

OBSERVATORIO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

INFORME 2012

**VALORACION POR COMUNIDADES DEL IMPACTO
DE LA CRISIS ECONOMICA EN LA ATENCION DE
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL RPS**

Septiembre 2012

INDICE

PRESENTACION.....	2
VISION GENERAL.....	5
INFORME DE ARAGON.....	8
INFORME DE ASTURIAS.....	14
INFORME DE CANARIAS.....	18
INFORME DE CANTABRIA.....	20
INFORME DE CASTILLA-LEON.....	23
INFORME DE CATALUÑA.....	31
INFORME DE EXTREMADURA.....	35
INFORME DE MADRID.....	38
INFORME DE PAIS VASCO Y NAVARRA.....	41

1. PRESENTACION

1.1 POR QUÈ UN INFORME SOBRE EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONOMICA EN LA RPS?

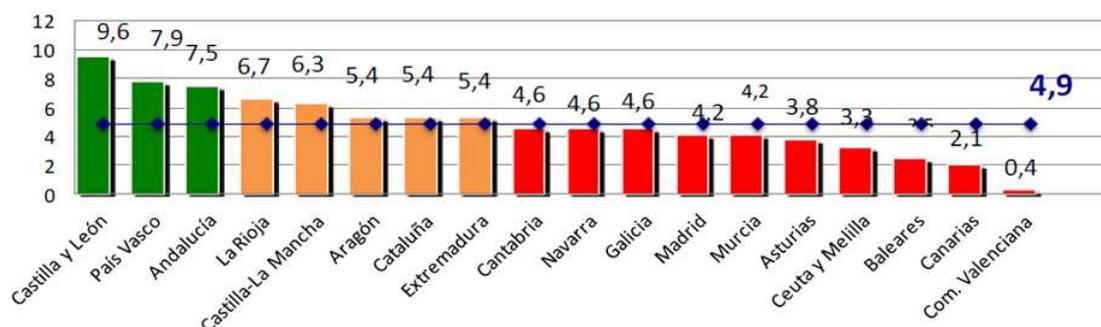
La crisis económica en la que seguimos inmersos está suponiendo recortes en los presupuestos sanitarios y sociales en toda España. Algunos de estos cambios afectan de forma uniforme a todo el país, pero muchos otros varían en cada comunidad autónoma, que asume las competencias de gestión efectiva de esos servicios.

El proceso de recortes se inició a partir de 2010 y va teniendo un efecto acumulativo. Según datos de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública se ha producido una disminución promedio de los presupuestos de 84,76 €, que son ya 140,13 € desde 2010 (el 10,42%) a lo que hay que sumar que no se ha tenido en cuenta el aumento de la inflación en este periodo (informe de febrero 2012):

CCAA	Presupuesto sanitario 2010 por habitante	Presupuesto sanitario 2011 por habitante	Presupuesto sanitario 2012 por habitante
Andalucía	1180,09	1.121,69	1174,43
Aragón	1419,37	1.364,49	1371,87
Asturias	1507,15	1.495,93	1495,9
Baleares	1066,37	1.003,32	1066,82
Canarias	1295,36	1.135,75	1161,97
Cantabria	1347,47	1.232,16	1230,44
Castilla y León	1360,62	1.348,92	1353,00
Castilla la Mancha	1346,52	1.283,08	
Cataluña	1298,84	1.292,45	1128,24
Comunidad valenciana	1122,79	1.078,95	974,82
Extremadura	1509,72	1.390,56	1334,74
Galicia	1333,39	1.266,13	1262,77
Madrid	1108,14	1.103,16	1104,52
Murcia	1334,25	1.346,9	1219,89
Navarra	1543,12	1.528,59	1424,51
País Vasco	1623,08	1.563,68	1557,78
La Rioja	1443,94	1.347,11	1298,01
Media CCAA	1.343,95	1.288,58	1203,82

Si observamos ahora el ámbito de las prestaciones sociales, también topamos con la retracción. Tomando como ejemplo el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia nos encontramos con que está paralizado desde hace más de un año. Se ha paralizado la entrada al sistema de los dependientes leves pero no se trasfiere el gasto a los más graves, porque el saldo entre los que entran al sistema y los que mueren es negativo. Los beneficiarios que mueren no se ven sustituidos por otros que precisan ayuda. Así pues, el sistema crece ficticiamente, porque la mayoría de los que entran son dependientes leves, que no tienen derecho a prestación hasta 2014.

En relación al grado de aplicación por CCAA, el IX Dictamen del Observatorio de la Dependencia elaborado por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, determina que solo Castilla y León (9,6 puntos) País Vasco (7,9) y Andalucía (7,5) sobresalen en la aplicación de la norma.



Puntuación que las autonomías obtienen en el IX Dictamen del Observatorio de la Dependencia

El informe del Observatorio FEARP responde a la necesidad de conocer cómo está afectando el recorte en la asistencia a la salud mental y las redes de rehabilitación psicosocial, más allá de las grandes cifras, y como está concretándose en cada territorio.

Está editado en septiembre de 2012 y eso significa que está marcado por la transitoriedad: Por desgracia la situación de reversión del sistema está lejos de considerarse encauzada y en los próximos tiempos se producirán cambios que dejarán obsoleta esta información.

1.2 OBJETIVOS Y LIMITACIONES

Los objetivos que pretende el informe son:

- Describir las consecuencias objetivables que están teniendo los recortes presupuestarios en la práctica de la RPS
- Valorar su impacto real en la red específica de RPS, y de forma más amplia en el marco asistencial sanitario y social, que afecta también a la RPS.
- Calibrar la afectación que estas medidas pueden tener en la modificación del modelo asistencial desarrollado hasta el momento (Modelo de salud mental comunitaria)

La información se presenta y se analiza a dos niveles: Un nivel de carácter más global (el Sistema de asistencia sanitario y sociolaboral para la atención a salud mental y discapacidad) y otro más específico referido al Sistema de dispositivos de Rehabilitación Psicosocial.

La elaboración de este informe topa con tres limitaciones a tener en cuenta:

- El informe recoge información de aquellas comunidades en que el Observatorio dispone de representación. No aporta información de Andalucía, Galicia, La Rioja, Murcia, Castilla La Mancha, Baleares y Comunidad Valenciana.
- Las fuentes de las se obtiene la información tratada son muy dispersas y de accesibilidad compleja. No existen registros de la administración de muchas de las informaciones, que están además dispersas entre consejerías diversas. A esta dispersión hay que añadir, en los sistemas en que hay concertación de servicios, la multiplicidad de proveedores, particularmente relevante en dispositivos sociales y los relacionados con la inserción

laboral. Finalmente, muchas de las medidas adoptadas al no resultar populares, quedan enmascaradas o difuminadas para evitar tener una percepción clara de su impacto real.

- La provisionalidad y transitoriedad de los datos antes mencionada debido a la incertidumbre sobre la dimensión que pueden adquirir los recortes y las reestructuraciones de las redes asistenciales y de prestación de servicios.

1.3 ESQUEMA DEL FORMULARIO DE INFORME

El informe solicita la siguiente información:

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

En este punto se ha de referir los cambios en el ámbito que dependen de los departamentos sanitarios que afecten a salud mental

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

En este punto se ha de referir los cambios en el ámbito que dependen de los departamentos de bienestar social que afecten a discapacidad o de forma específica a salud mental.

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

En este punto se ha de referir los cambios en el ámbito de inserción laboral que afecten a colectivos de especial dificultad para la inserción o de forma específica a salud mental.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos probables o perdidas ya consolidadas en la propia Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

En cada uno de los apartados se pide información sobre:

- Dotación presupuestaria
- Retribución de profesionales
- Modelo organizativo
- Cambios en prestaciones

2. VISIÓN GENERAL

Una primera conclusión es que muchos de los recortes se han ido aplicando, se están aplicando, de forma progresiva y por fórmulas indirectas. Los cambios evolucionan por ello con curso insidioso, en el que los cierres de servicios, las reducciones de las carteras de servicios o las modificaciones de la red asistencial no son generalizados ni son explícitos.

Sin embargo lo que si ocurre de forma masiva es una política de restricción presupuestaria y recortes en todas las CCAA, que es mucho más significativas en algunas de ellas como Cataluña, Valencia, Murcia, Galicia o Castilla La Mancha. La impresión es que en todas ellas, tarde o temprano, se irán aplicando progresivos recortes en la financiación.

A los recortes hay que añadir los retrasos importantes en el pago de los conciertos y de las subvenciones en los sistemas de concertación, que crean difíciles situaciones de tesorería a las entidades y sobrecostes de financiación bancaria para cubrir los pagos pendientes por los retrasos de la administración. Estos retrasos se han producido especialmente en las comunidades con más sector concertado y mayores problemas de deuda, como son Cataluña y Comunidad Valenciana.

Impacto en las políticas de gestión de personal

Estos recortes provocan una política restrictiva de personal que se traduce en diferentes medidas:

- Incrementos de los horarios de trabajo
- Disminuciones salariales en algunas categorías
- Disminución del número de profesionales por no cobertura de una parte importante de las jubilaciones o bajas y despidos de los que están en situación contractual más vulnerable (interinos y contratos eventuales)
- Disminución conceptos retributivos como la carrera profesional

Todo ello redunda en una disminución efectiva de la capacidad asistencial de los centros públicos, a la que hay que añadir cierres de camas de hospitalización, de consultas, de quirófanos, disminución de personal de guardia, etc. Se genera por tanto un incremento inevitable de las listas de espera.

Limitaciones en la accesibilidad

Las tasas y copagos por recibir prestaciones sanitarias están establecidas por la legislación vigente como competencia estatal (Ley General de Sanidad, Ley de Seguridad Social, Ley de Cohesión del SNS, Ley del Medicamento, RD sobre cartera de servicios comunes del SNS), Sin embargo algunas CCAA están estableciendo sistemas de tasas, como por ejemplo el pago de un euro por receta en Cataluña. Se está incrementando la aportación en prestaciones farmacéuticas. También señalar que 417 medicamentos, en principio para dolencias leves, han dejado de ser financiados por la Seguridad Social.

La introducción de tasas y copagos significa una barrera en el acceso a las prestaciones sanitarias de los segmentos de población con menos ingresos, como es el caso de personas con TMG y sus familias.

El Ministerio de Sanidad ha hecho efectiva la retirada de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes irregulares, una medida que, según las previsiones, afectará a 153.000 personas. También se han introducido periodos de carencia para el acceso a las prestaciones sanitarias o sociales desde la fecha de empadronamiento.

En el ámbito de la vivienda asistida para personas con TMG, como las residencias, hay comunidades con sistemas de copago anteriores a la crisis que aumentan su coste para el usuario por aumento de tarifas y por incremento de IVA, También se están planteando cobro de tasas en comunidades en que no las había, como en los dispositivos de rehabilitación hospitalaria de Aragón.

Impacto en servicios y prestaciones

Las redes de servicios se mantienen de momento teóricamente como estaban, aunque está prevista una revisión de la cartera de servicios que no se sabe aun el alcance que pueda tener. Se han producido cambios organizativos en algunos territorios, como el establecimiento de área única en Madrid, que está suponiendo una recentralización de la atención en los hospitales y una progresiva reducción de la red comunitaria, con absorciones de centros y algunas supresiones.

Una manera alternativa que también se está aplicando es exigir el aumento de la capacidad asistencial (por ejemplo, asumir mayor número de plazas) con los mismos presupuestos.

Los planes de salud o de servicios sociales en los que se enmarca la RPS están caducados en algunas comunidades, sin previsión de reactivación. En algunas comunidades como País Vasco o Cataluña, se han desarrollado planes relacionados con la atención a la cronicidad.

La ruptura de los sistemas de coordinación es uno de los fenómenos que se hacen notar, sea por el cambio de proveedores como en Madrid, o por la paralización de los mecanismos de coordinación establecidos para la atención de personas con TMG, como en Asturias o Extremadura. Por el contrario, se están introduciendo en algunos territorios la historia clínica unificada, que puede ser un buen instrumento de coordinación de la asistencia.

Por su parte, el acceso a prestaciones se ha endurecido:

- Las prestaciones ligadas a la ley de la dependencia se han visto claramente afectadas, tal como se ha explicado en el apartado 1. Esto afecta mucho más a comunidades que tienen prestaciones de asistencia al TMG ligadas al reconocimiento de dependencia, como es el caso de Andalucía o Cantabria.
- El pago de las rentas mínimas de inserción se retrasan, revisan al alza el umbral de exigencia para acceder a ella
- El reconocimiento de disminución sufre retrasos importantes en su tramitación y hay sensación en algunos territorios de que los criterios de acceso son más restrictivos.

Los servicios sociales para personas con TMG y la inserción laboral (eliminados estos últimos en algunos lugares en que existían servicios o profesionales específicos para TMG) están en muchos territorios organizados con entidades concertadas, la mayoría entidades sin ánimo de lucro y muchas de escaso tamaño. Para este sector la reducción de presupuestos ha sido más palpable porque se basan en sistemas de subvenciones, que es donde los recortes han sido más explícitos (suspensión de convocatorias o directamente eliminación). La continuidad de las empresas de trabajo protegido también está cuestionada en muchas de ellas porque al

impacto de la crisis económica añade la congelación de nuevas subvenciones a la contratación y la reducción en un 25% de lo que establece la ley.

La reducción de recursos de RPS es segura.; la cuestión es cómo se va a aplicar. Seguramente se mantendrán más fácilmente la financiación destinada a recursos de vivienda que la destinada al fomento de la autonomía y la integración social y laboral. Sin embargo es improbable la dotación de nuevas inversiones, dotación de plazas o crecimiento de las redes asistenciales.

INFORME DE ARAGON

Alejandra Rebores

Centro de Rehabilitación Psicosocial "San Juan de Dios". Teruel. Servicio Aragonés de Salud

* En colaboración con AEN Aragón (responsable: Antonio Tari)

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

COPAGO PARA PLAZAS PÚBLICAS

Han aumentado las tasas en los dispositivos hospitalarios de rehabilitación de modo considerable (ULEs y UMEs). Pacientes con pensiones no contributivas antes exentos de pago, ahora se ven obligados a pagar una cuota de estancia hospitalaria en los dispositivos de rehabilitación psicosocial.

Hasta el momento las tarifas de copago en los dispositivos de rehabilitación hospitalaria públicos regían por una Orden de 1993 y las decisiones quedaban en manos de los criterios de valoración de los trabajadores sociales. En cada provincia se regían por criterios distintos y la resolución actual de la Dirección de Planificación es unificar esos criterios en base a unos criterios impuestos por ellos, no acompañados de una publicación legisladora. Anteriormente, a modo de ejemplo, se intentaba que los gastos de estancia permitiesen un ahorro mensual del paciente de 350 euros para gastos personales (tabaco, consumiciones, enseres personales..), medios de transporte para los permisos a domicilio (en la provincia de Teruel los gastos en este punto son considerables por ejemplo), mantenimiento de gastos de la vivienda si existiese, etc. Ahora mismo, la Dirección General de Planificación y Aseguramiento plantea que el paciente pueda disponer de un total de 60 euros por mes para todos estos gastos personales. Ya son numerosos los usuarios desde su implantación, que han rechazado ingresos voluntarios en los dispositivos de rehabilitación debido al elevado incremento en las tasas de estancia.

TARIFAS PARA PLAZAS CONCERTADAS

El recorte en las tarifas es un punto crítico para los programas de rehabilitación, en especial los comunitarios. Las plazas especialmente afectadas en Aragón son de: Centros de día concertados por Dep. de Sanidad, Centros de Inserción Laboral (ocupacional) concertados por Dep. de Sanidad, pisos protegidos concertados por el Dep de Sanidad, de EASC y otros programas: UME, ULE

-Hay una reducción en las partidas destinadas a conciertos con entidades que se añade a la imposición de introducir los criterios de mercantilización de la Ley de Contratos y prestación de servicios públicos.

-Tarifas por plaza en programas residenciales (UME) para SM la propuesta inicial era de una reducción del 27'4. Finalmente este año ha quedado en una reducción del 7%.

- Para los usuarios del programa Residencial (pisos gestionados por entidades) se aplica la misma normativa que determina las tarifas de copago en los dispositivos hospitalarios de rehabilitación: Se aplican criterios hospitalarios, antes expuestos, lo que supone un pago

desmesurado ya que la atención en pisos es de menor intensidad que en una atención residencial intensa (UME, ULE) y con programas compartidos

-Efecto en las entidades: en los períodos anteriores a la crisis los servicios de las entidades concertadas están ya sobrecargados.

CONSECUENCIA: La reducción en las tarifas supone un decrecimiento de la calidad al bajar la ratio de horas/profesional. Supone no sustitución de vacaciones, por ej. Pero más grave, puede suponer el cierre de algún centro de Día y algún centro social o de Rehabilitación Comunitaria por no poder destinar los recursos.

CONTRATACIÓN:

El número de entidades que gestionan servicios en Aragón son unas 13, para una población de poco más de un millón y en su mayoría en la capital. Se está dando un cambio en el régimen de contratación. Ahora la norma de referencia es la Ley de Contratos del Estado. Esta ley prima, la mejor oferta económica en el momento de adjudicar el contrato. Lo que significa que los servicios homologables a la forma de gestionar de las grandes empresas (residencias, centros de Día...) pueden ser adjudicados a grandes empresas que pueden bajar momentáneamente los precios por plaza.

Otra alternativa que se baraja es la de poner a oferta "lotes de Servicios". Esto unido a lo anterior supondría un cambio en la gestión de los servicios y el paso al paro de los profesionales de entidades menores que hasta ahora han gestionado estos servicios.

CONSECUENCIA: Bajada de precio y bajada de la calidad de los servicios. Desaparición de profesionales y precarización de las condiciones laborales.

PROPUESTA: Acuerdos entre entidades para hacer frente a la ley de contratación. En estos momentos se están dando pasos en este sentido por parte de diferentes entidades aragonesas que actualmente prestan los servicios concertados de rehabilitación.

En lo que se refiere al régimen de contratación antes descrito hay que añadir un grave problema nunca resuelto y que ahora va a tener la máxima importancia dada la situación de recortes y "desregulación" en sanidad. Se trata de la "determinación de Unidades tipo ("acreditables") a concertar, es decir Centro de Día tipo, Piso tipo, Programa laboral tipo etc. Estas unidades igual que las demás unidades que dependen de la estructura SALUD no tiene una regulación legislativa adecuada y depende de ordenes menores ad hoc. Por parte del Departamento se ha aplazado (puede que abandonado) la publicación del Decreto de Regulación de la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en Aragón que debería establecer criterios de acreditación de cada unidad: Cartera de servicios, programas, equipo profesional, funcionamiento y procesos de derivación. Este hecho permite que se concierten servicios casi a la carta y no con criterios de desarrollo de un Plan de Salud Mental, (de obligada aplicación) que permita dar cobertura asistencial y de Rehabilitación a toda la población.

GASTOS CORRIENTES

Otro aspecto importante del momento actual es la incertidumbre. Esta además viene añadida a la falta de cumplimiento de los plazos de pago de la liquidación mensual por prestación de servicios concertados: en julio están pagando el mes de enero y febrero, lo que significa que

las entidades tienen que endeudarse para poder hacer frente a las nóminas y a los gastos corrientes.

Mayores cargas: hasta ahora una entidad cobraba por las plazas concertadas y si se ingresaba algún paciente más se añadía a la factura. Desde el año pasado, pueden derivar pacientes sin compromiso de pago. Es decir, se trabajaba a cuenta y a la espera de asignar presupuesto.

Retribución de profesionales

Las reducciones en las retribuciones en los servicios públicos son las que se han propuesto propuestas a nivel estatal, aunque desde hace meses se han eliminado las jornadas complementarias de tarde en la atención ambulatoria. En cuanto a los servicios concertados la situación es la descrita en el punto anterior. La sustitución en vacaciones la han reducido al 20% aproximadamente.

Modelo organizativo:

- Posible reducción de profesionales en la red ambulatoria y traslado al hospital de algunos profesionales.
- Cierre de la unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UCE) del Hospital Nuestra Sra. de Gracia: desaparición de las únicas camas para desintoxicación hospitalaria de pacientes con conductas adictivas. Número total de camas de hospitalización de agudos en Aragón: 112. La ratio por cada 100 000 habitantes es de 8'5. Ratio recomendada 12, es decir debería haber 161 camas. Déficit: 44. Déficit de camas hospitalarias: 30'4%. Consecuencia: unidades a más del 100% de su capacidad. Efecto: camas cruzadas.
- Sigue sin abrirse el Hospital de Día del Hospital Miguel Servet.
- Asistencia ambulatoria SM: la mayoría de los CSM tienen equipos multiprofesionales incompletos (solo 2 CSM en toda la C.A. Aragón tienen Trabajador Social propio, sin depender del CS de A. Primaria). La adscripción de los profesionales que trabajan en los CSM es muy variable: los psiquiatras dependen de Atención Especializada (del hospital de referencia), mientras que los psicólogos clínicos y enfermería tienen una adscripción a A.P o A.E, según sea el sector sanitario de referencia. No existen programas de atención específicos para personas con TMG, ni se realiza una atención domiciliaria de manera habitual ni se participa activamente en los programas comunitarios.
- Hay una propuesta de reorganización de la asistencia ambulatoria.: Crear una macro unidad de atención ambulatoria que uniría tres unidades actuales de SM Ambulatoria (Casablanca, Torrero y Sagasta), igual que sucede con el CSM Actur- Sur.
- Propuesta de traslado de las USM del Sector II al nuevo barrio de Valdespartera.
- Persisten abiertas las consultas externas de Psiquiatría en el H. Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, en las que únicamente existen consultas de psiquiatría.

CONSECUENCIAS: incremento de las dificultades de desplazamiento para las personas atendidas (se reduce el criterio de accesibilidad a los recursos por proximidad). Mayor dependencia Hospitalaria de las jefaturas de servicios. Atención más deficitaria.

Cambios en prestaciones:

En Huesca: ha desaparecido una plaza de psiquiatra en el CRP que va la UCE de Hosp. S Jorge.

En Zaragoza:

- Han cerrado la planta de UCE del Hospital Provincial "Nuestra Señora de Gracia", añadiendo camas en la planta de psiquiatría del Hospital Miguel Servet y redistribuyendo a algunos de

los profesionales. La propuesta es incrementar, de forma compensatoria, las plazas de Agudos del Hospital Miguel Servet.

- Reducción plantilla de enfermería en la Unidad de Trastornos de la Personalidad.
- Reducción plazas concertadas de larga estancia en Centro Neuropsiquiátrico N^º5^a del Carmen.
- Propuesta de amortización de plaza de psicólogo del Sector II.
- Reducción de dedicación de profesionales en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Movera.
- Amortización de plaza de Psiquiatra Infanto-Juvenil del CSMIJ Actur.
- Desde los servicios de tutela se están asignando plazas en residencias geriátricas a pacientes psiquiátricos con patología refractaria, ante la falta de camas en unidades residenciales de alta supervisión.
- Se ha eliminado la atención ambulatoria en CSM en horario de tarde.
- Bloqueo de oferta de plazas de formación de nuevos residentes de salud mental, y reducción de algunas existentes (plaza de PIR del Hospital San Jorge de Huesca...).

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

La situación de las personas que quedan fuera del sistema laboral y pierden todo tipo de cobertura y prestación social, está haciendo crecer las demandas de ayudas de urgente necesidad en los centros municipales de servicios sociales. Este crecimiento exponencial tiene como consecuencia la necesidad de atender situaciones de nueva demanda, como la búsqueda de ayudas para comida, el mantenimiento de alquileres o la compra de productos escolares básicos. Los umbrales de valoración de la situación de precariedad y pobreza se están reduciendo y se considera que personas con algún tipo de prestación o ayuda del entorno familiar pueden hacer frente a la situación, sin considerar las condiciones del mismo o si este es adecuado para la convivencia.

Dotación presupuestaria:

- En 2012 no ha salido oferta de subvenciones para “Apoyo a programas de inserción social”. Esta subvención venía a cubrir anualmente el pago en salarios de profesionales dedicados programas específicos de apoyo social, participación ciudadana, etc. También aquellos apoyos procedentes de financiación de Comarcas, ayuntamientos, diputaciones provinciales.
- Está pendiente la planificación y establecimiento de criterios para el desarrollo de los Fondos Estructurales de cohesión social para el 2013 y siguientes, sin que exista hasta el momento una directriz clara ni marcada de cuáles van a ser estos en la comunidad autónoma.
- El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) ha demorado temporalmente las nuevas adjudicaciones de la renta mínima de inserción IAI (Ingreso Aragonés de Inserción) con más de tres meses de carencia, prestación que reciben personas, en muchos casos, con una discapacidad entre el 33 y 65%.

Modelo organizativo:

Posible cambio de los equipos de Evaluación a los equipos Base del IASS que se han quedado sin funciones. Reestructuración de la Ley de la Dependencia.

Cambios en prestaciones:

- Existe la posibilidad de que la gestión, de igual modo que ocurre en el ámbito sanitario, se pueda ver sujeta a la implantación de la Ley de Contratos del Estado, en la que hasta el

momento, en los concursos y acuerdos marco realizados, se priman los aspectos económicos. Se puede desdibujar el marco de competencias y funciones entre los diferentes profesionales existiendo la posibilidad de que las categorías y funciones puedan ser asumidas por profesionales de menor cualificación o rango formativo, que a su vez tienen un menor coste económico.

- Retrasos importantes en el pago de las ayudas aprobadas por dependencia y reducción en el grado de ayudas evaluadas aprobadas. El nuevo baremo de 20 de Febrero es más restrictivo y puede asimilarse a un recorte de prestaciones derivadas de la ley. En cuanto a Salud Mental: ha sido de gran ayuda la Guía para evaluadores de la FEARP. En este momento se da mucha importancia a las indicaciones que se hacen desde el informe médico, que es considerado como una guía para la evaluación. Se han establecido pruebas evaluadoras más ajustadas. Se da más importancia a los aspectos negativos/pasivos de la enfermedad (síntomas negativos

- Se ha empezado a observar en las calificaciones de discapacidad, valoraciones de factores sociales con 0 puntos (puntuación con un máximo de 15 puntos) y no se sabe a qué se debe, así como valoraciones de discapacidad muy a la baja que dejan sin derecho a prestación .

- Se han producido subidas considerables en el alquiler social (“Zaragoza Vivienda”) incrementando las mensualidades en un 25%.

- Se están eliminando en muchas zonas rurales los transportes sociales de los que se beneficiaban algunos de nuestros usuarios sin vehículo propio y carencias importantes en red de medios de transporte para cualquier traslado.

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

- El Ministerio de Trabajo ha eliminado la medida transitoria propuesta por la ley 27/2009 referida a la subvención del 75% del SMI para el mantenimiento de empleo para paliar la situación de crisis. PROPUESTA: Extender la medida transitoria propuesta por la ley 27/2009 referida a la subvención del 75% del SMI para el mantenimiento de empleo por un periodo de cinco años.

- Se está en la misma situación de retraso del pago de subvenciones de los CEE.

- Desaparecen las ayudas para contratación de profesionales para apoyo a los itinerarios de Inserción.

- Se está dando una disminución de contratos de productos y servicios de los CEEs con la administración pública.

- Disminución de la actividad económica, implica situaciones de ERE aplazado.

- Disminución presupuestaria para Escuelas Taller y Talleres de empleo. No aprobación del Taller de empleo Pastores (Sabiñánigo) en el que la mitad de los trabajadores era de personas con enfermedad mental.

- Se han comenzado a producir situaciones de ERE, de despidos y de aumento considerable de las listas de espera para los dispositivos de rehabilitación laboral.

- La precarización en las medidas laborales y el abaratamiento de los costes salariales no hace competitiva la contratación en el empleo ordinario de personas con discapacidad, con lo que el colectivo ha incrementado de una manera sustancial sus dificultades de empleabilidad.

- Financiación decreciente desde otros programas públicos y desde la financiación privada: Las entidades que gestionan servicios, en especial de Rehabilitación Psicosocial, hasta ahora, para la financiación de nuevos proyectos o apartados de programas en activo, podían tener acceso a presentarlos en otros Departamentos tanto de Servicios sociales, Trabajo, ayuntamientos, Diputaciones. Ha habido una reducción drástica de estos fondos, así como los que iban unidos a la financiación desde programas europeos. Se reducen además los programas formativos tan útiles para los programas de RH.

En cuanto a la financiación privada, las entidades financieras en especial las cajas de ahorro, al convertirse en bancos, han eliminado o restringido el papel de las Obras Sociales de las que dependían muchos proyectos en especial en inversiones. Dada la descapitalización y falta de financiación en inversiones (inmovilizado), la perspectiva de muchas entidades es el empobrecimiento y la precariedad para el futuro inmediato.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

Debido a la amplia existencia de dispositivos concertados en la red de rehabilitación psicosocial en nuestra C.A, la asistencia en RPS está siendo la más gravemente afectada, tal como se menciona en el punto 1.

La disminución de las tarifas supone un empobrecimiento de la calidad asistencial al usuario porque se produce un incremento de las listas de espera de los recursos de RPS (antes admitían a más pacientes a la espera de ser posteriormente remuneradas esas plazas por la Administración Sanitaria), una reducción de la oferta de actividades y programas de rehabilitación (al reducirse horas/profesional), una reducción de la calidad de vida del usuario (al incrementarse el % de su aportación económica) y, por tanto, afectación de las posibilidades de normalización social en su entorno.

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- Cierre de entidades de la red de rehabilitación, incluidos dispositivos específicos de rehabilitación laboral
2- Reducción de camas hospitalarias de urgencias y rehabilitación
3- Reducción de plantilla de profesionales

INFORME DE ASTURIAS

Margarita Eguiagaray

Unidad de Coordinación de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

Al impacto de la crisis en la Comunidad Autónoma de Principado de Asturias, es necesario añadir el largo periodo de desgobierno: primero, por la tardanza en la toma de responsabilidades en el 2011,(noviembre) y después por la decisión convocar elecciones anticipadas el 13.02.2012. A día de hoy, ya con un nuevo gobierno, aún se está a la espera de conocer la nueva estructura orgánico-administrativa del Servicio de Salud del Principado de Asturias en donde estaba ubicada la Unidad de Coordinación de Salud Mental de Asturias

Durante estos últimos meses (de noviembre 2011 a abril 2012) con un nuevo partido “FORO” en el gobierno autonómico (surgido de una escisión del PP asturiano) y con una postura que no niega el modelo de atención comunitaria abiertamente pero que ha paralizado temas muy importantes y realizado cambios con repercusiones negativas tanto por toma de decisiones como por inacción.

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Dotación presupuestaria: Reducción Presupuestaria: Se desconocen los presupuestos 2012

Retribución de profesionales: Reducción salarial

Modelo organizativo:

Se produjo una quiebra en el modelo organizativo y funcional de los Servicios de salud mental. La red de servicios de salud mental se compone de un conjunto de servicios territorializados y diversificados que se distribuyen en las ocho Áreas Sanitarias que componen el mapa de salud del Principado de Asturias. En cada área existe un coordinador de área y un coordinador de enfermería, integrados en la Gerencia de Atención Especializada del Área, excepto el Área VI que depende de la Gerencia de Atención Primaria. La Unidad de Coordinación es el elemento organizativo a partir del cual se elaboran las directrices en la Atención a la Salud Mental.

La Unidad de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM) .

Forma parte de la estructura orgánica y funcional del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Integrada en la Subdirección de Atención Especializada del SESPA, tiene como misión la definición de los objetivos asistenciales de los centros y servicios de la Red de Salud Mental, el desarrollo de acciones intersectoriales en materia de integración sociolaboral y la de impulsar y participar en las actividades de docencia e investigación. (Decreto172/2011 del 19 de agosto. BOPA 193 de 20 – VIII -2011 ; Mapa de Procesos de la Unidad de Coordinación de salud mental del Principado de Asturias)

- ❖ **La Junta de Coordinación** que existía desde 1986 como elemento regulador de planificación, programación, toma de decisiones y nexo de unión de todos los coordinadores de las áreas sanitarias con la UCOSAM **dejó de funcionar** como tal, no por haberla quitado de la estructura organizativa sino por falta de convocatoria, lo que

dio lugar a situaciones de descoordinación, desinformación y aislamiento en las distintas áreas . la Comisión del Seguimiento del programa de Trastornos Mentales Severos y la Comisión para el seguimiento y desarrollo de mejoras en los Servicios de Salud Mental (BOPA, núm, 48 de 28 –II- 2011).

Durante este periodo de tiempo se interrumpieron las grandes líneas de actuación en las que la UCOSAM estaba comprometida:

- **El cumplimiento y compromiso explícito con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.** Durante este periodo ha quedado inactivo el compromiso que se tenía en la definición, cumplimiento, seguimiento y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud como miembros del Comité de Seguimiento.
- El desarrollo del nuevo plan de salud mental, publicado en el 2010 “**Estrategias para el Desarrollo y Mejora de la Salud mental . Servicio de salud del Principado de Asturias 2010-2015.** No se han realizado ninguna de las acciones prioritarias a implementar el año 2011..No se han definido las acciones a desarrollar en el 2012 para el cumplimiento de los objetivos de cada línea Estratégica.
- **La aplicación de la metodología de Gestión por Procesos** que se había iniciado en todos los servicios en las 8 áreas sanitarias. Se había iniciado en todas las áreas y sólo la han reconocido “como experiencia piloto en el área de Oviedo
- Igualmente dejaron de funcionar dos órganos de suma importancia:
 - La Comisión del Seguimiento del programa de Trastornos Mentales Severos
 - La Comisión para el seguimiento y desarrollo de mejoras en los Servicios de Salud Mental (BOPA, núm, 48 de 28 –II- 2011).

❖ **Se prescindió del Técnico de Inserción Sociolaboral (1998-2011)**

El equipo de la UCOSAM contaba entre sus miembros con un **técnico de Inserción Sociolaboral** para el desarrollo de las acciones intersectoriales dirigidas a la integración sociolaboral de las personas con TMS que cubría todas las áreas sanitarias con especial desarrollo en las áreas rurales que presentan mayor dificultad. También estaba bajo su responsabilidad los aspectos relativos a la valoración y respuesta a las necesidades de alojamiento. (Mapa de Procesos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Principado de Asturias.

❖ **Se Interrumpió el Sistema de Información de Salud Mental (SI)**

El sistema de Información de salud mental basado en un Registro Acumulativo de Casos, iniciado en 1986 con cobertura en todas las áreas sanitarias (RACPAS) facilitaba información sobre los usuarios atendidos (incidencia y prevalencia) y sobre la actividad asistencial realizada en los distintos servicios de manera continua y actualizada.

Durante el 2009 y 2010 se trabajó en un proceso de definición e incorporación de la historia clínica de Salud Mental a la nueva Historia Clínica Electrónica, SELENE, que se puso en funcionamiento para la atención especializada en todas las áreas sanitarias a excepción de Oviedo.

El objetivo para el Sistema de Información, en ese momento, era preparar la nueva herramienta SELENE para que sirviera de fuente de datos para el RACPAS manteniendo las variables que se estaban acumulando desde el inicio del SI.

Durante estos, apenas 6 meses, se interrumpieron todas las actividades necesarias de seguimiento, análisis y control de los datos resultantes de la nueva herramienta para tener la certeza de que los datos obtenidos y la información a elaborar contenían todas las características necesarias para disponer de una información homogénea, rigurosa, segura y de calidad. Por ello, se perdió la disponibilidad de información actualizada de todas las áreas y del conjunto de servicios como era posible desde 1986,

A principios del 2012, en el área de Oviedo se comenzó a definir la Historia Clínica de Salud Mental para CERNER- MILLENIUM . Este proceso complejo e unilateral (no tiene en cuenta la definición de S.M realizada para SELENE) aún está en desarrollo.

Cambios en prestaciones:

❖ Cambio en el **servicio de Atención Psicosocial a la Mujer**

El servicio de Atención Psicosocial a la Mujer para atender a las mujeres víctimas de violencia de género desde la atención especializada de Salud Mental, con dotación profesional y recurso específico, estaba ubicado en Oviedo y tenía una cobertura regional. Este programa de carácter transversal formaba parte de un conjunto de actuaciones llevadas a cabo por diversas instituciones. Hace dos años, con el objetivo de mejorar la accesibilidad, se descentralizó para las áreas de Gijón y Avilés, pero en Oviedo pero se mantenía el equipo y la referencia para el resto de Asturias.

A finales del 2011, se cerró el servicio que daba cobertura a todas las áreas y los tres profesionales psicólogos del equipo fueron incorporados a Centros de Salud Mental (CSM) para compartir las prestaciones propias de este programa con la actividad general de los CSM. Se suprimió el trabajo en equipo sobre el tema de la atención a la violencia de género y se redujo considerablemente el tiempo de dedicación a este problema por parte de los servicios de salud Mental.

❖ Eliminación del Programa de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta Psiquiátrica en el Hospital Universitario Central:

Este programa (2003) aparte de la atención a la Interconsulta general como programa de psiquiatría de enlace desarrollaba su actividad en la Unidad de Coronarias, Trasplantes, Trastornos de la Conducta Alimentaria y como subprograma de Onco-hematología pediátrica, y con el programa de cirugía Bariátrica.

Actualmente, Este programa ha dejado de existir como tal: El servicio de psiquiatría actual se ocupa de los servicios que ya existían antes del programa precitado y que también eran de su competencia: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (adultos e Infanto-Adolescente); Atención al TCA con hospitalización completa, parcial y consultas externas; Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

❖ **Se interrumpió el programa de la Atención a la Salud Mental de la Penitenciaría de Villabona**

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Dotación presupuestaria: Reducción Presupuestaria

Retribución de profesionales: Reducción Presupuestaria

Modelo organizativo:

- ❖ La Burocratización y tardanza en la aplicación de las ayudas a la dependencia.
- ❖ Retraso importante en la tramitación del Salario Social (17 meses)

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

Se prescindió del Técnico de Inserción Sociolaboral

Dotación presupuestaria: Reducción

Modelo organizativo: Suprimido y sin alternativas

Cambios en prestaciones: Reducción importante en la naturaleza y nº de prestaciones como en el número de población cubierta.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

Dotación presupuestaria: Reducción

Retribución de profesionales: Reducción

Modelo organizativo: Propuesta de suprimir el Etac de Oviedo pero no llegó a concretarse por cambio político y en estos momentos todo está pendiente.

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- Partición y desintegración de la atención (De eso, se encarguen otros inserción sociolaboral, vivienda. Aumento de la dependencia
2- Ruptura de compromisos con asociaciones, organismos y empresas Aumento de la exclusión
3- Coberturas poblacionales de los servicios más amplias y reducción de actividades

INFORME DE CANARIAS

Orlando Alonso Suárez
Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Dotación presupuestaria: Reducción

Retribución de profesionales: Reducción sueldos empleo público (3% en 2011; 5% en 2012)

Modelo organizativo: Reducción plantilla. Incremento horario a 37,5 horas semanales

Cambios en prestaciones: Farmacéutica (copago)

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Dotación presupuestaria: Reducción presupuesto

Retribución de profesionales: Reducción sueldos

Modelo organizativo: Reducción plantilla

Cambios en prestaciones: Aplazamiento prestaciones Servicio de Dependencia (Canarias sigue en el último puesto entre las comunidades autónomas en cuanto a desarrollo de estas prestaciones)

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

Dotación presupuestaria: Reducción presupuesto

Modelo organizativo: Disminución ofertas de trabajo

Cambios en prestaciones: No

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

Dotación presupuestaria: Reducción presupuesto

Retribución de profesionales: Reducción sueldos

Modelo organizativo: No ampliación de plazas

Cambios en prestaciones: No

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1-Finaliza el Plan de Atención a la Discapacidad (que financia la red de rehabilitación); el nuevo convenio se plantea sin ampliación de plazas y reducción presupuestaria
2-Incremento de la lista de espera en los dispositivos sociosanitarios
3- Aplazamiento en prestaciones del Servicio de Atención a la Dependencia Posible incremento o implantación del copago

INFORME DE CANTABRIA

Mar Fernández Modamio
CRPS Padre Menni

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

Presupuesto para Servicio Cántabro de Salud 2012: 753.697.282 (24 millones más que en 2011, pero 40 menos que en 2010, lo que supone una reducción con respecto al 2010 del -5,04 %)

Objetivo: ahorro de 12 millones de euros anuales (plan 2012-2014)

1.1 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL AMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA:

Medidas de ahorro:

- Incremento del horario semanal del personal estatutario del Servicio Cántabro de Salud pasando de 35 a 37.5 horas lo que supondrá un incremento de la jornada en 112 horas anuales.
- Reorganización de las jefaturas intermedias de los Centros y Servicios del Servicio Cántabro de Salud, consiguiendo una adecuación de los recursos a las necesidades organizativas.
- Se suspende en 2012 la aplicación del Plan Integral de Reducción de Listas de Espera que está dotado presupuestariamente con una partida de 8 millones de euros..
- Igualmente se aplican las medidas globales para toda la administración (reducción complemento IT durante el primer mes y supresión liberados sindicales institucionales).
- Reducción del personal mediante la no renovación de las interinidades, no sustitución de bajas de profesionales.
- Restricción de las derivaciones a atención especializada, suponiendo que muchos problemas de salud mental se tratan desde la consulta de atención primaria.
- Cierre de los centros de salud a partir de las 17 horas.
- Reducción del gasto farmacéutico (reorganización del sistema de pedidos, genéricos y copago).
- Reducción de la cuantía económica fijada por cama para centros concertados de hospitalización psiquiátrica. (5% de media)

1.2 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL AMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL:

Medidas de ahorro:

- Aplazamiento de la Entrada en vigor del Grado I nivel II de la Ley de Dependencia: Se valora en 2 millones € el ahorro en el ejercicio 2012. Se aplazará a 2013 la introducción de nuevas categorías de beneficiarios de la Ley para la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia al SAAD, en concreto se trata de los 'dependientes moderados' (Grado 1, nivel 2) que, de acuerdo calendario de aplicación de la ley, aprobada en 2006, debían beneficiarse de estas prestaciones a partir de 2012.
- Asimismo, se fijarán los precios públicos correspondientes a los servicios sociales prestados, con una reducción del coste del 5% de media (rango entre 3 – 7 %).

- Adecuar el servicio de ayuda a domicilio a las necesidades reales de los beneficiarios, mejorando la eficiencia en la gestión.
- Adecuación de las ayudas para el Plan Concertado de servicios sociales de Atención Primaria con Ayuntamientos mediante retención de crédito de no disponibilidad ya efectuada.
- Se modificará la normativa en lo referente a la Renta social Básica regulando los requisitos y las medidas de control de tal forma que se subsanen las deficiencias detectadas en la regulación de la Ley de Derechos y Servicios Sociales y desarrollándose la misma.
- Paralización de las nuevas valoraciones de dependencia durante el año 2012.
- Paralización de la atención para aquellas personas que no tienen concedido el grado de dependencia II nivel 1, para el acceso a nuevas plazas.
- Implantación de la "Tasa 10.- Tasa por solicitud de revisión de la valoración de la situación de dependencia o de la prestación reconocida
 - tarifa correspondiente a la revisión de la valoración de la situación de dependencia: 30 euros.
 - tarifa correspondiente a la revisión de la prestación reconocida: 14 euros.
- Revisión de la cuantía económica que aporta el usuario al servicio social recibido en concepto de copago (al alza).
- Reducción de otras ayudas sociales que venían a apoyar situaciones de precariedad económica (ayudas individuales, ayudas a comedor escolar, etc...)

1.3 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL AMBITO LABORAL:

- Menores oportunidades de empleo debido a la crisis económica general y en particular en los CEE.
- Retraso en la recepción de subvenciones del Gobierno del salario en los CEE. Pasando además del 75% al 50% y la amenaza de que puedan quitarse.
- Reducción de la oferta formativa y/o ocupacional y mayor competitividad para el acceso.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS:

- Restricción de las derivaciones poniendo como condición que se tenga otorgado al menos el grado de dependencia II nivel I.
- Reducción de la cuantía económica del concierto del servicio en un 3 %.
- Amenaza acerca de la incompatibilidad entre la recepción de varios servicios de la red de asistencia social. Si se está en una residencia para personas con enfermedad mental no se puede recibir a la vez atención en CRPS, por ejemplo, lo cual antes sí era compatible.
- Incremento de la cuantía que los usuarios de la RPS deben aportar en concepto de copago del servicio.
- Propuesta de reducción salarial, así como de especialización profesional y de otros derechos laborales del personal que trabaja en RPS.
- No sustitución de las bajas de profesionales, reducciones de plantilla y potenciales expedientes de regulación de empleo.

3. VALORACIÓN GLOBAL:

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1.- Puesto que el baremo para dependencia no contempla apenas las dificultades específicas de las personas con enfermedad mental, se corre un riesgo elevado de que no puntúen en el grado y nivel necesario para acceder a los recursos sociales, por lo que se quedarían fuera del sistema asistencial y rehabilitador.

2.- Concertar servicios con empresas privadas que no están especializadas en la atención a personas con enfermedad mental y que cubren el servicio de forma más precaria a un menor coste: con personal poco cualificado, ratios elevadas, con un servicio asistencial y no rehabilitador, etc.

3.- Los modelos más avanzados de atención a personas con enfermedad mental (modelos participativos, comunitarios, etc.) son menos viables al reducir costes, produciéndose así un retroceso en la rehabilitación psicosocial y regresando a modelos más asistenciales que fomentan tan solo el cuidado y la ocupación, dejando de lado la participación comunitaria, la inserción social, el fomento de la autogestión de la persona con enfermedad mental. Asimismo, se prevé la futura inviabilidad del mantenimiento de los centros dedicados a la Rehabilitación Psicosocial debido a la reducción del precio – plaza y a la no ocupabilidad de las plazas como consecuencia de la inclusión de la enfermedad mental dentro de la dependencia.

INFORME DE CASTILLA Y LEÓN

Susana Gil Martínez

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zamora

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Dotación presupuestaria:

- Se destinan 75 millones de euros para mantener los programas preventivos y de promoción de la salud.
- La Fundación Centro Regional para la Calidad y la Acreditación Sanitaria dispone de un presupuesto de 657.400 euros.
- La ejecución del presupuesto de gastos para el 2010 fue de 3.352,6 millones y en 2011 de 3.296,2 millones, con lo que se ha visto disminuido el gasto.
- Como se observa en la tabla, los presupuestos de inversiones de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha ido cambiando desde el año 2009 hasta el 2012, posiblemente motivado por el impacto de la crisis económica. En este sentido se observa una importante disminución en el gasto asignado a la asistencia sanitaria, tanto en atención primaria, como en especializada y emergencias sanitarias. Destaca la importante reducción que ha sufrido la atención especializada en este año 2012 con respecto a años anteriores. El único área que ha visto incrementado su presupuesto es la de investigación y desarrollo.

INVERSIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN				
	2009	2010	2011	2012
Gerencia Regional de Salud:				
- Administración general	875.000	701.563	75.000	186.978
- Asistencia sanitaria:				
• Atención Primaria	41.649.074	43.774.509	41.118.771	11.626.000
• Atención Especializada	138.246.982	137.623.815	126.123.549	46.051.011
• Emergencias sanitarias	300.000	150.000	113.000	75.000
• Total asistencia sanitaria	180.196.056	181.548.324	167.355.689	57.752.011
- Investigación y desarrollo en sectores	3.821.000	3.897.430	5.006.398	5.000.000
- Sociedad de la información, telemedicina.	12.850.000	12.325.535	12.813.328	8.308.728
- Total Gerencia Regional de Salud	197.742.056	198.472.852	185.250.415	71.247.717
Total Consejería de sanidad	226.084.145	226.864.016	207.199.464	83.761.717

Retribución de profesionales:

- Se ha producido una ampliación del horario de los profesionales en 2 horas y media a la semana (37,5 horas semanales).

- Se han congelado las retribuciones profesionales.
- En el sector se mantiene la opinión de que con las medidas tomadas se van a reducir las contrataciones para sustituciones, bajas laborales o vacaciones, y que habrá puestos de trabajo que no se cubran.
- Se prevé el recorte del 25% del salario al cuarto mes de baja laboral. Se valora crear una nueva regulación que limite la aportación económica de la Administración cuando un trabajador esté de baja por incapacidad temporal.
- La bajada del 5% de sueldo al funcionariado público se aplicó a los trabajadores laborales dependientes del Gobierno autonómico sobre un salario de un convenio laboral agotado dos años antes, por lo que se estima que su perjuicio económico fue todavía más grave en Castilla y León respecto a los trabajadores de otras comunidades.
- Se prevé que los trabajadores sanitarios también se verán afectados por el denominado “céntimo sanitario”, ya que los trabajadores de atención primaria y médicos rurales han de utilizar su propio vehículo para desplazarse a consultorios y domicilios de pacientes.
- La Administración autonómica se plantea algunas medidas para reducir el gasto asociado a la actividad de los funcionarios como flexibilizar sus horarios, promover acciones de ahorro energético y rebajar el coste de los servicios asociados a la seguridad y la limpieza.
- Se prevé la disminución de liberados sindicales, pasando de los 950 actuales a 658, lo que supondrá un ahorro de 136 millones de euros según los cálculos del Ejecutivo autonómico, quien prevé adecuar estas mismas condiciones laborales a sus empresas públicas.

Modelo organizativo:

- En Castilla y León se ha puesto en marcha el Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a personas con discapacidad por Trastorno Mental. Hasta el momento es un proyecto piloto que se lleva a cabo en Zamora y Segovia. El acceso a los recursos sociales y sanitarios se ha integrado en un solo proceso de valoración y asignación de recursos. Se realiza un plan de intervención único por persona a través del Plan Individualizado de Atención (PIA), con el que se garantiza la continuidad en la atención y cuidados, y el seguimiento está coordinado por los sistemas social y sanitario. De este modo se proporciona un sistema de atención flexible, desde domicilio hasta residencia, promoviendo la autonomía personal y la participación en la vida normalizada. Los recursos se asignan desde el Equipo Mixto de cada provincia, formado por Servicios Sociales (territorial y local) y Sanidad (comisión de área psiquiátrica). Se actúa por consenso, y si este no se consigue, el caso se plantea a la Comisión Mixta Regional. Se ve necesario definir una estrategia de atención a los pacientes crónicos, conseguir una mayor integración entre la Atención Primaria y la Especializada, y avanzar en la gestión clínica.
- Este año 2012 se va a aprobar un plan de calidad para Sacyl, se creará una estructura de soporte para ensayos clínicos y se pilotará un proyecto de anillos de interconexión de centros y servicios. Se aprobará la estrategia de pacientes crónicos y de formación hasta 2015.
- Se plantea poner en marcha reformas normativas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión y garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional, por lo que la Junta de Castilla y León se adaptará a la norma fijada para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Como medidas de ahorro se propone la reducción de las estructuras administrativas, la reorganización territorial de los recursos en Atención Primaria, la centralización de compras, la reducción del gasto en conciertos con la sanidad privada, o la ya puesta en marcha de la ampliación de la jornada laboral. La Consejería de Sanidad va a crear una unidad de análisis y control presupuestario que monitorice la evolución del gasto y la actividad de los centros sanitarios.

- La Junta de Castilla y León inicialmente no tiene intención de aplicar el copago o al menos minimizarlo. De momento se pondrá en marcha en las recetas de las personas pensionistas, en función de sus ingresos. No se ha planteado el cierre de centros
- Se plantea la necesidad de reorganizar las estructuras administrativas, reorganizar la Atención Primaria para equilibrar la carga asistencial, rejuvenecer las plantillas, impulsar las compras centralizadas, priorizar la inversión en nuevas tecnologías para avanzar en el desarrollo de la historia clínica electrónica y la receta electrónica, y adaptar la legislación autonómica sobre los tiempos de demora máximos para las intervenciones quirúrgicas a la norma del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Se plantean soluciones para garantizar la sostenibilidad de los servicios básicos, como el aplazamiento de las devoluciones de las liquidaciones de los Presupuestos Generales del Estado de 2008 y 2009, el incremento de la aportación de los ciudadanos en el pago de las recetas de modo que se tenga en cuenta la capacidad económica de los usuarios, y el plan de pago a proveedores que permitirá movilizar más de 1.000 millones de euros en julio y agosto.

Cambios en prestaciones:

- La Consejería de Sanidad es el departamento que menor disminución presupuestaria ha sufrido, con una caída del 0,9% con respecto al 2011 (teniendo en cuenta que el presupuesto disponible por las consejerías se ha reducido una media del 8,16%).
- Está prevista una reducción del gasto sanitario de un 17%, desde los 750 millones anuales hasta quedarse por debajo de 700.
- La Consejería de Sanidad reducirá hasta los 18,7 millones de euros la inversión en tres de sus hospitales más importantes (Clínico de Salamanca, Clínico de Valladolid y Complejo Asistencial de Palencia), cuando el año anterior obtuvieron 59,18 millones.
- Este momento de crisis ha llevado las cuentas a cifras globales similares a 2007. Sin embargo, se destina el 44% del total a la Consejería de Sanidad, cuando hace diez años el porcentaje era del 30%.
- Los gastos de personal y gastos corrientes del presupuesto de Sanidad son los que provocaron la desviación del déficit de 2011, y para intentar ajustarlos al gasto real se ha incrementado un 18% la partida para el gasto corriente de hospitales y centros de salud, y se ha elevado en 120 millones la cuantía para suministro de medicinas hospitalarias.
- Se prevé que este año 2012 el gasto farmacéutico caiga el 16,91%, hasta los 651,97 millones de euros, lo que se traduce en un ahorro de más de 130 millones. Este descenso deriva de la introducción del copago farmacéutico en función de la renta, el ajuste de los precios de los medicamentos y la renovación del vademécum que fija el Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Se destinarán 482.962 euros (un 14,19% más) a apoyar la investigación en biomedicina, atención sociosanitaria y gestión sanitaria, aunque la partida que transfiere a proyectos de empresas privadas cae un 17,39% con 19.000 euros.
- Descenderá la aportación a las universidades para investigación un 10%, con 554.931 euros.
- Los presupuestos de la Consejería de Sanidad en 2012 fueron de 3.509,43 millones de euros y en 2011 de 3.452,60 millones de euros.
- Las políticas de gasto en Sanidad fueron en 2010 de 3.488,10 millones y en 2011 de 3.431,59 millones.

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Dotación presupuestaria

- La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León destina el 80% de su presupuesto (casi 660 millones de los 824 asignados este año) para atender a los colectivos más vulnerables de la Comunidad, como son, entre otros, las personas más dependientes. De los 824 millones, casi 781,5 se destinan a la Gerencia de Servicios Sociales, mientras que la Administración General acapara casi 27 millones, y 15,8 millones para las necesidades específicas.
- 125 millones de euros están previstos para el pago de las pensiones no contributivas (igual que en 2011).
- 53,1 millones de euros se destinan al desarrollo de las prestaciones establecidas en la legislación autonómica de Servicios Sociales y atención a la Dependencia: programas de información, orientación y asesoramiento; promoción de la convivencia e integración familiar y social; ayuda a domicilio, ayudas de emergencia social, acción social y voluntariado; y actuaciones para la inclusión social de personas desfavorecidas.
- 4,75 millones de euros para financiar las prestaciones sociales y económicas de las personas con minusvalía sin recursos económicos.
- 3,1 millones para crear plazas y mejorar el equipamiento de los centros de atención a personas con discapacidad.
- En la atención a personas con discapacidad se destinarán 473.000 euros para realizar obras e inversiones en los centros, y 1,23 millones para mejorar el equipamiento de las instalaciones.
- 1,4 millones para adquirir equipos informáticos nuevos para distintas dependencias.
- La Fundación Acción Social y Tutela de Castilla y León contará con 4,82 millones para ofrecer las prestaciones adecuadas, condiciones de calidad de vida y protección jurídico social.
- El presupuesto en 2012 se sitúa en torno a 300 euros por habitante y año
- Sobre la atención a la dependencia, el presupuesto que se aplica está incorporado en los servicios destinados a cada grupo de población y tiene en cuenta la moratoria de 2 años en la incorporación de nuevas categorías de beneficiarios con dependencia leve al sistema y la prioridad de las prestaciones de servicios frente a las económicas.
- 209 millones se dedican a la igualdad de oportunidades, tanto entre hombres y mujeres como de las personas con discapacidad, en riesgo de exclusión social o con algún problema de drogadicción.
- 148 millones para lograr la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con los que se garantizará el funcionamiento de la red de centros, que asciende a 489 centros y 14.437 plazas. Se mantendrán los programas de las entidades para personas con discapacidad de Castilla y León.
- Se asignan 45 millones a las políticas de inclusión social, de los cuales 32,3 serán para cubrir la Renta Garantizada de Ciudadanía, de la que ya se han beneficiado 7.830 familias de la Comunidad. Se mantiene la colaboración con las entidades locales, a través de los equipos provinciales especializados, que contarán con un presupuesto de 4,7 millones. Las ayudas de emergencia social, que se canalizan a través de las entidades locales contarán con una partida inicial de 2 millones de euros.
- Se ha previsto la inversión de 19.896.669 euros para la creación de Residencias para personas con enfermedad mental en Castilla y León. De momento la única que está en funcionamiento es la Residencia de Toro (Zamora) desde 2008, gestionada por Fundación INTRAS.

Retribución de profesionales:

- Los empleados públicos de la Junta de Castilla y León deberán trabajar 2,5 horas más a la semana.
- Los empleados públicos verán congeladas sus retribuciones en 2012.

- La Administración autonómica pretende reducir el gasto asociado a la actividad de los funcionarios a través de medidas como flexibilizar sus horarios, promover acciones de ahorro energético y rebajar el coste de los servicios asociados a la seguridad y la limpieza.
- Se ha propuesto una nueva regulación que limite la aportación económica de la Administración cuando un trabajador esté de baja por incapacidad temporal.
- Se prevé la disminución de liberados sindicales, pasando de 950 a 658, lo que supondrá un ahorro de 136 millones de euros, según los cálculos del Ejecutivo autonómico, quien prevé adecuar estas mismas condiciones laborales a sus empresas públicas.

Modelo organizativo:

- En Castilla y León se ha puesto en marcha el Proceso Integrado de Atención Sociosanitaria a personas con discapacidad por Trastorno Mental. Hasta el momento es un proyecto piloto que se lleva a cabo en Zamora y Segovia. El acceso a los recursos sociales y sanitarios se ha integrado en un solo proceso de valoración y asignación de recursos. Se realiza un plan de intervención único por persona a través del Plan Individualizado de Atención (PIA), con el que se garantiza la continuidad en la atención y cuidados, y el seguimiento está coordinado por los sistemas social y sanitario. De este modo se proporciona un sistema de atención flexible, desde domicilio hasta residencia, promoviendo la autonomía personal y la participación en la vida normalizada. Los recursos se asignan desde el Equipo Mixto de cada provincia, formado por Servicios Sociales (territorial y local) y Sanidad (comisión de área psiquiátrica). Se actúa por consenso, y si este no se consigue, el caso se asigna a la Comisión Mixta Regional.
- Aplicación de mecanismos de gestión que busquen aumentar la eficacia y eficiencia de las actuaciones: la unificación en los criterios de valoración de todos los usuarios, sean o no personas en situación de dependencia; la solicitud unificada a los Servicios Sociales y a la Dependencia; y un sistema de firma electrónica para la tramitación más rápida de los expedientes. Todas estas medidas podrían ahorrar en total unos 100.000 euros el primer año. Se está implantando un control del gasto en los centros propios de la Consejería.
- Con respecto a la aplicación de la Ley de Dependencia, en Castilla y León se sigue un modelo descentralizado, el cual se apoya en la red de servicios sociales básicos, cuya gestión directa se desarrolla en el ámbito local municipal como la red que soporta la información, la valoración, la elaboración del Plan Individualizado de Atención (PIA) y el seguimiento. Este proceder conlleva la coordinación con las corporaciones locales y un importante esfuerzo por dotarlas de más personal y medios.
- El IX Observatorio estatal de Dependencia ha otorgado a Castilla y León la máxima puntuación del panorama nacional en cuanto a la gestión de la Ley de Dependencia, de modo que ha recibido un 9,6 sobre 10 en esta evaluación que realiza la Asociación de directores y gerentes de Servicios Sociales, lo que la sitúa a la cabeza de las regiones del país. Son 63.000 las personas que reciben asistencia con una lista de espera de apenas el 5% frente al 27% de la media nacional. La consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León destaca que el éxito se debe a la unificación del sistema de acceso a través de una única evaluación y la apuesta por los servicios prestados por profesionales frente a las prestaciones familiares.

Cambios en prestaciones

- Este año se dotará con 32,25 millones de euros para financiar las prestaciones de la Renta Garantizada de Ciudadanía, lo que supone un 19,46% más de lo contemplado en los Presupuestos Generales de la Comunidad de 2011 (27 millones de euros, y el gasto acumulado final fue de 27,73 millones).

- Los presupuestos de 2012 representan el 8,7% de los generales de la Comunidad, dos décimas más que en 2011.
- Los presupuestos de la Consejería de Familia en 2010 fueron de 878,61 millones y en 2011 de 875,61 millones.
- Las políticas de gasto en servicios sociales fueron en 2010 de 337,34 millones y en 2011 de 726,07 millones.
- La ejecución del presupuesto de gastos para 2010 fue de 590,2 millones y en 2011 de 523,9 millones.
- Como se observa en la tabla, desde el año 2007 al 2010 se aumentó la financiación de los servicios sociales de Castilla y León, tanto en dependencia, como en programas de apoyo a familias, y en programas de integración y participación social.

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA Y LEÓN CON LAS CORPORACIONES LOCALES		
	2007 mill €	2010mill €
Servicios sociales y dependencia	68,6	87
- Servicio de información, asesoramiento y valoración	22,2	23,5
- Servicio de ayuda a domicilio	40,3	56,5
- Teleasistencia, mantenimiento plazas y otros	6,1	7
Programas de apoyo a familias en situación de dificultad social	4,9	5,8
Integración y participación social	6,6	8,3

- Con respecto a la Ley de Dependencia, en julio 2012 se han tomado las siguientes medidas:
 - Se reduce un 20% la paga a los cuidadores familiares (lo establecido en España es un 15%).
 - El gobierno dejará de cotizar por los cuidadores.
 - Se tendrá en cuenta la renta familiar y no la del cuidador.
 - Se retrasa un año (hasta el 2015) el acceso al sistema de los dependientes moderados.
 - Se potencian los servicios profesionales frente a los cuidados personales.
 - Con respecto al presupuesto para financiar la Ley de Dependencia, el Gobierno central ha rebajado en un 13% el dinero asignado a la Comunidad. Castilla y León pierde unos 13 millones de esta partida, que el año pasado supuso 105,7 millones de aportación estatal, 32 más que en el ejercicio anterior que ya había crecido en 14,6 respecto al anterior.

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

Dotación presupuestaria

- 1,32 millones para mejorar la integración sociolaboral de las personas con discapacidad mediante itinerarios personalizados de inserción desarrollados por entidades privadas.
- 2,15 millones para llevar a cabo planes de promoción y apoyo a la mujer, con programas de orientación laboral dotados con 1,25 millones.

Modelo organizativo:

- Dentro del proceso integrado de atención sociosanitaria a las personas con discapacidad por trastorno mental en Castilla y León antes citado, se incluye la integración laboral. La reforma laboral establece que se tendrá especial consideración con las personas con discapacidad, de modo que se incentivará su contratación tanto en el empleo ordinario como en el empleo protegido a través de los Centros Especiales de Empleo. El Gobierno

dice que garantizará en la Estrategia Española de Empleo la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en el acceso y el mantenimiento en el empleo.

Cambios en prestaciones:

- Las políticas de gasto en fomento del empleo en 2010 fueron de 337,34 millones y en 2011 de 312,53 millones. La ejecución del presupuesto de gastos para 2010 fue de 455,7 millones y en 2011 de 303,4 millones.
- La Junta de Castilla y León proporcionaba subvenciones por el 75% del salario mínimo interprofesional en los casos de discapacidad por enfermedad mental. Esas ayudas han caído en 2012 y ahora son del 50%.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

Dotación presupuestaria

- Está pendiente en 2012 la nueva contratación del servicio de los Centros de Rehabilitación Psicosocial para la gestión por parte de entidades privadas en Castilla y León. Todavía no se conocen los nuevos presupuestos. La demanda de atención de personas va en aumento pero las consejerías no aumentan el número de plazas, de modo que tampoco aumenta la dotación presupuestaria.

Retribución de profesionales:

- La retribución de los profesionales depende de la entidad contratante. Si el recurso está gestionado por la administración, los trabajadores siguen los convenios del funcionariado público. Si los recursos están gestionados entidades privadas, los sueldos de los trabajadores siguen los convenios de las propias entidades.
- Los sueldos públicos están congelados, y los sueldos de las entidades privadas en términos generales no han tenido subidas.

Modelo organizativo:

- El acceso a los recursos de rehabilitación psicosocial se lleva a cabo a través del proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por trastorno mental, explicado en apartados anteriores. Esto permite que todas las personas tengan acceso a los recursos, y que la red social y sanitaria esté coordinada.
- Los recursos pueden estar gestionados por la administración pública o contratada con entidades privadas que los gestionan.

Cambios en prestaciones:

- Este 2012 se prevé que, en el nuevo contrato de los Centros de Rehabilitación Psicosocial con entidades privadas que los gestionen, haya una reducción del 5% en la dotación presupuestaria. El resto de recursos, tanto sociales como sanitarios, contratados con entidades privadas, no han sufrido una disminución presupuestaria en sus actuales contratos con entidades privadas.

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- Previsión de disminución de la dotación presupuestaria en las nuevas contrataciones de servicios.

2- Las necesidades de atención en la población aumentan, pero no aumenta el número de plazas de los recursos.

3- Las subvenciones se han visto reducidas y muchas de ellas eliminadas, lo que limita la puesta en marcha de programas nuevos e innovadores.

INFORME DE CATALUNYA

Francisco Villegas

CHM Les Corts (Barcelona)

Lluís Perez

Fundació Tres Turons (Barcelona)

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Dotación presupuestaria y recortes aplicados

La Generalitat destina al presupuesto del Departament de Salut **9.181,58** millones de euros (gasto gestionado directamente o a través de entidades adscritas: empresas públicas, fundaciones, sociedades mercantiles, consorcios, etc.). Traducido a un cálculo per cápita, en 2012 se destinan a sanidad 1.207,81 euros al año per cápita (100,65 euros mensuales por persona). Este presupuesto representa una reducción de del **6,93%** respecto del de 2011. Estos recortes se añaden a los aplicados el 2010.

Esta reducción prevista en los presupuestos ha aumentado posteriormente, y aun se puede incrementar mas en lo que resta de año, por los sucesivos recortes que las medidas de rescate están exigiendo a las CCAA. A esto se de añadir las dificultades de tesorería que padece la Generalitat y que han significado retrasos parciales en los pagos a las entidades concertadas de algunos meses, llegando al impago total, sin fecha de abono, del pago correspondiente a julio de 2012.

Además del incremento del porcentaje del copago sanitario, en Cataluña se ha implantado el pago de un euro por receta (con exención para las personas con PNC).

A los recortes se añaden los impagos a los servicios concertados tanto sanitarios como sociales. El mes de julio no se ha pagado a las entidades y no se sabe cuando se pagara.

Retribución de profesionales:

La retribución de los profesionales tiene dos convenios de referencia, muy equiparados en la actualidad: el que afecta a los trabajadores públicos del ICS y el del convenio de entidades concertadas. Este convenio esta en ultractividad y el año próximo se tiene que negociar un nuevo convenio, que seguramente incrementara horas y reducirá sueldos.

El año anterior y el actual, algunas entidades que han tenido que hacer ERE para pactar reducciones salariales o despidos. El modelo de atención a la salud mental está mayoritariamente concertado con proveedores privados desde su origen. Esto da un margen de variación respecto a las medidas que cada proveedor aplica de acuerdo al saneamiento de su situación financiera y sus posibilidades de crédito.

Modelo organizativo:

Se ha suprimido el Pla Director de SM i Addiccions, que era el marco de referencia de los últimos años. El nuevo marco técnico viene definido por el Pla de Salut 2011-2015, dentro del

cual destaca el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad. Su impacto en el modelo para SM es aún muy impreciso, poniendo el acento en la reducción de las hospitalizaciones.

Tampoco ha tenido continuidad el Pla d'Atenció Integral de Salut Mental, promulgado al finalizar la última legislatura y pendiente de desarrollo, que pretendía avanzar en la articulación de los recursos dependientes de diversas consejerías, especialmente Salud y Bienestar Social. Igualmente ha quedado interrumpido el proceso iniciado para la integración de las redes de salud mental y de toxicomanías.

El modelo organizativo no ha sufrido oficialmente cambios ni han desaparecido programas asistenciales hasta el momento, a pesar de que algunos como el Programa Salut i Escola (para población adolescente, participado por las áreas básicas, salud mental, toxicomanías y escuelas) ha sufrido recortes del 50%. Tampoco se ha modificado oficialmente la cartera de servicios aunque ha habido un incremento reconocido de las listas de espera y se han cerrado algunos dispositivos, cuya actividad se ha concentrado en otros (proceso de concentración).

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

El Departament de Benestar Social i Família tiene una dotación presupuestaria de **2.086.517.668** euros (reducción del 1% en relación a 2011). La partida que afecta directamente a Salud Mental es la correspondiente a personas con discapacidad.

Se ha aplicado una reducción general a las tarifas que se pagan a las entidades concertadas. La cuantía depende del tipo de discapacidad que atienden. En el caso de salud mental la reducción aplicada es del 2% en 2011 (excepto en residencias). Tiene que concretarse si en 2012 esta reducción se incrementa. Como en sanidad, a esto se añaden los retrasos parciales en los pagos a las entidades concertadas de algunos meses, llegando al impago total, sin fecha de abono, del pago correspondiente a julio de 2012.

La retribución de profesionales no tiene un solo convenio de referencia, aunque el que se está implantando más es el Convenio de la Dependencia, de niveles salariales inferiores.

Las prestaciones se han mantenido, con la excepción de los recortes generales aplicados a la ley de Dependencia, en la que hay 54.000 personas en lista de espera. Se han congelado algunas prestaciones a las personas, sin que se concedan nuevas adjudicaciones, como ocurre con el soporte domiciliario.

En algunos ámbitos específicos, como los centros de Justicia para jóvenes, se ha procedido a cierres y concentración de personas en otros centros existentes.

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

Dotación presupuestaria:

No existen datos específicos para el colectivo de salud mental. Para el 2012 la dotación total para programas de inserción laboral de personas con discapacidad es de 74 millones de €, de los cuales 69'5 (el 93%) se destinan a Centros Especiales de Empleo.

Modelo organizativo:

No existe un plan Interdepartamental que contemple de forma integral todo el proceso de rehabilitación e inserción laboral. Fundamentalmente el modelo se desarrolla mediante

programas del Dept de Benestar i Família y del de Empresa i Ocupació (Políticas Activas de Empleo y el empleo protegido):

- Dept de Benestar i Família: Servicio Prelaboral (objetivo: adquisición, recuperación y mantenimiento de capacidades para permitir la inserción y mantenimiento en una actividad laboral)
- Dept. d'Empresa i Ocupació: Las acciones de orientación, formación e inserción laboral se desarrollan fundamentalmente por iniciativa del Tercer Sector (entidades, asociaciones de familiares,...), generalmente de pequeño tamaño.

La Generalitat financia las acciones mediante subvención, éstas son discontinuas en el tiempo lo que crea una gran fragilidad. Destacan las acciones de Itinerarios de Inserción (que contemplan todo el procesos: desde la orientación laboral inicial hasta el mantenimiento en el lugar de trabajo) y el Trabajo con apoyo (centrado en la preparación y adaptación en el puesto de trabajo)

El empleo protegido se gestiona con los Centros Especiales de Empleo (donde las personas con enfermedad mental representan el 13% del total) y las Empresas de Inserción (aunque existe alguna experiencia en salud mental se centran más en la exclusión social). Desde mayo de 2010 están congelados los beneficios de los CEE para nuevas contrataciones, (subvenciones al salario y dotación de profesionales de apoyo de las USAP), lo que hace muy difícil que se amplíe el número de personas contratadas en un contexto de brutal recesión económica.

Cambios en prestaciones:

Los fondos de las Políticas activas de ocupación proceden fundamentalmente de la Conferencia sectorial, después está la partida del Fondo Social Europeo y de la Generalitat.

Aunque todavía no se conocen datos definitivos en el 2012 se ha dado un importante recorte en dichas políticas. Ello afecta especialmente a las acciones de Itinerarios de Inserción y Empleo con Apoyo (en torno al 50%), y a los Centros Especiales de Empleo (la subvención del 75% del SMI que se aplicaba en los últimos años pasa a ser del 53%)

La desaparición para el ejercicio de los Planes de Ocupación también afectará ya que era una vía de colocación de personas con especiales dificultades de inserción laboral

A nivel general se está dando un cambio importante en las Políticas de Empleo, donde los Servicios de Empleo dejaron de tener la exclusividad en la intermediación laboral y se abre paso a las Agencias de Colocación.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

La red específica de RPS está compuesta por los Servicios de Rehabilitación Comunitaria o Centros de Día (pertenencia sanitaria, se accede por derivación de dispositivo sanitario), Servicios Prelaborales, Clubs Sociales, Pisos con apoyo, residencias y entidades tutelares (pertenecía social, se accede por valoración específica del Dep. de Benestar).

De estos servicios, los de vivienda son de copago. Las tarifas se han incrementado en este año un 1%. Está por determinar cómo se repercutirá el coste del próximo aumento del IVA.

A nivel laboral no hay programas específicos de SM, sino vinculados a discapacidad.

La ley de Dependencia no ha sido en ningún caso condición de acceso a dispositivos. Por ello su restricción no ha tenido consecuencias en Salud Mental.

Dotación presupuestaria

Los recortes sufridos en RPS no son específicos sino que son consecuencia de los parámetros generales de reducción.

Los Servicios de Rehabilitación Comunitarios sanitarios han sufrido una reducción de tarifas de alrededor del 7%. Los Servicios Prelaborales y Clubs Sociales del 2%. Los dispositivos residenciales han aumentado un 1% el copago ya existente.

Cambios en prestaciones: No hay cambios

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1-La red de servicios existentes para inserción laboral (basadas en entidades colaboradoras) está en grave riesgo de supervivencia.

A nivel de Políticas Activas de Ocupación el colectivo está quedando muy relegado. No queda claro cuál será el papel de las Agencias de Colocación (que harán énfasis en la contratación rápida de personas perceptoras de subsidios de desempleo)

2- Los servicios específicos para salud mental del Dep. de Benestar son en régimen de subvención. Esto hace que estén sujetos a dotación presupuestaria y no tengan garantías de continuidad legal, como si tienen los servicios sanitarios. Esta situación, aunque solo sea los retrasos reiterados en los pagos, puede hacer inviables a las entidades más pequeñas.

3- El Programa de Suport a l'autonomia a la Llar (programa de soporte domiciliario para personas con discapacidad que había permitido la intervención domiciliaria especializada en SM) está bloqueado por falta de presupuesto. Su continuidad parece improbable y puede que se relegue a los servicios sociales generalistas.

INFORME DE EXTREMADURA

Ana García Nieto
Equipo de salud mental. Coria-Cáceres

1 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

La consejería de Sanidad y Política social, dispone de un presupuesto total en 2012 de 1.766.120.769, el 36 % del total del presupuesto de la Junta de Extremadura. En comparación a años anteriores, dicho presupuesto se ha visto reducido, siendo en 2011 de 1.843.095.356 y en 2010 de 1.967,4 millones de euros.

De dicha Consejería depende el Servicio Extremeño de Salud (SES), en el que están incluido los siguientes Servicios de atención a la salud mental: Unidades de Hospitalización breve (UHB), lo Equipos de salud mental (ESM) (adultos e infanto-juveniles), Unidades de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA) y los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

Además dentro de la misma Consejería, se encuentra el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), encargado de la gestión de los servicios sociales especializados en el marco de Salud y Política Social. La red de atención en salud mental de acceso público que depende de dicho Servicio está formada por Centros Sociosanitarios de Plasencia y Mérida (antiguos Hospitales Psiquiátricos), Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR), pisos supervisados, centros de Integración Social y Programas de Rehabilitación Laboral.

Además de las modificaciones derivadas de la crisis económica actual, en esta comunidad se han producido cambios a partir del nuevo gobierno autonómico desde verano de 2011, sobre todo a nivel organizativo.

1.1 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL AMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA:

Se adoptan las siguientes medidas de ahorro en trabajadores de la administración pública:

1. Modificación de la jornada semanal de 35 a 37,5 horas. Ampliación de la jornada laboral del personal al servicio del SES. Se pretende que se realicen Jornadas continuadas dos veces al mes de 8 a 20 horas o que se reduzcan las prestaciones por guardias de 10 horas mensuales. En centros de atención de 24 horas, supresión de días libres.
2. Adecuación de guardias, ajustes en los Puntos de Atención Continuada, fusión de cupos y eliminación de la jornada deslizante en Atención Primaria. Ajuste de guardias en atención especializada, reconvertir guardias de presencia física en guardias localizadas y anular algunas de estas últimas.
3. Amortización de puestos de personal eventual. Compromiso de reducción en un 50% el número de personal eventual. También reordenarán las retribuciones asignadas a dichos puestos, estiman un ahorro de 1,5 millones de euros.
4. No sustitución de bajas laborales ni vacaciones de profesionales.

5. Reducción de retribuciones salariales de los trabajadores que se vienen aplicando desde aproximadamente I segundo semestre de 2010. Próxima eliminación de la paga extra de Navidad. Paralización, anunciada de forma temporal, de las retribuciones de la carrera profesional.

6. Reducción del gasto farmacéutico (reorganización del sistema de pedidos, genéricos y copago).

1.2 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL AMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL:

Dotación presupuestaria

En lo que a financiación y gestión se refiere, cabe distinguir varias partidas:

- a) La dotación presupuestaria de la Orden anual de Subvenciones para el programa de salud mental, destinada a entidades sin ánimo de lucro. Inicialmente vio reducido su presupuesto con respecto a 2011 en un 25%. Mediante enmienda posterior se dotó a la partida con el mismo importe del año 2011: 624.150 euros.
- b) La dotación destinada a conciertos para el mantenimiento de los centros Residenciales de Rehabilitación. Al estar vigentes aún los citados conciertos, no se ha visto alterada.
- c) Concierto con el Ayuntamiento de Mérida para el Programa de Rehabilitación Laboral. Reducción del 33%.
- d) Partidas presupuestarias generales destinadas al mantenimiento de los centros de gestión directa: Centros Sociosanitarios de Plasencia y Mérida. Al no desglosarse de manera específica desconocemos dicha dotación, aunque cabe señalar que existe una reducción en las partidas de inversiones en ambos centros de un 50%.
- e) Se han visto reducidas algunas ayudas y prestaciones para las personas con TMG con Certificado de minusvalía. Entre estas ayudas están las -Ayudas Individuales de Transporte para Rehabilitación. Debido a la dispersidad geográfica de nuestra comunidad autónoma, el acceso a los Centros de Rehabilitación Psicosocial, puede resultar costoso económicamente al añadir la necesidad de frecuencia de asistencia al recurso. Estas Ayudas no se han convocado desde 2011.

Retribución de profesionales

La retribución y condiciones de jornada de los profesionales del SEPAD que trabajan en centros de gestión directa en el ámbito de la salud mental ha sufrido los mismos recortes ya señalados de los empleados públicos, el resto de trabajadores dependientes de entidades privadas, no se tiene conocimiento exacto de posibles cambios, al menos en los sistemas de conciertos y subvenciones del año en curso.

Modelo organizativo

- Supresión de Coordinación Técnica de Salud Mental, encargada de la coordinación del programa de salud mental y cese de su responsable.
- Supresión de la participación de los profesionales y responsables de servicios de rehabilitación que formaban parte de la Comisión de Valoración de acceso a los servicios residenciales.
- Reducción y en determinadas áreas, ausencia, de convocatoria de las Comisiones de Salud Mental, encargadas de velar por la coordinación de los dispositivos sanitarios y sociales en el marco del Área y a nivel Central. Tampoco de las relacionadas con la gestión de casos.

- Problemas para acceso a Recursos Residenciales a personas con TMG, dado que el baremo para dependencia no evalúa adecuadamente las dificultades específicas de esta población. Según esto, las puntuaciones de grado y nivel no se ajustan a la discapacidad real, con el riesgo elevado de no acceso al recurso adecuado y la desvirtualización del perfil para el que estos centros están diseñados.

Cambios en prestaciones: No se han producido cambios.

1.3 CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL AMBITO DE LA INSERCIÓN LABORAL

Dotación presupuestaria: Ya hemos indicado el descenso del 33% en la dotación presupuestaria de uno de los Programas de Integración Laboral.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

La red de rehabilitación está formada en función de su gestión por los siguientes dispositivos:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Gestionados por entidades sin ánimo de lucro en régimen de concierto con el sistema sanitario público (SES).
- Servicios residenciales:
 - o Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR). Gestionados por entidades privadas en régimen de concierto con el sistema público de servicios sociales especializados (SEPAD).
 - o Pisos Supervisados: de gestión directa del SEPAD o subvencionados.
- Otros dispositivos de integración social y laboral: Programas de Rehabilitación Laboral.

Dotación presupuestaria: Ver lo indicado en el punto 1.2.

Retribución de profesionales: Ver lo indicado en el punto 1.2

Modelo organizativo: Los ya aludidos en el punto 1.2 y que afectan especialmente a la coordinación con el sistema sanitario y a los mecanismos de acceso a los recursos.

Cambios en prestaciones: Sin cambios

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1.- Posible riesgo de pérdida de estructuras consolidadas de participación y coordinación de los profesionales
2.- Riesgo de fractura entre la red social y sanitaria, al no estar activas las estructuras de coordinación entre ambos sistemas a varios niveles.
3.- Riesgo de desaparición progresiva de los perfiles de acceso a los servicios y que acabe redundando en una alteración del diseño y funcionamiento de los mismos.

INFORME DE MADRID

José Manuel Cañamares
Intress

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria ha cambiado en los últimos años en la Comunidad de Madrid, pero este cambio estaba previsto con anterioridad a la crisis económica, por lo que no se le puede achacar a la misma.

La integración de los servicios de salud mental en atención especializada y la dependencia por tanto de las gerencias correspondientes de los hospitales de referencia ha supuesto el desmontaje del sistema de áreas sanitarias en las que se organizaba la atención, y en base a la cual se había organizado la sectorización de los servicios de rehabilitación.

Por otro lado, la privatización de la atención, con hospitales gestionados por entidades privadas, ha supuesto la necesidad de buscar nuevas fórmulas de coordinación, que en ocasiones se han encontrado y en otras no.

En resumen, mi opinión subjetiva es que la atención se ha deteriorado. Objetivamente se han alargado los tiempos entre consultas en salud mental, y se han disgregado varios equipos. La libre elección de especialista tampoco ha ayudado, al contrario, ha dificultado algo la coordinación entre salud mental y los servicios de rehabilitación.

Pero todos estos hechos y opiniones no se derivan de la crisis económica, sino de un cambio de modelo de atención anterior al inicio de las dificultades económicas. Los cambios producidos por la crisis en la asistencia sanitaria, por otro lado, son los mismos que afectan al resto del estado: pago de recetas, etc...

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Ningún cambio significativo en la Comunidad de Madrid

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

Ningún cambio significativo en la Comunidad de Madrid

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

Dotación presupuestaria:

En 2011 el presupuesto de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Grave y Duradera de la Consejería de Asuntos Sociales fue de 63.600.000 € (4.95% de incremento respecto a 2010). Todos los años se ha producido un incremento de este presupuesto desde el año 2003.

Retribución de profesionales: No ha habido ninguna variación. Al gestionarse por contratos con entidades privadas no se ha aplicado la reducción de salario de los trabajadores públicos.

Modelo organizativo: No ha habido ninguna variación.

Cambios en prestaciones: No ha habido ninguna variación.

La Red de rehabilitación dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales ha protegido la situación y características de los servicios, por lo que se puede decir que la crisis, a fecha de hoy, ha tenido un impacto mínimo.

Toda la Red dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales está gestionada por entidades privadas, bien mediante contrato de gestión de servicios públicos, bien mediante concierto. Y solo en el caso de prórrogas de contrato la Consejería ha introducido una baja del 5% en el precio del contrato.

Por otro lado, en los recursos no residenciales han solicitado aumentar el número de usuarios atendidos, es decir, aumentar la capacidad inicial de los servicios. Así, y a modo de ejemplo, si un Centro de Día de Soporte Social tenía una capacidad de 30 usuarios se ha pedido que la aumente a 35.

Durante 2011, incluso se abrieron nuevas plazas, lo que supuso llegar a diciembre de 2011 con 5.629 plazas en servicios específicos de rehabilitación. Ello supone el que a fecha de hoy hay 198 servicios de rehabilitación con aproximadamente 1.260 profesionales. Este grueso de plazas está complementado con varios servicios que históricamente dependen de la Consejería de Sanidad, en los que están incluidas las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación, 2 Centros de Rehabilitación y varios pisos tutelados.

El número de centros y de plazas existentes a fecha de hoy en la Red dependiente de Asuntos Sociales es:

Nº y Tipo de Centros o Recursos	Plazas
23 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	1675
30 Centros de día de Soporte Social (CD)	966
20 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	950
38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)	1140
20 Residencias	535
55 Pisos Supervisados	220
22 Plazas en Pensiones	22
PRISEMI (Equipo Fir/Casi, Equipo, Apoyo Calle y 5 Pisos Supervisados)	80
Centro de Atención Social EMC sin Hogar (1 Centro de Día de 30 plazas y 1 Residencia de 11 plazas)	41
Totales	5.629 plazas

Además, dependientes de la Consejería de Sanidad hay los siguientes recursos:

- 6 Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (173 camas).
- 2 Centros Ambulatorios de Tratamiento y Rehabilitación

- 2 Centros de Rehabilitación Laboral.
- 9 Centros de Día (172 plazas).
- 15 Pisos Supervisados (44 plazas)
- 7 Clubes Sociales (332 plazas)

En este caso de centros dependientes de Sanidad sí que se han llevado a cabo las mismas medidas de reducción de salarios que al resto de trabajadores de la administración, ya que estos servicios son gestionados por trabajadores públicos.

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar tres riesgos probables o pérdidas ya consolidadas en la propia Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- La progresiva privatización de la atención sanitaria y la implantación de un área única puede deteriorar la necesaria coordinación entre sanidad y servicios sociales, en una Comunidad Autónoma donde la mayoría de los servicios de Rehabilitación no dependen de la Consejería de Sanidad.

2- Si se hace necesario recortar la dotación presupuestaria destinada a la rehabilitación es fácil que este recorte impacte en aquellos servicios menos críticos (los que no son residenciales o no entren en el paraguas de la dependencia) y se deje de fomentar la autonomía y la integración social de personas en situación de dependencia ligera, como la que pueden ofrecer los Centros de Rehabilitación Psicosocial, los Centros de Rehabilitación Laboral y los Equipos de Apoyo Social Comunitario.

3- Si se disminuye de forma drástica el presupuesto puede deteriorarse de forma grave la calidad de la atención prestada. Hasta ahora la calidad es muy alta, ya que las ratios de profesionales por usuarios atendidos es elevada y con una alta profesionalización. Esto llevaría a una situación más cercana al cuidado y la contención que al trabajo para la integración y la consecución de la plena ciudadanía de las personas atendidas.

INFORME DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA

Marian Larrinaga
Dirección de Salud Mental Bizkaia

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL MARCO ASISTENCIAL GENERAL

1.1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Dotación presupuestaria:

Hasta la fecha de hoy se puede decir que en la CAV a nivel de presupuesto público no se aprecia de forma importante el recorte presupuestario. No ha habido más reducción que el área de personal que nos ha venido dado a nivel estatal.

En Navarra es notoria la reducción de presupuesto. Se han reducido en un 30% las subvenciones, además de las medidas que se están tomando para recortar el gasto de personal.

Retribución de profesionales:

Los cambios propuestos a nivel estatal afectan a los trabajadores públicos. Tanto en la disminución de retribuciones como el alargamiento del horario laboral. También ha habido reducciones en cuanto a la percepción de la ILT, que ha supuesto un importante descenso del absentismo laboral.

Sin embargo hay que decir que la convocatoria y desarrollo de la OPE se ha mantenido conforme estaba planificado, esto supondrá la estabilidad de un sector importante de trabajadores (2200 puestos de trabajo)

En cuanto al gasto farmacéutico se ha reorganizado el sistema de pedidos, se ha implantando la utilización de genéricos, pero podemos decir que todavía no se aplica ni hay intención de aplicar el copago en el gasto farmacéutico.

Sí se aplican con mayor rigor y están más restringidas las sustituciones del personal ausente.

En relación a las retribuciones de los profesionales de entidades privadas, hoy por hoy no me ha llegado información que hable de cambios en este sentido.

Modelo organizativo:

A nivel de la CAPV desde la Consejería de Sanidad del GV se establece la Estrategia de cronicidad que supone un cambio de modelo que pone el acento en la atención a personas con enfermedades crónicas lo que, en principio, es una clara oportunidad para la rehabilitación en salud mental. Esta estrategia consta de varios proyectos, entre ellos:

- Estratificación de la población: Se trata de segmentar la población según necesidades asistenciales para diseñar intervenciones concretas

- Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo: Esto supone educación sanitaria, estilos de vida saludables, trabajo de cuidados desde entornos diferentes...
- Autocuidado y educación al paciente supone la atención a los crónicos partiendo de un modelo de paciente activo: educación en autocuidado, apoyo a las asociaciones de pacientes crónicos, creación de una red de pacientes Activados y conectados a través de las nuevas tecnologías.
- Atención clínica integrada: integración entre organizaciones sanitarias para evitar atenciones fragmentadas, a la consecución de este objetivo va a contribuir en gran manera la adopción de la historia clínica informatizada.
- Acorde con esta estrategia se pone el acento en el desarrollo de los hospitales de subagudos y se le atribuye otro papel a la enfermería.
- Colaboración sociosanitaria: Convenio marco de Atención sociosanitaria entre Gobierno vasco, las Diputaciones Forales y EUEDEL, la asociación de municipios vascos. Cada territorio histórico tiene a su vez su propio Consejo Territorial. Se establece un sistema de alianzas entre distintas administraciones para proporcionar una atención integral.
- Se apuesta por la investigación y la innovación
- Se ha implantado la historia clínica electrónica que a corto plazo genera dificultades pero es una oportunidad para integrar las atenciones. Del mismo modo se está implantando la receta electrónica.

Cambios en prestaciones:

Hasta la fecha en la CAV se ha optado por una postura de resistencia al cambio en las prestaciones sanitarias y farmacéuticas propuesto desde el gobierno Central. A pesar de los esfuerzos, no sabemos cuánto puede durar esta “resistencia”, el hecho real es que se va a andar con mayor cuidado en relación con la facturación de prestaciones sanitarias.

1.2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Dotación presupuestaria:

Retribución de profesionales: En esta área de asistencia social se puede decir lo mismo que en el área sanitaria, los empleados públicos se supone que tendrán los mismos recortes que los del ámbito sanitario.

Modelo organizativo:

El desarrollo de la Ley de Servicios Sociales aunque todavía está inmaduro ya está trayendo consigo gran cantidad de reformas en esta materia. Al mismo tiempo se ha llevado a cabo el traspaso definitivo de las competencias en materia laboral. Ello ha derivado en unir el área de las ayudas sociales, la Renta de Garantía de Ingresos y el complemento de vivienda, con un itinerario activo basado en la empleabilidad de los perceptores. Lo que produce cambios de gran calado:

- Se crea **Lanbide/ Servicio Vasco de empleo**, con un modelo basado en la activación y corresponsabilidad, que parte de un concepto de parado como sujeto activo que trabaja para encontrar empleo, se pretende una inserción laboral activa y recoge como clientes tanto a las personas como a las empresas.
- Las pretensiones suponen un cambio muy importante de modelo que está dando lugar a grandes desajustes en la práctica. La Renta de Garantía de Ingresos la gestiona

ahora Lanbide , antes se gestionaba entre las entidades forales y los servicios sociales de base.

- En lo referente a nuestro colectivo tenemos dos líneas de trabajo:
 - o Dado el hecho de que parten de que TODO perceptor es empleable , tenemos dificultades con algunos pacientes que perciben la RGI y que no están en disposición no solo de iniciar un camino de empleabilidad, sino incluso de entender los trámites que lleva consigo el nuevo modelo. Por ello, uno de los puntos que tenemos pendiente es trabajar un protocolo para gestionar con la mayor facilidad posible el cobro de la RGI en el caso de personas que deban estar en ese momento exentas.
 - o Nuestra intención es que nos consideren los interlocutores, mediadores del colectivo de personas con enfermedad mental grave.

Señalar que los Servicios Sociales de Base de los ayuntamientos, que antes tramitaban las ayudas económicas, se han descolapsado dando lugar a un nuevo escenario, que puede darnos oportunidades.

Otro punto que puede influir en nuestra atención es que se está pilotando desde Gobierno Vasco una **aplicación informática de diagnóstico social y diagnóstico de exclusión**. Unificaría todos los diagnósticos sociales de la CAV. El estar participando de este cambio para poder adecuar las historias clínicas al lenguaje de otros sectores de la administración y privados como se pretende, pensamos que puede suponer también un punto de oportunidad.

En cuanto a las prestaciones de la **Ley de Dependencia**, en el régimen foral de la CAV son las diputaciones las encargadas de gestionar la dependencia. De hecho, entre ellas hay diferencias importantes, sin embargo, se puede hablar de cierto consenso entre para no aplicar la reducción en la cuantía de las prestaciones, también se intenta no retrasar hasta el 2015 la atención a la dependencia moderada. Ahora bien, está por clarificarse cómo se va a hacer frente al pago de la cotización a la Seguridad social de los cuidadores de dependientes. En cuanto a las valoraciones, a pesar de que se han modificado los baremos, se sigue sin reflejar las situaciones reales de las personas con TMG. Más aún, en las nuevas valoraciones las calificaciones se están rebajando lo que deja en situación de mayor vulnerabilidad a las personas.

En las valoraciones de discapacidad, son en la actualidad mucho más restrictivos. Llegan muy pocos al 65%. Estaríamos de acuerdo con esto siempre y cuando hubiera una buena red de trabajo, pero no es el caso, por lo que al final se reduce a que tienen menor disponibilidad de pensiones no contributivas.

Se acaba de aprobar recientemente la cartera de servicios sociales, hecho que va a tener influencia en los repartos de competencias entre servicios sociales básicos y especializados.

En relación a la situación de las entidades del **Tercer Sector**: Las diputaciones tienen concertada con diferentes entidades la prestación de servicios sociales y sociosanitarios. La fuente de financiación de estas entidades proviene en su mayor parte de la administración pública y ya hay entidades con problemas de liquidez. Según un informe reciente realizado en Bizkaia, la mitad de las entidades considera que va a ser muy difícil cumplir con los objetivos establecidos hoy de aquí a un plazo de 5 años.

Cambios en prestaciones:

Hay dificultades en la gestión de caso diaria: cada oficina de Lanbide funciona como puede, confusión en las informaciones, situaciones erróneas, no interlocución con las entidades concededoras de los casos. En cambio las empresas de trabajo temporal sí son socios fuertes por lo que habrá que tener especial cuidado en la protección de datos.

Mediante medidas más indirectas sí se han llevado a cabo restricciones en esta área: no más de dos rentas de garantía de ingresos en una vivienda, la acreditación de tres años de empadronamiento restringe también el acceso a muchas personas en situación de exclusión.

1.3. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LABORAL

Se aboga en toda la CAV por la Responsabilidad Social Corporativa

En lo referente al trabajo protegido desde Bizkaia se ha realizado un estudio sobre la presencia de personas con discapacidad en las empresas y se advierten déficits de responsabilidad social. En las empresas grandes (de 50 empleados o más obligadas por ley a contratar un 2% de la plantilla, solo el 41% de las empresas lo cumple. Como media un 1,1% del personal de las empresas grandes tiene una discapacidad y de las pequeñas un 0,9%. Porcentaje bajo pero superior al conjunto del estado.

En relación con nuestro grupo de atención no percibimos cambios importantes, a pesar de que Lantegi Batuak, que tradicionalmente ha trabajado con la discapacidad psíquica, y se abría hacia la enfermedad mental, ha vuelto a cerrar filas. Varias de estas empresas han iniciado un ERE.

En Gipuzkoa, por datos de prensa, se habla explícitamente de mantener el mismo nivel de subvenciones al Grupo Gureak que es quien gestiona el 80% de los contratos que se realizan a personas con discapacidad. En Alava, el único taller que iba a acoger personas con TMG se ha ralentizado por problemas de presupuesto.

2. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL RPS

Dotación presupuestaria:

No hay cambios reseñables en este sentido a nivel de CAV. De Navarra no me constan datos en este aspecto. Mención aparte merece la política presupuestaria de la Red de Salud Mental de Bizkaia, que financia la cartera de servicios con el cambio de modelo presupuestario en el que se da mayor preponderancia al modelo comunitario sobre el hospitalario. A día de hoy se ha incrementado en un 12% la financiación de programas comunitarios en detrimento de la cartera de servicios hospitalarios.

Al mismo tiempo ha aumentado la dotación de personal estructural y se han amortizado plazas creando otras de calificación más acorde con el modelo propuesto.

Retribución de profesionales:

Sometidos a las mismas presiones que el resto de los profesionales, incluyendo tanto a los empleados públicos como a trabajadores de entidades privadas.

Modelo organizativo:

Parece ser que existe cierto consenso entre los tres territorios históricos de la CAV al decir que se pone un mayor acento en la atención a la enfermedad mental grave tanto referida a población adulta como a población infantil y juvenil. En este sentido va dirigida la

estratificación de la población que nos va a dar una pirámide de necesidades, que presumiblemente redundará en las patologías más graves y dobles patologías. También se han incrementado grupos de trabajo en red entre distintas entidades y en diferentes focos.

Destacar la integración de los servicios de Salud mental de Bizkaia en una Red única en marzo de 2010.

En Navarra se aprueba la Ley Foral de Salud Mental a finales del 2010 por lo que se constituye una Dirección de Salud Mental.

Cambios en prestaciones:

A nivel de servicios psiquiátricos propiamente dichos, no hay grandes cambios. Se mantienen las plantillas aun cuando se percibe que las sustituciones del personal están muy ajustadas.

Gipuzkoa : Por el momento la evolución de servicios y prestaciones se ha mantenido según lo planificado. Se han abierto las estructuras residenciales y los centros de día que estaban previstos, así como una Unidad de Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental

En Alava también se han abierto nuevas plazas de alojamiento en los últimos dos años, pero el personal carece de calificación y formación en salud mental. La Diputación no acaba de publicar normativa para que se pueda acceder a las subvenciones. En relación con la adjudicación de plazas se llevan a cabo según baremo de la ley de dependencia, lo que además de no reflejar fielmente las necesidades de este colectivo, ralentiza la adjudicación de plazas, dándose una situación de plazas libres con una lista de espera importante. Esto va en detrimento de las entidades que disponen de plazas sin cubrir. Por otro lado se está negociando retomar la desinstitutionalización de personas ingresadas a residencias de mayores.

En Navarra en estos dos últimos años se han ido abriendo distintos recursos, tanto en el ámbito sanitario, centro de salud mental Buztintxuri , como social, residencia Félix Garrido. En cuanto a información más reciente sólo me ha llegado que se había proyectado una reforma de atención psicogeriatrica y se ha paralizado.

En Bizkaia, se está llevando a cabo un proceso de cierre de camas de larga estancia a favor de camas de rehabilitación y de tratamientos de corte comunitario. A pesar de las dificultades ha habido un aumento significativo tanto de personal como de plazas asistenciales en los dos últimos años: 19 plazas de alojamiento, 25 de miniresidencia, 25 plazas adicionales en hospitales de día, 90 plazas de tratamiento asertivo comunitario haciendo un total de 120.

Se han puesto en marcha nuevos programas:

- Primeros episodios psicóticos: extensión del programa asistencial a las cuatro comarcas.
- Programa de TMG en niños y adolescentes
- Atención al TMG sin hogar
- Atención a mujeres víctimas de violencia de género

Se está llevando a cabo una política de alianzas en el ámbito sociosanitario. A nivel comunitario van aumentando las iniciativas que requieren participación integrada de diferentes entidades y desde distintos ámbitos.

En Navarra se había proyectado una reforma de la atención psicogeriatrica pero está paralizada.

3. VALORACIÓN GLOBAL

Señalar que aunque ha habido un frenado de inversiones se han podido dar pasos hasta la fecha. Más que recortes lo que se propone en la CAV es un cambio a muchos niveles y genera en ocasiones y a corto plazo ansiedad, resistencias y dificultades.

La situación para las entidades privadas, proveedores de servicios comunitarios es bastante más difícil. En Álava hay convenios sin firmar que se traduce en reducción de plantilla y recorte de ciertas actividades. Y en todo el ámbito de la CAV hay un ambiente de expectativa pesimista, de hecho se presume que las entidades más pequeñas pueden desaparecer.

Señalar tres riesgos probables o pérdidas ya consolidadas en la propia Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- La ampliación del tiempo de empadronamiento exigido para acceder a recursos sociales afecta a una parte importante de la población y en lo que nos concierne a nosotros puede incluir para generar más bolsas de personas que ante la falta de otros recursos puedan terminar ocupando camas de hospitalización prolongada.

2-Ralentización de procesos de desinstitucionalización ante dificultades de acceso de pacientes a recursos vinculados a la dependencia

3- Freno en el desarrollo de nuevos recursos de alojamiento para personas con TMG. provocado más desde el ámbito de los servicios sociales, cofinanciadores, que por la parte de Sanidad.