

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS PERSONAS
CON TRASTORNO MENTAL GRAVE BASADO EN LOS
DERECHOS, LAS NECESIDADES Y LAS PREFERENCIAS DE
LOS AFECTADOS**

El modelo de atención integrada sanitaria y social que vamos a presentar se basa en la **Ley General de Sanidad de 1986** y en **hallazgos de investigación actual** sobre la forma más eficaz y coste/efectiva de organizar los servicios sanitarios y sociales para atender a las personas con trastorno mental grave, pero sobre todo se basa en **el respeto a los derechos, las necesidades y las preferencias de este colectivo.**

Para ello vamos a servirnos de una **concepción multidimensional** de la atención sanitaria y social a las personas con trastorno mental grave

MODELO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTONO MENTAL GRAVE VIGENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Institucional

Publico-Privado

Biomédico

Prescriptivo

Basado en la práctica

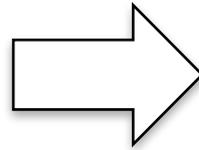
Necesidades definidas por los profesionales

Derechos como usuario

Centrado en el individuo

HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN MÁS ACORDE CON LA LEGISLACIÓN, CON LA INVESTIGACIÓN Y CON LOS DERECHOS

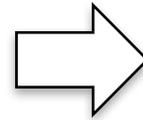
- Institucional
- Público-Privado
- Biomédico
- Prescriptivo
- Pragmático
- Necesidades definidas por los profesionales
- Derechos del usuario
- Centrado en el individuo



- Comunitario
- Público
- B-P-S: Integrado
- Participativo
- Basado en pruebas
- Necesidades definidas por los usuarios
- Derechos de ciudadano
- Centrado en las barreras

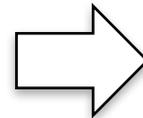
INSTITUCIONAL-COMUNITARIO

H. psiquiátrico, H. penitenciario, H. Estancia Media/Larga Estancia



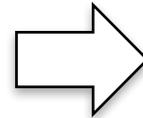
Unidad en HG, Unidades de Crisis, Albergues, UPL

Ambulatorios y policlínicas



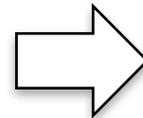
Centros de salud mental con equipo multidisciplinar

Rehabilitación en escenarios profesionales (H. Estancia Media, CRIS)



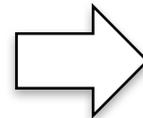
Rehabilitación mediante equipos móviles, en el entorno natural (FACT, PCC)

Maxi-residencias (CEEM), residencias geriátricas



Viviendas unifamiliares, Pisos tutelados; Mini-residencias como excepción

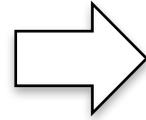
Dispositivos independientes entre si y sin área de cobertura definida



Red de dispositivos responsables de la atención a los residentes de un área geográfica definida

PRIVADO-PÚBLICO

Fórmulas de gestión indirecta (concierto, consorcio, concesión, etc.) incluyendo empresas con ánimo de lucro

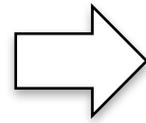


Diversas fórmulas de gestión directa; gestión indirecta con empresas sin ánimo de lucro.

Imprescindible control de la calidad

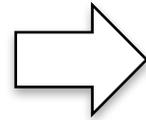
BIOMÉDICO-INTEGRADO

Equipo mono-disciplinar
(psiquiatría +/- enfermería)



Equipo multidisciplinar
(psiquiatría, psicología,
enfermería y trabajo social;
Gestores de casos)

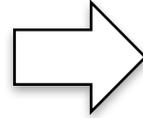
El psiquiatra diagnostica y trata
el problema de salud y deriva
todo lo demás a Servicios
Sociales o a Psicología



Los miembros del equipo
interactúan para proveer
una atención integrada

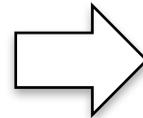
PRESCRIPTIVO-PARTICIPATIVO

Representación simbólica en mesas decisorias



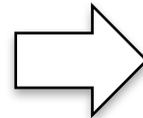
Representación efectiva: apoyo material, formación, difusión de resultados

El profesional da instrucciones y el/la usuario/a las cumple



El profesional informa sobre las opciones y el/la usuario/a elige (toma de decisiones compartida)

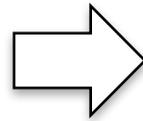
Abuso de medios coercitivos (Coacción, TAI, Ingreso involuntario, contención mecánica, puerta cerrada.)



Promueve una cultura de recuperación personal y la adopción de medidas preventivas

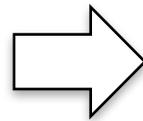
BASADO EN LA PRÁCTICA-BASADO EN PRUEBAS

La eficacia de una intervención la establecen profesionales en el curso de su práctica diaria. El criterio final es el consenso experto



La eficacia de una intervención se establece mediante la investigación. El criterio final es la “evidencia científica” (el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones clínicas o sociales) reflejada en la bibliografía especializada

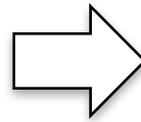
Empleo de intervenciones de eficacia desconocida. Brecha entre disponibilidad de intervenciones eficaces y su aplicación en la práctica



Rehabilitación basada en la “mejor evidencia disponible”, la experiencia del profesional y los valores y preferencias de los usuarios: Guías de Prácticas Clínicas.

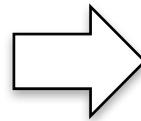
NECESIDADES DEFINIDAS POR LOS PROFESIONALES- NECESIDADES DEFINIDAS POR LOS USUARIOS

Necesidades definidas por profesionales tras escuchar a usuarios/as



Necesidades definidas por usuarios/as con el apoyo de profesionales

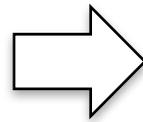
Solamente se reconocen las que pueden ser satisfechas mediante intervenciones y recursos formales existentes



Se crean intervenciones y recursos nuevos para satisfacer las “nuevas” necesidades: Planes Acordados de Crisis, Toma de Decisiones Compartidas, contratación de usuarios/as

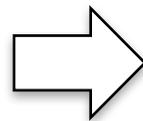
DERECHOS DE USUARIO–DERECHOS DE CIUDADANO

Derechos recogidos en las “Cartas de Usuarios” de servicios públicos (ejem.: “Derecho al respeto de su personalidad ...”)



Derechos reconocidos en la Constitución (“Derecho al respeto, dignidad, libertad, etc. como ciudadano/a ...”)

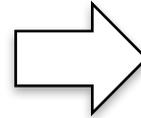
Tutela: Sustitución en la toma de decisiones de la persona incapacitada por otra persona (tutor) que vela por sus intereses



Toma de decisiones con apoyo: la persona incapacitada retiene su capacidad legal completa, toma sus propias decisiones, un asistente la ayuda a entender las opciones y sus consecuencias (Convención de Nueva York del 13 de diciembre de 20)

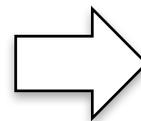
CENTRADO EN EL INDIVIDUO-CENTRADO EN LAS BARRERAS

Se pone el acento en incrementar la autonomía de las personas discapacitadas aliviando los déficits individuales mediante más y mejores intervenciones sanitarias y sociales



Se pone el acento en incrementar la autonomía de las personas discapacitadas empoderándolas y luchando contra las barreras sociales que la impiden (el estigma y el auto-estigma)

Se progresa desarrollando los servicios formales



Se progresa apoyando el desarrollo de servicios informales

HACIA UN MODELO DESEABLE

Comunitario

Público

Integrado

Participativo

Científico

Necesidades definidas por los usuarios

Derechos como ciudadano

Centrado en las barreras

REPARTO DE LAS COMPETENCIAS BÁSICAS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON TMG

SANIDAD REHABILITACIÓN

- Tratamiento
- Entrenamiento en habilidades
- Psico-educación Familiar para prevención de recaídas
- Remediación Cognitiva

SERVICIOS SOCIALES SOPORTE SOCIAL

- Vivienda con apoyo
- Trabajo
- Apoyo familiar
- Seguridad y confort
- Red de apoyo Social
- Educación apoyada
- Programas de ocio
- Lucha contra el estigma

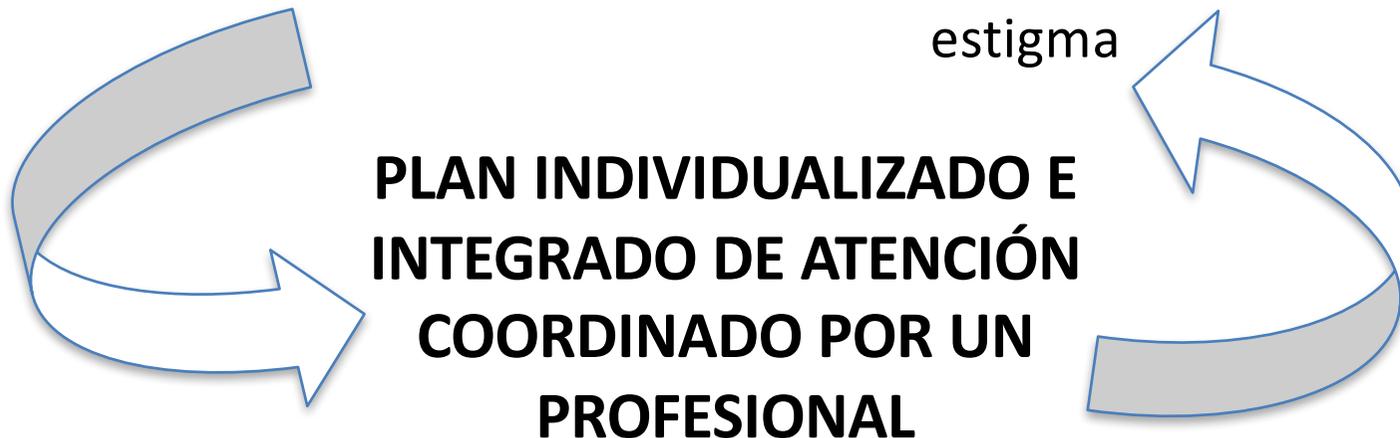
COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A NIVEL INDIVIDUAL

SANIDAD REHABILITACIÓN

- Tratamiento
- Entrenamiento en habilidades
- Psico-educación Familiar para prevención de recaídas
- Remediación Cognitiva

SERVICIOS SOCIALES SOPORTE SOCIAL

- Vivienda con apoyo
- Trabajo
- Apoyo familiar
- Seguridad y confort
- Red de apoyo Social
- Programas de ocio
- Lucha contra el estigma



PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN

Reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable, recoge los cuatro siguientes aspectos:

1. La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo (*incluyendo Planes de Crisis Acordados*)
2. La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
3. El acuerdo entre el equipo de salud mental, los equipos de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
4. El nombre del miembro del equipo responsable de la implementación del Plan y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A NIVEL DE DEPARTAMENTO

Un espacio de coordinación socio-sanitaria para crear cauces de comunicación y coordinación adecuados –funcionamiento en red- entre las entidades del departamento sanitario relacionadas con la atención a las personas con problemas de salud mental, y valorar las necesidades reales de la población atendida para ofrecer la mejor respuesta posible.

¿QUÉ HABRÍA QUE HACER?

- Acordar, documentar y difundir una política común, una cultura común y un plan común para la atención a la salud mental, que incluya la atención a las personas con trastorno mental grave y que tenga como prioridad materializar los derechos y la dignidad de estas personas:
 - Convencer y superar las RESISTENCIAS
- Crear y apoyar la implementación de una comisión permanente de usuarios de los servicios de salud mental que *vigile* la transparencia en la gestión y la rendición cuentas de todas las actuaciones sanitarias y sociales en el ámbito de la salud mental.

UNA PROPUESTA BASADA EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS PERSONAS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

- **1.1. Diseñar una red de apoyo residencial y sociosanitario basado en las necesidades de integración en la propia comunidad: hogares sala, miniresidencias y viviendas de apoyo**
 - Coste anual de personal de dispositivos alojamiento: 56.714.501 €
- **1.2. Potenciar una red de Dispositivos comunitarios en crisis:**
 - Coste anual de personal del Hogar de acogida en crisis: 552.000 euros / año
- **1.3. Completar el personal de enfermería, trabajo social y psicología de las USM:**
 - Coste total personal USM: 3.600.000 €
- **Coste Total = 57.266.501 + 3.600.000 = 60.866.501 € / año**

¡ADIÓS Y GRACIAS!

