximadamente 2 tercios. Últimamente hemos hecho otro pilotaje, éste solamente en nuestros CRIS (Centros de Rehabilitación e Integración Social). La gran dependencia prácticamente no existe. Valoramos a 128 personas, y solamente 2 eran de grado 3 de dependencia, del nivel 1. Otro dato

curioso: 71 no eran dependientes y eso ya se ha dicho aquí, que no por ser una persona con una discapacidad tiene que ser dependiente. Siempre pongo mi ejemplo propio: yo soy discapacitado, tengo un grado de minusvalía, pero yo no soy dependiente; a lo mejor mañana lo soy, pero hoy no lo soy, y esto también puede ocurrir con las personas con enfermedad mental.

Otra de las medidas que vamos a poner en marcha es reforzar de una manera inmediata a los equipos sociales de base, para que puedan atender las solicitudes de los residentes en sus municipios. La valoración se va a hacer en el domicilio de las personas. Las personas harán su solicitud en el modelo que haya que rellenar, lo entregarán en el ayuntamiento o en los servicios sociales autonómicos o con cualquier otro procedimiento administrativo legal, llegará a la Consellería esa solicitud. Se mandará valorar a las personas en su domicilio. Fruto de esa valoración saldrá un grado y un nivel de dependencia y de forma casi automática con el programa que se está preparando desde el IMSERSO, saldrá un menú de prestaciones que será elaborado también por los técnicos, que van a establecer los planes individuales de atención. Y esos técnicos de la Consellería remitirán ese menú de prestaciones a los trabajadores sociales de los ayuntamientos, para que ellos acuerden con la persona dependiente o su representante legal que prestación es la que quiere. Porque al final la última palabra, según la ley, la tiene la persona en situación de dependencia o en su caso, el representante legal. Una vez se haya acordado qué prestación quiere, se remite a la Consellería, donde se hará una resolución del grado de dependencia, de su nivel, así como de las prestaciones a las que tiene derecho para que sea ejecutada esa resolución a través de la Dirección General de Discapacitados o a la Dirección General de Servicios Sociales en su caso, según el tipo de dependencia. Este será un poco el circuito que vamos a manejar en la Comunidad Valenciana y esto va a empezar a funcionar dentro de muy poco.

Desde la Comunidad Valenciana estamos muy esperanzados con esta ley, creemos que es muy positiva, creemos que para el sector de los servicios sociales es algo muy importante, una oportunidad única que debemos aprovechar. Sabemos que no va a ser nada fácil, nada sencillo, que nos va a traer de cabeza y que nos está trayendo de cabeza a todos, pero yo creo que el esfuerzo merece la pena. Podemos ser partícipes, copartícipes, nosotros, y ustedes también desde su ámbito de actuación, de todo lo que esta ley conlleva. El futuro para las persona a las que va a dedicarse esta ley puede ser muy esperanzador y en esa línea es en la que debemos trabajar y por eso somos optimistas, a pesar de las muchas dificultades que podamos encontrar en el camino. Pero, para ello, lo que le pedimos a todos ustedes es su colaboración, que va a ser fundamental porque con los ayuntamientos vamos a crear un Consejo Autonómico también de la dependencia. Se va a convocar dentro de poco para que sea también un cauce de participación, de información, de asesoramiento entre los ayuntamientos y las comunidades autónomas. Hemos puesto en marcha otra serie de programas que se han anticipado un poco a la ley como pueden ser el programa para llevar la comida a casa de los mayores, lavarles la ropa de cama o de baño o la limpieza del hogar o el programa de bonos, etc. Quisiera agradecerles a todos su atención y espero su respuesta. Muchas gracias.



Mesa redonda

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Modera:

D. José M^a Sánchez Monge

Vicepresidente de FEAFES

Ponentes:

D. Enrique Terol

*Subdirector General. Oficina de Planificación Sanitaria
y Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo*

Dr. D. Manuel Gómez

*Coordinador de la Estrategia en Salud
Mental del Sistema Nacional de Salud*

D. José M^a Sánchez Monge

Vicepresidente de FEA-FES

Buenos días a todos.

Como Vicepresidente de la Confederación es para mí un honor presentar la siguiente Mesa Redonda que tendrá lugar dentro de este XV Congreso Jornadas FEA-FES. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud es un proyecto importante en el que FEA-FES ha participado desde el comienzo y en el que seguirá trabajando para promover su implementación en todo el territorio nacional.

Agradezco la presencia de Enrique Terol, Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad; así como de Manuel Gómez Beneyto, Coordinador de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ambos han sido impulsores en la elaboración y planificación de la Estrategia, aprobada recientemente y es un verdadero privilegio contar con su presencia.

Para el movimiento asociativo es fundamental conocer este documento puesto que va a ser nuestra herramienta de trabajo en muchas ocasiones, debemos asegurarnos que se cumpla, y verificar cuáles son sus carencias para poder proponer las mejoras que consideremos oportunas en el futuro.

D. Enrique Terol

Subdirector General. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo

“La Estrategia en el marco de las políticas europeas de Salud Mental”

Índice:

- ¿Por qué una Estrategia para la Salud Mental en Europa?
- El contexto internacional
 - OMS: Declaración y Plan de Acción
 - Consejo de Europa
 - Unión Europea
 - OCDE
- La Estrategia en Salud Mental del SNS: La necesidad de una estrategia para la salud mental en España y en Europa

1. ¿Porqué una Estrategia para la Salud Mental?

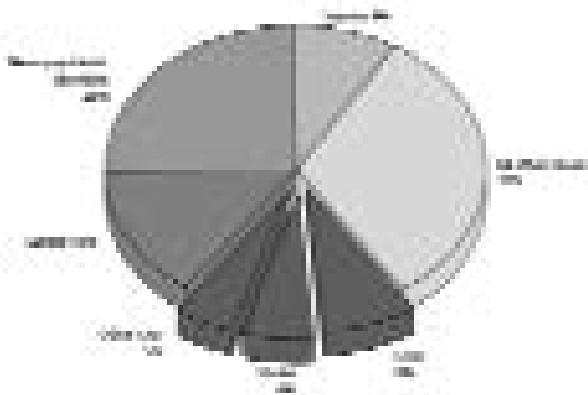
- La salud mental es un recurso valioso.
- La carga que suponen las enfermedades mentales.
- El suicidio - una consecuencia de la enfermedad mental.
- La relación entre Salud mental y física.
- Los Costes sociales y económicos de las enfermedades mentales.
- La estigmatización, discriminación y derechos fundamentales.

La carga que suponen las enfermedades mentales:

- Una de cada cuatro personas en el transcurso de su vida sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.

- Elevada comorbilidad de trastornos mentales y físicos y asociación a trastornos adictivos.
- Importante carga sociosanitaria: el 13% de todas las enfermedades; en el año 2020 habrá alcanzado el 15%.
- Todos conocemos a alguien de nuestro entorno que sufre o ha sufrido algún problema de tipo mental.
- Importante reducción de calidad de vida (en enfermos y en la familia).
- Son trastornos crónicos y una de las principales causas de discapacidad.
- Trastornos mentales más comunes: ansiedad y depresión.

Pérdida de años de vida ajustados a discapacidad por causa en la UE 2002



Costes de la enfermedad mental en Europa:

- Los trastornos Mentales tiene un coste de 300.000 millones € /año.
- La mayor parte costes indirectos.
- Costes directos 110.000 millones € /año (solo el 4 % en medicamentos).

Brecha (GAP) en el tratamiento de las Enfermedades Mentales en la UE:

- Esquizofrenia 17,8 %
- Trastorno bipolar 39,8 %
- Depresión 45,4%
- Trastorno de ansiedad 62,3%
- Trastorno de pánico 47,2 %
- Trastorno Obsesivo compulsivo 24,6 %
- Abuso de Alcohol 92,4%.

Normas y mandatos en la UE sobre Salud Mental:

- Artículo 152 del tratado:
 - Obligación de desarrollar políticas que contribuyan a un mayor nivel de salud.
 - Políticas para complementar y dar soporte a los estados miembros en promoción, prevención y abordaje de las amenazas para la salud.
 - Respeto a la autonomía absoluta en cuanto a la organización y provisión de la atención sanitaria.

Normas y mandatos en la UE sobre Salud Mental:

Otros mandatos y políticas relevantes:

- Estrategia de Lisboa.
- Inclusión social y protección, no discriminación, salud y seguridad en el trabajo.
- Educación.

- Investigación, sociedad de la información.
- Desarrollo regional.

Muchas políticas y leyes están relacionadas y pueden contribuir de forma transversal a la mejora de la salud mental.

¿Hacia una Estrategia en Salud Mental?

1999-2004

Líneas de trabajo recientes en la UE

¿Hacia una Estrategia en Salud Mental?

- Informe «Action for Mental Health» - panorama general de los proyectos y otras actividades con apoyo de la Comisión Europea 1997 a 2004.
- La Comisión Europea ha cofinanciado un número importante de proyectos sobre salud mental en el marco de los programas comunitarios de salud pública.
- El programa de salud pública de la UE 2003-2008. Salud mental línea de acción prioritaria.

Unión Europea. ¿Hacia una Estrategia en Salud Mental?

- Análisis de situación (2004)
- A partir de encuestas ad hoc y revisiones sistemáticas de la literatura.

El Libro Verde

¿Hacia una Estrategia en Salud Mental?

2003 *Formación Grupo de trabajo sobre salud mental*

Objetivo: contribuir a la mejora de la información y los conocimientos en este ámbito, fomentar el bienestar y la salud mental y prevenir las enfermedades psíquicas.

- 2004-2005: Colaboración con la Conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental.

- 2005: Elaboración Resolución aprobada por Consejo EPSCO de apoyo a declaración de Helsinki.
- 2005: Comunicación de la Comisión (Libro Verde) sobre salud mental. Octubre de 2005.
- Inicio amplio proceso de consulta sobre las posibilidades de fomentar la salud mental entre la población de la UE.

Proceso de consulta del Libro Verde
Octubre 2005 - Mayo 2006

Consulta estructurada

- Conferencia de alto nivel Luxembourg 24 Octubre 2005.
- Tres reuniones monográficas:
 - 1) *Promoción y prevención en salud mental* (Enero 2006);
 - 2) *Inclusión Social y derechos fundamentales en salud mental* (Marzo 2006).
 - 3) Información, datos y conocimiento en salud mental (Mayo 2006).

A partir de este proceso se elaboró un informe con todas las aportaciones que se puede consultar:

Proceso de consulta del libro verde, Octubre 2005 - Mayo 2006.

Consulta abierta

Se recibieron 237 contribuciones (se puede acceder a ellas) de todo tipo de instituciones y organizaciones

Destacan:

- Resolución del Parlamento Europeo 6/09/06.

Invita a la Comisión para continuar sus trabajos en el Libro Verde y a que elabore una propuesta de directiva sobre salud mental en Europa.

- Opinión del Comité Económico y Social 17/03/06.

Apoya la iniciativa y la enmarca en la estrategia de Lisboa.

Respuestas consulta abierta

El Libro Verde

¿Hacia una Estrategia en Salud Mental?

- Periodo de Consultas terminó en Mayo de 2006.
- Existen numerosas aportaciones en general muy positivas.
- Los países resaltan la necesidad de establecer un marco común que permita el intercambio de información y buenas prácticas.
- Existen diferencias en cuanto al establecimiento de un rango normativo mas allá de una recomendación.
- La comisión está elaborando una propuesta de comunicación para su valoración por el Consejo de Ministros de Salud en 2007.

Consejo de Europa:

- Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud Mental.
- El MSC designo al Dr. Alberto Fernández Liria como experto.
- Elaboración de Informe sobre derechos humanos y salud mental por expertos españoles financiado por el MSC.
- Elaboración de Recomendaciones a países miembros para su presentación a Consejo de Ministros.

OCDE

Quality Indicators Project

- Elaboración de subconjunto de indicadores de salud mental comunes para todos los países miembros.
- En fase de discusión.
- Representación española:
 - Agencia de Calidad.
 - Mariano Hernández Monsalve.

OCDE. Tipos de indicadores

Cuatro áreas de medición:

- Continuidad de Cuidados
- Coordinación de cuidados
- Tratamiento
- Resultados en pacientes



OMS

- OMS – Global
 - Informe salud mental en el mundo – 2001.
 - Resolución 55 de la Asamblea.
 - Atlas salud mental-2005.
 - AIMS - evaluación situación de la salud mental.
 - Apoyo metodológico al desarrollo de indicadores – OMS Europa.
- OMS – Europa
 - Declaración y Plan de Acción Europeo.
 - Grupo de trabajo sobre sistema de información en salud mental. en Europa (Dr. Manuel Gómez Beneyto).

La conferencia ministerial de Helsinki. Enero 2005.

- Convocada por la OMS en Enero de 2005, en colaboración con la Comisión de la UE y el Consejo de Europa, y atendida por representantes gubernamentales de los 52 países de la región europea.
- Con el objeto de formalizar un compromiso político en torno a una Declaración y un Plan de Acciones que habían sido previamente consensuados con los Gobiernos de la región.

Principios básicos de la declaración de Helsinki:

- El respeto a los Derechos Humanos.
- Un enfoque de Salud Pública.
- Atención comunitaria y multidisciplinar.
- Colaboración con las ONG concernidas.
- Evaluación de resultados.

Líneas estratégicas del Plan de Acción de Helsinki:

1. Promover el bienestar para todos.
2. Demostrar que la salud mental es un eje central.
3. Combatir el estigma y la discriminación.
4. Promover actividades pertinentes a las etapas más vulnerables de la vida.
5. Prevenir los problemas de salud mental y del suicidio.
6. Asegurar el acceso a la atención primaria de buena calidad para los problemas de salud mental.
7. Brindar cuidados efectivos en servicios integrados en la comunidad para las personas con problemas graves de salud mental.
8. Establecer asociaciones con otros sectores.
9. Crear una fuerza de trabajo suficiente y capaz.
10. Establecer un buen sistema de información sobre salud mental.
11. Proveer fondos proporcionales y adecuados.
12. Evaluar la efectividad y generar nuevas evidencias.

La actitud de España ante la declaración

- La Declaración de Helsinki está alineada y es plenamente compatible con los principios enunciados en la Ley General de Sanidad, con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y con el punto de vista actual del Ministerio.
- La Ministra de Sanidad y el Pleno del Consejo Interterritorial asumieron la Declaración y la apoyan como documento de referencia en todos los foros internacionales.
- España es el primer país europeo que ha elaborado su Estrategia en Salud Mental basándose en los principios y el espíritu de Helsinki.



Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:

Medios de comunicación:
Medios de comunicación

Medios de comunicación:



COMITÉ INSTITUCIONAL DE CC.AA.**Asociación Española de Espiritualidad**

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad (AEE) / Asociación de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad (AEE)

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Asociación Española de Espiritualidad

Comité Técnico de Redacción de la propuesta para una Estrategia:

- Dr. Enrique Baca, por la SEP.
- Dr. Alberto Fernández Liria, por la AEN.
- Dr. Dra. Amparo Belloch, por AEPCP.
- Dr. Santiago Asensio, por la SEMFYC.
- Dr. José Ángel Arbesu, por la SEMERGEN.
- Don Jose María Monge, por FEAFES.
- Dr. Mariano Hernández, por el MSC.
- Dr. Antonio Espino, por el MSC.
- Dr. Gómez Beneyto, Coordinador del Comité Técnico de Redacción de la Estrategia.
- Expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dr. D. Manuel Gómez

Coordinador de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Oportunidades de la Estrategia en la atención a las personas con enfermedad mental y sus familias

La estrategia en salud mental del SNS

1. Claves para entender la Estrategia
2. Situación actual de la reforma psiquiátrica
3. Resumen del documento
4. Oportunidades para las familias

1. Claves para entender la estrategia

- No partimos de cero.
- Los objetivos están consensuados.
- Es una estrategia exclusivamente sanitaria.
- No es un documento, es un proceso.
- Ejecución en las CCAA.

2. Situación actual de la reforma psiquiátrica

Desarrollo de la reforma de la asistencia psiquiátrica

- La asistencia psiquiátrica previa a la reforma: los Hospitales Psiquiátricos y los Ambulatorios de Neuropsiquiatría. El modelo hospitalocéntrico.
- La reforma: La Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial. El modelo comunitario.
- Situación actual

Situación actual de los servicios de salud mental.

- Deficiencias significativas en la organización, planificación y evaluación.
- Insuficiencia de recursos humanos y materiales especializados, particularmente para la rehabilitación y la reinserción social.
- Insuficiente articulación de la red de salud mental con servicios sociales, atención primaria, atención especializada, drogodependencias, etc.
- Insuficiente desarrollo de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Insuficiencia o ausencia completa de programas específicos para niños y adolescentes, ancianos, inmigrantes y penados.
- Considerable desigualdad entre los servicios de las distintas CC.AA.

3. Resumen del documento

Las líneas estratégicas

1. Promoción, prevención y erradicación del estigma.
2. Atención a los trastornos mentales.
3. Coordinación.
4. Formación del personal.
5. Investigación.
6. Sistemas de información y evaluación.

Estructura del documento de la estrategia

- Para cada línea estratégica:
 - Objetivos
 - Recomendaciones
 - Ejemplos de buenas prácticas
 - Indicadores para la evaluación de los objetivos

Las líneas estratégicas

1. Promoción, prevención y erradicación del estigma.
2. Atención a los trastornos mentales.
3. Coordinación.
4. Formación del personal.
5. Investigación.
6. Sistemas de información y evaluación.

4. Oportunidades para las familias

¿Qué necesitan las familias?

- Recibir información sobre sus derechos y deberes y disponer de cauces para las quejas y reclamaciones.
- Que sus familiares enfermos reciban tratamiento y rehabilitación cuando lo necesiten.
- Que se forme a los familiares para saber cómo afrontar las crisis causadas por la enfermedad.
- Que se apoye a los familiares para prevenir los problemas de salud derivados de la convivencia con el enfermo.
- Que sus familiares enfermos reciban ayuda para lograr el máximo grado de integración social y laboral y de autonomía.
- Que sus familiares enfermos tengan oportunidades de ocio, trabajo y vivienda cuando lo necesiten.
- Que se les apoye económicamente.
- Objetivos específicos.

Desarrollar en cada Comunidad Autónoma una estrategia de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.

- Ejemplo de buenas prácticas de CEIFEM

Que sus familiares enfermos reciban tratamiento y rehabilitación cuando lo necesiten.

- Objetivo general

Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental, con objetivos específicos.

- Objetivo general

Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes, con 2 objetivos:

Que se forme a los familiares para saber cómo afrontar las crisis causadas por la enfermedad.

Que se apoye a los familiares para prevenir los problemas de salud derivados de la convivencia con el enfermo.

- Objetivo específico

Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

- Objetivo específico

Implantar en cada Comunidad Autónoma mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.

Que sus familiares enfermos reciban ayuda para lograr el máximo grado de integración social y laboral y de autonomía:

- Objetivo 1. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastorno mental.
- Objetivo 2. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas promoverán iniciativas para revisar y actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.
- Objetivo 3. Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.

¿Qué necesitan las asociaciones de familiares?

- Participar en la identificación de las necesidades y en la planificación y evaluación de los servicios.
- Que se les respete y que se les respalde como interlocutores válidos frente a las instituciones.
- Que se les proporcionen medios para ejercer tareas de apoyo mutuo.

Participar en la identificación de las necesidades y en la planificación y evaluación de los servicios.

- Objetivos específicos

Implantar en cada Comunidad Autónoma mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.

- Ejemplo de buenas prácticas: Mesas de Salud Mental-FECAFAMM.



Mesa redonda

Experiencia de integración comunitaria a través de un Programa de Vivienda Tutelada

Ponentes:

D^a Francisca Monllor

Gerente AFEMA. Miembro de FEAFES

D. Ángel J. González

Coordinador Programa V. Tutelada AFEMA

D. Avelino Ortega

Participante del Programa de Integración Comunitaria AFEMA

D. Luis José Garrido

Participante del Programa de Integración Comunitaria AFEMA

D. Jorge Sirvent

Usuario del Programa de Integración Comunitaria AFEMA

D^a Francisca Monllor

Gerente AFEMA. Miembro de FEAFFES

La Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Alicante, AFEMA, en mayo del 2001 por medio de una subvención de la Dirección General del Integración social de Discapacitados de la Conselleria de Bienestar Social, pone en marcha la vivienda Florida, planteada para cuatro usuarios. La titularidad es del usuario y su familia. En mayo de 2002, se inicia la gestión de la segunda vivienda, destinada a 2 usuarios, cesión del Instituto Valenciano de la Vivienda (IVVSA).

En octubre de 2004 el IVVSA cede un piso en el mismo edificio y en la misma planta que el anterior. Esta vez con cuatro dormitorios, ya que la Conselleria no acepta la de tres para acreditarla como recurso de Servicios Sociales.

Vivienda tutelada - integración comunitaria

Antecedentes

- Se inicia como un programa, sin contexto legal con subvención de la CSB para programas, al igual que el ocio.
- Sin apenas financiación, buscando ayudas de las Obras Sociales (la Caixa, Bancaja, CAM etc.).
- En 2003 se crea una comisión de FEAFFES-Comunidad Valenciana entre todas las asociaciones que trabajamos con Viviendas Tuteladas; así como de otras instituciones de la Comunidad Valenciana (Cáritas, Albero Artesano, Ambít) para generar un proyecto técnico unánime en el desarrollo de la metodología para la consideración de Centros de Servicios Sociales y que la CSB lo apoye y financie.

Marco Legal

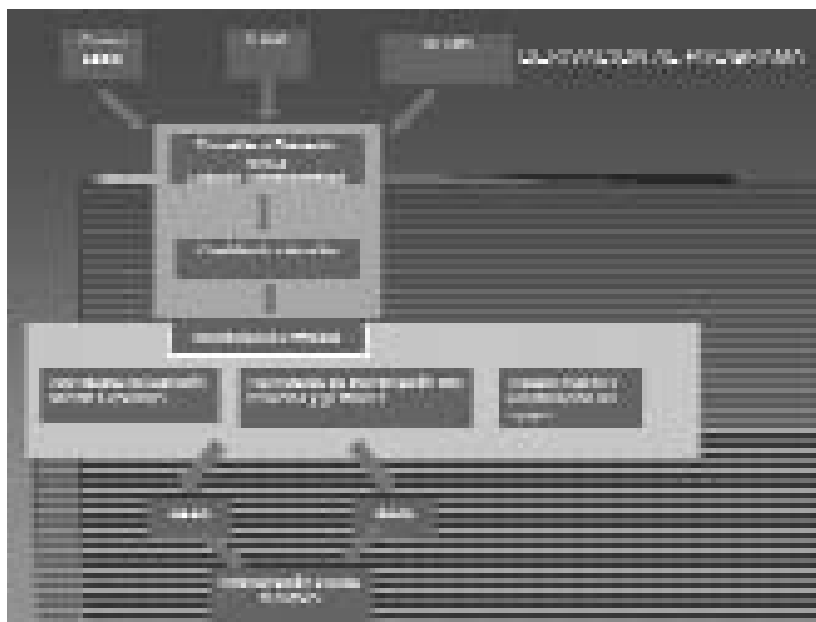
Se ha conseguido tras tres años de negociación con la Conselleria de Bienestar Social. El Decreto 182/2006 del 1 Diciembre del Consell de la Generalitat Valenciana por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de la Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad o con enfermedad mental (D.O.G.V. núm. 5402 de fecha 5/12/2006), con el cual se espera que para el 2007, se lleve a término la correspondiente valoración económica.

Marco Legal

- Decreto 182/2006: Define tres tipología de Vivienda para Personas con Enfermedad Mental (PCEM):
 1. *Vivienda Asistida*: Usuarios PCEM, con necesidades de adaptación e integración en el entorno comunitario, adquisición de destreza de vida autónoma y refuerzo o soporte social con una supervisión extensa ajustada a las diferentes necesidades de los usuarios (24h. de educadores).
 2. *Vivienda Supervisada*: PCEM con buena autonomía y alto nivel de independencia, que requieren una supervisión parcial o limitada ajustada a las diferentes necesidades de los usuarios. (No hay educadores por la noche).
 3. *Vivienda Supervisada para la promoción de la autonomía y el fomento del aprendizaje de las actividades de vida diaria*: PCEM con carácter temporal, pueden conseguir una autonomía personal que les permita su vuelta al contexto familiar o vivir de forma independiente con determinados apoyos.

Perfil de beneficiarios del programa

1. Hombres con edades comprendidas entre 18 y 65 años.
2. Con enfermedades mentales crónicas cuyos déficit de funcionamiento psicosocial les impidan integrarse y funcionar en la comunidad con total autonomía e independencia, y que por tanto no puedan atender por sí mismas sus necesidades de alojamiento y soporte teniendo dificultades para acceder y mantenerse solos en una vivienda.
3. Personas con enfermedad mental en tratamiento y seguimiento psiquiátrico cuya situación psicopatológica se encuentre estabilizada, manteniendo contacto regular con los servicios de salud mental de referencia.
4. Con necesidad de alojamiento y apoyo por no disponer por ausencia, inadecuación o imposibilidad de un medio familiar que les preste los apoyos necesarios para vivir con un aceptable nivel de calidad de vida.
5. Con un nivel mínimo de autonomía personal y social que les permita aceptar las demandas que suponen la vida y convivencia en el piso.
6. No presentar patrones de comportamiento excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás. Ni problemas graves de toxicomanías o alcoholismo (siendo necesario previamente su tratamiento).
7. Aceptar voluntariamente el proyecto terapéutico.



Diseño del servicio de viviendas : objetivos / metodología

Meta

Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

Objetivos Generales

1. Disminuir la dependencia de la persona con enfermedad mental crónica entrenando habilidades para el desarrollo de su autonomía personal y social, favoreciendo un funcionamiento social lo más integrado e independiente a través del entrenamiento y desempeño de roles sociales normalizados.
2. Disminuir la carga familiar y mejorar por consiguiente las relaciones familiares.

3. Evitar el deterioro, el abandono, la marginación, la exclusión social y la institucionalización de las PCEM.

Metodología

Cada usuario es evaluado al ingreso en la Vivienda en base a la nota global del ILSS (Independent Living Skills Survey) y con los datos de los registros se elabora una nota resumen para cada área a evaluar que va de 0 a 2, siendo.

0 = déficit importante en dicho ítem;

1 = necesita mejorar;

2 = manejo adecuado en dicho ítem.

A partir de esta escala se elabora el Programa de Rehabilitación Individual.

Objetivos Específicos

Teniendo como marco los Objetivos Generales y el P.I.R. se trabajan tres áreas como procesos esenciales:

- 1. Autonomía personal
- 2. Relaciones con familiares
- 3. Integración comunitaria

Actividades de atención directa

Se realizan tanto individualmente como grupal.

Horario de las actividades educativas de las viviendas:

Horario Tipo (Lunes a viernes)

<i>08:00 h a 10:00 h:</i>	Despertar. Ducha y aseo personal. Arreglo de la habitación. Desayuno y toma de medicación.
<i>10:00 h a 14:00 h:</i>	Actividades de rehabilitación y/o integración. Entrenamiento en la utilización de recursos comunitarios, sociales y sanitarios.
<i>14:00 h a 15:00 h:</i>	Comida, recogida de la mesa y toma de medicación.
<i>15:00 h a 17:00 h:</i>	Limpieza de utensilios de cocina. Descanso.
<i>17:00 h a 20:00 h:</i>	Limpieza de espacios comunes y personales. Lavado de ropa, compra semanal, reparaciones, etc. Asamblea (una vez por semana), etc.
<i>20:00 h a 21:00 h:</i>	Preparación de cena. Cena, recogida de la mesa y toma de medicación.
<i>21:00 h a 22:00 h:</i>	Limpieza de utensilios de cocina. Aseo personal. Descanso.

Tabla: Actividades Individuales

Actividad-INDICADOR	Frecuencia establecida
a) Autonomía personal	
Autocuidados e higiene personal	Diariamente
Toma de medicación responsable	Diariamente
Limpieza y mantenimiento del espacio personal	Diariamente
Entrenamiento en habilidades culinarias	Diariamente
Manejo de electrodomésticos	Diariamente
Administración y gestión económica	Diariamente
Entrenamiento en la realización de gestiones por el barrio y la ciudad	Diariamente
Utilización de los transportes públicos	Diariamente
Organización del tiempo libre	Diariamente
b) Relaciones con familiares y/o allegados	
Contacto telefónico	Puntualmente
Visitas a familiares y/o allegados	Puntualmente
c) Integración Comunitaria	
Conocimiento y utilización de recursos sociales y comunitarios	Semanalmente
Ampliación de la red social	Puntualmente

Tabla: Actividades Grupales

Actividad	Frecuencia establecida
a) Autonomía personal	
Asamblea de piso	Semanalmente
Limpieza y mantenimiento de los espacios comunes	Semanalmente
Elaboración de Menús	Semanalmente
Compra Semanal	Semanalmente
b) Relaciones con familiares y/o allegados	
Resolución de conflictos	Puntualmente
Visitas de familiares y/o allegados	Puntualmente
Celebraciones (Cumpleaños, Navidad, Festivos)	Puntualmente
c) Integración Comunitaria	
Excursiones	2 al mes
Salidas para conocimiento de recursos	3 al mes (como mínimo)
Salidas de ocio grupal	2 a la semana

Usuarios del programa año 2006 /tiempo de estancia

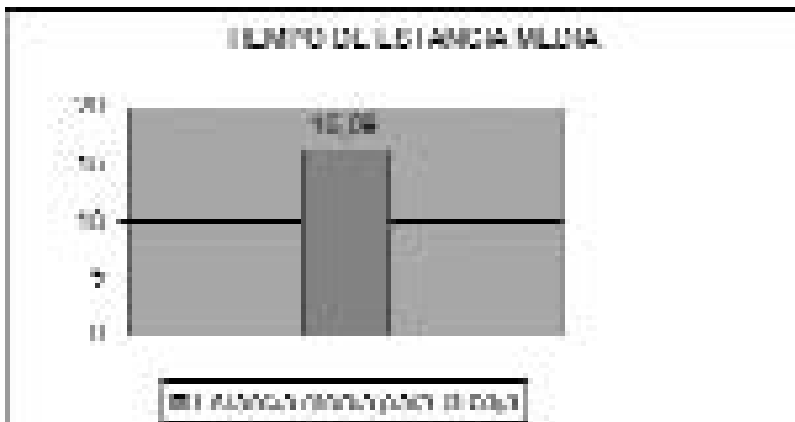
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	(2º ESTANCIA)								
Fecha entrada	Junio 2001	Julio 2001	Octubre 2004	Diciembre 2004	Febrero 2005	Junio 2005	Septiembre 2005	Noviembre 2005	Abril 2006
Tiempo de permanencia	67 meses	66 meses	27 meses	24 meses	23 meses	29 meses	16 meses	14 meses	9 meses

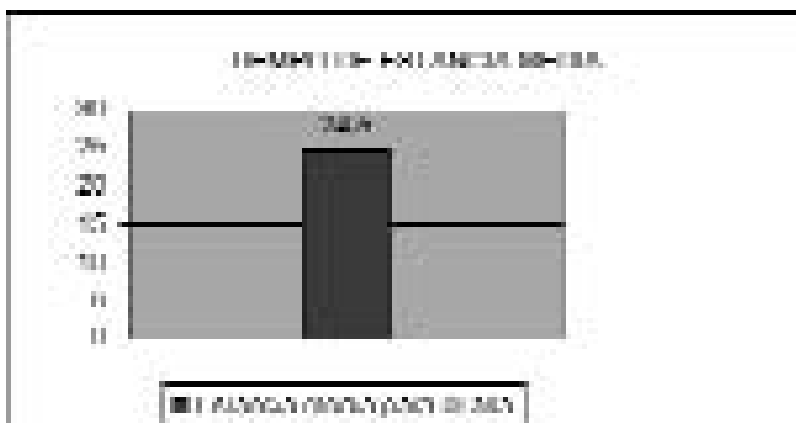
Alta y baja del programa

Consideramos baja del programa cuando ha cumplido de forma total o parcial con los objetivos de rehabilitación planteados desde el recurso.

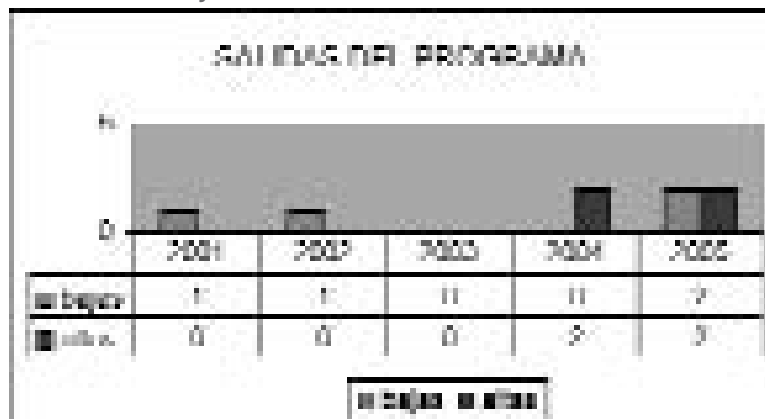
Se denomina alta a aquella que se produce cuando la PCEM no consigue adaptarse al centro o es expulsado del mismo por incumplimiento grave de normas; precisa de otro tipo de recurso; por defunción; o porque voluntariamente lo solicite (sin estar indicado por el equipo educativo).

A continuación las gráficas 1 y 2 muestran el tiempo de estancia media y las salidas que se han producido en el recurso desde su inicio, respectivamente.





Gráfica 3: Salidas del Programa



La tabla muestra la relación de asambleas llevadas a cabo durante el año 2006 en el piso Florida y los motivos de las mismas.

Piso Florida	
Número de asambleas realizadas	52
Temas tratados	
Reparto de Tareas	52
Gastos Generales	3
Nuevas Incorporaciones	0
Equipamiento de la vivienda	3
Utilización de recursos externos	10
Resolución de conflictos	18
Comunicación de turnos de educadores	17
Planificación del Ocio	35
Elaboración de menús	52
Medidas de Seguridad en el Hogar	2
Turnos de Limpieza	52
Revisión de Normas del Programa	5
Cumplimentar de cuestionarios de satisfacción	0
Visitas a otras personas y recursos	18
Convocatoria de Asamblea del Programa	3
Gastos compartidos	43
Total Temas Tratados	313

Piso Garbinet

Número de asambleas realizadas	54
---------------------------------------	-----------

Temas tratados

Reparto de Tareas	51
Gastos Generales	3
Nuevas Incorporaciones	2
Equipamiento de la vivienda	3
Utilización de recursos externos	6
Resolución de conflictos	30
Comunicación de turnos de educadores	10
Planificación del ocio	51
Elaboración de menús	51
Turnos de Limpieza	51
Medidas de Seguridad en el hogar	6
Revisión de Normas del Programa	6
Cumplimentar cuestionarios de satisfacción	2
Recepción de visitas	10
Visitas a otras personas y recursos	51
Convocatoria de Asamblea del Programa	4
Total Temas Tratados	321

Conclusiones

- Por nuestra experiencia, las viviendas son un recurso muy adecuado, si bien consideramos la necesidad de una red de viviendas con diferentes tipologías.
- Manifestamos la necesidad de recursos de alojamiento como viviendas de apoyo que permitan la total autonomía.

Experiencia comunitaria: "baja de pisos" e integración en la comunidad

Procesos de salidas del Programa de Viviendas Supervisadas:

- Proceso flexible y ajustable.
- No partimos de un modelo predeterminado a la hora de detallar las condiciones específicas que materializarán la transición de la vivienda supervisada a un nuevo entorno de mayor autonomía.

Coordinación con familiares y recursos externos

Objetivos:

- Consenso de criterios de intervención conjunta.
- Revisión de cumplimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Análisis de alternativas. Calendarización del proceso de transición.
- Seguimiento y derivación (Atención Domiciliaria, Educador de Calle).
- Mediación familiar.

Fases del proceso

De los 9 usuarios que a lo largo de estos últimos años han sido dados de baja por cumplimiento de objetivos, 7 han pasado a vivir de forma autónoma en viviendas obtenidas mediante:

- IVVSA.
- Alquiler.
- Cesión de vivienda familiar independiente.
- Habilitación de la vivienda.

Transición a la nueva vivienda:

- Adaptación (pernoctas).
- Seguimiento. Visitas a la vivienda.
- Coordinación con interventores de recursos externos.

Experiencia comunitaria: baja de pisos conjunta

Situación de partida:

- Un caso particular: Regreso al hogar familiar en nuevas condiciones.
- Propuesta comunitaria: Mantenimiento de la vivienda con exención del alquiler.
- Apoyo familiar.
- Coordinación con referentes clínicos.

Diseño del proceso de salida:

- Habilitación de la vivienda.
- Organización de la gestión económica y mantenimiento de la vivienda:
 - Individual.
 - Grupal.

- Calendarización anual de gastos.
- Aporte semanal (mantenimiento).
- Aporte mensual (caja de mantenimiento).

Actividades asamblearias:

- Organización en la vivienda.
- Abordaje de situaciones imprevistas.
- Resolución de conflictos.
- Conocimiento del medio.

Seguimiento de las bajas

- Visitas a la vivienda.
- Reducción del seguimiento y coordinación con nuevos interventores sociales.
- Seguimiento ambulatorio.

Conclusiones

- Primera experiencia de salida conjunta.
- Sostenibilidad.
- Ausencia de recurso puente.
- Tipología de vivienda autónoma con mantenimiento compartida.
- Recursos en red.

D. Ángel J. González

Coordinador Programa V. Tutelada AFEMA

Experiencia comunitaria: "baja de pisos" integración en la comunidad

Procesos de salida del programa de viviendas supervisadas

1. Diseño del Proceso de Salida

El Proceso de Salida de los usuarios que participan en el Programa de Viviendas Supervisadas se lleva a cabo en la última fase de su estancia en el mismo, aunque su diseño está condicionado al logro de los objetivos demarcados en la incorporación a través de un Plan Individual de Rehabilitación e Inserción Social, en donde, especificados por áreas, se determina la necesidad de intervención socio-sanitaria que el usuario requiere para el fomento y desarrollo de sus capacidades con el objetivo último de adquirir el nivel de autonomía suficiente para la vida en comunidad.

Se trata, por tanto, de un recurso de carácter TRANSITORIO enmarcado entre un inicio y un fin que, respectivamente, determinan:

- El momento de la INCORPORACIÓN AL PROGRAMA tras la tramitación de la solicitud por parte del usuario y la concesión de plaza en Comisión de Valoración celebrada entre representantes de la Sección de Discapacitados de la Consellería de Bienestar Social y los responsables del Departamento Social y Programa de Viviendas de A.F.E.M.A.
- El momento de la SALIDA DEL PROGRAMA tras ser dado de baja o alta según se hayan cumplido o no los objetivos planteados en el momento de la incorporación, así como los surgidos durante la estancia.

El concepto clave que vincula ambos momentos confiriéndoles una sola unidad de sentido está contenido en la palabra: AUTONOMÍA. Desde un punto de vista específico podemos entenderla como un proceso de adquisición de hábitos y habilidades para el afrontamiento de la vida doméstica y comunitaria desde la propia autosuficiencia. Mientras que en un sentido más general pasa, también, por entenderla como el logro de unas condiciones de vida de mayor calidad en comparación con la situación inicial. Desde esta perspectiva, la preparación para la salida de los usuarios del Programa se planteará en función del alcance de unos objetivos estrechamente relacionados con las necesidades particulares de cada uno de ellos, entendiendo así la adquisición de autonomía como un PROCESO FLEXIBLE Y AJUSTABLE a las diferentes circunstancias vitales de cada cual.

Es por este motivo por el que, a pesar de trabajar en torno a áreas de rehabilitación preestablecidas de antemano y concernientes al manejo en el hogar y la vida diaria, el autocuidado, el seguimiento clínico y la reinserción comunitaria; no podemos partir de un modelo predeterminado a la hora de detallar las condiciones específicas que materializarán la transición de la vivienda supervisada a un nuevo entorno de mayor autonomía. El período de estancia en la vivienda resulta fundamental para preparar las condiciones óptimas de salida y barajar posibilidades y alternativas, en ocasiones (como es el caso que exponemos hoy), conformadas dentro del propio recurso.

2. Coordinación con Familiares y Recursos Externos

Desde la puesta en marcha, en el año 2001, del Programa de Viviendas Supervisadas de A.F.E.M.A., se han llevado a cabo 9 procesos de salida diseñados, todos ellos, en coordinación con los referentes clínicos y Departamento Social de las diferentes Unidades de Salud Mental, así como con los gestores de caso y/o psicólogos del Centro de Rehabilitación e Inserción Social, mediante entrevistas de

seguimiento con el propio usuario y reuniones de coordinación destinadas a:

- Consensuar criterios de intervención conjunta.
- Revisar cumplimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Analizar las diferentes alternativas para el proceso de salida de la vivienda supervisada, calendarizando el periodo de transición hacia la nueva vivienda autónoma de forma progresiva.
- Diseñar el seguimiento desde la nueva vivienda así como la derivación del mismo, una vez el usuario es dado de baja del programa, a través de las visitas de la Atención Domiciliaria de la Unidad de referencia o el Educador de Calle del Centro de Rehabilitación.
- Facilitar la mediación familiar con el objetivo de implicar a las figuras clave y, en su caso, prepararlas para la reincorporación del usuario al seno familiar.

3. Fases del Proceso

Cuando el usuario es dado de baja del Programa por cumplimiento de objetivos para acceder a una vivienda autónoma, el Proceso de Salida se diseña en tres fases:

- Una primera consistente en el acompañamiento a la vivienda con el objetivo de detectar las necesidades a nivel de infraestructura en el nuevo entorno, así como de establecer un primer contacto con el espacio residencial tanto del propio hogar como del barrio (ubicación de comercios, red de transportes, servicios socio-sanitarios, etc.). Durante este periodo se llevan a cabo las gestiones pertinentes para la habilitación de la vivienda: altas de luz y agua, escrituras, contratos de alquiler, domiciliaciones de pagos bancarios, etc.
- Posteriormente se calendariza una transición progresiva hacia la nueva vivienda cuya periodicidad puede variar dependiendo de las necesidades del usuario aunque suele fijarse en tres meses:

- Durante el primer mes reside en ambas viviendas estableciéndose unas primeras pernoctas en su nuevo hogar con el fin de facilitar la adaptación al nuevo espacio sin desvincularse de forma brusca del anterior.
- Una vez instalado en la vivienda recibe, durante el segundo mes, la visita de un educador del Programa diariamente durante una franja horaria convenida con el usuario según sus necesidades.
- Por último, en el tercer mes, se reducen el número de visitas del educador con el objetivo de combinar la intervención con otros interventores sociales procedentes de las Unidades de salud Mental y/o el Centro de Rehabilitación encargados de continuar con el seguimiento ambulatorio del caso una vez se proceda a efectuar la baja del usuario del Programa.

Experiencia comunitaria: baja de pisos conjunta

1. Situación de partida

De los 9 usuario que, a lo largo de estos últimos 6 años, han sido dados de baja por cumplimiento de objetivos, 7 de ellos han abandonado la vivienda supervisada para pasar a vivir de forma autónoma en viviendas obtenidas mediante:

- a) Adquisición de vivienda de Promoción Pública a través del Instituto Valenciano de la Vivienda.
- b) Contratación en régimen de alquiler de vivienda particular compartida con otros inquilinos.
- c) Cesión de vivienda familiar para facilitar el modo de vida independiente del usuario.

Durante el año 2006 se fue gestando el diseño para el proceso de salida de uno de los usuarios, Avelino, incorporado al recurso a finales del 2004 y procedente del hogar familiar, con el objetivo de

adquirir autonomía para la vida diaria en previsión de una vuelta al hogar familiar en circunstancias de vida completamente independiente.

Tras una favorable evolución en la vivienda supervisada convenimos valorar con el usuario y sus referentes clínicos la posibilidad de regresar al hogar familiar compartiéndolo con otros dos usuarios del programa: Jorge y José Luis, ambos incorporados a finales del 2004 y mediados del 2005 respectivamente e, igualmente, en proceso de salida por cumplimiento de objetivos aunque con menores posibilidades de hacerla efectiva en un corto período de tiempo ante la carencia de un recurso puente que pudiera hacer viable la externalización del programa.

Ninguno de los tres usuarios se conocía con anterioridad a la incorporación al recurso y, ante la propuesta de realizar una salida conjunta, fue el propio Avelino quien, consciente de la escasez de recursos económicos derivada de un sistema de pensiones incapaz de hacer frente a la coyuntura inmobiliaria, propuso compartir la vivienda según un criterio comunitario de gastos y mantenimiento de la misma por el que, el resto de sus compañeros quedaban eximidos del pago del alquiler.

Tras informar y obtener el apoyo de sus respectivos familiares, se concertaron entrevistas grupales con los tres usuarios por parte de las Trabajadoras Sociales de sus respectivas Unidades de Salud Mental, así como una coordinación interna entre el propio programa y los referentes clínicos de los diferentes recursos con el fin de diseñar un proceso de salida conjunto.

2. Diseño del Proceso de Salida

La baja del Programa por cumplimiento de objetivos e incorporación a la vivienda autónoma se ha realizado de forma progresiva a través de las siguientes etapas:

2.1. Habilitación de la Vivienda

Tras una primera visita a la vivienda se procedió al reparto de habitaciones por consenso para, seguidamente, calendarizar visitas diarias con el usuario propietario de la vivienda, destinadas a:

- La inspección y reparación de deterioros.
- El almacenamiento de objetos familiares y/o personales
- La acomodación del espacio a las nuevas necesidades con el fin de dar cabida a incorporar los nuevos enseres.
- La limpieza general del hogar.
- El traslado progresivo de pertenencias.

2.2. Organización de la Gestión Económica y el Mantenimiento de la Vivienda

Se llevó a cabo desde dos niveles:

INDIVIDUAL: mediante el cálculo de la diferencia entre los ingresos percibidos por cada uno de ellos y los gastos aproximativos derivados de la nueva situación, con el objetivo de tomar conciencia de las posibilidades de cada cual y ajustarse a ellas.

GRUPAL, a través de:

- La calendarización anual de gastos mediante cifras aproximadas para el sufragio del pago bimensual de la luz, el trimestral del agua y el gas, así como los impuestos anuales (IBI, residuos sólidos, etc.) y Seguro del Hogar.
- Un Aporte Semanal para la manutención, fijado en 30 euros por persona y contabilizado en una caja de caudales de uso comunitario.
- Un Aporte Mensual (o Caja de Mantenimiento) fijado en 40 euros por persona y destinado para el pago de recibos, impuestos, reparaciones e imprevistos. Para ello se convino la apertura de una cuenta bancaria a nombre de los tres en donde hacer efectivo el ingreso a lo largo de la primera semana de cada mes.

2.3. Actividades Asamblearias

Durante el proceso de salida y previamente a la incorporación definitiva, el equipo educativo mantuvo cuatro reuniones asamblearias con los usuarios con el fin de procurar que la transición hacia la nueva vivienda partiera de unos referentes mínimos de estructuración de la vida diaria, si no idénticos, al menos, similares al modelo previo:

ORGANIZACIÓN EN LA VIVIENDA

- Calendarización de un Menú Semanal del que poder desglosar un Listado de Compra confeccionado teniendo en cuenta las existencias y excedentes con los que se cuentan semanalmente.
- Fijación de un día determinado a la semana para:
- La realización de la compra.
- La limpieza de las habitaciones.
- La limpieza de los espacios comunes.

ABORDAJE DE SITUACIONES IMPREVISTAS

- Accidentes domésticos.
- Primeros auxilios.
- Elaboración de un listado de teléfonos de emergencia.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

- Problemas de convivencia.
- Toma de conciencia.
- Estilo comunicativo utilizado.
- Fomento de actitudes resolutivas.
- Abordaje de crisis psicóticas y detección de síntomas.

CONOCIMIENTO DEL MEDIO

- Organización comunitaria de la finca: presidencia, administración, tesorería, etc.

- Visitas al barrio.
- Conocimiento de recursos: comercios, farmacia, biblioteca, asociación de vecinos, etc.
- Transportes.

3. Seguimiento de las bajas

Previamente a la incorporación definitiva de los usuarios en la nueva vivienda se diseñó, en coordinación con los referentes de las Unidades de Salud Mental y el Centro de Rehabilitación e Inserción Social, un seguimiento de los casos con el objetivo de detectar necesidades y analizar la evolución, a lo largo de tres fases:

PRIMERA ETAPA:

- Consistente en visitas diarias a la vivienda durante tres horas, por parte de un educador del Programa de Pisos.

SEGUNDA ETAPA:

- Reducción progresiva de la supervisión mediante visitas del educador del programa, durante dos horas, de lunes a viernes.
- Visitas de tres días a la semana durante una hora, en combinación con la intervención de la educadora de calle del C.R.I.S.-C.D., una vez a la semana.
- Retirada de la supervisión del programa y derivación del seguimiento al C.R.I.S.-C.D. por un período, en previsión, de 6 meses.

TERCERA ETAPA:

- Derivación al seguimiento ambulatorio mediante la intervención de la Atención Domiciliaria de la Unidad de Salud Mental de referencia.

Conclusiones

A día de hoy, dos de los usuarios que han protagonizado esta salida conjunta desde el programa, ya han sido dados de baja según el criterio de salidas progresivas establecido en un principio. Queda pendiente perfilar la última de ellas, a la espera de un análisis más exhaustivo que permita verificar la sostenibilidad de los recursos económicos del usuario en cuestión frente a unos gastos que, aunque estén soliviantados por la propuesta de exención del pago del alquiler, apenas logran con dificultades hacer frente al mantenimiento de su nueva situación atendiendo a las trabas con las que suele encontrarse el colectivo a la hora de intentar articular la incorporación al mundo laboral normalizado con la protección de los exclusivos ingresos percibidos a través del cobro de la pensión.

Este tipo de restricciones de carácter económico suelen convertirse, en muchos casos, en el factor determinante a la hora de diseñar desde el Programa de Viviendas, procesos de salida, ya no sostenibles en el tiempo, sino ni siquiera planteables desde el mismo punto de partida, caracterizado por la ausencia de recursos puente capaces de ajustarse a las necesidades que plantea la reinserción comunitaria de la persona con enfermedad mental.

Desde el Programa de Pisos Supervisados de A.F.E.M.A. es la primera vez que se diseña un proceso de salida conjunto hacia una vivienda autónoma compartida. Es, por tanto, temprano para sacar conclusiones definitivas. No obstante, consideramos que, entre los múltiples factores que han contribuido a la materialización de este proyecto que, nos atrevemos a tildar de solidario, uno de ellos está relacionado directamente con el cuidado y fomento de los valores de mutuo apoyo generados a través de la convivencia en los pisos supervisados (no olvidemos que ninguno de los usuarios en proceso de salida hacia la vivienda compartida guardaba entre sí vínculo alguno antes de pasar a ocupar plaza en el programa).

A la espera de conocer la evolución de este proceso, los técnicos que hemos contribuido en su viabilidad, reconocemos un aporte de nuestras propias expectativas que no quisiéramos considerar desajustadas a la hora de contemplar como posible la creación de redes sociales y administrativas capaces de proporcionar la infraestructura necesaria para facilitar la salida del usuario desde el programa de viviendas hacia un nuevo espacio en donde, simplemente, pueda pasar a ser conocido como vecino.

D. Avelino Ortega

Participante del Programa de Integración Comunitaria AFEMA

Mi nombre es Avelino y he estado en el Programa de Viviendas de A.F.E.M.A. desde finales del 2004 hasta el pasado mes de febrero.

En esa fecha fui dado de baja del programa porque ya me sentía preparado para volver a vivir en mi casa aunque en condiciones muy diferentes a las que tenía cuando marché.

Voy también al C.R.I.S. (Centro de Rehabilitación e Integración Social) de Alicante en donde he participado en numerosos talleres a lo largo de estos últimos años, como son: cocina, manejo económico, educación para la salud, afrontamiento del estrés, etc.

Empecé a ir a la vivienda supervisada poco a poco. Primero hice unas visitas para conocer a los compañeros, el barrio y la casa. Al principio los educadores me llamaban para salir a dar una vuelta o para invitarme a alguna comida en el piso. Yo vivía con mis padres y, poco a poco, me fui llevando mis cosas a la nueva casa hasta que me quedé allí a vivir en una habitación.

No me resultó difícil adaptarme. Ya me habían explicado lo que era una vivienda protegida y me pude organizar bien con mis compañeros porque todas las semanas hacíamos una asamblea y siempre venían educadores para ayudarnos. En la casa teníamos cuadrantes con tareas que yo ya sabía hacer pero que en mi casa no podía hacer porque se encargaban mis padres. Al principio los echaba de menos pero podía ir a verlos todas las semanas y, a veces, me quedaba a comer.

Creo que también me adapté bien porque si no estaba con mis padres no tenía con quien estar. Estando en el piso supervisado mi padre murió y mi madre fue ingresada en un geriátrico.

A veces siento que alguien me ha guiado para ayudarme porque no me hubiera gustado quedarme solo en mi casa sin poder hablar con nadie. Me hubiera quedado muy aislado. Creo que he tenido suerte de estar en la vivienda supervisada cuando ocurrió esto. Quería volver a mi casa pero acompañado. Entonces los educadores me propusieron que pensara en la idea de compartir la casa porque otros dos compañeros también estaban preparados para salir y a mí me gustó esa idea porque a uno de ellos, Jose Luis, ya lo conocía y me llevaba bien.

Cuando los educadores me pidieron que pensara en un alquiler para cobrarles yo pensé que no hacía falta porque las pensiones son bajas y vamos agobiados con el dinero, además, para mí, lo más importante era vivir en compañía compartiendo los gastos del día a día.

Nos organizamos para vivir de forma parecida a como lo hacíamos en el piso con los educadores y mi idea es vivir con ellos toda la vida porque no me gusta vivir solo.

D. Luis José Garrido

Participante del Programa de Integración Comunitaria AFEMA

Mi nombre es Luis José; tengo 28 años; nací en Alicante y estoy diagnosticado de trastorno esquizo-afectivo desde la edad de 16 años.

En la actualidad me encuentro en fase de salida del Programa de Pisos de A.F.E.M.A. para ir a vivir en una casa particular compartida con Avelino y otro compañero con quien coincidí en las viviendas.

He sido invitado hoy para hablar de mi experiencia de estos últimos años y me gustaría explicarles algunas diferencias sobre mi vida antes de entrar a los pisos y el momento presente.

Hasta la edad de 22 años estuve viviendo con mi familia y, por problemas de convivencia se tramitó mi ingreso al CEMM-piloto, Centro Dr. Esquerdo. Estuve viviendo en el centro algo más de un año aprendiendo hábitos de vida doméstica y participando en talleres de manualidades con una mínima compensación económica que me servía para mis gastos diarios.

A pesar de que mi ingreso no fue voluntario, recuerdo algunas cosas muy positivas de aquella etapa como son la amistad que hice con uno de los compañeros que, por motivos parecidos a los míos compartimos la estancia. Con él tuve un gran apoyo afectivo que me ayudó a vivir aquel tiempo con tranquilidad y con quien compartí afinidades y buenos recuerdos. Con esto quiero decir que fue uno de mis mejores amigos en el centro.

A lo largo de mi ingreso, a medida que yo iba evolucionando, la Trabajadora Social, la psicóloga y el psiquiatra que me atendían me propusieron tramitar la solicitud a una vivienda supervisada porque mis objetivos en el centro se habían cumplido.

Yo no sabía lo que era una vivienda supervisada y me explicaron que se trataba de un piso protegido compartido con otros usuarios

diagnosticados de enfermedad mental y apoyado por un educador intermediario en la resolución de conflictos, etc.

Fui uno de los primeros usuarios del CEMM que salió con trabajo a través de un taller de empleo. Por tanto comencé a vivir en la vivienda con trabajo hasta que acabó el contrato y tramité la activación de la pensión.

Mi primera impresión al llegar a la vivienda fue de frialdad porque no conocía a los compañeros. A medida que transcurrieron los meses fui cogiendo confianza con ellos hasta adaptarme a la nueva situación sin problemas.

La diferencia más importante para mí entre el CEMM y el piso fue la independencia. Desde la vivienda supervisada podía salir a tomar café, a pasear, recuperar amistades y hacer vida cotidiana con mayor libertad. Aunque en el piso también existía una normativa de horarios y de reparto de responsabilidades con las tareas domésticas, aquí no hacía falta solicitar pases para salir de la casa y cada vez que regresaba de la calle me encontraba con un espacio que tenía el aspecto de cualquier otra vivienda.

Se me explicó que el objetivo del piso era conseguir autonomía y desde el principio yo relacioné esta palabra con la idea de libertad para decidir por mí mismo.

No siempre fue fácil. A lo largo de estos años he convivido en la vivienda supervisada con compañeros que yo no elegía y que, en ocasiones ha resultado difícil e incómodo plantear una convivencia de mi agrado.

A pesar de que mi evolución en las viviendas fue muy buena, hubo un momento en que entré en crisis por varios motivos y tuve que abandonar la vivienda durante un tiempo hasta volver a reincorporarme. Esta experiencia me sirvió para ver que, a pesar de las mejorías, nunca se pueden controlar todos los imprevistos y son siempre necesarios los apoyos.

Pensando en el transcurso de estos últimos años creo que esa capacidad para decidir por mí mismo es mayor porque la mayoría de decisiones que tengo que tomar hoy en día están relacionadas con conseguir el mayor bienestar en la propia casa que comparto con mis compañeros y que siento también como propia.

Hoy en día me siento completamente capaz de vivir en una casa en la ciudad, tanto solo como acompañado. Pudiendo elegir prefiero hacerlo con gente porque la vida se hace menos monótona, las responsabilidades son compartidas y la actividad es mayor.

Durante el tiempo que estuve viviendo en los pisos supervisados no tuve clara cuál iba a ser mi salida. Tenía claro que no dispondría de este recurso toda la vida pero no resultaba fácil imaginar la idea de una casa propia haciéndome cargo de todos sus gastos.

Comencé a pensar en compartir casa cuando otros compañeros que ya habían salido del programa y estaban viviendo solos en casas propias me ofrecieron la posibilidad de irme a vivir con ellos. Han sido varios los que me lo han propuesto, cosa que me ha hecho pensar que soy buen compañero de piso. Tuve que elegir entre todas las propuestas y consideré que lo que más valoraba era la estabilidad.

Cuando mi compañero Avelino me propuso compartir su casa con él y otro compañero, lo tuve en consideración porque siempre me había parecido una buena persona, tranquila y con capacidad de saber estar en su sitio.

Para finalizar me gustaría comentarles los proyectos que tengo en mente: aspiro a tener un trabajo con los compañeros y que me aporte satisfacción para poder verme útil. Uno de mis objetivos, como cualquier persona, es intentar tener una mujer con la cual compartir afinidades y, sobre todo, que la relación se base en el respeto y entendimiento mutuo.

D. Jorge Sirvent

Usuario del Programa de Integración Comunitaria AFEMA

En el piso donde entré está situado en el barrio de Garbinet de Alicante. El trámite lo realizó la Trabajadora Social de la Unidad de Salud Mental de referencia.

Allí me acostumbré a atender las cosas de casa: hacer la comida, la limpieza, la compra y eso me hizo pensar que algún día podría vivir con alguien haciendo las mismas tareas pero sin fecha para marchar.

No sé cuál es mi idea para el futuro pero me gustaría seguir viviendo en un piso de mi propiedad para compartirlo con alguna amiga o novia. Lo que más me gustaría que me ocurriera es tener un piso, mantener mi pensión y vivir con una compañera contento y feliz hasta que me muera.



Conclusiones

1. Este congreso supone un paso más en nuestro avance hacia la calidad. Calidad de vida centrada en la persona y calidad en los recursos y dispositivos de atención dirigidos a las personas con enfermedad mental y sus familias.
2. En este Congreso se expone el compromiso de que los programas, centros, servicios, acciones asociativas..., desarrollados por las diferentes entidades, contemplarán adecuados niveles de calidad, incorporando a corto plazo sistemas de gestión de la calidad.
3. Se constata la importancia de los LOGROS PERSONALES, que son lo que la persona quiere para ella misma, no lo que quiere su familia, ni las personas de su alrededor. Es el propio implicado el que dice lo que quiere, como un elemento de calidad de vida, considerando la importancia de que todos somos sujetos activos en todos los procesos, y que éstos deben centrarse en la persona con enfermedad mental.
4. Un nuevo desafío al que nos tenemos que enfrentar es el desarrollo del “capital social” = vida en la comunidad. El movimiento asociativo tiene que arbitrar y favorecer espacios de debate y reflexión en la generación de puentes entre las PERSONAS y la COMUNIDAD.
5. Revalidamos nuestras estrategias:
 - de Reivindicación ante los PODERES PUBLICOS,
 - de Lucha contra el estigma social,
 - de Penetración, con capacidad de influencia, en la SOCIEDAD,
 - de Atención Integral a las Personas con Enfermedad Mental y sus familias, como ACCIONES CLAVE en la actividad de todas y cada una de las entidades miembro.

6. En este congreso ASUMIMOS el reto de la importancia de seguir trabajando en los niveles de calidad en el empleo de las PCEM, asumiendo el protagonismo de participación en todo el itinerario de inserción hacia el pleno empleo.
7. El movimiento asociativo asume el compromiso de continuar, mantener y ampliar los programas de INTERVENCIÓN FAMILIAR (“cuidar al cuidador”) que palien la carga familiar.
8. Igualmente se constata la necesidad de que a las PCEM privadas de libertad se les garantice en plano de igualdad los mismos derechos que al resto de la ciudadanía, fundamentalmente el derecho a la salud.
9. FEAFES entiende que los poderes públicos deben de ser promotores y garantes de la universalidad, igualdad, y cohesión en la atención y continuidad de cuidados en la Salud Mental. El movimiento asociativo FEAFES asume un compromiso proactivo en la reivindicación, aseguramiento, mantenimiento y gestión de los mismos.
10. Tenemos que establecer continuas alianzas con los medios de comunicación, ya que son un amplificador muy potente para la lucha contra la estigmatización.
11. Ante el nuevo reto de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia el movimiento asociativo FEAFES estará presente en el desarrollo reglamentario de la misma, tanto a nivel estatal como autonómico y local.
12. Las PCEM y sus familias son beneficiarios de las prestaciones y recursos de la Ley de Dependencia, así como del sistema de los Servicios Sociales, tanto generales como especializados.
13. Nuestro movimiento seguirá afianzándose y creciendo con la participación e implicación de todas las personas que forman parte del movimiento asociativo.

14. Las entidades, en su ámbito de actuación, deben jugar un papel de presión, colaboración y participación adecuada en la implantación de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud.
15. FEALES considera que el desarrollo de alternativas residenciales adecuadas a las necesidades específicas de las personas con enfermedad mental adquieren carácter prioritario.
16. La COHESIÓN INTERNA es un pilar fundamental para la consecución de nuestros objetivos. En este contexto el apoyo y ejecución progresiva del Plan estratégico FEALES SIGLO XXI nos permitirá *afianzar, crecer y fortalecer* nuestro movimiento al servicio de nuestra *MISIÓN*.
17. FEALES considera prioritario combatir el déficit de atención sociosanitaria que reciben los niños y adolescentes con problemas de salud mental. Por lo tanto, pedimos la creación de dispositivos especializados que permitan una detección temprana y una atención adecuada para este colectivo.

FEAFES promueve
espacios de intercambio y reflexión
que permiten alcanzar su misión
sobre la base de los recientes avances legislativos
y las buenas prácticas nacionales e internacionales.



FEAFES

C/ Hernández Mas, 20-24 • 28053 Madrid (España)
Tel: 91 507 9248 • Fax: 91 785 7076
E-mail: feafes@feafes.com • www.feafes.com