

Análisis sobre la presencia de la rehabilitación laboral en los planes estratégicos (2001-2015), España*

Segundo Valmorisco-Pizarro**

Universidad Complutense de Madrid, España

<https://doi.org/10.15446/frdcp.n16.78259>

Resumen

En el presente artículo se exponen los diferentes planes estratégicos vigentes hasta el 2015 en relación con la salud mental, descendiendo desde el nivel internacional y europeo, pasando por el nivel estatal (España), hasta llegar al nivel autonómico (regiones, denominadas comunidades autónomas). El propósito del mismo es identificar las políticas de rehabilitación laboral en estos planes, o, al menos, la existencia de referencias a la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental. Se pone en cuestión hasta qué punto dichos planes contemplan la inserción en el mercado de trabajo de este colectivo como alternativa a su inclusión social.

Palabras clave: salud mental; rehabilitación; inserción sociolaboral; trabajo; planificación.

***Artículo recibido:** 31 de agosto de 2018 / **Aceptado:** 12 de febrero de 2019 / **Modificado:** 25 de febrero de 2019. El presente artículo es resultado de la tesis doctoral: "Políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave. Los Centros de Rehabilitación Laboral en la Comunidad de Madrid (2008-2012)" publicada por el autor en 2015. No contó con financiación.

**Doctor en análisis y evaluación de procesos políticos y sociales por la Universidad Carlos III de Madrid (España). Profesor de la Universidad Complutense de Madrid - Departamento de Ciencia Política y de la Administración - Instituto Complutense de Ciencia de la Administración (ICCA). Correo electrónico: svalmori@ucom.es
 <https://orcid.org/0000-0001-7769-5013>

Cómo citar

Valmorisco-Pizarro, S. (2019). Análisis sobre la presencia de la rehabilitación laboral en los planes estratégicos (2001-2015), España. *FORUM. Revista Departamento Ciencia Política*, 16, 177-202. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n16.78259>

Analysis of the Presence of Vocational Rehabilitation in Strategic Plans (2001-2015), Spain

Abstract

This article presents the different strategic plans in force up to 2015 in relation to mental health, descending from the international and European level, passing through the state level (Spain), finally reaching the regional level (regions, called Autonomous Communities). The main purpose of the article is to identify the employment rehabilitation policies in these plans, or, at least, the existence of references to the socio-occupational insertion of people with disabilities due to mental illness. It questions to what extent these plans contemplate the insertion in the job market of the aforementioned group as an alternative to their social inclusion.

Keywords: mental health; rehabilitation; socio-labor insertion; work; planning.

Introducción

En toda política pública, existe un marco global que recoge los puntos clave para su elaboración, se refiere a los planes estratégicos. Se puede definir plan estratégico como un proceso sistemático de desarrollo e implementación para alcanzar una serie de objetivos. Se considera a esta herramienta como de vital importancia ya que en ella se explicita la hoja de ruta de toda organización o política. En este artículo, se hará un análisis *top-down*, es decir desde los planes estratégicos en el nivel internacional y europeo, pasando por los planes estratégicos en el nivel estatal hasta llegar a los planes estratégicos regionales desarrollados por las denominadas comunidades autónomas en España. Se analizarán tanto planes de acción específicos de salud mental, como planes globales en materia de empleo, prestando especial importancia en las acciones desarrolladas para los colectivos en riesgo de exclusión social y laboral, como son las personas con enfermedad mental grave. En concreto, se realizará un análisis más específico de los planes regionales, tratando de identificar la presencia de conceptos relacionados con el empleo y la rehabilitación laboral de este colectivo. Finalmente, se exponen unas conclusiones/enseñanzas del análisis de estos documentos en el que se evidencia la relevancia que presenta el empleo como principal vía de inclusión social para las personas con enfermedad mental grave.

Antes de comenzar con el análisis de los diferentes planes estratégicos, es conveniente establecer primero el marco teórico: el concepto de rehabilitación laboral y salud mental, las características sociodemográficas básicas y las teorías que explican la exclusión sociolaboral que experimentan este tipo de colectivos. El

concepto de rehabilitación laboral en España, proviene de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) de 1982. En concreto el artículo 18 dice: “Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente, a través de la obtención de un empleo adecuado”. Según la OMS, la salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad (OMS, 2004). Es necesario apuntar que no todas las personas que presentan una enfermedad o trastorno mental tienen una discapacidad. Para que la persona con trastorno mental sea considerada persona con discapacidad, es necesario que la enfermedad sea considerada grave, para ello dicha enfermedad debe estar asociada a tres elementos: diagnósticoclínico, duración de la enfermedad y funcionamiento psicosocial.

La revisión histórica del concepto nos muestra que la Enfermedad Mental (EM) ha sufrido una evolución, hasta hace muy pocas décadas, las personas con trastorno mental grave han sufrido un largo historial de exclusión. Desde el siglo XV hasta el siglo XVIII, la institucionalización era la respuesta global a cualquier problema de pobreza, enfermedad y/o marginación. Es así como el hospital, como institución, se constituyó como un instrumento de control social y refugio para locos, pobres, inválidos y marginados de toda índole (Rodríguez, 1997).

Posteriormente, a lo largo del siglo XIX y hasta hace pocas décadas, la atención a la EM se aisló del resto de las problemáticas sociales mencionadas, instaurándose un modelo de atención fundamentado en el internamiento del enfermo durante largos periodos de tiempo, o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Cabe destacar que España se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y no fue hasta una vez finalizada la dictadura de Franco (1939-1975) cuando empezó su proceso de transformación. Según Pastor, Blanco y Navarro (2010), la reforma psiquiátrica encuentra su tiempo en España cuando coincide una demanda social, una voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo.

Según el Centro de Investigación Biomédica en red de salud mental (Ministerio de ciencia e innovación del Gobierno de España e Instituto de Salud Carlos III), en España se considera que el 9 % de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental. En cuanto al nivel académico, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008, el 83.83 % de la población femenina con deficiencia mental –suma del conjunto de personas con enfermedad mental más las personas con discapacidad intelectual– posee estudios inferiores a educación secundaria, siendo en el caso de los varones del 72.67 %.

Para este colectivo (Pastor, Blanco & Navarro, 2000, p. 514) la actividad productiva y el empleo cumplen una serie de funciones en tres importantes ámbitos:

- En el ámbito de la actividad organizada: como estímulo cognitivo, como elemento organizador de la vida cotidiana, como contexto para el desarrollo de las habilidades básicas y como vehículo de relaciones sociales.
- En el ámbito de la actividad retribuida: al ser una importante fuente de ingresos económicos, lo cual posibilita la potencial independencia de estas personas.
- En el ámbito de la actividad socialmente valorada: la actividad productiva y el empleo se convierten en una fuente de reconocimiento social y autoestima.

Aparte de los diferentes niveles de utilidad que el empleo tiene para este colectivo (Pastor, Blanco & Navarro, 2000, p. 515), se encuentra una serie de dificultades que presentan las personas con trastorno mental grave, en relación a su accesibilidad al mercado de trabajo. Existe suficiente evidencia acumulada sobre las dificultades que presentan en el área del empleo, problemas que nada tienen que ver con los que presentan otros colectivos con dificultad para emplearse. De esta forma, se puede señalar que según la Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), su tasa de desempleo se sitúa en torno al 80 % —cifra referida a las personas con enfermedad mental grave—, siendo para el conjunto de las personas con enfermedad mental del 47.2 %, según el informe “El empleo de las personas con discapacidad. 2012” realizado por el INE. Las diferentes teorías sobre el mercado laboral y las dificultades de acceso de los colectivos en riesgo de exclusión social nos indican, que los procesos de segmentación laboral a los que se enfrentan este tipo de colectivos, no sólo crean desigualdades laborales, sino que en muchas ocasiones reproducen, fortalecen y potencian estas desigualdades utilizando a estos colectivos para flexibilizar la mano de obra y en muchos casos abaratar sus costes.

Ahondando en las explicaciones de Toharia (2005) sobre la segmentación del mercado de trabajo español, ésta se debe más a factores relacionados con la demanda de trabajo —como puede ser la propia contratación temporal— que a las características institucionales de nuestro mercado de trabajo. El hecho de que la temporalidad aparezca en mayor medida en unos sectores —construcción, hostelería, etcétera— y colectivos —los de menos cualificación— avalan su pensamiento (Hernanz & Jimeno, 2013, p. 144). Es decir, en el sector secundario se concentran los empleos para los colectivos en riesgo de exclusión social. En este sector quedan atrapados aquellos colectivos a los que se asigna atributos de desfavorecimiento, como el ser joven, mujer, inmigrante, pertenecer a una minoría étnica o tener problemas de salud mental. A continuación, vamos a analizar la presencia de la esfera laboral en los diferentes planes estratégicos, primero a nivel internacional y europeo, posteriormente a nivel nacional y regional.

Planes estratégicos en el plano internacional y europeo

Nivel internacional

En el nivel internacional, la organización que insta al desarrollo de políticas y recursos a favor de la calidad de vida de nuestro colectivo es la Organización Mundial de la Salud (OMS) – I Plan de acción integral sobre salud mental (2013-2020)–. En la 132ª reunión de su Consejo Ejecutivo, celebrada el 11 de enero de 2013, se informó que la carga de trastornos mentales sigue aumentando y tiene grandes repercusiones en la salud, además de importantes consecuencias sociales, económicas y para los derechos humanos en todos los países del mundo. En mayo de 2012, la 65 Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. En ella se instó a los Estados miembros a que, entre otras cosas, elaboren y refuercen políticas, así como estrategias integrales sobre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la identificación temprana, atención, asistencia, tratamiento y recuperación de las personas con trastornos mentales.

En cumplimiento de la resolución WHA65.4, el proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 aborda la enfermedad y las cargas económicas y sociales, así como las consecuencias que tienen los trastornos mentales en materia de derechos humanos. En él se proponen acciones claras para los Estados miembros, los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y la Secretaría. Asimismo, contiene propuestas de indicadores y metas que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto.

Nivel europeo

El Fondo Social Europeo (FSE) es el principal instrumento con el que Europa apoya la creación de empleo, ayuda a las personas a conseguir mejores puestos de trabajo y garantiza oportunidades laborales más justas para todos los ciudadanos de la Unión Europea. Para ello, el FSE invierte en capital humano europeo: trabajadores, jóvenes y todas aquellas personas que buscan empleo. La financiación del FSE, que asciende a 10 000 millones de euros al año, mejora las perspectivas laborales de millones de europeos, en especial de quienes tienen dificultades para encontrar trabajo. Dicho fondo se encuentra encuadrado dentro de los nuevos instrumentos de la política de cohesión reformada para el periodo 2007-2013. Aparte del FSE existen una serie de estrategias a nivel global (Estrategia Europea para la Inclusión Social) y a nivel más específico (Plan de Acción del Consejo de Europa 2006-2015) en materia de discapacidad, Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 y la Estrategia para abordar la salud mental a escala europea.

El fondo social europeo (2007-2013) y las estrategias europeas de intervención

El FSE presta su apoyo a políticas y prioridades destinadas a lograr más y mejores puestos de trabajo, incrementar la calidad y la productividad en el trabajo, así como fomentar la integración y la cohesión social. Se aplica siguiendo las directrices y recomendaciones de la Estrategia Europea de Empleo (EEE) con los siguientes objetivos: lograr el pleno empleo; mejorar la calidad y la productividad del trabajo; promover la integración social (en particular, el acceso al empleo de las personas desfavorecidas) y reducir las disparidades nacionales, regionales y locales en materia de empleo.

En materia de inclusión social y discapacidad, lo cual no implica que se hable explícitamente de enfermedad mental, existen tres referentes claros: la estrategia europea para la inclusión social, la estrategia europea sobre discapacidad y el plan de acción del consejo de Europa en materia de discapacidad. Pero, de forma explícita, se puede encontrar la Estrategia Europea de Salud Mental y la Red Europea de Promoción de la Salud Mental. Debemos recordar que nuestro objeto de estudio, engloba a las personas con discapacidad por enfermedad mental, de modo que las políticas desarrolladas en los campos de la inclusión social y la discapacidad también afectan al colectivo de personas con enfermedad mental grave.

La estrategia europea para la inclusión social tiene objetivos que se pueden destacar: mejorar la capacidad de adaptación de los trabajadores, las empresas y los empresarios, con objeto de aumentar de esta manera la previsión y la gestión positiva del cambio económico; facilitar el acceso al empleo y la inserción duradera en el mercado de trabajo de las personas inactivas y de las que buscan trabajo; evitar el desempleo, en particular el desempleo de larga duración y el desempleo de los jóvenes; apoyar el envejecimiento activo y la prolongación de la vida laboral; incrementar la participación en el mercado laboral; potenciar la integración social de las personas desfavorecidas con vistas a su inserción duradera en el empleo; luchar contra todas las formas de discriminación en el mercado de trabajo; reforzar y ampliar el capital humano y por último, promover la asociación y cooperación conjunta de diferentes actores. Para esto se propone: más inversión en capital humano, con reformas en los sistemas de educación y formación, así como una mayor participación en la educación y el aprendizaje permanente y en el desarrollo del potencial humano en el ámbito de investigación e innovación; mejora de la capacidad y la eficacia institucionales, con objeto de contribuir a la buena gestión.

Plan de acción del Consejo de Europa 2006-2015 en materia de discapacidad

Este Plan establece una serie de medidas en su línea de actuación sobre educación, de las que podemos destacar las siguientes: promover la legislación, las políticas y la planificación necesarias para impedir toda discriminación con respecto a los jóvenes

y adultos con discapacidad en el acceso a todas las fases de la educación; garantizar que las personas con discapacidad reciban la ayuda necesaria, en el marco del sistema educativo ordinario, para facilitar su educación efectiva; fomentar en el marco de la formación inicial y continua de empleo de todos los profesionales y personal ocupado en los niveles del sistema educativo, el desarrollo de la sensibilización hacia la discapacidad y del aprendizaje de la utilización de las técnicas y del material pedagógico que permitan ayudar, si procede, a los alumnos y estudiantes con discapacidad; procurar que la sensibilización hacia la discapacidad tenga u ocupe un lugar importante en los programas de educación de los colegios y de las instituciones ordinarias.

La estrategia europea sobre discapacidad 2010-2020

La Estrategia Europea 2010-2020 –marco estratégico para la cooperación europea en educación y formación–, a través de su ámbito de actuación 5 de promoción de educación y formación, respaldará todos los esfuerzos nacionales encaminados a: suprimir las barreras jurídicas y organizativas que se presentan a las personas con discapacidad en los sistemas generales de educación y de aprendizaje permanente; apoyar oportunamente una educación inclusiva, un aprendizaje personalizado y una identificación temprana de necesidades especiales; facilitar la formación y apoyo adecuado a los profesionales que trabajan a todos los niveles educativos.

El marco de actuación de esta Estrategia viene conformado por los objetivos de la Estrategia Europea 2020, así como del Programa Nacional de Reformas de España 2011. Se destacan tres grandes campos: mercado laboral, educación y pobreza, así como exclusión social. En relación con la educación superior, el objetivo es garantizar que la proporción de personas con edades comprendidas entre 30 y 34 años que han terminado la educación superior supere el 40 % –en el caso de España, el objetivo es el 44 %–. A pesar de representar una reducida proporción de la población de 30 a 34 años, las personas con discapacidades pueden contribuir a alcanzar este objetivo, especialmente si tenemos en cuenta la inferior proporción de personas con discapacidad con estudios de educación superior.

En cuanto al ámbito de actuación “Educación y Formación”. El limitado acceso a la formación, particularmente a la superior, es uno de los factores que intervienen decisivamente en los procesos de exclusión social de las personas con discapacidad. Por este motivo, entre las medidas estratégicas definidas se encuentran las siguientes: promover una educación inclusiva en todas las etapas educativas; potenciar la formación continuada de todo el profesorado y avanzar en la inclusión de asignaturas que coadyuven a garantizar los derechos de las personas con discapacidad. También se establece que se concienciará a la sociedad en todo lo referente a la discapacidad, siguiendo los parámetros marcados por la Estrategia Europea 2010-2020.

La estrategia para abordar la salud mental europea

La Comisión Europea ha promovido el desarrollo de la salud mental en el ámbito de la UE y los estados a través de los programas de Salud Pública. Se puede situar el origen en la Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental (2000/C86/01), en la que se insta a los Estados miembros a: incorporar la salud mental en las respectivas políticas, a recabar datos referentes a la enfermedad mental, a poner en práctica acciones de promoción de salud mental y prevención de la enfermedad mental y a promover la investigación en salud mental.

No es hasta junio de 2008, cuando se encuentran recomendaciones europeas específicas para la promoción del empleo entre las personas con enfermedad mental, dichas recomendaciones se produjeron en la Conferencia sobre Salud Mental en la UE, celebrada en Bruselas. Esta conferencia dio lugar al Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. En ese pacto se reconoce la salud mental como derecho humano fundamental para el desarrollo de una vida con bienestar, salud y calidad de vida. El pacto también establece que la salud mental promueve la formación, el empleo y la participación activa en la sociedad y estipula que es un factor determinante para la consecución de los objetivos establecidos en la Estrategia de Lisboa, relativos al crecimiento del empleo, la cohesión social y el desarrollo sostenible.

Asimismo, se invita a los Estados miembros a desarrollar acciones complementarias y a aunar esfuerzos para hacer frente a estos retos y promover la salud mental en Europa, desarrollando acciones de carácter preventivo y proveyendo el apoyo necesario a través de la atención médica y los correspondientes servicios de salud y sociales. Para ello, en el pacto se establecen cinco áreas prioritarias de actuación, la tercera de ellas relacionada directamente con el empleo: prevención de la depresión y del suicidio; la salud mental de los jóvenes y la salud mental en la educación; la salud mental en los puestos de trabajo; la salud mental y las personas mayores; combatiendo el estigma y la exclusión social de las personas con enfermedad mental.

Por último, a pesar de no formar parte de la estrategia de la UE, es importante mencionar la Red Europea de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales (IMHPA). Esta red fue impulsada con el apoyo económico de la Comisión Europea y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Dispone de miembros colaboradores en 29 países europeos y pretende desarrollar una estrategia exhaustiva para abordar la prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental empleando un enfoque integral que combina información, intervención, formación, desarrollo de políticas, promoción e implementación de programas, orientación etcétera, para el establecimiento de las prioridades políticas, con la difusión y diseminación de programas e instrumentos.

Planes estratégicos en el nivel nacional

En el nivel nacional se encuentra el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (2013-2016), cuyo objetivo estratégico primero es “Impulsar la inclusión sociolaboral a través del empleo de las personas más vulnerables”, dentro de los grupos más vulnerables se encuentran las personas con discapacidad —si bien no se especifica en este plan el subgrupo de personas con discapacidad por enfermedad mental—. Aparte de dicho plan nacional y de forma más específica, hemos de hablar de la Estrategia nacional de salud mental.

Los planes nacionales de acción para la inclusión del Reino de España (2001-2010)

Según la Fundación Luis Vives (2007, pp. 71-75) podemos situar el origen de los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social (PNAIn) en 2001, fecha en que se aprueba el primer plan nacional (2001-2003). Los cinco PNAIn aprobados en España desde esa fecha (2001-2003, 2003-2005, 2005-2006, 2006-2008 y 2008-2010) han sido elaborados tomando como base la Estrategia Europea por la Inclusión Social, cuyo origen se remonta a un año antes en la Estrategia de Lisboa. 2000.

Se coincide en 2010 con el año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó el informe: “Los 10 años de los planes nacionales de acción para la inclusión social en el Reino de España”. En este informe, elaborado por el Centro de estudios económicos Tomillo se dice: “En general, las discapacidades generan dificultades en el quehacer cotidiano de quienes las sufren, afectando a sus posibilidades de acceso al empleo, a la educación y la formación, a la vivienda, a sus disponibilidades de renta, a su estado de salud y a su integración cultural y social.

Por ello, los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social (PNAIn) españoles han intentado, desde sus orígenes, actuar en estos ámbitos con el fin de reducir el riesgo de exclusión de las personas con discapacidad y fomentar su inclusión social. Así, en materia de empleo, los planes han contenido como prioridad el desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la intermediación laboral para trabajadores con discapacidad, que se han implementado mediante la puesta en marcha de nuevos modelos de coordinación del Instituto Nacional de Empleo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y las comunidades autónomas.

Asimismo, han apoyado la inserción laboral de las personas discapacitadas a través de programas financiados por el Fondo Social Europeo. En 2003 se aprobó el Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012), entre estas medidas se destaca el incremento de la cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad, y en 2004 entró en vigor el Real Decreto 290/2004, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de

fomento del empleo de las personas con discapacidad. Una realidad que se repite en el recién actualizado III plan nacional de inclusión social, y que ya se daba en los diferentes Planes nacionales, que abarcan el periodo 2001-2016, es que apenas se hace referencia a la inserción sociolaboral del colectivo de personas con enfermedad mental grave.

El VI plan nacional de inclusión del Reino de España (2013-2016)

Como se señaló anteriormente, en el plan nacional de inclusión social actualmente en vigor, no se hace referencia explícita al colectivo de personas con enfermedad mental, como uno de los colectivos diana –denominados colectivos más vulnerables–, así como actuaciones concretas referencias a su inserción sociolaboral. Este plan nacional, cita expresamente a este colectivo para relacionarlo con las personas sin hogar, en concreto, en la Actuación 177 en la que se propone proporcionar alojamiento temporal a las personas sin hogar, se dice textualmente (p. 75): “para prevenir o paliar sus problemas de salud, especialmente la enfermedad mental, alcoholismo, adicciones y otros estados asociados a su situación” (VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España (2013-2016)). También en la actuación 130 se dice: “Desarrollar mecanismos de colaboración entre los servicios sanitarios y sociales para, mediante el establecimiento de equipos multidisciplinares, prestar atención específica a personas sin hogar con alguna enfermedad mental e intervenir en asentamientos marginales”(VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España (2013-2016)). En la página 31 de este Plan ya se indica que, según la Encuesta a Personas Sin Hogar 2012, el 16.6 % presenta algún tipo de enfermedad mental. Se encuentra de nuevo otra referencia a las personas con enfermedad mental en el objetivo estratégico 3: “Garantizar la prestación de unos servicios básicos a toda la población enfocados de forma particular hacia los colectivos más desfavorecidos, especialmente el caso de servicios sociales, educación, sanidad, vivienda y sociedad de la información”. (VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España (2013-2016)) En concreto en el objetivo operativo 9: “Potenciar la eficacia y el acceso a los servicios sociales para mejorar la atención a las personas más vulnerables” (VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España (2013-2016)), se desarrolla la actuación 81 de este objetivo operativo: “Impulsar, en colaboración con las entidades del Tercer Sector de Acción Social, programas de urgencia social destinados a cubrir necesidades básicas de las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad social”, (VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España (2013-2016)) tales como programas destinados a favorecer la salud mental de las personas más vulnerables desde el apoyo humano.

La siguiente referencia a las personas con enfermedad mental se encuentra en la actuación 128, en la que se propone:

Promover, en el marco de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, y con el objeto de reducir las desigualdades sociales en materia de salud, la coordinación de las actuaciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la infancia y la adolescencia, prestando especial atención a la población más vulnerable (estimulación precoz en menores de edad con discapacidad, familias de clases sociales desfavorecidas, con problemas de salud mental, menores extranjeros no acompañados y minorías étnicas. (VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España, 2013-2016)

Una vez más ni rastro de la inserción sociolaboral del colectivo. Tan solo en la Actuación 133, se puede atisbar una pequeña relación con el objeto de estudio:

Apoyar a las entidades del Tercer Sector de Acción Social y realizar, en colaboración con ellas, programas de atención sanitaria –preventiva y asistencial– y rehabilitación de personas pertenecientes a grupos vulnerables de población: personas privadas de libertad, drogodependientes, personas con enfermedad mental, enfermas de SIDA y otras enfermedades, personas sin hogar o población gitana, entre otros. (VI Plan Nacional de inclusión del Reino de España, 2013-2016)

Pero sin hacer explícita la posibilidad de su inserción laboral o sociolaboral, ya que se habla de programas de atención asistencial, lo cual no indica 100 % que se trate de programas de empleo.

Estrategia nacional de salud mental (2009-2013)

El 11 de diciembre de 2006 la Estrategia de Salud Mental (ESM) fue aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La Estrategia se construye en torno al modelo de atención comunitaria a la salud mental y se fundamenta en la Ley General de Sanidad. La ESM, en consonancia con el Plan de Acción de Helsinki, incorpora la promoción de la salud mental, la erradicación del estigma y la discriminación, la prevención de la enfermedad mental y el suicidio, la mejora de la atención a la salud mental en la atención primaria, la atención comunitaria efectiva, las relaciones con otros sectores, la formación de los profesionales, la instauración de un sistema de información adecuado y la generación de un mayor conocimiento. Para abordar estas cuestiones, la ESM se sustenta sobre los principios de autonomía, continuidad, comprensividad, accesibilidad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad y se compone de cinco líneas estratégicas que se articulan a través de diferentes objetivos generales.

Del total de estas cinco líneas estratégicas, tan solo la estrategia dos incluye medidas destinadas a la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave: La estrategia 1 hace referencia a la promoción de la salud mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas

con enfermedad mental. La estrategia 2 hace referencia a la atención a los trastornos mentales destacando de entre todos los siguientes aspectos relacionados con nuestro objeto de estudio: a) mejora del acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores. b) establecimiento de planes individualizados de atención y c) empleo con apoyo. La estrategia 3 hace referencia a la coordinación intrainstitucional e interinstitucional. Por lo tanto, busca promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados, así como potenciar la participación del colectivo. La estrategia 4 busca concretamente potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental. Finalmente, la estrategia 5 hace referencia a la potenciación de la investigación en salud mental.

Planes estratégicos regionales en España

Podemos situar en el plan de atención social a personas con enfermedad grave y crónica de la Comunidad de Madrid (2003-2007) el origen de las acciones específicas para con el colectivo objeto de estudio. Este plan supuso, tal y como se indica en la introducción del III plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid, la organización y multiplicación de la atención social a las personas con enfermedad mental grave hasta conseguir unos niveles y ratios de atención muy elevados, creando una red de servicios sociales de excelencia que en 2011 contaba con 5.578 plazas y se ha convertido en el referente más importante en este ámbito en España. Como se evidencia en el siguiente punto, antes, en 1999 ya se había aprobado el I Plan de Acción para Personas con Discapacidad.

El III plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid (2012-2015)

El III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid, (2012-2015), tiene sus orígenes en el I Plan de Acción para Personas con Discapacidad (1999-2002) y en el II Plan de Acción para Personas con Discapacidad (2005-2008), en este segundo se recogen los principios fundamentales de la Ley de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal (LIONDAU). Ya en la presentación de este III Plan autonómico (p. 5) se indica. “Una mención especial merece también la inclusión de un programa concreto de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera, para integrar a las personas con enfermedad mental en el marco de las políticas de atención a la discapacidad” (III Plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid, 2012-2015).

Durante dos años, el II Plan de Acción convivió con el Plan de Atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid 2003-2007. Este III plan está plagado de referencias a los recursos y políticas que la Comunidad de Madrid, a través de la Consejería de Asuntos sociales, dispone en su red de atención social a personas con enfermedad mental grave. En las áreas de atención social y en el área de empleo se especifican todos los recursos existentes en la Comunidad para con este colectivo, los cuales ofrecen 5.578 plazas –dato correspondiente al ejercicio 2011– en sus diferentes recursos: CRL, CRPS, equipos de apoyo social comunitario, pisos supervisados, centros de día de soporte social, etcétera.

Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)

Tal y como se indica en el actual III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid, (2012-2015), en la página 16, uno de los mayores logros del actual Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, es que desde su origen se ha tratado de reforzar de un modo especial, la coordinación y complementariedad desde la Red Sanitaria de Servicios de Salud Mental con la Red de atención social dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales en relación a los adultos con trastorno mental grave, para asegurar una adecuada atención integral a las personas con enfermedad mental y a sus familias.

En el anexo cinco de este Plan de Salud Mental, se indican todos los recursos para el total de plazas ofertadas en la citada red pública de centros y recursos de atención social, a las personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid cuando fue publicado dicho plan, 5.350 en febrero de 2010. En la actualidad existen 5.919 plazas, según datos publicados por dicha Red en septiembre de 2014.

Los planes estratégicos de salud mental en las Comunidades Autónomas (CC.AA)

El primer hecho que debemos destacar, es que existen CC.AA donde sus planes estratégicos de salud mental no están vigentes o no han sido actualizados –a fecha 1 de enero de 2015–, tal es el caso de: Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia y Valencia; es decir, en 10 de 17 CC.AA no existen planes de actuación a día de hoy. Tal y como se analiza en el apartado 5.4.4, en casi todas las CC.AA existe algún recurso relacionado con la rehabilitación laboral, aunque, como hemos podido comprobar, existen 17 formas diferentes de abordar esta realidad.

Si se estudian los planes estratégicos de salud mental de cada Comunidad Autónoma –en la mayoría de los casos sin actualizar– y se analiza la presencia de algunos conceptos relacionados con este problema de investigación –tales conceptos tienen que ver con las

diferentes denominaciones encontradas en cada uno de los planes estratégicos analizados—, como laboral, inserción sociolaboral, inserción laboral, reinserción sociolaboral, integración sociolaboral, habilidades sociolaborales, Centros sociolaborales, reinserción laboral, etcétera se podrá comprobar el diferente tratamiento que se da en cada CC.AA.

Tabla 1. Planes estratégicos de salud mental de las comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Plan estratégico	Palabras clave en relación a la esfera laboral de las personas con enfermedad mental	No. de páginas
Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014	<ul style="list-style-type: none"> - “itinerario” (p. 101) - “ajuste sociolaboral” (p. 294) - “inserción laboral” (pp. 122 y 294) - “laboral” (pp. 23, 84, 85, 86, 92, 95, 122, 147, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 172, 173, 179, 208, 278, 282, 283, 294) - “inserción laboral” (p. 122) - “integración laboral” (p. 116) - “rehabilitación laboral” (pp. 23, 92, 118, 119, 122, 289, 291, 294 y 309) 	(309 pp.)
Andalucía (no actualizado)	II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	<p>En la página 58-59-60-93 se habla del programa ocupacional-laboral, el cual promueve la inserción laboral a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “laboral” aparece (p. 84, 87, 98, 99, 104, 107) - “inserción laboral” (pp. 58 y 122) - “integración laboral” (pp. 22, 46, 98, 104) - “rehabilitación” aparece asociada a rehabilitación mental, no laboral 	(148 pp.)
Aragón (no actualizado)	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - “laboral” (pp. 13, 35, 36, 50, 61, 72, 75, 76, 84, 114, 117) - “inserción sociolaboral” (pp. 11, 18, 20, 28, 31, 42, 54, 85, 87) - “inserción laboral” (pp. 12, 35 y 57) - “reinserción sociolaboral” (pp. 58, 63 y 118) - “integración sociolaboral” (pp. 35 y 119) - “habilidades sociolaborales” (p. 125) - “Centros sociolaborales” (p. 146) - “reinserción laboral” (pp. 50, 55, 60 y 85) - “rehabilitación sociolaboral” (pp. 11, 15). La palabra rehabilitación aparece decenas de veces, pero como rehabilitación psicosocial, no laboral 	(154 pp.)

Tabla 1. Planes estratégicos de salud mental de las comunidades autónomas (Continuación)

Comunidad autónoma	Plan estratégico	Palabras clave en relación a la esfera laboral de las personas con enfermedad mental	No. de páginas
Asturias (actualizado)	El Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2011-2016)	- "itinerario" (pp. 53, 126, 168, 200) - "laboral" (pp 20, 35, 101, 124, 125, 179, 180, 184, 189) - "inserción sociolaboral" (pp. 11, 53, 94) - "inserción laboral" (pp. 53, 96, 125, 126, 181) - "reinserción sociolaboral" (pp. 31, 112, 118 y 168) - "integración sociolaboral" (pp. 12, 51, 52, 122, 126, 167 y 200) - "integración laboral" (p. 124) - "rehabilitación" aparece asociada a rehabilitación psicosocial, social, rehabilitación y reinserción social, pero no como rehabilitación laboral	(215 pp.)
Islas Baleares (no actualizado)	Estrategia de Salud Mental de Islas Baleares 2006		(130 pp.)
Canarias (actualizado)	III Plan de Salud de Canarias (2010-2015)	- "laboral" (pp. 7, 9 y 30)	(44 pp.)
Cantabria (no actualizado)			
Castilla-León (no actualizado)	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	- "itinerario" (p. 80) itinerarios individualizados - "laboral" (pp. 3, 6, 12, 25, 34, 35, 45, 69, 72, 85, 98, 121, 123, 125, 128) - "inserción laboral" (pp. 3, 25, 125, 128) - "reinserción sociolaboral" (p. 32) - "integración sociolaboral" (pp. 128, 134) - "integración laboral" (pp. 3, 6, 25, 35, 69, 85, 121, 123, 128) - "rehabilitación laboral" (pp. 6, 85). La palabra rehabilitación aparece decenas de veces, pero como rehabilitación psicosocial, no laboral	(151 pp.)

Tabla 1. Planes estratégicos de salud mental de las comunidades autónomas (Continuación)

Comunidad autónoma	Plan estratégico	Palabras clave en relación a la esfera laboral de las personas con enfermedad mental	No. de páginas
Castilla-La Mancha (no actualizado)	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	<ul style="list-style-type: none"> - "itinerario" (p. 66) (itinerario personalizados, p. 74) (itinerarios individualizados, p. 106) (itinerarios formativos) - "laboral" (pp. 3, 13, 16, 30, 32, 92, 124, 130) - "inserción sociolaboral" (pp. 61, 105) - "inserción laboral" (pp. 62, 75) - "reinserción sociolaboral" (pp. 73, 96) - "reinserción laboral" (p. 72) - "integración sociolaboral" (pp. 3, 22, 144) - "integración laboral" (pp. 30, 32, 33, 66, 67, 72, 73, 74, 87, 105, 106) - "rehabilitación laboral" (pp. 3, 11, 13, 17, 18, 22, 27, 30, 32, 33, 60, 62, 66, 67, 69, 71, 72, 74, 90, 96, 99, 104, 105, 106, 108, 146) 	(192 pp)
Cataluña (actualizado)	Plan Director de Salud Mental y Adicciones	<ul style="list-style-type: none"> - "laboral" (pp. 16, 35, 52, 68, 78, 83, 88, 91, 97, 99, 104, 112, 114, 116, 117, 121, 122, 150 y 151) - "ámbito sociolaboral" (p. 121) - "inserción laboral" (pp. 16, 117 y 122) - "reinserción sociolaboral" (p. 117) 	(164 pp.)
Extremadura (no actualizado)	II Plan Integral de Salud Mental 2007-2012	<ul style="list-style-type: none"> - "laboral" (pp. 7, 12, 16, 32, 48, 52, 53, 61, 65, 66, 71, 72, 76, 82, 84, 90, 95, 96, 105, 106, 107, 142, 145, 147, 148, 171, 172, 181 y 194) - "inserción laboral" (pp. 32, 76, 82, 84, 105 y 106) - "integración laboral" (pp. 171 y 172) - "rehabilitación laboral" (pp. 65, 76, 105, 106, 142, 145 y 148) 	(221 pp.)
Galicia (no actualizado)	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	<ul style="list-style-type: none"> - "laboral" (pp. 132, 145, 151, 159, 162, 186, 191, 192, 194, 198, 212, 218, 221, 229 y 231) - "reinserción laboral" (p. 151) - "integración sociolaboral" - "integración laboral" (pp. 159 y 192) 	(123 pp.)
La Rioja (actualizado)	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	<ul style="list-style-type: none"> - "laboral" (pp. 3, 4, 5, 6, 11, 34, 42, 50, 65 y 70) - "reinserción sociolaboral" (pp. 6 y 70) 	(73 pp.)
Murcia (actualizado)	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013	<ul style="list-style-type: none"> - "laboral" (pp. 8, 14, 21, 28, 31, 32, 42, 43, 60, 61, 65, 67, 70, 76, 78, 79, 85, 86, 94, 96, 97, 100, 128, 129, 141, 142, 143, 144 y 149) - "inserción sociolaboral" (pp. 32 y 60) - "inserción laboral" (pp. 70, 96 y 149) - "reinserción sociolaboral" (p. 86) - "integración sociolaboral" (p. 100) - "integración laboral" (pp. 76, 78 y 97) 	(150 pp.)

Tabla 1. Planes estratégicos de salud mental de las comunidades autónomas (Continuación)

Comunidad autónoma	Plan estratégico	Palabras clave en relación a la esfera laboral de las personas con enfermedad mental	No. de páginas
Navarra (actualizado)	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016	- "laboral" (pp. 15, 16, 22, 39, 44, 46, 54, 63, 75, 92, 101, 104, 118, 119, 138, 142, 170, 235, 236 y 240) - "inserción laboral" (p. 46) - "integración laboral" (p. 22) - "rehabilitación laboral" (pp. 63 y 101)	(241 pp.)
País Vasco (actualizado)	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	- "itinerario" (pp. 69 y 73). Referido a itinerario formativo. - "laboral" (pp. 11, 23, 39, 41 y 53) - "inserción sociolaboral" (p. 23) e "inserción laboral" (p. 11)	(76 pp.)
Valencia (no actualizado)	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	- "laboral" (pp. 9, 25, 51, 59, 72, 76, 78, 86 y 87) y "reinserción laboral" (p. 25)	(104 pp.)

Fuente: elaboración propia a partir de la consulta de planes estratégicos en las Comunidades Autónomas.

Como se ha señalado repetidas veces a lo largo de este artículo, el recurso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) se enmarca en el capítulo de atención social dentro del Plan estratégico de la Comunidad de Madrid, en concreto en la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. En la página 51 del plan integral de Andalucía se cita la existencia de nueve Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), ver la tabla 1. Las URSM tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral. En el plan estratégico de Aragón el "itinerario" aparece en las páginas 33, –"La rehabilitación como filosofía de fondo de la asistencia en salud mental y como itinerario flexible e individualizado de cada paciente, que se nutre de recursos procedentes tanto del ámbito sanitario como de los servicios sociales" (p. 34); "Los equipos de gestión y seguimiento de casos deben velar por la inclusión en los itinerarios individualizados de inserción de los recursos de apoyo social y comunitario y evitar o minimizar el desarraigo de los pacientes" (p. 115), dentro de la cartera de servicios (Centro Especiales de Empleo, Itinerario individualizado de inserción laboral y Acompañamiento al empleo).

La unidad de coordinación de salud mental en Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) es el órgano para la cohesión entre las distintas áreas sanitarias, con responsabilidad en materia de apoyo a la reinserción sociolaboral. En el plan estratégico de Islas Baleares, las unidades comunitarias de rehabilitación: son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a personas con trastorno mental grave y persistente mayores de 18 años con dificultades de integración social, familiar o laboral. Entre sus funciones están: desarrollar programas de rehabilitación e inserción para conseguir la máxima integración social con trastorno mental grave; apoyar a los programas y dispositivos ocupacionales, de integración laboral, de alojamiento comunitario y de ocio y tiempo libre.

Cantabria (no actualizado) es la única Comunidad Autónoma que no tiene Plan Regional de Salud Mental. Tuvo Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria 1998-2000. El recurso para la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental de Cantabria es el Programa Inicia, destinado a prestar orientación y apoyo a la inserción sociolaboral de personas con trastorno mental grave. Es un servicio concertado con el Gobierno de Cantabria, que cuenta para su ejecución con tres entidades con experiencia en el tratamiento de personas con enfermedad mental y en el campo de la rehabilitación profesional: Asociación AMICA, Asociación Cántabra Pro-Salud Mental (Ascasam) y Centro Hospitalario Padre Menni.

Como se puede observar, la mayoría de CC.AA tienen un tipo de gestión concertada en sus centros de carácter laboral, siendo las modalidades pública y privada (La Rioja y Andalucía) residuales respecto de la fórmula del concierto/convenio. Además, en alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Extremadura, la fórmula es la subvención a través del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (Sepad).

En cuanto a la tipología de centros, los Centros Especiales de Empleo (CEE) suelen ser el canal de contratación directa para este colectivo, a diferencia de la propia comunidad de Madrid (Centros de Rehabilitación Laboral), la comunidad valenciana (Centros de Rehabilitación e Integración Social), Galicia y Castilla-La Mancha (Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral), etcétera.

Es muy importante tener claro en este punto, que no todos los centros ofrecen los mismos servicios ni poseen los mismos equipos de profesionales, así un Centro Especial de Empleo (CEE) poco tiene que ver con un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL). En el primer caso estamos ante una empresa y en el segundo ante un centro de atención, en el primer caso es la subvención para ciertos costes sumada a la financiación propia por los servicios prestados a otras empresas y en el segundo la financiación proviene del concierto con la administración regional.

Tabla 2. Análisis comparativo plan estratégico, vigencia del plan y tipo de gestión según comunidades autónomas

Comunidades Autónomas	Plan estratégico	Vigencia plan estratégico 2014	Tipo de gestión
Andalucía	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	NO	Ocupacional: Faisem (pública) Laboral: Grupo Idea
Aragón	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón	NO	Sin datos
Asturias	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	SI	Ocupacional: Afesa (concertada) Laboral: Afesa (concertada)
Canarias	III Plan de Salud de Canarias (2010-2015)	NO	Ocupacional: IASS, Afaes Y Asociación el Cribo (mixto) Laboral: Afaes (mixto)
Cantabria	Plan de Salud (2013-2018). Estrategia de Salud Mental	NO	Ocupacional: Proyecto Inicia (Amica, Padre Menni y Ascasam). Concertado FEAFES y Fundación AFIM Laboral: Proyecto Inicia (Amica, Padre Menni y Ascasam).
Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	NO	Ocupacional: CRPSL (Consejería de Sanidad y Consejería de Trabajo y FEAFES (concertada) Laboral: ---
Castilla-León	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	NO	Ocupacional: convenio Feafes y Junta Laboral: Feafes y Fundación Intrass
Cataluña	Plan Integral de Atención a las Personas con Trastornos Mentales y Adicciones	SI	Ocupacional: concertada (Departamento de Bienestar social. Gobierno de Cataluña) Laboral: CET (Centro Especial de Trabajo)
Extremadura	Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012)	NO	Ocupacional: Feafes y Sorapán de Rieros (privada). Financiados por el Sepad Laboral: Fundación Aemis Financiados por el Sepad
Galicia	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	NO	Ocupacional: Feafes Galicia Consejería Trabajo y Bienestar Social (concertada) Laboral: Feafes Galicia

Tabla 2. Análisis comparativo plan estratégico, vigencia del plan y tipo de gestión según comunidades autónomas

Comunidades Autónomas	Plan estratégico	Vigencia plan estratégico 2014	Tipo de gestión
Islas Baleares	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006	NO	Ocupacional: 3 Asociaciones Familiares y Consejería de Salud Laboral: Asociación Girasol y Coordinadora Minusválidos de Menorca (concertados)
La Rioja	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	SI	Ocupacional: concertada Laboral: privada
Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)	SI	Ocupacional: concertada Laboral: concertada
Murcia	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (2010-2013)	SI	Ocupacional: CONCERTADA Laboral: Convenio Feafes Fundación Mapfre y Konecta y Asociación Isol
Navarra	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra (2012-2016)	SI	Ocupacional: Elkarkide, S.L (subvención anual) Laboral: Elkarkide, S.L
País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	SI	Ocupacional: concertada Laboral: Asociación EHLABE (Centros de empleo protegido)
Valencia	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	NO	Ocupacional: CRIS (Consejería de Sanidad y Consejería de Bienestar Social) Laboral: ---

Fuente: elaboración propia a partir de la consulta de planes estratégicos en las Comunidades Autónomas.

Aparte de los datos expuestos en la tabla 2, si se fijan en otros indicadores como puede ser la tasa de paro o la renta *per cápita*, se comprueba que la media de tasa de paro (EPA, tercer trimestre de 2014) de las siete comunidades autónomas que tienen actualizados sus planes estratégicos de salud mental, entre los que se encuentran las medidas y recursos de tipo laboral para el colectivo es de 18.74 %. Sin embargo, la media entre las 10 CC.AA que no tienen actualizados sus planes de salud mental asciende a un 24.32 %.

Otro dato relevante, referido a la contabilidad regional (PIB *per cápita*) por comunidades autónomas, es que la media de las siete CC.AA que tienen actualizado su plan estratégico es de 25 942 €, mientras que la media de las 10 CC.AA que no tienen actualizado su plan es de 20 486 €.

Tabla 3. Análisis comparativo según plan estratégico y términos de la esfera laboral usados en el mismo por comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Plan estratégico	Laboral	Inserción laboral	Inserción sociolaboral	Reinserción laboral	Reinserción sociolaboral	Integración laboral	Integración sociolaboral	Itinerario	Rehabilitación	Rehabilitación laboral
Andalucía	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	6	2	---	---	---	4	---	---	1	---
Aragón	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón	11	3	9	---	3	---	2	---	---	2
Asturias	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	9	5	3	---	4	1	7	4	1	---
Canarias	III Plan de Salud de Canarias (2010-2015)	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Cantabria	Plan de Salud (2013-2018). Estrategia de Salud Mental	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Castilla - La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	8	2	2	1	2	11	3	3	---	26
Castilla-León	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	15	4	---	---	1	9	2	1	2	---
Cataluña	Plan Integral de Atención a las Personas con Trastornos Mentales y Adicciones	19	3	---	---	2	---	---	---	---	---

Continuación de la tabla 3

Comunidades autónomas	Plan estratégico	Laboral	Inserción laboral	Inserción sociolaboral	Reinserción laboral	Reinserción sociolaboral	Integración laboral	Integración sociolaboral	Itinerario	Rehabilitación	Rehabilitación laboral
Extremadura	Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012)	29	6	---	---	---	2	---	---	---	7
Galicia	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	15	---	---	1	---	2	---	---	---	1
Islas Baleares	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
La Rioja	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	10	---	---	---	2	---	---	---	---	---
Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)	22	2	1	---	---	1	---	1	---	9
Murcia	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (2010-2013)	29	3	2	---	1	3	1	---	---	---
Navarra	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra (2012-2016)	20	1	---	---	---	1	---	---	---	1
País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	5	1	1	---	---	---	---	2	---	---
Valencia	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	9	---	---	1	---	---	---	---	---	---

Fuente: elaboración propia a partir de la consulta de planes estratégicos en las Comunidades Autónomas.

Conclusiones: enseñanzas sobre el análisis de los planes estratégicos

A nivel internacional y europeo se destaca la ausencia hasta 2008 de recomendaciones específicas para la promoción del empleo entre las personas con enfermedad mental. A nivel nacional, apenas existen alusiones explícitas al empleo como vía de inclusión sociolaboral de este colectivo, ni en los planes específicos de salud mental, ni en los planes globales de empleo. A nivel regional y tal como se había señalado anteriormente, existen siete comunidades autónomas que tienen actualizado su plan estratégico de salud mental y diez que trabajan con un plan estratégico sin actualizar.

Asimismo, no todos los Planes hacen referencia por igual al término *Rehabilitación Laboral*, objeto de la investigación que nos ocupa. De hecho, tan sólo seis comunidades autónomas: Aragón, Madrid, Extremadura, Galicia, Castilla-La Mancha y Navarra hacen explícito en sus planes estratégicos sobre salud mental este concepto. Asturias, Andalucía y Castilla-León también citan expresamente el concepto de rehabilitación, pero referida al campo psicosocial y no laboral.

El término *itinerario*, concepto básico en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental es utilizado en los planes estratégicos de: Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Madrid y País Vasco. El término *laboral* e *inserción laboral* si aparece de forma más o menos generalizada en todos los planes estratégicos. Otros términos usados en los planes estratégicos autonómicos son: *inserción sociolaboral*, *reinserción laboral*, *reinserción sociolaboral*, *integración laboral* e *integración sociolaboral*.

Como se ha podido comprobar en este apartado, existen 17 planes estratégicos diferentes con objetivos, líneas de actuación y evaluaciones muy diferentes entre sí, de modo que en este marco estratégico también comprobamos el auténtico galimatías existente en España a la hora de articular las líneas de acción de los agentes implicados en ellos, hasta el punto que ni siquiera existe uniformidad en cuanto a los términos para referirnos a la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave.

A partir de los datos analizados se puede establecer las siguientes recomendaciones. Una primera conclusión extraída de este análisis comparativo es la falta de liderazgo por parte de la administración del Estado para coordinar unas competencias que, porque pertenecen a las comunidades autónomas, reproducen un auténtico galimatías, al establecerse 17 planes diferentes de atención. Sería necesaria una legislación de servicios sociales a nivel estatal que acogiera unos criterios mínimos de armonización para la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental grave. Impulsar una mayor coordinación entre los diferentes modelos en cada comunidad autónoma, a sabiendas de que el rendimiento institucional es menor sin coordinación. De esta forma se podría protocolizar el modelo de atención.

Se considera que, de cumplirse las recomendaciones aquí expuestas, los planes estratégicos que recogen las medidas para trabajar en favor de la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave, conseguirían mejores resultados de inserción y, con ello, se pondría la primera piedra para mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Referencias

- Burns, T., Catty, J., Becker, Th., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, Ch, Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, White, S. & Wiersma, D. (para el grupo EQOLISE). (2007). Eficacia del Empleo con Apoyo para personas con Trastorno Mental Grave: un ensayo aleatorio. *The Lancet*, 370, 1146-1152.
- Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. (Coord.). (2001). Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, 14.
- De la Rica, S. (2015). Políticas activas de empleo: una panorámica. *Fedea policy papers*, 1.
- Doeringer, P. B. & Piore, M. J. (1983). Los mercados de trabajo internos. En L. Toharia (comp.), *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones* (pp. 341-388). Madrid, Alianza.
- Domínguez, A. & Giner i Saragossà, F. (2001). *Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana. Recuperado de ["https://www.incorporasaludmental.org/images/doc/galeries/plan_SM/Valencia_Plan_Salud_Mental.pdf"](https://www.incorporasaludmental.org/images/doc/galeries/plan_SM/Valencia_Plan_Salud_Mental.pdf)
- Fundació Pere Tarrés. (2007). *InserQual. Protocol de qualitat. Qualitat en l'acompanyament sociolaboral. Aplicació d'una metodologia de qualitat instrumental*. Fundació Luis Vives – U. Ramon Llull – Fundació Un sol mon – Caixa Catalunya – Unión Europea – Fondo Social Europeo. Recuperado de <http://www2.peretarres.org/inserqual/InserQualcat.pdf>
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. (2000). *Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-laboral*. Sevilla: FAISEM.
- Fundación Luis Vives. (2007). Poniendo en práctica la estrategia europea para la inclusión social. Del plano europeo al plano local. *Cuaderno europeo*, 4. Recuperado de https://www.fresnoconsulting.es/upload/14/24/10_Cuaderno_Europeo_4.pdf
- Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. (2007). *Diseño de centros de rehabilitación psicosocial y laboral*. Toledo: FISLEM. Recuperado de https://fsclm.com/web/images/documentos/publicaciones_propias/ManualDise%C3%B1oCRPSL.pdf

- Guerrero, C. (2005). Itinerarios de inserción sociolaboral: una propuesta metodológica para personas en riesgo de exclusión social. *Revista REDSI. Red Social Interactiva*, 6.
- Hanan, R. (2004). La estrategia europea de la inclusión social. Una perspectiva desde las ONG. *Documentación social*, 135, 161-178.
- Haroa, J. M., Palacina, C., Vilagutb, G., Martínezb, M., Bernala, M., Luquea, I., Miquel Codonyb, Dolza, M., Alonsoby, J. & Grupo ESEMeD-Es. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Barcelona: Sant Boi de Llobregat. Recuperado de <http://docplayer.es/15397647-Unidad-de-investigacion-y-desarrollo-sant-joan-de-deu-serveis-de-salut-mental-sant-boi-de-llobregat-barcelona-b.html>
- Hernanz, V. & Jimeno, J. F. (2013). Segmentación laboral y contratación dual: conversaciones póstumas con Luis Toharia. *Revista de Economía Laboral*, 10(1), 135-149.
- Lamarca, I. (2009). El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 34, 34-43.
- Ley 12 de 2001 (9 de Julio), de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad. *Boletín Oficial del Estado* n.º 164. Recuperado de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/l12-2001.html
- Ley 13 de 1982 (7 de abril), de Integración Social de Minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*. n.º 103.
- Ley 26 de 2011 (1 de agosto), de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín Oficial del Estado* n.º 184.
- Ley 29 de 1999 (16 de julio), de Modificación de la Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal. *Boletín Oficial del Estado* n.º 170.
- Ley 45 de 2002, (12 de diciembre), de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad. *Boletín Oficial del Estado* n.º 298.
- López, M., Lara, L. & Laviana, M. (2003). La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En A. Espino & B. Olabarría (Coords.), *La formación de los profesionales de la Salud Mental en España* (pp. 269-301). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión del Reino de España 2013-2016*. Madrid
- Menéndez, F. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(95), 69-81.

- Observatorio de Rehabilitación Psicosocial. (2012). *Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Pastor, A., Blanco, A. & Navarro, D. (Coords.). (2010). *Manual del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial síntesis.
- Real Decreto 2273 de 1985 (4 de diciembre), que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.
- Real Decreto 27 de 2000 (14 de enero), por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.
- Rodríguez González, A. (2001). La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid. *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 8(13), 5-12.
- Rodríguez, A. (coord.). (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A. & González, J. C. (2002). *La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica*. Cuadernos técnicos de servicios sociales 17. Comunidad de Madrid. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialapoyocomunitario.pdf>
- Sobrino, T. (2002). Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral. En M. A. Verdugo, D. López y M. Rodríguez (coords.), *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas* (pp. 75-105). Salamanca: Amarú.
- Toharia, L. (Comp.). (2005). *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Madrid: Alianza.