



SG/cs
Expte.: 3246/2021

EL SECRETARIO GENERAL DEL PLENO DEL EXCMO. CABILDO INSULAR DE LANZAROTE

CERTIFICA: Que el Pleno de esta Corporación, en sesión ordinaria celebrada el día 1 de marzo de 2021, con la asistencia de veintidós de los veintitrés consejeros/as que legalmente lo componen, adoptó, entre otros, el siguiente acuerdo:

“13.- Acuerdos que procedan sobre Moción del Grupo Mixto (Lanzarote en Pie-Sí Podemos), para que se adopten medidas de intervención multidisciplinar con las personas sin hogar que presenten enfermedades mentales (Expediente 3246/2021)

El Pleno de la Corporación, en votación ordinaria y por mayoría, con el voto a favor de los grupos Mixto (LANZAROTE EN PIE-SÍ PODEMOS) y COALICIÓN CANARIA-PARTIDO NACIONALISTA CANARIO, y el voto en contra de los grupos POPULAR y PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (10 votos a favor y 12 votos en contra); **ACUERDA RECHAZAR** la Moción defendida por doña Myriam Elisabeth Barros Grosso, cuyo contenido es del siguiente tenor:

“El grupo **LANZAROTE EN PIE – SÍ PODEMOS** en el Cabildo Insular de Lanzarote, de acuerdo al artículo 82 del Reglamento Orgánico de esta Institución, presenta la siguiente **MOCIÓN** al Pleno de la Corporación:

MOCIÓN: Intervención multidisciplinar con las personas sin hogar que presenten enfermedades mentales.

Exposición de motivos:

La reforma psiquiátrica surge con un cambio de modelo en la atención de personas con enfermedad mental, que pasa de un modelo de custodia a un modelo de interacción social buscando así otro destino para estas personas. Si existe algo en común entre estos procesos de reforma que surgen tras la II Guerra Mundial, en España en los años 70, es el rechazo al encierro asilar, esto es, la reforma o cierre de los grandes centros conocidos como “manicomios” y la necesidad de nuevos diseños terapéuticos eficaces y solidarios, que propician nuevas formas de atención a las personas y exigen un modelo de intervención centrado en la comunidad.

Con el anterior objetivo de ofrecer una nueva línea de asistencia comunitaria, en muchos países, entre ellos España, se condujo a la salida de numerosos pacientes institucionalizados en los anteriores “manicomios”. Se acuñó entonces el término desinstitucionalización como elemento central de la reforma psiquiátrica.

El foco sobre la dimensión social de la persona y el análisis ambiental de la salud



mental convergieron en la idea de que las personas con enfermedad mental no debían ser confinadas en grandes hospitales o instituciones aisladas, sino “tratadas, supervisadas, integradas y apoyadas en la comunidad”.

Esta masiva salida de pacientes da lugar, en una sociedad con escasos mecanismos de protección social y escasos recursos asistenciales, a una situación recreada en experiencias posteriores, aunque en una escala más reducida. En hospitales psiquiátricos cuyo cierre se acompañó del desarrollo de servicios sanitarios y sociales alternativos, el modelo comunitario demostró su efectividad y permanece en funcionamiento hoy en día, tras 40 años con evidencias documentadas; pero en lugares cuyo cierre fue prácticamente la única medida, pacientes y familias sufrieron consecuencias en cuanto a abandono o carencia del hogar, creándose así la figura de la Persona sin Hogar.

La pérdida del hogar representa una profunda ruptura en el tejido de las expectativas personales y las estructuras sociales, que nubla el presente de las personas de cualquier sociedad.

Cualquier pequeño cambio en esta situación puede conllevar muchas pérdidas relacionadas, como en cuanto a la seguridad física, la identidad personal, el estatus social o los contactos en la comunidad, que a su vez se ven empeoradas si la persona tiene un historial de enfermedad mental.

La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización. Un desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad como en cuanto a la poca implantación de modos de trabajo más flexibles orientados a la comunidad, puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de las personas con enfermedad mental.

Una vez que la marginalización se ha producido, se va retroalimentando y las dificultades de reinserción son cada vez mayores. La exclusión no surge solo como resultado de unos desencadenantes concretos en un momento de la vida de la persona; tanto su intensidad, como la vulnerabilidad previa, la capacidad de afrontamiento y el apoyo social con el que se cuente son determinantes en el mismo proceso.

Así se pone de manifiesto la dificultad para que las personas sin hogar reciban los servicios que precisen. Pese a existir un gran número de recursos y servicios, públicos o privados, surge una problemática de actuación coordinada en los servicios sanitarios y sociales.

La condición de “sin hogar”, al carecer de un domicilio fijo y moverse con frecuencia, crea una situación en la que la mayoría de servicios sociales y sanitarios las deja fuera de su responsabilidad asistencial. Este hecho refleja una imagen frecuente en nuestro país.

Todo ello, unido a una escasa motivación para realizar un tratamiento y las dificultades





impuestas para acceder a cualquiera de los dispositivos de la red de salud mental, condicionan que las personas sin hogar no reciban servicios adecuados, tanto sanitarios como sociales.

La exclusión es un fenómeno estructural, dinámico y multidimensional, siendo los conceptos relacionados con dicho término los de pobreza, marginación, no accesibilidad, desadaptación, ruptura del vínculo social y desigualdad. Estos términos permiten adaptar una definición del proceso de exclusión como resultado de una trayectoria relativamente larga e intensa y no como una situación puntual, de forma que sea considerada a través de un carácter multidimensional.

Mejorar los servicios a las personas excluidas socialmente con problemas de salud mental precisa no sólo de estrategias de intervención sobre el ámbito psiquiátrico, sino también caminos de abordar las barreras de pobreza, aislamiento, fragmentación de los servicios y una labor profesional de índole sociosanitario.

El Instituto Nacional de Estadística (INE), a través de la Encuesta de Personas Sin Hogar (última versión publicada en mayo de 2012), investiga la vida de este colectivo mediante un estudio orientado a los usuarios de los centros, estimándose así una población aproximada de 22.940 personas en España. El 70,2% de las personas pernocta todas las noches en el mismo lugar y un 45,6% de la población sin hogar se aloja al margen de la red asistencial existente. Solo el 66,9% del colectivo dispone de tarjeta sanitaria, y un 15,6% declara tener mala o muy mala salud.

Estos datos revelan la importancia de una intervención multidisciplinar eficaz que permita la reinserción de las Personas sin Hogar, de forma que la asistencia que los servicios sanitarios puedan brindar, cuente con la exclusión social de los pacientes e intervenga sobre ella y no solo con un tratamiento puramente asistencial.

Además, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad recoge que:

- “1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. [...]”
2. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
3. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.

Atendiendo a esta normativa vigente, se considera necesaria una intervención





multidisciplinar con personas sin hogar con enfermedad mental en coordinación con el resto de servicios sociosanitarios, en busca del restablecimiento de su salud en un entorno normalizador en su vida diaria a través de la creación de una línea de estrategias comunitarias.

Atendiendo a lo planteado, proponemos al Pleno del Cabildo Insular de Lanzarote que se adopte el siguiente **acuerdo**:

1. Impulsar, desde el Cabildo Insular de Lanzarote, la coordinación con otras instituciones públicas y liderar la creación de operativos multidisciplinares que permitan abordar las diferentes situaciones de las Personas sin Hogar con enfermedades mentales de la isla de Lanzarote.
2. Que estos operativos dispongan de los profesionales necesarios para la atención a pie de calle, tales como psiquiatras, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras, educadoras sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad, y personal de justicia, y contará con suficiente capacidad de movilidad para atender y diagnosticar sobre la marcha a aquellas personas que estén afectadas por una enfermedad mental.

Arrecife, 19 de febrero de 2021. Myriam Elisabeth Barros Grosso. Grupo Lanzarote en Pie - Sí Podemos en el Cabildo de Lanzarote”.

Doña Isabel María Martín Tenorio, Consejera de Bienestar Social, interviene manifestando lo siguiente: “Resulta ilustrativo leer la argumentación de las mociones que presenta Lanzarote en Pie-Sí Podemos. No puedo más que valorar la parte inicial en la que se llama a recordar los cambios que han experimentado tanto el concepto de enfermedad mental como los mecanismos de atención a las mujeres y los hombres afectados.

Sin embargo, creo sinceramente que tras ese comienzo se incurre en un error de bulto por la excesiva identificación que se realiza entre la enfermedad mental y el fenómeno del sinhogarismo.

Reconociendo la existencia de casos en que confluyen ambas circunstancias, la enfermedad y la carencia de hogar, la realidad del sinhogarismo es muchísimo más amplia y, evidentemente, la enfermedad mental atraviesa de manera transversal todas las capas sociales.

No niego que el sinhogarismo pueda exacerbar una enfermedad mental preexistente, pero rechazado de plano la equiparación de ambas circunstancias y creo que esta observación merecía una reflexión por parte de Lanzarote en Pie-Sí Podemos.

Excelente es el trabajo realizado por el personal del Área de Bienestar Social con las personas acogidas en el albergue de la Ciudad Deportiva. Nos permite constatar que el sinhogarismo engloba una inmensa cantidad de perfiles sociológicos del que los enfermos mentales constituyen un porcentaje mínimo.





Por otra parte, reconozco que me produce una cierta tristeza la consideración que realizan en su moción sobre la escasez de recursos destinados a atender la enfermedad mental.

Me parece sorprendente el grado de desconocimiento que manifiestan en su moción sobre los servicios que presta el Cabildo y me hace preguntarme hasta qué punto no hemos fallado en dar a conocer a la opinión pública la enorme cantidad de prestaciones que realiza esta Institución.

Ese cierto grado de desconocimiento, aceptable para la población en general y tal vez responsabilidad nuestra, parece inasumible para quienes llevan ya un año y medio formando parte de esta Institución.

En Lanzarote, gracias al esfuerzo de esta casa, existen desde hace más de treinta años diferentes unidades y servicios con un plantel enorme de estos trabajadores a los que hacen mención (psicólogos, educadores, trabajadores sociales, entre otros muchos).

Este equipo humano proporciona la intervención especializada conforme a normativa psicosocial y sociosanitaria. Ese es el caso de la Red de Adicciones, con su Centro de Día y la Comunidad Terapéutica; o, el Centro de Unidad de Rehabilitación Psicosocial Doctor Julio Santiago, con ya diez años de historial, cuyas labores son ampliamente reconocidas y beneficiosas para un gran número de personas aquejadas por estos problemas de salud.

Igualmente, parecen desconocer el alto nivel de coordinación intensa y constante que existe entre los servicios sociales del Cabildo y los de los ayuntamientos, así como los de los servicios sanitarios y las distintas administraciones competentes en estas circunstancias.

Por último, a pesar de todos estos profesionales, de todos los recursos y programas, existe un elemento fundamental a considerar y es que las leyes son especialmente claras en lo que respecta al tratamiento de la voluntad, independencia y libertad que debe tener cada una de las personas involucradas y de los agentes involucrados en la gestión de este problema.

Lo cual quiere decir que muy a nuestro pesar existen casos en los que no se puede intervenir en ausencia de una orden judicial que supla, si fuera necesario, la voluntad de la persona afectada.

Les invito a hacer una reflexión sobre lo expuesto. Como siempre abro las puertas de Bienestar Social para entregar toda la información que requieran, compartir preocupaciones y realizar sugerencias pero, si me lo permiten, desde el conocimiento.

Es peligroso dejarse llevar por los vídeos que puedan distribuirse en un momento puntual en las redes y hacerse una opinión a partir de los comentarios que provocan. La



realidad es mucho más compleja y día a día realizamos un sinnúmero de intervenciones gracias al contacto permanente con alcaldes, concejales, trabajadores sociales, policías, cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, que ponen en nuestro conocimiento situaciones en las que debemos actuar y lo hacemos.

Es precisamente el éxito de esas actuaciones, discretas por naturaleza, lo que hacen que se conviertan en noticia hechos puntuales. Por los motivos expuestos considero que la moción debe rechazarse”.

La Sra. Barros Grosso lamenta que se les haya entendido mal porque su intención no era otra que hacer constar en primer lugar que el problema existe y, en segundo lugar, intentar conseguir que un equipo multidisciplinar atienda a las personas a pie de calle cuando están sufriendo algún episodio, teniendo en cuenta que algunas de ellas no utilizan los servicios que se prestan.

Votaron a favor:

Dña. Myriam Elisabeth Barros Grosso y don Jorge Miguel Peñas Lozano (GRUPO LANZAROTE EN PIE- SÍ PODEMOS).

D. Pedro Manuel San Ginés Gutiérrez, D. David Felipe de la Hoz Fernández, Doña. Migdalia María Machín Tavío, D. Juan Manuel Sosa Rodríguez, D. Oscar Pérez Cabrera, D. Samuel Carmelo Martín Morera, D. Domingo Manuel Cejas Curbelo (GRUPO COALICIÓN CANARIA-PARTIDO NACIONALISTA CANARIO).

Votaron en contra:

D. Jacobo Medina González, D. Angel Vázquez Alvarez, D. Francisco Javier Aparicio Betancort y Dña. María Nerea Santana Alonso (GRUPO POPULAR).

D. Marcos Antonio Bergaz Villalba, Dña. Ariagona González Pérez, Dña. Isabel María Martín Tenorio, D. Alberto Aguiar Lasso, D. Rosa Mary Callero Cañada, D. Hugo Ricardo Delgado Betancor, Dña. María del Carmen Guadalupe García y Dña. María Dolores Corujo Berriel (GRUPO PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL)”.

Y para que conste, a reserva de los términos definitivos en que quede redactada el Acta en el momento de su aprobación, de conformidad con lo establecido en el artículo 206 del Real Decreto 2568/1986, de 28 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales, se expide la presente certificación de orden y con el visto bueno de la Excmo. Sra. Presidenta.

-Documento firmado electrónicamente al margen en la fecha inserta-

