



**NEW HEALTH
FOUNDATION**

OMIS

OBSERVATORIO DE MODELOS
INTEGRADOS EN SALUD

Experiencias en Atención Integrada

Las Subcomisiones de gestión de casos de personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental de Extremadura

Tema: Discapacidad Intelectual. Salud mental.

Categorías: Planes y Programas. Gestión y procesos.

Organizaciones: Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura.

Otras organizaciones participantes en la experiencia: Servicio Extremeño de Salud (SES).

Lugar: Extremadura.

Fecha de inicio: Septiembre 2018.

Esta práctica continua activa: Sí.

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. INTRODUCCIÓN: DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL

Durante años, la posibilidad de que las personas con discapacidad intelectual (en adelante, PDI) presentasen una enfermedad mental ha sido minusvalorada tanto por profesionales como por gestores sanitarios, al considerarse un problema inherente a la propia discapacidad intelectual, o al considerarse una consecuencia inevitable de la misma. Podríamos decir, pues, que la coexistencia de ambos trastornos, en lo que podríamos denominar patología dual (discapacidad intelectual y trastorno mental), generalmente no ha sido reconocida y ha sido casi siempre infra-diagnosticada y consecuentemente, no tratada.

Para una PDI con dificultades de adaptación al medio, una enfermedad mental adicional puede suponer requerir de una atención más intensa, con mayores necesidades de apoyo, y puede conducir a que su calidad de vida se vea seriamente afectada si sus problemas psiquiátricos no son diagnosticados y tratados de forma eficaz.

Según los datos que aparecen en el Plan la población extremeña con discapacidad reconocida a 29 de septiembre de 2016, según los datos de los CADEX (Centros de Atención a la Discapacidad de Extremadura) es de 81.921 personas, lo que supone el 7,54% del total de la población de Extremadura. De ellas, un 52% son mujeres. La población con discapacidad intelectual asciende a 9.100 personas (11,1%), mientras que la que presenta discapacidad por enfermedad mental es de 11.059 personas (13,5%).

Realizando una inferencia de estudios e informes nacionales (FEAPS, 2008), y tomando como referencia el estudio (no publicado) realizado por Plena inclusión Extremadura en 2004, el número potencial de pacientes a atender, ya sea por la red genérica como por los servicios especializados, sería de 4.227 personas.

2. APUESTA PROGRAMÁTICA: EL PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON PDISM

En 2017, el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura, en colaboración con el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el CERMI Extremadura, comenzaron la formulación del *Plan de Acción para la Atención de las Personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental*, que ha sido publicado en enero de 2019¹. Un principio fundamental del plan es la coordinación intersectorial:

“La atención que reciben las PDISM, está condicionada por el carácter social y sanitario de las demandas que plantean y que deben ser por ello, solventadas tanto en la red sanitaria de salud mental, como en la red de servicios sociales especializados que atienden a las personas con discapacidad. Esta condición socio-sanitaria de las necesidades cuestiona el funcionamiento de ambas redes y obliga a la necesidad de ofrecer respuestas coordinadas y complementarias en el marco de un proceso de atención, aspecto éste no siempre fácil, teniendo en cuenta la separación administrativa y organizativa en la que se desenvuelven las mismas”.

¹ <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detalle-contenido-estructurado?content=planes-y-programas-discapacidad>

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

El Plan define un Modelo de Atención basado en los siguientes principios generales:

- Respeto y promoción de los derechos de las PDISM (inclusión en la comunidad, promoción de un entorno óptimo y dignidad de la persona).
- Aplicación efectiva de los nuevos modelos sociales y sanitarios internacionales de atención a la discapacidad (el constructo de Calidad de Vida, el Paradigma y el Modelo de Apoyos, la Planificación Centrada en la Persona y el Apoyo Conductual Positivo).
- Prevención.
- Articulación flexible de los servicios.

El modelo contempla la planificación de apoyos y servicios englobados en las redes genéricas de salud mental y discapacidad, la creación de servicios especializados en el abordaje de la problemática específica que presentan las PDISM y el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las redes, encuadrado todo ello en el diseño de un proceso de atención específico, coherente con el modelo de atención sociosanitaria implantado en Extremadura.

Con perspectiva de sistema, la atención se estructura en los siguientes niveles (ver Figura 1):

- Un primer nivel, formado por todos los dispositivos y servicios que son accesibles de manera directa a todos los ciudadanos. En el sistema sanitario, el primer nivel lo constituyen los Equipos de Atención Primaria y en el social, los Servicios Sociales de Base. Con carácter general, los recursos contemplados en este nivel realizarán las tareas de detección, evaluación, información, orientación e intervención, en aquellos casos de discapacidad intelectual leve que presenten trastorno mental leve y alteraciones de conducta de fácil manejo.
- Un segundo nivel de intervención, formado por los recursos sanitarios que tienen un carácter especializado en la atención a los problemas de salud mental (Equipos de Salud Mental, Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidades de Hospitalización Breve, Unidades de Media Estancia, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria y Centros de Rehabilitación Psicosocial), y por los recursos sociales de atención a las personas con trastorno mental grave (Centros Residenciales de Rehabilitación, Pisos Supervisados, Centros de Integración Social y Centros de Integración Laboral) y a las personas con discapacidad intelectual (Centros Ocupacionales, Centros de Día, Habilitación Funcional, Residencias de Apoyo Extenso, Residencias de Apoyo Limitado y Viviendas Tuteladas).
- Un tercer nivel, que incluye el desarrollo de dispositivos especializados para atender determinadas problemáticas de las PDISM que no puedan ser abordadas de manera directa por los recursos de las redes generales y especializadas antes descritas (en concreto, estos servicios atenderán la demanda que presenten las personas con discapacidad intelectual de cualquier grado y trastorno mental moderado o grave, que vayan acompañadas de alteraciones de conducta de difícil manejo; asimismo, proporcionará atención a usuarios/as ya atendidos en segundo nivel con dificultades diagnósticas y/o terapéuticas significativas). Este tercer nivel estará formado por distintos tipos de servicios de orientación comunitaria, hospitalaria y de viviendas:
 - Equipo de Soporte de Salud Mental, especializado en la atención a las PDISM.
 - Unidad de Hospitalización de Media Estancia, especializada en las PDISM.
 - Servicios de vivienda especializados para las PDISM ubicados en entornos normalizados.
 - Programas de apoyo específicos a los servicios sociales especializados de la red de discapacidad y salud mental.
 - Apoyo a los familiares de PDISM, a través de programas específicos de “apoyo al cuidador/a principal”.

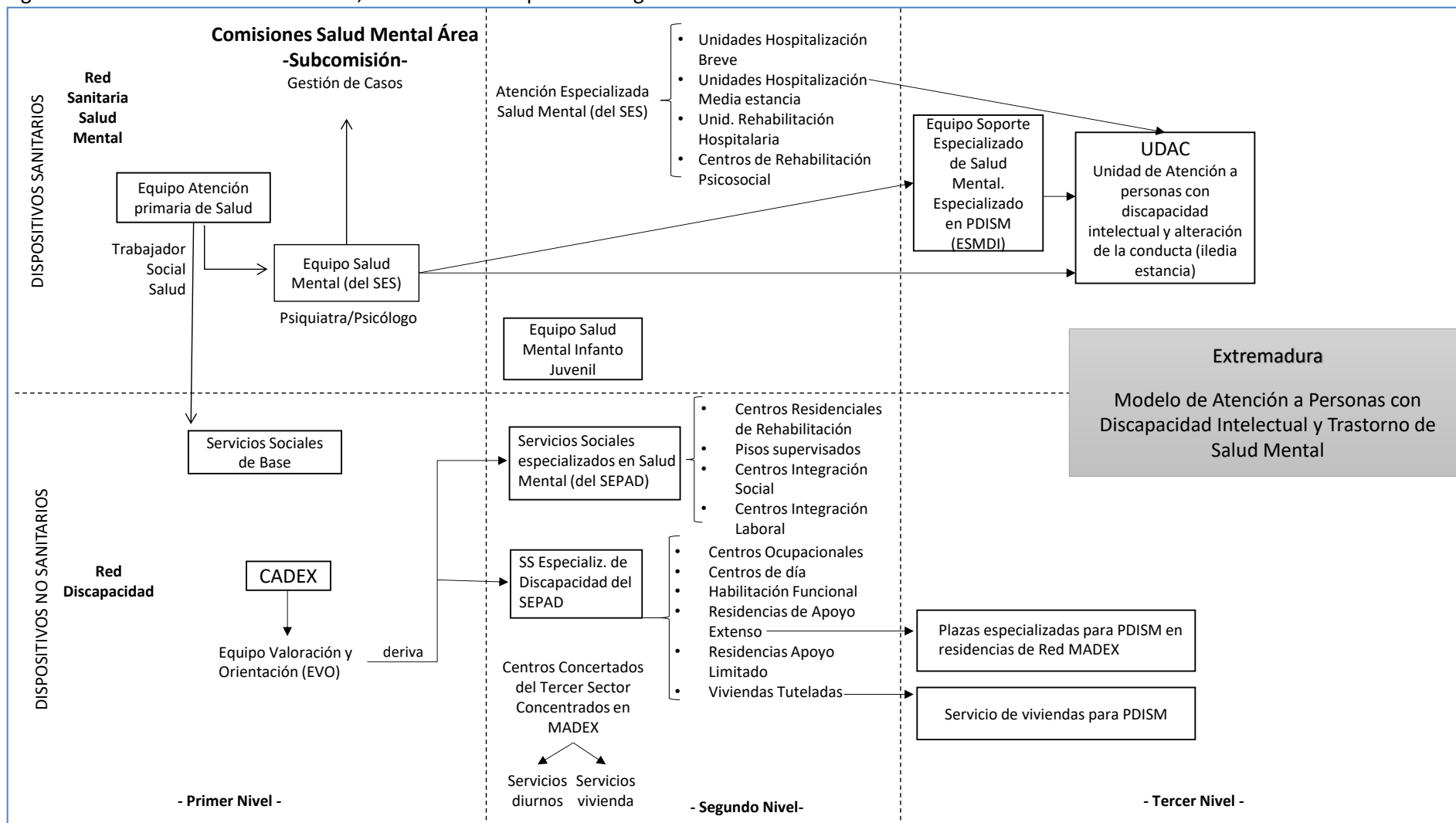
Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

Para garantizar una adecuada coordinación de la red social y sanitaria, el modelo contempla una serie de mecanismos de coordinación y de criterios de derivación dirigidos a lograr una relación fluida entre los servicios y la continuidad asistencial entre los mismos, como son las subcomisiones de gestión de casos o la incorporación de profesionales de discapacidad en las Comisiones de Salud Mental de Área.

El proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento, basado en los principios de la Atención Centrada en la Persona y en el “Paradigma de los Apoyos” de Shalock y Verdugo, tiene como elemento central la elaboración de un programa de planificación individual que da mayor poder a la persona y a su círculo de apoyo, desarrollando sus capacidades y facilitando el acceso a oportunidades y recursos, con los apoyos necesarios, para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores.

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

Figura 1. Modelo de atención a PDISM, Extremadura. Dispositivos según nivel de atención.



Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

3. LA SUBCOMISIÓN DE GESTIÓN DE CASOS DEL ÁREA DE SALUD

El abordaje de las necesidades de las PDISM requiere de la participación de los servicios sanitarios y sociales, la intervención de profesionales de diferentes disciplinas y el diseño y seguimiento de las actuaciones en un circuito asistencial previamente definido o diseñado individualmente. Todo ello implica el establecimiento de cauces formales de comunicación y coordinación y el diseño de procesos de atención que afectan a varios sectores de la administración y a las propias entidades prestadoras de servicios, en un procedimiento articulado y estable.

Detectada la carencia y desde esta premisa, la Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud (SES) impulsa ya en 2006 la creación de las subcomisiones de casos. En el transcurso de estos años se han ido articulando según las necesidades de las personas y se ha ido constatando la idoneidad de dicho mecanismo para resolver situaciones de desventaja para las personas con perfiles de patología dual. Con anterioridad no existía ningún mecanismo estable de coordinación entre las redes y los profesionales.

Es a partir del *Plan de Acción* cuando se estructuran para atender la demanda de personas con problemas de salud mental y discapacidad intelectual. Las Subcomisiones constituyen un espacio de comunicación, coordinación y evaluación de casos clínicos siendo su objetivo principal: coordinar la atención prestada a pacientes de alto nivel de complejidad, cuando ha quedado rebasada la capacidad de resolución de los dispositivos y los mecanismos habituales de coordinación. Gestiona los casos de personas con problemáticas sociales y sanitarias simultáneas y que necesitan la intervención conjunta de los profesionales del sistema de salud y de servicios sociales, para resolver o mejorar su situación. En consecuencia, y por ser los profesionales más cercanos a las personas/usuarios/pacientes, resuelven la detección de los casos, la valoración multidisciplinar, la preparación del plan de intervención conjunto, y el seguimiento y cierre del caso.

Sus funciones son:

- Recoger los casos propuestos por los responsables de los dispositivos, a sugerencia de los profesionales de cada equipo o de cada centro donde resida o sea atendido el usuario
- Tomar las decisiones por consenso de los representantes de los sistemas de atención social y sanitaria.
- Realizar una propuesta de dictamen escrito para cada caso, que contendrá el recurso asignado, la forma de acceso al mismo y la continuidad de los cuidados sanitarios en el caso de que deba cambiar de domicilio.
- Establecer las indicaciones respecto al acceso, como plazo o condiciones de temporalidad.
- Enviar la propuesta de dictamen al servicio o sección encargado de la tramitación del acceso del beneficiario al recurso.

Las Subcomisiones cuentan con 2 miembros permanentes con la función de coordinar la actividad de la SCGC, convocar las reuniones y dejar constancia documental de las mismas.

En el caso de las convocadas para abordar situaciones de PDI, tendrá al menos la siguiente composición: dos miembros permanentes de la Subcomisión, uno de los cuales provendrá del sistema sanitario; un representante de la Gerencia Territorial del SEPAD; si existiese, el responsable del ESM especializado en discapacidad intelectual.

El resto de los miembros que formen parte de cada SCGC concreta, hasta un máximo de 8-10 personas, dependerá del caso abordado. Por ello, se podrá convocar a profesionales que no pertenezcan a la

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

Comisión de Salud Mental del Área, pero que estén directamente relacionados con la atención al paciente, con independencia del sector o institución del que provengan y en este caso concreto, de la red de atención a la discapacidad concertada o subvencionada.

En dicho Plan se establece las actuaciones a realizar en los siguientes casos: si se trata de un recurso especializado de tipo sanitario de la región, si se trata de un recurso especializado de tipo social de la región, planteamiento de acceso a algún dispositivo cuyo acceso requiera intervención urgente y prioritaria, y en el caso de que no exista recurso idóneo.

El dictamen con los recursos asignados dará origen a una Resolución administrativa que se emitirá por parte de la administración competente.

Las subcomisiones de casos no son un recurso estable sino que se pueden activar por iniciativa de los Coordinadores de Salud Mental de Área, de cualquier profesional o de los propios Servicios Centrales del SES o del SEPAD. Así, son un mecanismo de funcionamiento disponible según la demanda de necesidades con una frecuencia de 7/8 casos anuales, con anterioridad a la regulación actual del Plan de Acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y salud mental en Extremadura.

Las subcomisiones dan respuesta a:

-Al proyecto de vida de la persona con discapacidad intelectual y problemas de conducta en la medida que se desbloquean las situaciones de inoperancia que se dan en los servicios sanitarios o sociales de atención cuando se ven desbordados por las necesidades específicas de apoyos de la persona

-Al funcionamiento del mismo sistema que ha encontrado una herramienta efectiva que ciertamente es resolutoria por la vinculación administrativa que se deriva de su toma de decisiones.

-La metodología de trabajo en equipo interdisciplinar y en red, ya que su esencia es la interacción de profesionales de diferentes redes de atención a la persona.

Como mecanismo a nivel regional, existe la Subcomisión Regional de Gestión de Casos, diseñada también mediante instrucción conjunta del SES y del SEPAD y que se puede convocar cada vez que existe un caso complejo al que hay que buscar una solución específica o diseñar una ruta de atención.

PRINCIPALES BARRERAS

- Rigidez de los sistemas social y sanitario: en algunas ocasiones, los tiempos y la rigidez de los servicios comunitarios no se adecúan como sería deseable a las necesidades personales de las PDISM. Aún SEPAD y SES son dos administraciones diferentes, con gestiones bien diferenciadas, deben buscar procesos coordinados de actuación más generalizados.

ELEMENTOS FACILITADORES

- Experiencias previas: aunque la puesta en marcha de la práctica data de septiembre de 2018, fecha en la que se regula dicho proceso actual en el "Plan de Acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y salud mental en Extremadura", ya se cuenta con experiencias impulsadas por la subdirección del SEPAD en este aspecto desde 2006.

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

- Compromiso institucional: es la propia administración quién apuesta y regula este procedimiento.
- Compromiso de los profesionales: se ha constatado el compromiso por parte de los técnicos, tanto de la administración autonómica del SEPAD y del SES, así como de los profesionales de las entidades que trabajan con PDISM, organizaciones que pertenecen a la Federación Plena Inclusión.

ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

Aún queda un largo camino por recorrer para poner en el centro de la atención social y sanitaria a la persona con DISM independientemente del recurso del que se demanda la intervención. La atención debe ser una atención integral, para dar respuesta a los proyectos de vida de las personas y no solo hacer intervenciones puntuales que exigen que la persona se adapte a los recursos y no que los recursos se adapten a las personas. Se van dando pasos en esta dirección.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Persona de contacto:

Miguel Simón Expósito.

Adjunto a la Dirección Gerencia SEPAD.

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura.

* Enlaces y otros recursos de Internet:

- <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detallecontenidoestructurado?content=normativa-trastorno-mental-grave>
- <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detallecontenidoestructurado?content=normativa-de-discapacidad>
- <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detallecontenidoestructurado?content=documentos-tecnicos-discapacidad>
- <https://saludextremadura.ses.es/sepap/inicio>.
- <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detalle-contenido-estructurado?content=planes-y-programas-discapacidad>

* Documentos relevantes:

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018

- Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010 (Junta de Extremadura, 2005)
 - Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 (Junta de Extremadura, 2007)
 - III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (Junta de Extremadura, 2017)
 - Plan de Acción para la Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental. (Junta de Extremadura, 2018)
- <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detalle-contenido-estructurado?content=planes-y-programas-discapacidad>

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018



**NEW HEALTH
FOUNDATION**
CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 954 414 785

AVENIDA MENENDEZ PELAYO, 20 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN

WWW.NEWHEALTHFOUNDATION.ORG

Experiencia enviada por: Miguel Simón Expósito y Ana Serna Álvarez, el 23 de diciembre de 2018