



**FEAFES-CANARIAS**

Federación de Asociaciones de Familiares  
y Personas con Enfermedad Mental  
de Canarias

LA  
SALUD  
MENTAL  
SIN RUMBO:  
NECESITAMOS  
UN CAMBIO

Canarias, Diciembre 2012



**FEAFES-CANARIAS**

Federación de Asociaciones de Familiares  
y Personas con Enfermedad Mental  
de Canarias



## **La ACN, SALUD MENTAL y FEAFES Canarias quieren comunicar a la opinión pública y a todos los profesionales de la salud mental, su posición frente a la presente situación por la que transcurren las reformas gubernamentales, la asistencia sanitaria, la salud mental, y el estado del bienestar.**

1. Las reformas iniciadas por el Gobierno Español, del sistema sanitario y del sistema social, sólo obedecen a las directrices del banco mundial en su política anunciada en los años noventa, de aconsejar a las sociedades industrializadas, que tomasen las medidas siguientes: la privatización de los servicios y prestaciones, la conversión de un sistema de salud basado en los derechos a un sistema de trabajadores asegurados, responsabilizando a las personas de sus estados de salud, y evitando el empoderamiento de la ciudadanía, con aumento de las diferencias entre los países del norte y del sur.

Ante esta estrategia neoliberal, afirmamos, nuestro compromiso, con los derechos humanos y con un sistema de salud que favorezca la equidad personal, social y territorial. La sanidad pública en nuestro país y en sus comunidades autónomas esta profundamente subfinanciada, y requiere una nueva financiación autonomía cuya deuda histórica del estado esta cifrada, por la Consejería de Sanidad en 2000 millones de euros. En el 2008, cuando se inició la crisis, se gastaba solo un 6,5% del PIB, comparado con un 7,3% en el promedio de la UE-15, Estados Unidos el 16%, Francia un 11%, Reino Unido un 8,4%.

Reafirmamos nuestro compromiso, de la que somos promotores, de la Iniciativa legislativa Popular (ILP) presentada por el Foro Social Canario, en el Parlamento de la Comunidad, en defensa de la salud pública.

2. Hace un año, a raíz del discurso de investidura del presidente del gobierno de Canarias, ante la crisis económica, donde proclamó la voluntad de que su gobierno fuera el gobierno de las personas y de la participación de la ciudadanía, realizó un llamamiento a la cooperación de la sociedad civil. La **ACN, SALUD MENTAL y FEAFES CANARIAS**, en ese instante, tomaron la iniciativa de presentar a la Consejera de Sanidad y a la Consejera de Servicios Sociales un documento técnico titulado **“Agenda estratégica para una acción global consensuada y participativa en salud mental durante un periodo crítico”**.

Su contenido incluía 10 líneas de acción y sus prioridades en materia de salud mental. Su finalidad era hacer factible la gobernanza en el sector de la salud mental, promoviendo de forma consensuada una hoja de ruta que significara un cambio en las políticas sanitarias en salud mental y en su órganos de gestión. Para tal fin se presentó una iniciativa formal para facilitar la participación de los profesionales y las familias en la GOBERNANZA. Después de más de un año y de varias entrevistas con la Consejera de Sanidad, *no hemos tenido ninguna respuesta efectiva a nuestras propuestas*, reafirmando una línea de continuismo y contradiciendo los consejos del gobierno, el espíritu y la intención que expresó el Presidente del Gobierno en su discurso de toma de posesión. Son estas irresponsabilidades lo que motivan la desmovilización de la ciudadanía y la desconfianza en los políticos.

**3. La ACN, Salud Mental y FEAFES Canarias** han mostrado su voluntad de dialogo durante este tiempo, pero las circunstancias por la que atraviesa la población canaria, la salud mental, la sanidad y el estado del bienestar, hacen que el tiempo de espera se agote, sin que ello, signifique que renunciamos al diálogo, como hemos lealmente demostrado con nuestro prolongado tiempo de



espera. Lo que nos preocupa es la inhibición de Consejera de sanidad y de su equipo ante las quejas presentadas por los profesionales y las familias, en los diferentes ámbitos de actuación.

Los profesionales y las familias, afirmamos que *las políticas en materia de salud mental, siguen sin rumbo, sin unas prioridades consensuadas, sin un diseño estratégico y sin acciones planificadas que vayan a lo sustantivo de esta problemática, con unos órganos de gestión con nula influencia en la toma de decisiones en los lugares decisorios de la consejería, con una organización no participativa de la red asistencial, con una sobreburocratización de las tareas asistenciales, y una evitación de las sociedades científicas y de las organizaciones de familiares.*

Desde el 2007 las inversiones en salud mental, han venido reduciéndose año tras año (véase ficha financiera F5, II Plan de Salud, 2004-2008), y ante la crisis económica consideramos que ésta tendencia al decrecimiento de las inversiones en salud mental, no puede continuar, porque los avances logrados en estos años se colocarían en una situación de difícil consolidación y no se completaría la red comunitaria de salud mental ni se dará respuesta a las nuevas demandas.

**4. La ACN, Salud Mental y la FEAFES Canarias**, quiere manifestar que, la ausencia de un Plan de Salud, como instrumento para la ordenación, desarrollo y planificación de los recursos públicos de atención a las personas con enfermedad mental en Canarias, esta teniendo enorme repercusión en la asistencia sanitaria, y esto esta significando un incumplimiento de la ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. Las Gerencias hospitalarias conforman sus agendas de prioridades en función de la presión asistencial o de los lobby asistenciales de los servicios hospitalarios, no en base a las necesidades de la población. En esta ausencia de objetivos, se superponen las competencias entre las gerencias y la dirección general de programas. Por otro lado, la Dirección de Programas Asistenciales y la Jefatura Regional de Salud Mental, establece una agenda de acciones de manera arbitraria.

No sabemos hoy quien realmente dirige la salud mental en Canarias y la Jefatura Regional de Salud Mental, esta incumpliendo mayoritariamente los acuerdos que se establecieron en la isla del Hierro en el 2009, entre todos los responsables de la salud mental que asistieron a dicho encuentro. La gestión y ejecución de estos acuerdos es más que insuficiente.

**5.** En la practica asistencial, esta situación, esta haciendo que no se mantenga la equidad territorial, no se mejoran los recursos ya existentes y no hay creación de nuevos recursos y/o programas a disposición de la población de la Comunidad. Hay una total paralización de las líneas estratégicas, que no solamente significan esfuerzos de inversión, sino también otras maneras de gestionar los asuntos públicos. Es más, ante la actual crisis económica, que esta colocando a amplios sectores de la población Canarias en riesgo de exclusión, más aún sabiendo que los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, infancia en riesgo (tres de cada 10 niños en riesgo de exclusión social), el desempleo (50% jóvenes canarios), el hacinamiento en el hogar, la peor alimentación, incide en el aumento de la morbilidad y la mortalidad por problemas psiquiátricos en las islas. Ante los determinantes sociales que multiplican el riesgo de morbilidad y mortalidad en estos años, exigimos, mantener e incrementar la inversión en salud mental, siendo esta la mejor manera de proteger al capital humano de nuestra tierra, reduciendo el incremento de la demanda en los próximos años, que no podrá atenderse adecuadamente ante la saturación actual. Por esto la inhibición de la Consejería de sanidad nos parece más que alarmante. La ausencia de programas de promoción y prevención de la salud mental, es buena prueba de ello, ante la situación presente y que nos coloque en mejor disposición para otros tiempos.

**6. La ACN, Salud Mental y FEAFES Canarias,** denunciamos que las actuales dotaciones de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, tanto a nivel de recursos humanos como de infraestructura, continúan siendo irregulares y heterogéneas, de unos territorios a otros, e incluso dentro de la misma área de salud. Requieren de más recursos de los que actualmente disponen y ser consecuentes con su dependencia administrativa de Atención Especializada, en lo relacionado con la planificación de espacios (planes funcionales de desarrollo futuro en los centros de atención especializada) y en los ajustes en el pago de lo singular de sus funciones (desplazamientos de los profesionales). Se está llegando a un grado de deterioro en las que las Unidades de Salud Mental Comunitaria carecen de los espacios adecuados para desarrollar de forma eficiente y de calidad su labor asistencial, y esto ha sido puesto en conocimiento de las autoridades, sin que hasta la fecha de hoy, se haya producido ningún cambio.

**7.** Para conseguir el incremento del abordaje desde atención primaria de los trastornos mentales comunes, y trastornos mentales graves, es necesaria la coordinación continuada y fluida de las USMC (Unidades de Salud Mental Comunitarias) con AP (Atención Primaria) en todas las islas, a través de mecanismos de encuentro sistemáticos y ágiles, cuestión que no ocurre en todas las islas, ni se ha arbitrado mecanismos para su resolución, siendo la propia SEMFYC quienes también reconocen, la inadecuada coordinación entre los médicos de familia y la atención especializada.

**8.** El objetivo de disminuir la mortalidad de las personas con trastornos mentales graves que tienen una esperanza de vida menor –entre 15-20 años, que la población general de su misma edad– hace más que necesario implementar y favorecer una adecuada coordinación con AP para la atención a la salud física de los pacientes con trastorno mental grave. El papel de la atención primaria es de vital importancia en esta tarea. Este es otro de los objetivos de incumplimiento de la Consejería de Sanidad.

**9.** La Coordinación intersectorial fluida con todos los sectores, educación, vivienda, empleo, servicios sociales, justicia, instituciones penitenciarias para llevar a cabo distintos programas de promoción y prevención de los trastornos mentales, han estado ausentes de las líneas estratégicas. Es más, los débiles mecanismos de coordinación que han existido a través de los CIRPAC, ante la nueva ley de la dependencia, han estado ausentes en el desarrollo de los proyectos de decretos que configuran el SICAD (sistema canario de atención a la dependencia), siendo responsabilidad de la consejería y de la jefatura regional, dar cumplimiento al artículo 11 apartado c de la ley de la dependencia, donde se señalan las obligaciones de coordinación de la consejería de sanidad y la de servicios sociales para el óptimo desarrollo de la ley.

Hemos exigido en reiteradas ocasiones a ambas consejerías que deben abordar de forma conjunta las especificidades de las personas dependiente por salud mental.

**10.** La ley de dependencia, para la **ACN, Salud Mental y FEAFES Canarias,** puede suponer, si no continúa su paralización, una mejora en la atención y en los recursos disponibles para los pacientes con trastorno mental.

La administración sanitaria, hasta ahora, no se ha implicado en los sistemas de coordinación que la ley de dependencia establece, para favorecer su participación en los aspectos de la autonomía, la prevención y la asistencia, que la propia ley recoge. Se han redactado los decretos para el desarrollo del SICAD y los CIRPAC no han sido consultados, como órganos del propio gobierno.

Después de cinco años de vigencia de la ley, constatamos que, para la consecución de las potenciales mejoras que puede proporcionar la ley de dependencia a los pacientes con trastorno mental, la intervención de los servicios de salud mental han estado ausentes de su desarrollo en las islas. Ni tan siquiera se han promovido acciones encaminadas a que las personas con trastorno mental sean valorados de la manera más precisa posible, encauzando la información clínica hacia los aspectos valorados en la baremación de la dependencia dirigida al funcionamiento de la vida diaria, más que a la sintomatología, según lo dispuesto en la ley. No se ha generalizado a la red de salud mental ningún procedimiento que haga efectivo este proceder técnico.

En cada isla debe estructurarse y configurarse el espacio de intervención como el conformado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias, de acuerdo a la Estrategia Nacional de Salud Mental del S.N.S y la ley de dependencia, y de forma simultánea y continuada. Deberán recogerse la definición de modelos de cuidados y agruparlos en función de la intensidad y continuidad de los cuidados sanitarios. La definición de las prestaciones, según los distintos perfiles de cuidados y servicios de diferentes tipologías, públicos y concertados, que se refieran a dispositivos residenciales, empleo, de apoyo a las familias, de atención diurna y a domicilio. Y la configuración de las estructuras que compongan este espacio de intervención.

El resultado de no invertir en la red alternativa comunitaria es favorecer las listas de espera para acceder a estos recursos lo que genera una sobrecarga a las familias, retraso en las intervenciones rehabilitadoras, aumento de la exclusión, y un efecto dominó tanto en las camas de agudos (reingresos, hospitalizaciones prolongadas), como en las camas de media y larga estancia donde se mantiene los pacientes por falta de alternativas.

**11.** La implantación progresiva y desarrollo de la atención a la salud mental de la población infanto-juvenil es una de las prioridades actuales en salud mental. Resulta imprescindible en función de las actuales listas de espera y del incremento de la demanda asistencial, que los pacientes remitidos por Atención Primaria puedan ser jerarquizados en función de la gravedad de su trastorno, dando prioridad a aquellas patologías de mayor gravedad y a las que afectan a la población más joven.

El Programa de atención a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Canarias (2006), es nuestro marco de referencia para la atención a esta población, aún no desplegada como red completa ni en su máximo desarrollo.

La atención a la población infantil y juvenil requiere Unidades de Salud Mental infanto-juveniles específicas que cuenten con un equipo multidisciplinar. De modo provisional, y hasta disponer de tales espacios físicos independientes, los equipos de atención a la salud mental infanto-juvenil, funcionalmente definidos, se desarrollarán en el mismo espacio físico de las USMC de adultos, procurando mantener la singularidad que justifica su independencia, tales como las salas de espera.

Es necesario trasladar a los espacios hospitalarios y para pacientes menores de edad ingresados, esa misma especificidad de la atención infanto-juvenil, por tanto las unidades clínico-asistenciales dependientes de los Servicios de Psiquiatría que se ocupan de la Interconsulta y Enlace, deben de poder dar respuesta a esta especificidad con la existencia de la figura del equipo de interconsulta infanto-juvenil en los hospitales.

Asimismo, tal como señalaba el Plan de Salud (2004-2008), la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud no ha desarrollado ni aplicado instrumentos, de efectividad demostrada, para la detección precoz de problemas de salud mental en población infantil y juvenil contando con la colaboración del personal de salud mental.

**12. La ACN, Salud Mental y FEAFES Canarias,** también queremos manifestar la preocupante situación de dos perfiles de población enferma el de las Drogodependencias, la Psicogeriatría así como los trastornos límites de la Personalidad. Una, atendida en gran parte fuera del sector sanitario y otra, sin un horizonte nada claro en el Servicio Canario de la Salud. Ambas, son parte del cuerpo doctrinal de la Psiquiatría y la atención a la Salud Mental sobre las que se debería tomar una posición más decidida, activa, evitando su segregación y ó abandono. Y los trastornos límites no tienen recursos específicos carácter público solo privado con un coste elevado y eso no está al alcance de todos.

No estamos a favor de separar a los pacientes de sus medios naturales, como está ocurriendo con el cierre de la planta de desintoxicación hospitalaria del Hospital Universitario Dr. Negrín y cambiando la dependencia administrativa de la atención de las drogodependencias, ahora en salud pública, al margen de salud mental.

Ahora bien, la red de drogodependencias necesita de un ordenamiento de acuerdo a los tiempos, de una dotación profesional adecuada y con cobertura en todos los niveles asistenciales, no dependientes de organizaciones no gubernamentales y que se cumpla el III Plan Canario de Drogas. La Jefatura Regional de Salud Mental sigue haciendo dejación de sus responsabilidades y de las recomendaciones de las sociedades científicas del ámbito de la salud mental y de las drogodependencias.

Para los trastornos límites de Personalidad (TLP) reclamamos para realizar una atención específica y garantizar una atención de calidad, unos cuidados de día para poder llevar a cabo terapias especializadas de manera ambulatoria por profesionales cualificados que ayudarían a reducir las hospitalizaciones, los intentos de suicidio, mejorar la estabilización psicosocial y disminuir las quejas. Así como, espacios específicas para internamientos breves, con una orientación terapéutica adecuada a los avances científicos, ante una crisis y peligro de muerte. Asimismo, desarrollar un plan asistencial integral, adaptado a las necesidades y evolución del paciente, que incorpore la atención a la comorbilidad física y psíquica, la gestión de los riesgos, especialmente los referidos a autolesiones y tentativas de suicidio, y un plan de atención a la crisis. Fomentar la formación clínica en TLP para mejorar las actitudes frente a los pacientes con este trastorno, tanto de los médicos de urgencias como de los de salud mental, con el objetivo de mantener actitudes positivas y respuestas empáticas por profesionales cualificados.

**13.** En cuanto a la atención a las personas con un trastorno mental que acuden a los Servicios de Urgencias de los Hospitales, resulta actualmente desigual, existiendo criterios de derivación diferentes de unas islas a otras. Los servicios de urgencia hospitalarios requieren mejoras estructurales y funcionales significativas para adecuarse a las necesidades de los pacientes y profesionales en la atención a las urgencias psiquiátricas, tendiéndose a igualar los niveles de respuesta a las “urgencias en Salud Mental”, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

Resulta imprescindible disponer de un espacio propio para enfermos mentales graves en los Servicios de Urgencias, que permita dispensar lo singular de su atención (evitando fugas y agresiones innecesarias, así como acortando la permanencia de los pacientes a lo estrictamente necesario por razones clínicas). Estas zonas deben estar a cargo de un personal especializado y bien coordinado tanto con las unidades clínico asistenciales y dispositivos extrahospitalarios como con las hospitalarias.

A pesar de haberse duplicado en este último año las demandas en los servicios de urgencia por quejas psiquiátricas, las deficiencias de estos servicios, pese a las recomendaciones realizadas en la Isla del Hierro, no se han corregido, sometiendo las condiciones actuales a los pacientes, las

familiares y los profesionales a unos riesgos innecesarios y que podríamos lamentarlo todos en cualquier momento.

**14.** El “perfil” de aptitudes del personal laboral del sector de salud mental es un aspecto fundamental ya que determina una parte importante del proceso terapéutico, pudiendo resultar perjudicial para pacientes y profesionales e incurrir en iatrogenia de no ser el adecuado.

Se considera necesaria la continuidad del personal en los servicios especializados estimándose conveniente disminuir las rotaciones frecuentes del personal por los servicios de salud mental ya que esto afecta al vínculo terapéutico, a la inestabilidad de los programas y servicios y a un gasto incalculable en tiempo de formación. En estos años, se han producido lamentables casos de rotación de personal, que vulneran la continuidad asistencial, con el beneplácito de las Gerencias y de la Jefatura Regional de Salud Mental, quienes no han tomado ninguna iniciativa al respecto para corregirlo.

**15.** Mientras que otras Comunidades Autónomas han reconocido la categoría profesional de la Enfermería Especialista en Salud Mental, en la nuestra NO. Aún después de varios años de reconocimiento de esta especialidad, nuestro sistema sanitario, sigue sin reconocerlos, rompiendo la equidad de trato a nuestros profesionales con las de otras comunidades, no realizándole ninguna diligencia por parte de los gestores sanitarios para solventar esta situación. No puede seguir ocurriendo, lo que está ocurriendo en nuestros hospitales. El impacto del desastre que suponen las últimas medidas de recorte en los hospitales, y que han consistido en echar a DUEs especialistas en SM para dejar su sitio a enfermeras (no especialistas) de otros servicios que cerraron. O en el HUC desde hace varios años, tenemos problemas para la contratación de especialistas de enfermería en salud mental. Apostamos por las especialidades como criterio de gestión de los recursos humanos, más aún, en el reconocimiento de la prestación de cuidados especializados por parte de la enfermería especialista en salud mental. Para mayor calidad de los servicios de la Red de Salud Mental, la administración sanitaria, debe garantizar y dar prioridad a la contratación de Enfermeros Especialista en Salud Mental en los diversos dispositivos de la Red de Salud Mental. Por lo que, denunciamos la no contratación de todos los profesionales de enfermería con la especialidad de salud mental, como ha ocurrido en estos años, después de una fuerte inversión de capital y tiempo en la formación. No entendemos estos derroches. Así mismo el Ministerio de sanidad, tendría que abrir nuevamente, una nueva convocatoria excepcional, para que profesionales que tienen una cualificación y experiencia contrastada en este campo, puedan obtener la especialidad, por la vía más rápida posible. O bien la comunidad Autónoma debe tomar la iniciativa y arbitrar un procedimiento de reconocimiento de la especialización. Se trata de maximizar la experiencia de los profesionales al servicio de los pacientes y sus familias y promover una cultura de calidad de los servicios asistenciales.

**16.** Deberían llevarse a cabo las acciones necesarias para que la Administración y Gerencias incluyan estos perfiles específicos para la contratación de personal laboral en salud mental, dentro del marco legal vigente, con un peso específico significativo en las baremaciones correspondientes. Así mismo, reclamamos mayor transparencia en la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental.

**17.** Los profesionales de la salud mental requieren de una formación específica en lo relacionado a la clínica de la psicosis y a los cuidados específicos ajustados a su particularidad, así como la importancia de las condiciones psicosociales. Como en cualquier especialidad, la atención de



personal realizada por profesionales no preparados, tiene consecuencias imprevisibles para los pacientes y además ponen en entredicho los fundamentos del modelo comunitario. No estamos porque se asigne a los profesionales a los servicios sin tener en cuenta su experiencia en relación al servicio asignado y su especialización.

**18.** Rechazamos de forma enérgica, la iniciativa del Ministerio de Justicia del Gobierno de España, contemplada en el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, que vuelve a significar una vuelta atrás, al considerar a las personas con trastornos mentales en la posición social de peligrosos y más aún, cuando se alienta la acción o medidas preventivas por peligrosidad (“las medidas de seguridad deben ser proporcionadas, no sólo a la gravedad del hecho delictivo cometido, sino también a la de aquellos que se prevea que pudiera llegar cometer y, por tanto, a su peligrosidad”). Esta formulación jurídica va en contra de la convención de los derechos de las personas con discapacidad, es estigmatizadora y abre la puerta jurídica al reforzamiento de las instituciones manicomiales.

---

## ANEXO

---

### **1. Situación económica y financiación de la sanidad canaria**

El gasto como medida de los recursos aplicados al sistema sanitario, viene siendo utilizado de forma general para cifrar la dimensión económica del mismo. Igualmente, es un indicador clave para conocer la evolución y estructura del sector, sometido a continuas presiones no solo por el envejecimiento de la población sino también por los importantes avances científicos y tecnológicos.

El gasto total del sistema sanitario español, entendiendo éste como suma de los recursos asistenciales públicos y privados, representó en 2007 el 8,5 % del PIB, del cual un 6,1 por ciento fue financiado con recursos públicos y un 2,4 por ciento con recursos privados. Se estima que el déficit histórico de la administración estatal con la administración canaria, según reciente declaraciones de la Consejera de Sanidad es de 2.000 millones.

A pesar de la alta valoración internacional que tiene el sistema sanitario español, *España se coloca entre los países de nuestro entorno con un menor gasto sanitario en proporción con su PIB.* Solamente Luxemburgo, Irlanda, Finlandia y Reino Unido presentan un porcentaje menor.

En este análisis internacional con los países de nuestro entorno, España se caracteriza además por ser de los países donde el gasto sanitario público representa una menor proporción respecto al gasto sanitario total y por ser de los países con un gasto farmacéutico más elevado.

Respecto a Canarias, el indicador de gasto sanitario público como porcentaje del PIB, muestra unos valores superiores a la media de las comunidades autónomas, situación que se mantiene en el periodo 2003-2007.

**TABLA 1**

GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO % DEL PIB. CANARIAS Y MEDIA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2003-2007

	2003	2007
<b>CANARIAS</b>	5,59	6,01
<b>MEDIA CCAA</b>	4,76	5,21

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. MSyPS-INE.

Sin embargo, al analizar la evolución del Gasto sanitario público para el mismo periodo 2003-2007, Canarias se encuentra junto a Asturias y Castilla y León, entre las comunidades autónomas donde el incremento del gasto fue menor.

Para obtener datos más recientes sobre la evolución de las magnitudes que miden el gasto sanitario, hay que acudir al análisis de los presupuestos iniciales para Sanidad.

**TABLA 2**

PRESUPUESTO INICIAL PARA SANIDAD. CANARIAS Y TOTAL COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESUPUESTO TOTAL (millones de euros) Y PRESUPUESTOS PER CÁPITA. 2007-2010

**PRESUPUESTOS** (millones de euros)

	2007	2008	2009	2010	tasa crecimiento		
					2008/2007	2009/2008	2010/2009
<b>CANARIAS</b>	2.522,4	2.803,5	2.929,9	2.857,0	11,1%	4,5%	-2,5%
<b>TOTAL CCAA</b>	52.383,4	56.611,1	58.960,3	59.738,1	08,1%	04,1%	1,3%

**PRESUPUESTOS PER CÁPITA** (euros)

	2007	2008	2009	2010	tasa crecimiento		
					2008/2007	2009/2008	2010/2009
<b>CANARIAS</b>	1.298,8	1.406,6	1.449,1	1.398,7	8,3%	3,0%	-3,5%
<b>TOTAL CCAA</b>	1.215,4	1.284,5	1.320,3	1.332,0	5,7%	02,8%	0,9%

Fuente: MSyPS.

Canarias muestra unas tasas de crecimiento en sus presupuestos sanitarios en 2008 y 2009 superiores a la media de las comunidades autónomas. *Sin embargo, en 2010 la tasa de crecimiento en Canarias es negativa. De esta manera, nuestra comunidad autónoma se encuentra, junto con La Rioja, Baleares, Extremadura, Galicia y Madrid, en el grupo de comunidades autónomas que en 2010 muestran presupuestos consolidados para sanidad menores que los del año anterior.* Esta tendencia con los ajustes del déficit, se ha consolidado, en durante el 2011 y el 2012, hemos asistido a nuevos recortes presupuestario en la sanidad canaria, así como, en la Consejería de la Juventud, Vivienda y Bienestar Social, que esta implementando la ley de la dependencia.

## 2.- Atención Primaria. Recursos Humanos.

Para analizar la adecuación de esta dotación en recursos humanos, es necesario relacionarla con la población asignada y realizar una comparación territorial. En la tabla 3 se relaciona el "ratio medio" de población por cada tipo de profesional para cada una de las comunidades autónomas y para el

conjunto del Sistema Nacional de Salud, utilizando para dicho indicador los datos de población de tarjeta sanitaria individual expresamente asignada a cada uno de ellos.

*De estos datos destaca que en Canarias, el "ratio medio" de población es mayor para cada tipo de profesional, excepto en el caso de la pediatría, si se compara con la media nacional. En concreto, el ratio de población por médico de familia y enfermería en Canarias es de los más altos de España, siendo en ambos casos el 6º ratio más alto. Estos datos deben ser observados con preocupación, sobre todo porque el hecho insular introduce un sesgo, al requerir las islas menores unas dotaciones asistenciales mínimas. Por tanto, sería necesario al menos, alcanzar los estándares estatales medios.*

**TABLA 3**  
RATIOS DE POBLACIÓN TSI (tarjeta sanitaria individual) POR PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. CANARIAS Y ESPAÑA. 2008

	Medicina Familia	Pediatría	Enfermería	Auxiliar Adm.
<b>CANARIAS</b>	1.519	974	1.723	3.568
<b>SNS</b>	1.410	1.029	1.663	3.102

Fuente: MSyPS. SIAP-SNS 2008.

Un último indicador que nos revela datos interesantes sobre los recursos y la actividad asistencial es la Frecuentación en Atención Primaria (número de personas que declaran haber realizado una consulta con un médico de familia o pediatra), a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud. Para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, *esta frecuentación fue 5,65 consultas por habitante y año en 2006, estando Canarias ligeramente por debajo de esa media.*

### 3.- Atención especializada. Número de camas

Para la Atención Especializada, el número de camas hospitalarias es uno de los indicadores más utilizados. La red de dependencia pública disponía en 2007 del 62,04% del total de las 4.694 camas instaladas, siendo el ratio por cada 1.000 habitantes, para el total del sector, de 2,32.

Estos datos muestran que *la participación de la sanidad pública en Canarias, en cuanto al número de camas, no solamente está por debajo de la media española (71,24%) sino que se sitúa con una de las participaciones más bajas de España, tras Cataluña (58,42%) y Navarra (57,45%), fruto de un modelo de sanidad que apuesta por una alta participación de la concertación con centros privados. En cuanto al número de camas hospitalarias totales por cada 1.000 habitantes, véase tabla 4, los datos sitúan a Canarias por debajo de la media española, siendo la 6ª región con el ratio más bajo, por detrás de Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana, Navarra y Madrid.*

**TABLA 4**  
DISTRIBUCIÓN DE CAMAS INSTALADAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. CANARIAS Y ESPAÑA. 2007

	nº camas	nº camas / 1000 hab	% SNS sobre total camas
<b>CANARIAS</b>	4.694	2,32	62,04%
<b>SNS</b>	112.775	2,51	71,24%

Fuente: MSyPS. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

## 4. Salud Mental

En relación a la financiación a la salud mental, siguiendo lo publicado en el II Plan de salud de Canarias (2004-2008), observamos de forma orientativa, como las nuevas inversiones para la salud mental, disminuye drásticamente en el 2008 y probablemente al comenzar la crisis económica este año, y los recortes presupuestarios, este descenso ha sido mantenido, y la inversiones en plantilla se ha mantenido sin incrementos, cuando la población, los recursos y las demandas han aumentado. En fácil deducir que si en el 2008 los presupuestos destinados a la salud mental han sufrido un sustantiva caída, en los años posteriores hasta la actualidad, la tendencia se ha mantenido, más aún, cuando sabemos de los diferentes ajustes presupuestarios en la Consejería de sanidad.

### PRESUPUESTO GLOBAL

Área de actuación	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Cardiopatía isquémica	198.486,77	1.171.319,48	1.911.354,42	1.984.708,62	2.109.703,18	7.375.572,47
Cáncer	30.651,62	669.790,46	1.277.832,73	258.952,82	219.339,04	2.456.655,67
Diabetes	30.051,00	217.418,62	487.946,40	523.916,01	461.278,39	1.720.610,42
Salud Mental	557.340,82	1.351.717,12	734.058,57	631.026,09	369.368,54	3.643.511,14
Envejecimiento	62.008,28	1.130.331,90	1.636.983,73	1.483.556,46	2.094.178,28	6.407.058,65
<b>Condiciones de consolidación</b>						
Programas educativos y consejos de salud	60.071,00	181.474,00	152.650,00	63.748,00	65.023,00	522.966,00
Plantillas	0,00	5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59	19.724.681,50
Total nuevas acciones por año	938.609,49	10.070.936,75	9.622.927,38	10.407.176,21	10.811.317,02	41.850.966,85
Total acumulado	938.609,49	11.009.546,24	20.632.473,62	31.039.649,83	41.850.966,85	

## Psiquiatras en Centros de Salud de Adultos.

En la tabla 1 podemos ver la dotación de psiquiatras por comunidades autónomas y en el conjunto del Estado. En ella podemos observar el número de psiquiatras en cada una de las comunidades autónomas y su tasa por cada 100.000 habitantes.

**TABLA 1**

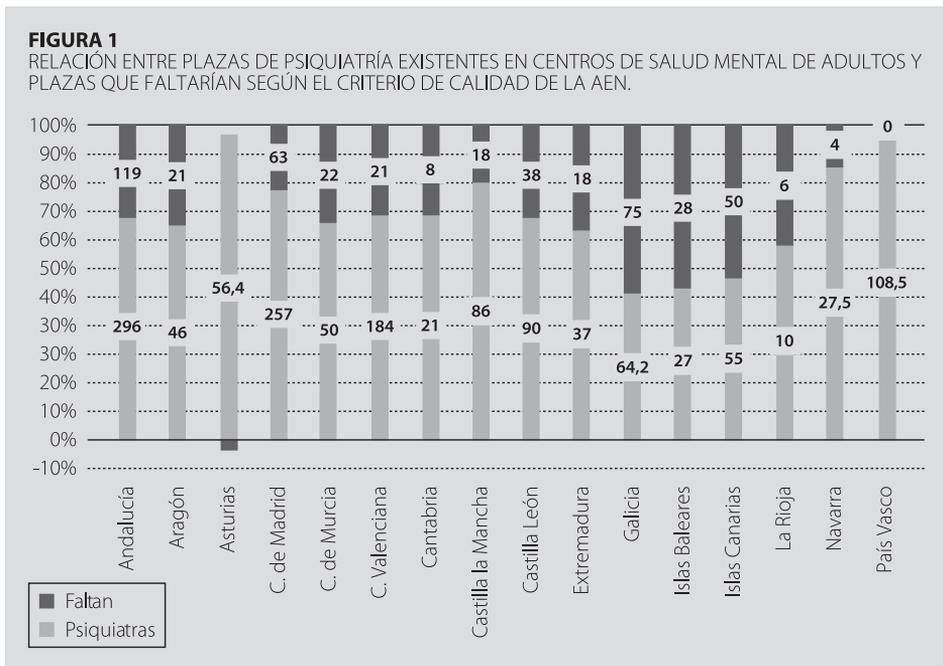
PSIQUIATRAS EN CENTRO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS. NÚMERO TOTAL POR COMUNIDADES, TASAS POR 100.000 HABITANTES Y NÚMEROS Y TASAS DE PSIQUIATRAS QUE FALTAN SEGÚN CRITERIOS DE CALIDAD DE LA AEN.

Comunidad Autónoma	Psiquiatras	Tasa x 100.000 h.	Faltan x 100.000 h.	Faltan nº
Andalucía	296	3,57	1,43	119
Aragón	46	3,42	1,58	21
Asturias	56,4	5,2	-0,2	-2
C. de Madrid	257	4,02	0,98	63
C. de Murcia	50	3,46	1,54	22
C. Valenciana	184	3,61	1,39	71
Cantabria	21	3,56	1,44	8
Castilla la Mancha	86	4,13	0,87	18
Castilla León	90	3,51	1,49	38
Extremadura	37	3,36	1,64	18
Galicia	64,2	2,3	2,7	75
Islas Baleares	27	2,46	2,54	28
Isla Canarias	55	2,61	2,39	50
La Rioja	10	3,11	1,89	6
Navarra	27,5	4,36	0,64	4
País Vasco	108,5	4,99	0,01	0
<b>Total</b>	1.074,68			<b>Faltan total</b>
<b>Promedio</b>	63,22	3,39		539
<b>Desv. estandar</b>	85,91	0,81		

\*no se dispone de datos de Cataluña

Si observamos la dotación de psiquiatras por comunidades autónomas, únicamente Asturias, con 5.20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y País Vasco, con 4.99 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, alcanzan dicho criterio de calidad. Galicia, las Islas Baleares, las Islas Canarias, La Rioja o Extremadura, no sólo no alcanzan el criterio de calidad de la AEN/ACN sino que se encuentran por debajo de la media de las comunidades autónomas en cuanto a dotación de psiquiatras. Galicia y las Islas Baleares incluso una desviación típica por debajo de una media ya de por sí baja para el conjunto del Estado.

En la figura 1 podemos observar la proporción y el número de psiquiatras existentes y faltantes para cada una de las comunidades autónomas. Podemos observar en la figura como las comunidades de Galicia e Islas Baleares ni siquiera cubren el 50 % de las necesidades estimadas por la AEN.



Dado que la AEN estima en un mínimo de 5 la dotación mínima de psiquiatras para centros de salud mental de adultos, ello implica que sólo está dotado el 66.6 % de los recursos necesarios y que, por tanto, sería necesaria la contratación de 539 nuevos psiquiatras para alcanzar los 1614 necesarios para cumplir el indicador de calidad, de los cuales en Canarias, faltarían 55 psiquiatras.

## Psicólogos clínicos en Centros de Salud Mental de Adultos.

En la tabla 2 podemos ver la dotación de psicólogos por comunidades autónomas y en el conjunto del Estado. En ella podemos observar el número de psicólogos en cada una de las comunidades autónomas y su tasa por cada 100.000 habitantes. Dado que la AEN estima en un mínimo de 4 la dotación mínima de psicólogos clínicos para centros de salud mental de adultos.

**TABLA 2**  
PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS. NÚMERO TOTAL POR COMUNIDADES, TASAS POR 100.000 HABITANTES Y NÚMERO Y TASAS DE PSICÓLOGOS QUE FALTAN SEGÚN CRITERIO DE CALIDAD DE LA AEN.

Comunidad Autónoma	Psicólogos	Tasa x 100.000 h.	Faltan x 100.000 h.	Faltan nº
Andalucía	144	1,73	2,27	189
Aragón	25	1,86	2,14	29
Asturias	22	2,06	1,94	21
C. de Madrid	120	1,88	2,12	135
C. de Murcia	39	2,7	1,3	19
C. Valenciana	97	1,9	2,1	107
Cantabria	14	2,38	1,62	10
Castilla la Mancha	67	3,22	0,78	16
Castilla León	48	1,87	2,13	55
Extremadura	29	2,63	1,37	15
Galicia	34	1,2	2,8	78
Islas Baleares	23	2,1	1,9	21
Isla Canarias	49	2,33	1,67	35
La Rioja	8	2,49	1,51	5
Navarra	18	2,85	1,15	7
País Vasco	39	1,78	2,22	48
<b>Total</b>	563,94			<b>Faltan total</b>
<b>Promedio</b>	33,17	2,06		790
<b>Desv. estandar</b>	41,16	0,51		

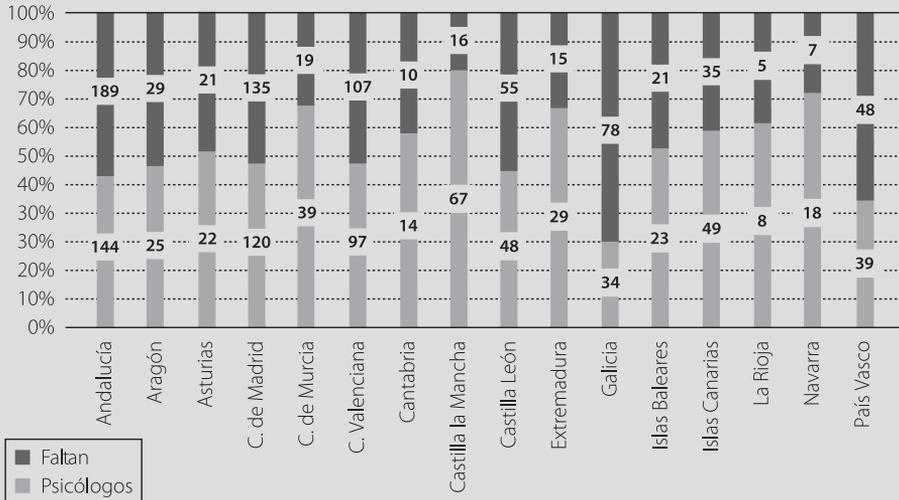
\*no se dispone de datos de Cataluña

Si observamos la dotación de psicólogos clínicos por comunidades autónomas, ninguna comunidad autónoma cumple el criterio de calidad de la AEN. La comunidad que más se acerca a éste es Castilla la Mancha, mientras que Galicia, Andalucía, País Vasco, Aragón, Castilla y León, la Comunidad de Madrid o la Comunidad de Valencia, no alcanzan la media del Estado. Galicia se encuentra incluso a una desviación típica por debajo de una ya baja media estatal situada en el 50 % de las necesidades estimadas.

En la figura 2 podemos ver la representación gráfica de la distribución de tasas por comunidades autónomas y en relación al criterio de calidad de la AEN.

**FIGURA 2**

RELACIÓN ENTRE PLAZAS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EXISTENTES EN CENTROS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS Y PLAZAS QUE FALTARÍAN SEGÚN EL CRITERIO DE CALIDAD DE LA AEN.



Como podemos observar en la figura 2, todas las comunidades necesitan ampliar la dotación de psicólogos clínicos en proporción y número significativos para cumplir el criterio de calidad de la AEN. En Canarias, de acuerdo a la población, haría falta la contratación de 35 psicólogos clínicos.

## Enfermería en Centros de Salud Mental de Adultos.

En la tabla 3 podemos ver la dotación de enfermería por comunidades autónomas y en el conjunto del Estado. En ella podemos observar el número de enfermeras en cada una de las comunidades autónomas y su tasa por cada 100.000 habitantes. También podemos observar la tasa y el número de enfermeras que faltan en cada comunidad autónoma según el criterio de calidad de la AEN para este tipo de dispositivos. La AEN estima en 3 enfermeras la dotación mínima para una prestación asistencial de calidad de los centros de salud mental de adultos

**TABLA 3**

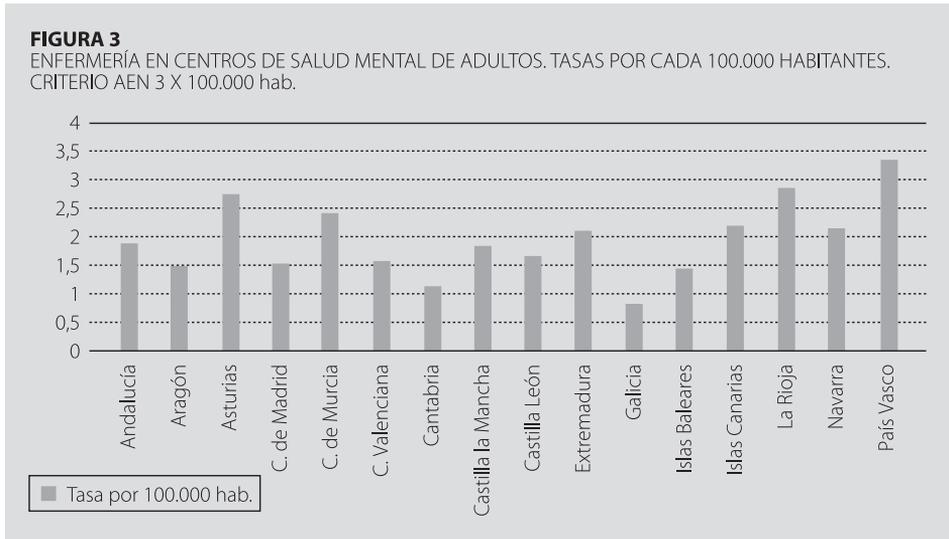
ENFERMERÍA EN CENTROS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS. NÚMERO TOTAL POR COMUNIDADES, TASA POR 100.000 HABITANTES Y NÚMERO Y TASAS DE ENFERMERÍA QUE FALTAN SEGÚN CRITERIOS DE CALIDAD DE LA AEN.

Comunidad Autónoma	Psiquiatras	Tasa x 100.000 h.	Faltan x 100.000 h.	Faltan nº
Andalucía	156	1,88	1,12	93
Aragón	20	1,49	1,51	20
Asturias	30	2,76	0,24	3
C. de Madrid	100	1,57	1,43	91
C. de Murcia	35	2,42	0,58	8
C. Valenciana	80	1,57	1,43	73
Cantabria	7	1,19	1,81	11
Castilla la Mancha	38	1,83	1,17	24
Castilla León	42	1,64	1,36	35
Extremadura	23	2,09	0,91	10
Galicia	24	0,86	2,14	60
Islas Baleares	16	1,46	1,54	17
Isla Canarias	47	2,23	0,77	16
La Rioja	9	2,8	0,2	1
Navarra	14	2,22	0,78	5
País Vasco	72,7	3,35	-0,35	-8
<b>Total</b>	530,25			<b>Faltan total</b>
<b>Promedio</b>	31,19	1,84		459
<b>Desv. estandar</b>	40,85	0,64		

\*no se dispone de datos de Cataluña

En el conjunto del Estado 530 enfermeras prestan su actividad asistencial en centros de salud mental de adultos, lo que representa un total de 1,8 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Dado que la AEN estima en un mínimo de 3 la dotación mínima de enfermería para centros de salud mental de adultos, ello implica que sólo está dotado el 53,6 % de los recursos necesarios y que, por tanto, sería necesaria la contratación de 459 nuevos enfermeros para llegar a los 989 necesarios para alcanzar este índice de calidad. En Canarias, de acuerdo a la situación del 2010, harían falta, al menos, un total de 16 enfermeras.

En la figura 3, vemos las tasas de enfermería por 100.000 hb por comunidades autónomas, observando como casi todas las comunidades salvo el País Vasco necesitan ampliar la dotación de enfermería en proporción y número significativos para cumplir el criterio de calidad de la AEN.



En los últimos años Asturias y, sobre todo, Murcia, han aumentado la dotación de enfermería en los centros de salud mental de adultos de forma importante. La Rioja, Asturias y Murcia sólo necesitarían 1, 3 y 8 nuevas plazas respectivamente para alcanzar el indicador de calidad de 3 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Sin embargo Galicia, Cantabria y las Islas Baleares no tienen cubiertas ni siquiera el 50% de las necesidades de enfermería en centros de salud mental para una atención de calidad de su población asistencial. Canarias está por encima de la media nacional en profesionales de enfermería en centros de salud mental de adultos.

### **Camas de agudos psiquiátricas.**

La ratio aconsejada oscila entre 12 y 15 plazas por 100.000 habitantes. En relación la tasa de camas psiquiátricas en hospitales generales, siguiendo la información disponible en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2012), para el ingreso de pacientes en estado agudo, a cierre del año 2006, fue de 7,38 por cien mil habitantes, oscilando entre 4,6 y 13,5 en las CC.AA. (EESCRI). En la región europea de la OMS esta tasa es de 14,8, con gran variabilidad entre los países. En Canarias tendría que haber, siguiendo estas ratios, con 199 camas agudas y su agudos, para 2.176.769 habitantes. (INE, padrón municipal 2011) deberíamos disponer entre 12-15 x 100.000hb lo que supone entre las 240-300 camas necesarias, siendo las cifras actuales de 199 camas una ratio de 9.95x100.000hb, sensiblemente por debajo de la media Europea.

Además hay que tener en cuenta que la cifra europea no distingue entre camas de agudos y de subagudos. El porcentaje de camas de agudos que están ubicadas en hospitales generales respecto



del total de camas de agudos (en hospitales generales y monográficos) puede también dar una idea aproximada del cumplimiento del objetivo. Aunque este indicador presenta diferencias entre CC.AA., oscilando del 30% hasta el 100%, no se puede proponer una tasa ideal y de aplicación universal, ya que las necesidades dependen del desarrollo de otros recursos comunitarios y de diversos factores de orden cultural y social

### ***Recursos para el trastorno mental grave.***

#### ***Unidades de hospitalización parcial de adultos.***

El criterio de calidad de la AEN para unidades de hospitalización parcial de adultos (hospitales de día de adultos) es de 10 plazas por cada 100.000 habitantes. En Canarias, este tipo de recursos, es aún sensiblemente insuficiente.

#### ***Alternativas residenciales: miniresidencias.***

El criterio de calidad de la AEN para las alternativas residenciales tipo mini-residencia es de 20 plazas por cada 100.000 habitantes. Si bien, hemos avanzado en estos años en la creación de nuevas plazas, la previsión de futuro y de acuerdo a las ratios actuales inferiores a las recomendadas, hacen que no se deje de avanzar en este sentido, ya que la perspectiva del envejecimiento de la población residente actual, nos indica que la carencia de movilidad de plazas residenciales será la tendencia dominante.



**FEAFES-CANARIAS**

Federación de Asociaciones de Familiares  
y Personas con Enfermedad Mental  
de Canarias